

# Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9





## Förslag till statsbudget för 2010

## Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	13
2	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	15
2.1	Omfattning.....	15
2.2	Utgiftsutveckling .....	15
2.3	Skatteutgifter.....	16
3	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	17
3.1	Omfattning.....	17
3.2	Utgiftsutveckling .....	20
3.3	Skatteutgifter.....	20
3.4	Mål .....	21
3.5	Tillgänglighet.....	21
3.5.1	Tillgänglighet till hälso- och sjukvård.....	22
3.5.2	Vårdgaranti och kömiljard.....	22
3.5.3	Tillgång till personal .....	23
3.5.4	Tillgänglighet inom psykiatriområdet .....	24
3.5.5	Tillgänglighet inom tandvården .....	25
3.5.6	Tillgänglighet till läkemedel .....	27
3.6	Kunskapsbaserad vård.....	29
3.6.1	Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård .....	30
3.6.2	Kunskapsbaserad psykiatri .....	31
3.6.3	Kunskapsbaserad tandvård .....	32
3.6.4	Kunskapsbaserad läkemedelsanvändning .....	32
3.7	Patientens ställning .....	33
3.7.1	Valfrihet.....	33
3.7.2	Mångfald .....	34
3.7.3	Öppna jämförelser .....	35
3.7.4	Medicinsk etik.....	36
3.7.5	Patientens ställning inom psykiatriområdet.....	36
3.7.6	Mångfald inom tandvården.....	37
3.7.7	Mångfald på apoteksmarknaden.....	38
3.8	Uppföljning .....	38
3.8.1	Uppföljning inom hälso- och sjukvården.....	38
3.8.2	Uppföljning inom psykiatriområdet.....	39
3.8.3	Uppföljning inom tandvårdsområdet .....	39

3.8.4	Uppföljning inom läkemedelsområdet.....	40
3.9	Kvalitetsutveckling .....	41
3.9.1	Kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården .....	41
3.9.2	Kvalitetsutveckling inom psykiatriområdet .....	44
3.9.3	Kvalitetsutveckling inom tandvårdsområdet .....	45
3.9.4	Kvalitetsutveckling inom läkemedelsområdet .....	45
3.9.5	Nationell cancerstrategi .....	46
3.10	Revisionens iakttagelser .....	47
3.11	Politikens inriktning.....	48
3.11.1	Tillgänglighet .....	48
3.11.2	Kunskapsbaserad vård .....	50
3.11.3	Patientens ställning.....	50
3.11.4	Uppföljning.....	53
3.11.5	Kvalitetsutveckling .....	55
3.12	Budgetförslag .....	57
3.12.1	1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd .....	57
3.12.2	1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering .....	57
3.12.3	1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	58
3.12.4	1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	59
3.12.5	1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	60
3.12.6	1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård .....	61
3.12.7	1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	62
3.12.8	1:8 Bidrag till psykiatri .....	63
3.12.9	1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	65
3.12.10	1:10 Bidrag för mänskliga väpnader och celler.....	65
3.13	Socialstyrelsen.....	66
3.13.1	Revisionens iakttagelser .....	66
3.13.2	9:1 Socialstyrelsen.....	66
3.14	Övrig verksamhet .....	68
3.14.1	Läkemedelsverket .....	68
3.14.2	Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn .....	70
4	Folkhälsopolitik .....	73
4.1	Omfattning .....	73
4.2	Utgiftsutveckling.....	73
4.3	Mål.....	74
4.4	Resultatredovisning .....	74
4.4.1	Folkhälsans utveckling .....	74
4.4.2	Särskilda folkhälsoinsatser .....	75
4.4.3	Samordning av alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken .....	81
4.4.4	Alkohol.....	83
4.4.5	Narkotika och dopning .....	87
4.4.6	Tobak.....	88
4.4.7	Spelberoende .....	90
4.4.8	Smittskydd och hälsoskydd .....	91
4.5	Revisionens iakttagelser .....	96
4.6	Politikens inriktning.....	96
4.7	Budgetförslag .....	102
4.7.1	2:1 Statens folkhälsoinstitut.....	102
4.7.2	2:2 Smittskyddsinstitutet .....	103

4.7.3	2:3 Alkoholsortimentsnämnden .....	103
4.7.4	2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	104
4.7.5	2:5 Bidrag till WHO .....	104
4.7.6	2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder .....	105
4.7.7	2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder .....	106
4.7.8	2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	107
4.7.9	2:9 Insatser för vaccinberedskap .....	107
4.8	Övrig statlig verksamhet .....	108
5	Handikappolitik.....	111
5.1	Omfattning.....	111
5.2	Utgiftsutveckling .....	111
5.3	Mål .....	112
5.4	Resultatredovisning .....	112
5.4.1	Resultat.....	113
5.4.2	Analys och slutsatser .....	119
5.5	Revisionens iakttagelser.....	120
5.6	Politikens inriktning .....	120
5.7	Budgetförslag .....	124
5.7.1	3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	124
5.7.2	3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning.....	124
5.7.3	3:3 Bidrag till handikapporganisationer.....	126
6	Stöd till personer med funktionsnedsättning .....	127
6.1	Omfattning.....	127
6.2	Utgiftsutveckling .....	127
6.3	Mål .....	128
6.4	Resultatredovisning .....	128
6.4.1	Resultat.....	129
6.4.2	Analys och slutsatser .....	142
6.5	Revisionens iakttagelser.....	144
6.6	Politikens inriktning .....	144
6.7	Budgetförslag .....	148
6.7.1	4:1 Personligt ombud.....	148
6.7.2	4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	149
6.7.3	4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	150
6.7.4	4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder .....	152
6.7.5	4:5 Kostnader för statlig assistansersättning.....	152
7	Äldrepolitik.....	155
7.1	Omfattning.....	155
7.2	Utgiftsutveckling .....	155
7.3	Mål .....	156
7.4	Resultatredovisning .....	156
7.5	Resultat.....	156
7.6	Analys och slutsatser .....	169
7.7	Revisionens iakttagelser.....	171
7.8	Politikens inriktning .....	172
7.9	Budgetförslag .....	178
7.9.1	5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	178

8	Socialtjänstpolitik.....	181
8.1	Omfattning .....	181
8.2	Utgiftsutveckling.....	181
8.3	Mål.....	182
8.4	Resultat, analys och slutsatser .....	182
8.4.1	Kvalitetsutveckling inom socialtjänsten.....	182
8.4.2	Den sociala barn- och ungdomsvården .....	183
8.4.3	Ekonomiskt bistånd .....	186
8.4.4	Missbruks- och beroendevården.....	188
8.4.5	Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.....	190
8.4.6	Stöd och hjälp till brottsoffer och deras anhöriga.....	192
8.5	Revisionens iakttagelser .....	193
8.6	Politikens inriktning.....	193
8.7	Förslag till författningsändringar .....	199
8.7.1	Förutsättningar och villkor i förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området.....	199
8.8	Budgetförslag.....	199
8.8.1	6:1 Statens institutionsstyrelse .....	199
8.9	6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	201
9	Barnrättspolitik .....	203
9.1	Omfattning .....	203
9.2	Utgiftsutveckling.....	203
9.3	Mål och den nationella strategin.....	204
9.4	Resultatredovisning .....	204
9.4.1	Ett förstärkt strategiskt arbete .....	204
9.4.2	Stöd i föräldraskapet.....	206
9.4.3	Bekämpandet av våld mot barn.....	206
9.4.4	Främjandet av barns psykiska hälsa.....	207
9.4.5	Övriga sakpolitiska insatser .....	208
9.4.6	Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	209
9.4.7	Barnombudsmannen.....	209
9.5	Revisionens iakttagelser .....	210
9.6	Politikens inriktning.....	210
9.6.1	Ett förstärkt strategiskt arbete .....	210
9.6.2	Stöd i föräldraskapet.....	211
9.6.3	Bekämpandet av våld mot barn.....	211
9.6.4	Främjandet av barns psykiska hälsa.....	212
9.6.5	Internationellt samarbete .....	212
9.6.6	Det nationella samarbetet kring barnets rättigheter .....	212
9.7	Budgetförslag.....	213
9.7.1	7:1 Barnombudsmannen.....	213
9.7.2	7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	214
9.7.3	7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige.....	214
10	Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning .....	217
10.1	Resultatredovisning .....	217
10.2	Revisionens iakttagelser .....	218
10.3	Budgetförslag.....	218

10.3.1	8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap:	
	Förvaltning .....	218
10.3.2	8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap:	
	Forskning .....	219

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp .....	14
2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 .....	15
2.2 Härledning av ramnivån 2010–2012. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg .....	16
2.3 Ramnivå 2010 realekonomiskt fördelade. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg .....	16
2.4 Skatteutgift .....	16
3.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2003–2007 <sup>1</sup> .....	17
3.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2007 <sup>1</sup> .....	18
3.3 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter finansiering, 2007 <sup>1</sup> .....	18
3.4 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2004–2008 (inkl moms).....	19
3.5 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet .....	20
3.6 Skatteutgifter inom hälso- och sjukvårdsområdet, netto <sup>1</sup> .....	20
3.7 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.....	22
3.8 Tandvårdens utgifter, 2002–2007 <sup>1</sup> .....	27
3.9 Kostnader för statligt tandvårdsstöd, 2002–2007 .....	27
3.10 Sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare .....	29
3.11 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, per 100 000 invånare.....	30
3.12 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister i förhållande till Patientregistret .....	38
3.13 Anslagsutveckling 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd .....	57
3.14 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd .....	57
3.15 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering .....	57
3.16 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering .....	58
3.17 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	58
3.18 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	59
3.19 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m. ....	59
3.20 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m. ....	60
3.21 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....	60
3.22 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....	61
3.23 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård .....	61
3.24 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	62
3.25 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	62
3.26 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	63



3.27	Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri .....	63
3.28	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:8 Bidrag till psykiatri .....	64
3.29	Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	65
3.30	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	65
3.31	Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....	65
3.32	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....	66
3.33	Anslagsutveckling 9:1 Socialstyrelsen .....	66
3.34	Offentligrättslig verksamhet .....	67
3.35	Uppdragsverksamhet .....	67
3.36	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 9:1 Socialstyrelsen .....	68
3.37	Offentligrättslig verksamhet .....	69
3.38	Ekonomisk översikt för Apoteket AB .....	71
4.1	Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik .....	73
4.2	Anslagsutveckling för 2:1 Statens folkhälsoinstitut .....	102
4.3	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut .....	102
4.4	Anslagsutveckling för 2:2 Smittskyddsinstitutet .....	103
4.5	Uppdragsverksamhet .....	103
4.6	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:2 Smittskyddsinstitutet .....	103
4.7	Anslagsutveckling för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden .....	103
4.8	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden .....	104
4.9	Anslagsutveckling för 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap .....	104
4.10	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap .....	104
4.11	Anslagsutveckling för 2:5 Bidrag till WHO .....	104
4.12	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:5 Bidrag till WHO .....	105
4.13	Anslagsutveckling för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder .....	105
4.14	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder .....	106
4.15	Anslagsutveckling för 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder .....	106
4.16	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder .....	106
4.17	Anslagsutveckling för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	107
4.18	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	107
4.19	Anslagsutveckling för 2:9 Insatser för vaccinberedskap .....	107
4.20	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:9 Insatser för vaccinberedskap .....	108
4.21	Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren .....	108
4.22	Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måluppfyllelse .....	109
5.1	Utgiftsutveckling Handikappolitik .....	112
5.2	Andelen myndigheter som har organiserat sitt tillgänglighetsarbete efter åtgärd, procent .....	115
5.3	Fördelning av anmälningssärenden under 2004–2008 per lag och totalt antal anmälningssärenden per år .....	118
5.4	Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	124
5.5	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	124

5.6	Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning .....	124
5.7	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning .....	126
5.8	Anslagsutveckling 3:3 Bidrag till handikapporganisationer .....	126
5.9	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 3:3 Bidrag till handikapporganisationer .....	126
6.1	Utgiftsutveckling Stöd till personer med funktionsnedsättning .....	128
6.2	Kostnader för kommunala insatser enligt LSS, antal med LSS-insatser och andel kvinnor och män som har insatser samt antal kommunala LSS-insatser totalt och fördelade på kvinnor och män, 2000-2008 .....	130
6.3	Antal personer med insats enligt LSS fördelade efter ålder och personkrets .....	130
6.4	Kostnader för kommunala insatser enligt SoL, antal med SoL-insatser och andel kvinnor och män som har insatser, 2004-2008 .....	132
6.5	Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och andel kvinnor och män som har assistans samt beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2000–2008.....	135
6.6	Utveckling av personliga ombud (PO), 2002-2008 .....	138
6.7	Antal personer som beviljats bilstöd 2000–2008, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper .....	140
6.8	Kostnader för och antal bostadsanpassningsbidrag 2000–2008 .....	141
6.9	Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud .....	148
6.10	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:1 Personligt ombud .....	149
6.11	Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet .....	149
6.12	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet .....	150
6.13	Anslagsutveckling 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	150
6.14	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation .....	151
6.15	Anslagsutveckling 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder.....	152
6.16	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder.....	152
6.17	Anslagsutveckling 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning .....	152
6.18	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning.....	153
7.1	Utgiftsutveckling Äldrepolitik.....	155
7.2	Hemtjänst respektive särskilt boende. Insatser för personer 65 år och äldre, 2002–2008. Antal och andel kvinnor respektive män.....	157
7.3	Antal personer 65 år och äldre som beviljats vissa insatser enligt SoL den 30 juni 2008 samt antal personer 65 år och äldre som någon gång under juni månad 2008 erhöll kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL.....	157
7.4	Kommunernas kostnader för omsorg och vård om äldre, 2003-2008 .....	158
7.5	Anslagsutveckling 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	178
7.6	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden .....	178
7.7	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	180
8.1	Utgiftsutveckling Socialtjänstpolitik.....	181
8.2	Antal barn och unga (0–20 år) med insatser den 1 november 2004 och 2008.....	183

8.3	Andel biståndsmottagare (inkl. introduktionsersättning) av befolkningen i vissa grupper 2008, procent .....	187
8.4	Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2004 och 2008 .....	188
8.5	Anslagsutveckling 6:1 Statens institutionsstyrelse.....	199
8.6	Offentligrättslig verksamhet .....	200
8.7	Uppdragsverksamhet .....	200
8.8	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	200
8.9	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 6:1 Statens institutionsstyrelse .....	201
8.10	Anslagsutveckling 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	201
8.11	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	202
9.1	Utgiftsutveckling inom utgiftsområde Barnrättspolitik.....	203
9.2	Rangordning av barns välbefinnande i EU27 samt Norge och Island .....	209
9.3	Anslagsutveckling 7:1 Barnombudsmannen.....	213
9.4	Uppdragsverksamhet .....	213
9.5	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 7:1 Barnombudsmannen .....	213
9.6	Anslagsutveckling 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor .....	214
9.7	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor .....	214
9.8	Anslagsutveckling 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige .....	214
9.9	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige.....	215
10.1	Anslagsutveckling 8:1 Forskningsrådet för arbetslivet och socialvetenskap: Förvaltning.....	218
10.2	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning .....	218
10.3	Anslagsutveckling 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning .....	219
10.4	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	219
10.5	Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	220

## Diagramförteckning

---

3.1	Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2008, procentuellt fördelade på verksamhetsområden .....	18
3.2	Landstingens inkomster 2008, procentuellt fördelade efter inkomstslag .....	19
3.3	Andel vuxna kvinnor och män i olika åldersgrupper som har varit hos tandläkaren eller tandhygienisten minst en gång under perioden juli 2008 till juni 2009, inom ramen för det nya tandvårdsstödet.....	26
3.4	Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1991–2008 (exklusive moms) .....	29
4.1	Medellivslängd 1986–2008 .....	74
4.2	Andel ungdomar mellan 16 och 24 år som uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest 1988/89–2006/07.....	76
4.3	Antal självmord per år bland ungdomar mellan 15 och 24 år (exklusive fall med oklart uppsåt, dvs. våld och förgiftning där uppsåtet inte kan fastställas) 1997–2007 .....	77
4.4	Andel personer med övervikt eller fetma 1988/89–2006/07 .....	78
4.5	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000–2008, registrerad konsumtion samt skattningar av oregistrerad konsumtion .....	84
4.6	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000–2008, per alkoholdryck, registrerad konsumtion samt skattningar av oregistrerad konsumtion .....	84
4.7	Antal alkoholrelaterade dödsfall 1997–2007 .....	85
4.8	Andel elever i årskurs 9 som 1998–2008 uppgett att de någon gång använt narkotika.....	87
4.9	Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder 1988/89–2006/07 .....	89
4.10	Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmälts 2000–2008 .....	92
4.11	Antal fall av hivinfektion som anmälts 2000–2008 .....	93
4.12	Antal fall av klamydiainfektion som anmälts 2000–2008 .....	93
7.1	Antal och andel äldre 1980–2050 .....	156
8.1	Ekonomiskt bistånd 1990–2008 .....	187

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

---

1. godkänner de förändringar av förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området som regeringen föreskriver (avsnitt 8.7.1),
2. bemyndigar regeringen att under 2010 för ramanslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 448 000 000 kronor under perioden 2010–2012 (avsnitt 7.9.1),
3. bemyndigar regeringen att under 2010 för ramanslaget 6:1 *Statens institutionsstyrelse* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 000 000 kronor under perioden 2010–2013 (avsnitt 8.8.1),
4. bemyndigar regeringen att under 2010 för ramanslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 758 000 000 kronor efter 2010 (avsnitt 10.3.2),
5. för budgetåret 2010 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

**Anslagsbelopp***Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	Ramanslag	30 828
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	Ramanslag	55 907
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Ramanslag	96 507
1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	Ramanslag	6 593 310
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	Ramanslag	23 200 000
1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Ramanslag	522 505
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	Ramanslag	557 337
1:8 Bidrag till psykiatri	Ramanslag	889 938
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	Ramanslag	1 000 000
1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler	Ramanslag	74 000
2:1 Statens folkhälsoinstitut	Ramanslag	132 170
2:2 Smittskyddsinstitutet	Ramanslag	195 669
2:3 Alkoholsortimentsnämnden	Ramanslag	221
2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	Ramanslag	19 404
2:5 Bidrag till WHO	Ramanslag	34 665
2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder	Ramanslag	208 454
2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	Ramanslag	256 757
2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	Ramanslag	145 502
2:9 Insatser för vaccinberedskap	Ramanslag	85 000
3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	Ramanslag	20 252
3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning	Ramanslag	126 638
3:3 Bidrag till handikapporganisationer	Ramanslag	182 742
4:1 Personligt ombud	Ramanslag	99 460
4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	Ramanslag	227 850
4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	Ramanslag	31 296
4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder	Ramanslag	256 000
4:5 Kostnader för statlig assistansersättning	Ramanslag	19 297 000
5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	Ramanslag	2 040 380
6:1 Statens institutionsstyrelse	Ramanslag	806 796
6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	Ramanslag	189 045
7:1 Barnombudsmannen	Ramanslag	18 242
7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	Ramanslag	14 593
7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	Ramanslag	16 461
8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	Ramanslag	25 175
8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	Ramanslag	392 900
9:1 Socialstyrelsen	Ramanslag	864 833
<b>Summa</b>		<b>58 707 837</b>

## 2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

### 2.1 Omfattning

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

### 2.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9**

*Miljoner kronor*

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
Hälso- och sjukvårdspolitik	26 954	31 794	30 448	33 020	33 299	33 222
Folkhälsopolitik	1 020	1 127	1 120	1 078	781	785
Handikappolitik	333	333	333	330	328	328
Stöd till personer med funktionsnedsättning	16 569	18 330	18 206	19 912	21 191	22 507
Äldrepolitik	1 972	2 133	1 813	2 040	2 011	2 061
Socialtjänstpolitik	1 063	1 015	961	996	1 026	1 037
Barnrättspolitik	39	41	40	49	47	47
Forskningspolitik	370	417	406	418	424	437
Äldreanslag	221	0	36	0	0	0
<b>Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg inklusive Socialstyrelsen</b>	<b>49 131</b>	<b>55 790</b>	<b>53 955</b>	<b>58 708</b>	<b>59 975</b>	<b>61 290</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2010–2012.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>54 807</b>	<b>54 807</b>	<b>54 807</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	71	115	131
Beslut	2 780	2 512	2 638
Övriga makroekonomiska förutsättningar	934	1 428	2 034
Volym	-47	947	1 508
Överföring till/från andra utgiftsområden	219	216	214
Övrigt <sup>3</sup>	-57	-50	-43
<b>Ny ramnivå</b>	<b>58 708</b>	<b>59 975</b>	<b>61 290</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet 2008/09:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>3</sup> Övergångseffekten till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under Övrigt.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2010 realekonomiskt fördelade.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2010
Transfereringar <sup>1</sup>	55 698
Verksamhetsutgifter <sup>2</sup>	2 992
Investeringar <sup>3</sup>	18
<b>Summa ramnivå</b>	<b>58 708</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfallet 2008 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 de statliga myndigheterna 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.

## 2.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteavvikelser. Avvikelser från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en viss grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad i förhållande till en likformig beskattning och som en skattesanktion om det rör sig om ett överutttag av skatt i förhållande till normen.

Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika delområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö-, eller arbetsmarknadspolitik. Dessa avvikelser påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna finns i bilaga 2 till 2009 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas nettoberäknade skatteavvikelser som är att hänföra till UO 9.

**Tabell 2.4 Skatteutgift**

	Prognos 2009	Prognos 2010
Hälso- och sjukvårdspolitik	2 150	2 190
<b>Totalt för utgiftsområde 9</b>	<b>2 150</b>	<b>2 190</b>

De enskilda skatteavvikelserna inom Hälso- och sjukvårdspolitiken redovisas närmare i kapitel 3, avsnitt 3.3, där även en förklaring av respektive skatteutgift ges.



## 3 Hälsa- och sjukvårdspolitik

### 3.1 Omfattning

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

Hälsa- och sjukvårdens utgifter uppgick 2007 preliminärt till 278 miljarder kronor, inklusive moms. Detta motsvarar, i löpande priser, en ökning med knappt 6 procent jämfört med 2006. Hälsa- och sjukvårdens totala kostnader som andel av BNP uppgick under 2007 därmed preliminärt till drygt 9 procent.

**Tabell 3.1 Totala hälsa- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2003–2007<sup>1</sup>**

*Miljarder kronor*

	2003	2004	2005	2006	2007
Hälsa- och sjukvårdskostnader	236,6	241,4	250,5	263,0	277,9
Andel av BNP, procent	9,4	9,2	9,2	9,1	9,1

<sup>1</sup> Tabellen baseras på tabell 1 i de svenska hälsoräkenskaperna som utarbetats av SCB, vilka i sin tur är utformade enligt OECD:s System of Health Accounts. Dessa publicerades första gången 31 mars 2008. Uppgifterna för 2007 baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.  
Källa: SCB, Svenska Hälsoräkenskaper

Den största hälsa- och sjukvårdsutgiften 2007 var den för botande och rehabiliterande hälsa- och sjukvård. Denna utgift står för 170 miljarder kronor, varav 92 miljarder utgjordes av utgifter för öppen vård. Långtidsomvårdnadstjänster inkluderar bl.a. hälsa- och sjukvård inom äldreomsorg och stödinsatser till personer med funktionsnedsättning och uppgick under 2007 till drygt 21 miljarder kronor. Tilläggstjänster inom sjukvården, såsom laboratorieverksamhet, sjukgymnastik samt ambulans- och sjuktransport, uppgick under 2007 till drygt 12 miljarder kronor. Utgifter för medicinska varor till öppenvårdspatienter uppgick till nästan 46 miljarder kronor varav 27 miljarder kronor utgjordes av receptförskrivna läkemedel, dvs. utgifter för läkemedelsförmånerna samt egenavgifter. Utgifter för prevention och folkhälsotjänster inkluderar utgifter för bl.a. mödrahälsovård, barnhälsovård samt prevention mot smittsamma och icke smittsamma sjukdomar. Dessa utgifter uppgick till knappt 10 miljarder kronor under 2007.

**Tabell 3.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2007<sup>1</sup>**

Miljarder kronor

	2007
<b>Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster<sup>2</sup></b>	<b>170,5</b>
<i>Varav</i>	
Botande och rehabiliterande slutenvård	71,7
Botande och rehabiliterande dagsjukvård	5,2
Botande och rehabiliterande öppen vård	92,3
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	1,3
<b>Långtidsomvårdnadstjänster</b>	<b>21,3</b>
<b>Tilläggstjänster inom sjukvård</b>	<b>12,4</b>
<b>Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter</b>	<b>45,6</b>
<i>Varav</i>	
Läkemedel och andra medicinska icke-varaktiga varor	37,3
<i>Varav</i>	
Receptförskrivna läkemedel, dvs. läkemedelsförmån och egenavgifter	26,9
<b>Terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska varaktiga varor</b>	<b>8,3</b>
<b>Prevention och folkhälsotjänster</b>	<b>9,6</b>
<b>Övrig hälso- och sjukvård<sup>3</sup></b>	<b>6,5</b>
<b>Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>266,0</b>
<b>Hälso- och sjukvårdsproducenternas investeringar</b>	<b>12,0</b>
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>277,9</b>

<sup>1</sup> Tabellen baseras på tabell 1 och 2 i de svenska hälsoräkenskaperna som utarbetats av SCB, vilka i sin tur är utformade enligt OECD:s System of Health Accounts. Dessa publicerades första gången 31 mars 2008. I de nya hälsoräkenskaperna definieras utgifterna utifrån ändamål, finansiering och producent. Uppgifterna baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.

<sup>2</sup> De rehabiliterande sjukvårdstjänsterna går ej att särskilja från de botande sjukvårdstjänsterna i de svenska hälsoräkenskaperna.

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

Av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna under 2007 utgjordes cirka 227 miljarder kronor av offentliga utgifter medan privata utgifter uppgick till knappt 51 miljarder kronor.

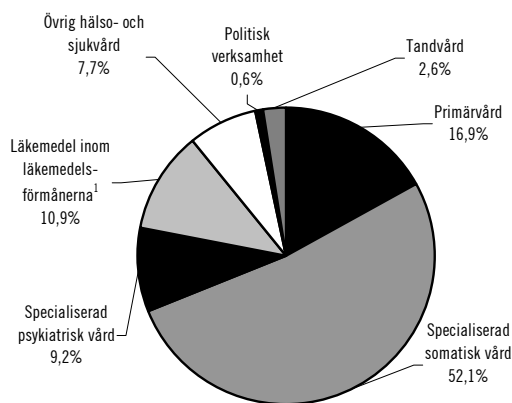
**Tabell 3.3 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter finansiering, 2007<sup>1</sup>**

Miljarder kronor

<b>Offentlig sektor</b>	<b>227,1</b>
<i>Varav</i>	
Staten	5,5
Primärkommuner	23,4
Landsting	198,2
<b>Företag och hushåll</b>	<b>50,8</b>
<i>Varav</i>	
Privata hushålls utgifter	44,2
Privat sektor exkl. hushåll	6,6
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>277,9</b>

<sup>1</sup> Tabellen baseras på tabell 2 i de svenska hälsoräkenskaperna som utarbetats av SCB, vilka i sin tur är utformade enligt OECD:s System of Health Accounts. Uppgifterna baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.

Landstingens (inklusive Gotland) nettokostnader för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, fördelas på verksamhetsområden enligt diagram 3.1. Kostnaderna uppgick under 2008 till cirka 191 miljarder kronor.

**Diagram 3.1 Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2008, procentuellt fördelade på verksamhetsområden**

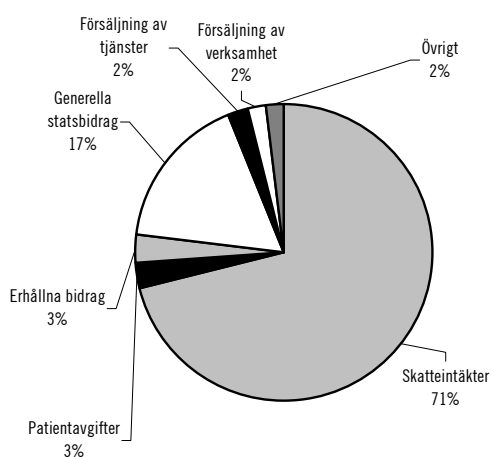
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

<sup>1</sup> Läkemedelsbidraget redovisas fr.o.m. 2005 inte i verksamheten utan som ett generellt statsbidrag.

Kostnaderna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården utgjorde cirka 61 procent av huvudmännens totala nettokostnader, medan primärvårdens andel uppgick till knappt 17 procent.

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten 71 procent 2008. Landstingens verksamhet finansieras således till största delen via skatteintäkter. Statens bidrag till landstingen utgörs av såväl generella som specialdestinerade statsbidrag. Ett exempel på specialdestinerade statsbidrag är bidraget för läkemedelsförmånerna som uppgick till ca 21,6 miljarder kronor 2008. Vidare erhåller landstingen inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster och viss verksamhet. Uppgifterna i diagram 3.2 avser landstingens totala verksamhet där hälso- och sjukvård inklusive tandvård utgjorde cirka 92 procent av landstingens nettokostnader under 2008.

**Diagram 3.2 Landstingens inkomster 2008, procentuellt fördelade efter inkomstslag**



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005

År 2008 uppgick kostnaderna för läkemedelsförmånerna till cirka 20,7 miljarder kronor. Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel uppgick till cirka 6,3 miljarder kronor. De totala kostnaderna för läkemedelsförmånerna och patienternas egenavgifter uppgick till cirka 25,8 miljarder kronor, varav patienternas andel var cirka 5,2 miljarder kronor, motsvarande en egenavgiftsandel på cirka 20 procent. Den totala läkemedelskostnaden, dvs. kostnader för läke-

medelsförmånerna och rekvisitionsläkemedel ökade med 5,2 procent under 2008. Kostnaderna för receptläkemedel, dvs. läkemedelsförmånerna, steg med 3,8 procent och läkemedel på rekvisition med 10,3 procent.

För åren 2009 till och med 2012 skattar Socialstyrelsen, i sin prognos från april 2009, att kostnadsökningen för läkemedelsförmånerna kommer att ligga mellan en och tre procent per år. Den genomsnittliga kostnadsökningen beräknas därmed bli högre än under de första fyra åren efter generikareformen (2003–2006), då den genomsnittliga ökningen var knappt en procent. Att kostnaderna börjat öka snabbare sedan slutet av 2006 beror till stor del på att färre stora originalläkemedel förlorar sina patent och att den kostnadsdrivande effekten av nya läkemedel och indikationsvidgningar får ett något större genomslag. Jämfört med tidigare prognoser är den förväntade ökningen dock något lägre vilket bl.a. förklaras av den ekonomiska krisen och att TLV:s genomgångar har haft större påverkan på förmånskostnaderna än beräknat.

**Tabell 3.4 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2004–2008 (inkl moms)**

Miljoner kronor

År	2004	2005	2006	2007	2008 <sup>4</sup>
Läkemedelsförmånerna	19 015	18 981	19 171	19 910	20 667
Egenavgift	5 013	5 006	5 043	5 181	5 176
Andel egenavgift <sup>1</sup>	20,9 %	20,9 %	20,8 %	20,6 %	20,0 %
Sluten vård <sup>2</sup>	3 734	4 342	5 007	5 671	6 255
Receptfritt <sup>3</sup>	2 883	3 106	3 379	3 639	3 879
<b>Total</b>	<b>30 645</b>	<b>31 435</b>	<b>32 600</b>	<b>34 400</b>	<b>35 977</b>

Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna

	12,6 %	12,5 %	12,4 %	12,4 %	— <sup>5</sup>
--	--------	--------	--------	--------	----------------

<sup>1</sup> Som andel av förmån + egenavgift

<sup>2</sup> Avser läkemedel på rekvisition inom sluten och öppen vård

<sup>3</sup> Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk

<sup>4</sup> Preliminära siffror

<sup>5</sup> Uppgift om totala hälso- och sjukvårdskostnader saknas

Källor: Apoteket AB, Nationalräkenskaperna, SCB

### 3.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 3.5 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet**
*Miljoner kronor*

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>						
1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	29	30	29	31	31	31
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	41	43	43	56	56	56
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	61	80	82	97	97	97
1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	3 880	7 293	6 072	6 593	6 803	6 690
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	21 584	22 400	22 267	23 200	23 200	23 200
1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	429	453	445	523	581	591
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	361	602	601	557	570	597
1:8 Bidrag till psykiatri	568	893	909	890	888	885
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti		1	0	1 000	1 000	1 000
1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler		0	0	74	74	74
9:1 Socialstyrelsen	592	598	590	865	866	865
<b>Summa hälso- och sjukvårdspolitik</b>	<b>27 546</b>	<b>32 392</b>	<b>31 038</b>	<b>33 885</b>	<b>34 165</b>	<b>34 087</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

### 3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. Avvikelse från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en viss grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad i förhållande till en likformig beskattning och som en skattesanktion om det rör sig om ett "överuttag" av skatt. Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika områden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö- eller arbetsmarknadspolitik. Dessa skatteutgifter påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av redovisningen av skatteutgifterna finns i regeringens skrivelse Redovisning av skatteutgifter 2009 (skr. 2008/09:183). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till hälso- och sjukvårdsområdet.

**Tabell 3.6 Skatteutgifter inom hälso- och sjukvårdsområdet, netto<sup>1</sup>**
*Miljoner kronor*

	Prognos 2009	Prognos 2010
Läkemedel	2 150	2 190
Förmån av privat hälso- och sjukvård	–	–
<b>Totalt för Hälso- och sjukvårdspolitik</b>	<b>2 150</b>	<b>2 190</b>

<sup>1</sup> Ett "–" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

#### Läkemedel

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

*Förmån av privat hälso- och sjukvård*

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

### 3.4 Mål

Målen utgår från att hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så effektivt och med så gott utfall för patienterna att den åtnjuter ett högt förtroende bland allmänheten.

För utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg finns följande mål som berör hälso- och sjukvårdsområdet:

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

Arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet ska särskilt inriktas på att

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

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

Det statliga tandvårdsstödet ska

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

För att följa hälso- och sjukvårdens utveckling i relation till de mål som satts upp för området har ett antal indikatorer utarbetats av Socialstyrelsen. Dessa indikatorer är hämtade från de nationella indikatorerna för uppföljning av god vård, som Socialstyrelsen arbetar med inom ramen för ett regeringsuppdrag. En första rapport med generella nationella indikatorer lämnas i oktober 2009.

Denna budgetproposition innehåller endast några av indikatorerna. Ett antal indikatorer saknas fortfarande, såsom indikatorer för tandvård. Till nästa år kommer en mer komplett uppsättning av indikatorer att presenteras för att spegla utvecklingen på området i relation till målen. Sammantaget handlar det om 10–15 indikatorer.

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

### 3.5 Tillgänglighet

I grundläggande avseenden är tillgängligheten till hälso- och sjukvård god i Sverige. Sverige har ett universellt sjukvårdssystem med låg andel egenfinansiering. Andelen av befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver har gradvis ökat genom åren. En indikator för tillgängligheten presenteras i tabell 3.7.

**Tabell 3.7 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver**

År	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Riket	69 %	69 %	69 %	73 %	74 %	75 %	77 %

Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

För 2008 var det 76 procent av kvinnorna som instämde helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Motsvarande siffra för männen var 77 procent.

Regeringen anser att tillgängligheten är ett område där väsentliga förbättringar bör ske. Därför har regeringen vidtagit en rad insatser, varav en är en satsning på en resultatbaserad styrning – den så kallade kömiljarden – i syfte att patienterna ska få tillgång till vård inom ramen för vårdgarantin. Satsningen har redan resulterat i kortare väntetider.

### 3.5.1 Tillgänglighet till hälso- och sjukvård

Den svenska vården håller generellt sett mycket hög kvalitet. Mellan 70 och 80 procent av patienterna uppger att de är mycket nöjda med den vård de fått. Den kritik som framförs av patienterna handlar i huvudsak om brister i tillgänglighet och långa väntetider till vissa behandlingar.

De senaste åren har ett antal åtgärder genomförts för att förbättra tillgängligheten. Nämnas kan bl.a. den nationella tillgänglighets-satsningen, den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården samt den nationella vårdgarantin. Sjukvårdshuvudmännen har också fått extra resurstillskott för dessa satsningar. Sammantaget rör det sig om ca 46,5 miljarder kronor mellan 2000 och 2009.

I flera avseenden är tillgängligheten till hälso- och sjukvården i Sverige god. Alla personer som stadigvarande bor eller vistas i Sverige omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet. Merparten av befolkningen har nära till primärvården.

### 3.5.2 Vårdgaranti och kömiljard

Den nationella vårdgarantin är en av de mest omfattande satsningarna under senare år för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Vårdgarantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda kontakt per telefon eller på plats i primärvården samma dag som patienten söker vård. Inom sju dagar ska primärvården erbjuda läkarbesök, om det behövs. Efter beslut om remiss ska besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom 90 dagar från beslutsdatumet. Beslutad behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatumet.

Trots statens stimulansmedel bedöms satsningarna hittills generellt sett ha haft begränsade effekter på väntetiderna. Uppföljningar visar att arbetet för att uppfylla den nationella vårdgarantin medförde kortare väntetider inom den planerade specialiserade vården framför allt under det första året efter införandet. Vissa av landstingen visade på en halvering av köerna. Ur ett nationellt perspektiv började dessa förbättringar att plana ut under senhösten 2006. Väntetiderna nationellt sett har sedan dess varit relativt oförändrade. Under 2008 fick ca 30 procent av patienterna vänta längre än 90 dagar på ett planerat besök eller en behandling. Variationerna är dock stora mellan landstingen.

För att ytterligare stimulera landstingen att arbeta med uppfyllandet av den nationella vårdgarantin har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slutit en överenskommelse om en långsiktig resultatbaserad satsning för att förbättra tillgängligheten i vården. Överenskommelsen omfattar en miljard kronor per år fr.o.m. 2010 och kommer att revideras årligen. De landsting som uppnår de i överenskommelsen uppställda kraven om uppfyllande av vårdgarantin får ta del av medlen. Landstingen måste rapportera resultat till databasen Väntetider i vården och på så sätt visa hur de uppfyller tiderna i vårdgarantin.

Redan under våren 2009 märks positiva effekter av överenskommelsen. Mätningar visar att de flesta landsting markant förkortat väntetiderna för besök hos specialist och för behandling.

Tillgängligheten till hälso- och sjukvården behöver förbättras ytterligare. Det behövs också en bättre uppföljning av hur landstingen arbetar med att informera sina patienter om möjligheten till vård hos andra vårdgivare i det egna landstinget eller i ett annat landsting. Mycket tyder på att det finns stora skillnader mellan landstingen i detta avseende. Socialstyrelsen har mot den bakgrunden fått ett uppdrag att följa upp bl.a. dessa aspekter av vårdgarantin.

### 3.5.3 Tillgång till personal

En tillräcklig tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal är en grundläggande förutsättning för att samhället ska kunna möta den växande efterfrågan på hälso- och sjukvård. Tillgången på personal i vården varierar över tid och beror bl.a. på hur många som utbildas i Sverige, migration samt kommunernas och landstingens möjligheter att anställa personal.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag årligen redovisat utvecklingen av tillgången på personal inom hälso- och sjukvården, för att ge en överblick över området och ett underlag för eventuella åtgärder. Utifrån bl.a. dessa rapporter har regeringen vidtagit, och ser ett fortsatt behov av att vidta, åtgärder för att förbättra överensstämmelsen mellan tillgången till och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården. Årets rapport (Socialstyrelsens Årsrapport NPS 2009) visar i korthet att tillgången på barnmorskor, läkare, sjuksköterskor och tandhygienister i hälso- och sjukvården fortsätter att öka, dock i olika takt, samt att personaltätheten varierar över landet.

Under flera år i följd, och så även i årets rapport, har Socialstyrelsen rapporterat om obalansen i tillgång och efterfrågan på läkare. Regeringen har bl.a. med anledning av detta under flera år utökat antalet platser till lärosätena för läkarutbildning. För 2009 avsattes medel för en ökning med 110 platser per år, för perioden 2009–2013 innebär denna satsning en ökning med totalt 605 platser. I budgetpropositionen för 2010 föreslår regeringen nu en fortsatt utbyggnad av läkarutbildningen med ytterligare 30

platser per år, vilket för perioden 2010–2015 innebär en ökning med 165 platser. Då regeringens satsning på fler platser på läkarutbildningen får fullt genomslag 2015 kommer antalet platser sedan 2006 att ha ökat med cirka 27 procent.

Socialstyrelsen har också under flera år rapporterat om en obalans mellan tillgång och efterfrågan avseende specialistläkare inom vissa specialiteter, exempelvis i allmänmedicin och psykiatri. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det landstingen som anställer läkare för specialisttjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

För tandvårdens del visar Socialstyrelsens rapport att tillgången på tandhygienister i tandvården har ökat, medan antalet sysselsatta tandläkare i tandvården däremot har minskat något under perioden. Av det skälet har regeringen under flera år i följd avsatt medel för att inrätta fler platser på tandläkarutbildningen. I budgetpropositionen för 2009 aviserades en större ökning av antalet platser på tandläkarutbildningen under perioden 2009–2013 med totalt 200 helårsstudenter. För 2009 avsattes medel för en ökning med 40 helårsstudenter.

Sedan ett antal år har Socialstyrelsen rapporterat också om landstingens svårigheter att rekrytera specialistsjuksköterskor. Regeringen har i april 2009 gett en utredare i uppdrag att bl.a. göra en övergripande utredning av frågan om bristen på specialistsjuksköterskor (Utredningen om trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst (S 2009:02)). Utredaren ska redovisa sina förslag senast den 1 oktober 2010.

Tillgången på legitimerade yrkesgrupper inom psykiatrin har ökat, utom ifråga om sjuksköterskor som är specialiserade inom psykiatri, där tillgången i stället har minskat. Också inom psykiatrin varierar personaltätheten mellan de olika sjukvårdsregionerna i landet. Av Socialstyrelsens rapport framgår att framför allt psykiatriker och sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrin bedöms svårrekryterade till vuxenpsykiatrisk verksamhet. Situationen bedöms vara liknande för läkare som genomgår specialiseringstjänstgöring i psykiatri liksom för psykologer som är specialiserade på kognitiva och beteendearterade terapier. Regeringen har därför beslutat ett antal åtgärder för

att förbättra tillgången på utbildad hälso- och sjukvårdspersonal inom psykiatrin.

För att stödja utvecklingen av psyko- terapeutisk kompetens, t.ex. kompetens inom kognitiv beteendeterapi, för befintlig hälso- och sjukvårdspersonal, har Socialstyrelsen fått i uppdrag att under perioden 2010–2012 fördela 15 miljoner kronor årligen till landstingen. Medlen ska användas till att finansiera utbildningsplatser för legitimeringsgrundande psyko- terapeututbildningar och påbyggnadsutbildningar för handledarkompetens inom psyko- terapi.

Regeringen beslutade i juni 2008 att utbetala projektmedel till norra och sydöstra sjukvårdsregionen för en satsning som syftar till att öka antalet AT-läkare som väljer att genomföra sin tjänstgöring inom psykiatrin. Satsningen sker i projektform och pågår t.o.m. 2010.

I syfte att öka antalet psykologer har särskilda medel avsatts till Karolinska institutet för att utöka antalet platser på psykologprogrammet från 40 till 70 fr.o.m. 2009.

Tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal har också fått ökad uppmärksamhet internationellt på senare år, inte minst på grund av den framtida utmaning man ser framför sig i att kunna erbjuda vård till en äldre befolkning. År 2008 presenterade EU-kommissionen en grönbok Den europeiska arbetskraften inom vården. I grönboken bjöd kommissionen in medlemsländerna och intresseorganisationerna till ett öppet samrådsförfarande för att få deras synpunkter på kommissionens frågeställningar. Regeringen har deltagit i samrådsförfarandet och lämnat in synpunkter på grönboken.

### **3.5.4 Tillgänglighet inom psykiatriområdet**

Andelen personer i befolkningen som lider av allvarlig psykisk sjukdom synes inte ha ökat under senare år. Framför allt sker det en ökning bland ungdomar i övre tonåren och bland unga vuxna. Omkring 50 000 personer i Sverige har en schizofrenidiagnos och cirka 1–2 procent av befolkningen har en personlighetsstörning. Depression är en mycket vanlig sjukdom och svenska studier visar att upp till 40–50 procent av kvinnor och cirka 25–30 procent av män någon gång i livet drabbas av behandlingskrävande depression. Enligt Socialstyrelsens Hälso- och

sjukvårdsrapport 2009 uppges 20–40 procent av befolkningen att de lider av psykisk ohälsa och mellan 5 och 10 procent uppskattas behöva psykiatrisk behandling.

Regeringen har sedan 2007 fördelat stimulationsbidrag till landstingen för att stödja huvudmännen i deras arbete med att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten Satsning på hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa 2008 att landstingen till övervägande del använt bidragen för att förbättra tillgängligheten, stärka första linjens vård och omsorg samt för kompetenssatsningar och personalförstärkningar. De nationella mätningarna av väntetiderna i vården som görs i den nationella databasen Väntetider i vården visar också att tillgängligheten har blivit bättre i många landsting, även om det ännu är för tidigt att ange exakt hur stora förbättringarna är. Det finns dock alltså brister i tillgängligheten till psykiatrisk hälso- och sjukvård, framför allt till barn- och ungdomspsykiatrin. Alltför många får ännu vänta för länge på de insatser de behöver.

Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 visar att den psykiska ohälsan ökar hos barn och unga, medan den minskar i övriga åldersgrupper. I Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 konstaterar Socialstyrelsen att det är särskilt viktigt att så tidigt som möjligt identifiera och hantera psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.

Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa vid Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att vara ett kunskaps- och metodstöd för alla verksamheter med ansvar för vård och omsorg för barn och unga när det gäller såväl tidig upptäckt och tidiga insatser som förebyggande åtgärder.

Regeringen anser att tidig upptäckt av psykisk ohälsa hos barn och unga kräver en väl fungerande första linjens vård och omsorg, med ett väl utvecklat samarbete mellan landsting och kommuner. En väl fungerande första linjens vård och omsorg kan bidra till att hjälpa barn och unga innan de behöver få hjälp inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om att ta fram ett antal modeller för samarbete inom första linjens vård och omsorg stärker en sådan utveckling. Fjorton modellområden har valts ut och dessa modeller ska sedan spridas som goda exempel till alla kommuner och landsting, för att åstadkomma långsiktigt hållbara former för sam-



arbete. Arbetet med modellområdena ska ske i samverkan med Socialstyrelsens utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa.

Tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien måste också förbättras. Regeringen har sedan 2007 träffat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatrien som ska bidra till detta. Målet om en förstärkt vårdgaranti, som ska nås under 2011, är att ingen ska behöva vänta längre än 30 dagar på en bedömning och därefter högst 30 dagar på fördjupad utredning eller behandling. Regeringen menar att det är viktigt att skapa incitament för landstingen att förändra arbetssätt för att kunna förbättra sin verksamhet och att öka tillgängligheten. Stimulansbidragen fördelas därför fr.o.m. 2009 på samma sätt som kömiljarden (se avsnitt 3.5.2), dvs. i efterhand till de landsting som rapporterat in sina väntetider till den nationella databasen Väntetider i vården. Enligt 2009 års överenskommelse fördelas hälften av medlen till de landsting där minst 80 procent av patienterna får ett första besök inom specialiserad vård inom högst 30 dagar och hälften av medlen till de landsting där minst 60 procent får definierade behandlingar och fördjupade utredningar inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar.

Regeringen har träffat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting som syftar till att kartlägga heldygnsvården. Kartläggningens huvudsakliga syfte är att få en bild av hur tillgången på heldygnsplatser varierar över landet och möjliga orsaker till variationer. Resultatet av kartläggningen ska rapporteras till regeringen senast den 31 mars 2010.

### 3.5.5 Tillgänglighet inom tandvården

Regeringen har genomfört en stor satsning på tandvården, reformen om ett nytt statligt tandvårdsstöd. Reformen trädde i kraft den 1 juli 2008 och innebär bland annat att ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader har införts. Regeringens ambition är att reformen ska bidra till att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov samt möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad.

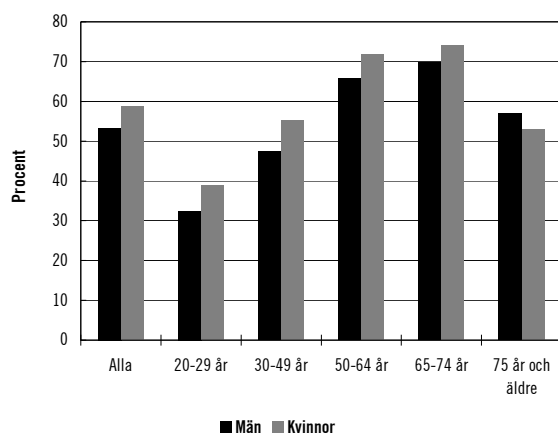
Målet med det allmänna tandvårdsbidraget är att en större andel människor ska stimuleras till att besöka tandvården i de åldersgrupper där besöksfrekvensen i dag är oroväckande låg. Hur ofta man går till tandvården skiljer sig mellan kvinnor och män, men framför allt mellan olika åldersgrupper. Systemets konstruktion med ett allmänt tandvårdsbidrag uppmuntrar till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte.

Sedan reformens ikraftträdande beräknas 58 procent av alla kvinnor ha varit hos tandläkaren eller tandhygienisten. Männens andel ligger några procentenheter lägre, 53 procent (diagram 3.3). Unga vuxna går till tandvården i mindre omfattning än äldre. Cirka 32 procent av männen mellan 20 och 29 år har besökt tandvården minst en gång under första året med det nya tandvårdsstödet och 39 procent av kvinnorna i samma ålder har gjort det. I åldersgruppen 65–74 år har fler än 70 procent besökt tandvården sedan reformens införande, såväl kvinnor som män. Även åldersgruppen 50–65 år har hög besöksfrekvens. Noteras bör att diagrammet och redovisade siffror enbart visar besök inom ramen för det nya tandvårdsstödet. Så kallad uppsökande tandvård för personer med stora omsorgsbehov ingår inte och inte heller

tandvårdsbesök inom ramen för den del av det tidigare tandvårdssystemet som ännu inte är helt utfasat (högkostnadsskydd för personer som är 65 år eller äldre). Om båda dessa delar skulle vara med skulle framför allt besöksfrekvensen för den äldsta åldersgruppen vara högre än vad diagrammet anger.

Eftersom endast lite mer än ett år har gått sedan det nya tandvårdsstödet infördes är det svårt att säkert uttala sig om huruvida det har skett några förändringar i besöksfrekvensen.

**Diagram 3.3 Andel vuxna kvinnor och män i olika åldersgrupper som har varit hos tandläkaren eller tandhygienisten minst en gång under perioden juli 2008 till juni 2009, inom ramen för det nya tandvårdsstödet**



Källa: Försäkringskassan, SCB, egna beräkningar

Genom den fria prissättning som råder, och ersättningssystemets utformning, påverkas patienternas kostnader direkt av prisutvecklingen. Sveriges Kommuner och Landsting har i sina två senaste rapporter angående Folktandvårdens priser för allmäntandvård, den 1 juli 2008 och den 1 januari 2009, visat hur folktandvårdens medelpriser i landet förhåller sig till

referenspriserna samt vilka lägsta respektive högsta priser som tillämpas. Enligt rapporten från 2009 har sex landsting ökat sina priser från den 1 juli 2008 och skillnaderna i priser på enskilda åtgärder är stora mellan olika landsting.

I och med reformen finns det numera även en annan sorts prisstatistik – priserna som tagits ut för tandvård som faktiskt har genomförts. Därmed kan man studera genomsnittspriser för tandvård som har genomförts, snarare än genomsnittliga priser enligt vårdgivarnas prislister. Den här statistiken visar att priset för tandvård som har utförts av privata vårdgivare inom ramen för det nya tandvårdsstödet ligger 12 procent över referenspriserna i genomsnitt (andra kvartalet 2009). Tandvård som har utförts av offentliga vårdgivare ligger i genomsnitt 6 procent över referenspriserna under samma tidsperiod. Genomsnittspriserna för faktiskt utförd tandvård hos offentliga vårdgivare har legat på en jämn nivå sedan reformens införande, medan genomsnittspriset för tandvård hos privata vårdgivare steg successivt under reformens första tre månader.

I tabell 3.8 redovisas de totala utgifterna för tandvård under perioden 2002–2007, uppdelat på patientavgifter respektive offentliga utgifter. I tabell 3.9 redovisas kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet 2002–2007.

**Tabell 3.8 Tandvårdens utgifter, 2002–2007<sup>1</sup>**

Miljoner kronor

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Hushållens konsumtions- utgifter för tandvård</b>						
Patientavgifter	10 250	10 260	11 320	12 054	12 192	12 199
<b>Offentliga konsumtions- utgifter för tandvård</b>						
Statens, landstingens och primärkommunernas utgifter	5 450	6 636	7 183	6 695	7 307	7 495
<b>Summa utgifter</b>	<b>15 700</b>	<b>16 896</b>	<b>18 503</b>	<b>18 749</b>	<b>19 499</b>	<b>19 694</b>
<b>Andel patientavgifter %</b>	<b>65,3</b>	<b>60,7</b>	<b>61,2</b>	<b>64,3</b>	<b>62,5</b>	<b>61,9</b>

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

**Tabell 3.9 Kostnader för statligt tandvårdsstöd, 2002–2007**

Miljoner kronor

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Statligt tandvårdsstöd	1 604	2 607	3 129	2 426	3 099	3 159
Administrationskostnader för försäkringen	169	204	175	186	168	234

Källa: Försäkringskassan

I slutbetänkandet Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) lämnas förslag angående bl.a. tandvård i samband med sjukdom eller funktionshinder. Socialstyrelsen har därefter på regeringens uppdrag redovisat rapporterna Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård och Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Tandvårdsreformen innebär en kraftig förstärkning av det statliga tandvårdsstödet. För många personer, särskilt de med stora tandvårdsbehov, har kostnaderna sjunkit, men det finns vissa patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av tandvård. Regeringen vill komplettera det generella stödet med särskilt riktade insatser och har därför tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att utforma ett kompletterande stöd till dessa patientgrupper. Arbetet ska vara avslutat senast den 1 oktober 2010.

### 3.5.6 Tillgänglighet till läkemedel

Tillgänglighet till läkemedel omfattar ett flertal områden. Det kan handla om patienters faktiska möjlighet att kunna hämta ut sina receptbelagda

läkemedel och kunna köpa receptfria läkemedel. Det handlar också om vilka läkemedel som är subventionerade. Tillgänglighet kan också innefatta att förskrivningen av läkemedel ska vara relativt lika såväl inom ett landsting som mellan landsting. Det handlar också om att ge landstingen ekonomiska förutsättningar att kunna förskriva de läkemedel som är motiverade att förskriva.

Sverige har förhållandevis få apotek i förhållande till antalet invånare. Varje apotek har att ombesörja läkemedelsförsörjningen för i genomsnitt ungefär 10 000 personer medan de flesta länder i EU har färre än 5 000 invånare per apotek. Apoteksmonopolet har enligt bl.a. OECD resulterat i begränsad tillgänglighet till läkemedel för den svenska befolkningen. Den 19 februari 2009 beslutade regeringen att överlämna propositionen Omreglering av apoteksmarknaden (prop. 2008/09:145) till riksdagen. Propositionen innehöll förslag som möjliggör för andra aktörer än Apoteket AB att driva öppenvårdsapotek. Regeringens mål med omregleringen av apoteksmarknaden är att konsumenterna ska få ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och större tjänsteutbud. En viktig utgångspunkt är att minst samma höga krav på kvalitet och

säkerhet som präglar dagens handel med läkemedel bibehålls. Den nya lagen (2009:366) om handel med läkemedel trädde i kraft den 1 juli 2009.

Införandet av lagen (2007:1455) om detaljhandel med nikotinläkemedel, dvs. att det blev tillåtet att sälja nikotinläkemedel utanför apotek, visar att antalet försäljningsställen för dessa läkemedel ökat betydligt. I januari 2009 hade drygt 3 000 anmälningar inkommit till Läke-medelsverket om försäljning av nikotinläkemedel på andra platser än på apotek.

När det gäller receptfria läkemedel har regeringen i en proposition beslutad den 23 april 2009 (prop. 2008/09:190 Handel med vissa receptfria läkemedel) föreslagit att vissa sådana läkemedel, som uppfyller kriterierna i en ny lag, ska få säljas på andra försäljningsställen än apotek. Regeringens syfte med denna omreglering är att ytterligare öka tillgängligheten till receptfria läkemedel för konsumenterna. Propositionen har antagits av riksdagen och lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel träder i kraft den 1 november 2009.

I samband med omregleringen övertog Läke-medelsverket Apoteket AB:s uppgift att ansvara för oberoende läkemedelsupplysning. På några områden har Apoteket AB fått behålla ett särskilt ansvar under en begränsad övergångsperiod för att säkerställa tillgängligheten, tills den nya marknaden har etablerats. Detta gäller bl.a. tillhandahållande av jourdoser under en övergångsperiod om ett år, bistånd till andra öppenvårdsapotek med kompetens om medicinska gaser under en period om två år, försörjning av vissa vacciner och antidoter och vissa uppgifter för totalförsvarets läkemedelsförsörjning. Apoteket AB ska vidare behålla sina apoteksombud under en treårsperiod. När det gäller praktikplatser för apotekspersonal ska Apoteket AB under en period om ett år samordna fördelningen av praktikplatser och i samråd med övriga intressenter ta fram förslag på hur detta kan lösas i framtiden. Giftinformationscentralen ingår organisatoriskt i Apoteket AB, men regeringens bedömning är att verksamheten bör överföras till Läke-medelsverket den 1 oktober 2009. Apoteket Produktion & Laboratorier AB (APL) bör skiljas från Apoteket AB och avyttras till utomstående eller bli direktägt av staten. APL bör under en övergångsperiod om tre år ha en skyldighet att tillverka och leverera extemporeläkemedel på förfrågan från öppenvårdsapotek.

Apoteket AB och de nya aktörerna bör i avtal få ett gemensamt ansvar för apotekstäckningen i landet.

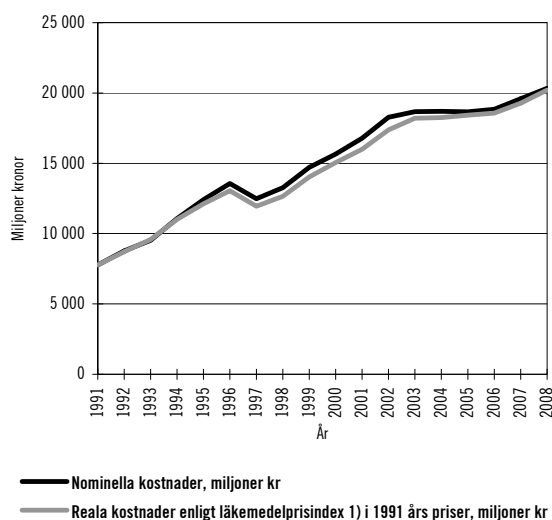
Det finns en rad databaser, register och annan IT-infrastruktur som alla öppenvårdsapotek måste ha tillgång till för att bedriva sin verksamhet. Driften av dessa system ska skötas av ett från apoteksaktörerna fristående organ. Apotekens Service AB, som är ett dotterbolag till Apoteket Omstrukturering AB, har ålagts denna uppgift från reformens ikraftträdande.

Ett flertal av Socialstyrelsens rapporter om läkemedelsförsäljningen i Sverige visar på att det finns stora skillnader mellan landstingen när det gäller förskrivning av läkemedel. Samma bild har framkommit även i andra rapporter, t.ex. den s.k. 4-länsrapporten från Stockholms läns landsting, region Skåne, Västra Götalandsregionen och landstinget i Östergötland samt i Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings öppna jämförelser.

Det finns således ett behov av att skapa en större nationell likvärdighet när det gäller tillgänglighet till läkemedel i landet. För att åstadkomma detta krävs dels en bättre samordning mellan myndigheterna, dels att landstingen utvecklar sitt arbete med kunskapsbildning och kunskapsspridning inom området.

För åren 2009 och 2010 har Sveriges Kommuner och Landsting och staten tecknat ett tvåårigt avtal som reglerar statens ersättning till landstingen avseende kostnaderna för läkemedelsförmånerna. I avtalet anges bl.a. att landstingen erhåller 22,4 respektive 23,2 miljarder kronor för de aktuella åren.

Förutom ersättning för varor som ingår i läkemedelsförmånerna kompenseras landstingen även för kostnader för dosdispensering och smittskyddsläkemedel som förskrivs på recept för behandling av sjukdomarna hiv-infektion och hepatit-c. I landstingens ersättning inkluderas även skälig ersättning för rekvirerade läkemedel och förbrukningsartiklar. Regeringen har med denna överenskommelse skapat goda förutsättningar för landstingen att ge läkemedelsbaserade behandlingar i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

**Diagram 3.4 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1991–2008 (exklusive moms)**

Källa: Apoteket AB

När de nya reglerna för subvention av läkemedel infördes 2002 var drygt 2 000 läkemedel subventionerade enligt det gamla systemet. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) går nu igenom dessa läkemedel enligt de nya reglerna. TLV granskar läkemedlen sjukdomsområde för sjukdomsområde. Turordningen bestäms utifrån försäljningsvärdet och totalt ska 49 läkemedelsgrupper ses över.

TLV har hittills gått igenom sex grupper av läkemedel. I samband med dessa genomgångar förlorar en del läkemedel sin subvention och en del läkemedel blir subventionerade endast för vissa indikationer och/eller åldersgrupper. Syftet med genomgångarna är att skapa bästa möjliga förutsättningar för en effektiv läkemedelsanvändning och på så sätt frigöra resurser till de mest angelägna områdena inom hälso- och sjukvården.

Nya vacciner utvecklas i en allt snabbare takt och är ofta mycket dyrare än äldre vacciner. Med beaktande av att det finns dubbla subventions-system för vaccinationer, dels inom läkemedelsförmånerna, dels inom de nationella vaccinationsprogrammen, har en utredare fått i uppdrag att bl.a. göra en kartläggning och utvärdera förhållandet mellan dessa parallella system inom ramen för en utredning, Översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen, m.m. (S 2008:10). Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 maj 2010.

EU-kommissionen publicerade i december 2008 det så kallade läkemedelspaketet vilket omfattar nya regler kring bl.a. förfalskade läkemedel. Reglerna är avsedda att ändra nuvarande läkemedelsdirektiv och läkemedelsförordning.

Lagförslaget om förfalskade läkemedel innehåller skärpta krav för distributionen av läkemedel, stärkta importkrav av läkemedelssubstanter från tredje land samt en förstärkt möjlighet till inspektioner av tillverkare och grossister av läkemedel och aktiva substanser. Dessutom föreslås att man ska börja använda säkerhetsdetaljer på läkemedelsförpackningar. De föreslagna reglerna ska bara gälla receptbelagda läkemedel.

### 3.6 Kunskapsbaserad vård

En kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär (enligt 2 kap 1 § LYHS) att vården "... ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov...". Den personal som utför vården ska arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet vilket innebär att en kunskapsbaserad sjukvård handlar om såväl vad som görs som hur den utförs. Regeringens ambition är att stödja en utveckling mot en alltmer kunskapsbaserad sjukvård, däribland tandvård, bl.a. genom framtagande av nationella riktlinjer.

Indikatorn "sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall" beskriver död i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka med medicinska insatser. Under perioden 1987–2007 minskade antalet dödsfall enligt denna indikator med 40 procent bland män och 46 procent bland kvinnor. Nedanstående data i tabell 3.10 beskriver, i femårsintervall, åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare.

**Tabell 3.10 Sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare**

År	1987	1992	1997	2002	2007
Män	51,0	51,4	46,1	39,5	30,5
Kvinnor	39,3	35,0	29,4	28,2	21,4

Källa: Socialstyrelsen

**Tabell 3.11 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, per 100 000 invånare**

År	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Män	1 652	1 616	1 558	1 506	1 446	1 417	1 382	1 377	1 294	1 356
Kvinnor	1 234	1 212	1 161	1 134	1 098	1 078	1 066	1 064	1 019	1 069
Riket	1 411	1 384	1 330	1 293	1 247	1 223	1 200	1 197	1 134	1 191

Källa: Socialstyrelsen

Indikatorn undvikbar slutenvård i tabell 3.11 avser "onödiga" inläggningar på sjukhus som, med ett effektivt och adekvat omhändertagande i den öppna vården, kan förhindras. Indikatorn speglar flera olika dimensioner, bl.a. tillgängligheten till vården men också i vilken utsträckning öppenvården erbjuder en vård baserad på evidens och beprövad erfarenhet. År 1998 uppgick antalet undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare till 1 411 personer. År 2007 hade motsvarande antal sjunkit till 1 191 personer, en minskning med drygt 15 procent.

Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, i första hand akut hjärtinfarkt, har under perioden 1997 till 2006 sjunkit från 118,2 döda per 100 000 personer (<80 år) till 72,8. Läkemedelsbehandlingen efter hjärtinfarkt har anpassats till aktuella riktlinjer vilket har bidragit till en förbättrad och mer kunskapsbaserad vård för dessa patienter. Allt fler patienter genomgår också kranskärlsröntgen och ballongvidgning. Sammantaget sker en positiv utveckling.

### 3.6.1 Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Att se till att vården som erbjuds patienten är baserad på bästa möjliga kunskap är ett viktigt steg i regeringens ambition för att utveckla den svenska hälso- och sjukvården. Detta utgör ett centralt verktyg i arbetet med att säkerställa ett effektivt utnyttjande av offentliga vårdresurser.

Socialstyrelsens strategi för kunskapsstyrning omfattar en rad aktiviteter som på olika sätt samspelar i syfte att stödja en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har sedan snart 15 år tillbaka i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för vård och behandling och hittills finns riktlinjer för omkring tio av de stora sjukdomsgrupperna, såsom t.ex. cancer, stroke och hjärtsjukdomar. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) samt utarbetat en vägledning

som stöd för en systematisk kvalitetsförbättring av vården (God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2006). Det som enligt Socialstyrelsen definierar en god vård är att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och att den ges i rimlig tid.

Socialstyrelsen har i uppdrag från regeringen att utarbeta nationella indikatorer för god vård. De nationella indikatorerna används och kommer att användas för att kontinuerligt öppet jämföra och utvärdera hälso- och sjukvården utifrån såväl ett systemövergripande perspektiv som specifika patientgruppsperspektiv. Syftet är dels att öka informationen om hälso- och sjukvårdens innehåll och kvalitet till olika intressenter, dels att indikatorerna kan användas som underlag för att förbättra hälso- och sjukvården.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i uppdrag att utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder. SBU ska sammanställa utvärderingarna och sprida dessa på ett sätt så att vårdgivare och andra berörda aktörer kan tillägna sig kunskapen. SBU:s sammanställningar utgör också regelbundet underlag för de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta. Vidare stödjer SBU aktivt huvudmännen i arbetet med att utveckla en kunskapsbaserad vård. Myndigheten har bl.a. startat ett nätverk med sjukvårdshuvudmän som har börjat bygga upp kompetens på området systematisk utvärdering. SBU startade under 2008 också en upplysningstjänst för vården avseende frågor som kan utredas och besvaras förhållandevis enkelt. Syftet med tjänsten är att kunna leverera snabba svar – helst inom två månader – till medicinska beslutsfattare inom vården. Erfarenheterna hittills är mycket positiva. Under 2009 kommer flera av svaren att publiceras på SBU:s hemsida för att ytterligare öka kunskapsspridningen.

Socialstyrelsen konstaterar i sin Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 att vården i allt större utsträckning baserar beslut om behandling på bästa

möjliga kunskapsunderlag. Gapet mellan vad som görs i vården och kunskapen om vad som borde göras är fortfarande ett faktum, men tycks minska. Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport att det fortfarande ofta saknas strukturer på lokal och regional nivå för att ta emot och effektivt sprida, samt tillämpa, nationellt framtagna kunskapsunderlag. Som exempel nämns att Socialstyrelsens riktlinjer har implementerats framgångsrikt i slutenvården men inte haft samma genomslag i primärvården. Det finns också, enligt rapporten, ett behov av en ökad samordning – såväl mellan huvudmännen och den nationella nivån som internt mellan landstingen – vad gäller kunskapsbildning. På motsvarande sätt kan, enligt Socialstyrelsen, de nationella aktörerna bli bättre på att samordna sina insatser.

Regeringen har lagt stor vikt vid att stimulera strukturer som stödjer huvudmännen i arbetet med att förbättra överföringen och implementeringen av befintlig kunskap till praktisk hälso- och sjukvård och omsorg. Vinnvård – från kunskap till praktik, är ett forskningsprogram som finansieras av Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Vinnova och Vårdalstiftelsen med sammanlagt 150 miljoner kronor. De projekt som beviljas forskningsmedel ska bidra till att omsätta kunskap till praktik. Projekten som har tilldelats medel efter utlysning 2009 pågår till 2012 och de projekt som tilldelades medel 2007 avslutas 2010.

Även i betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) konstateras att en ökande framtida mängd information kommer att ställa ytterligare krav på förmågan att tillvarata och implementera ny kunskap. Överföringen av kunskap mellan forskning och klinisk verksamhet behöver underlättas. När det gäller cancerområdet föreslår strategin att regionala cancercentra tillskapas som kan stödja kunskapsutvecklingen.

Systematiska kunskapsöversikter vad gäller behandlingsmetoder i vården används primärt för att ge vägledning om vilka metoder som kan och bör användas. Det är dock viktigt att också identifiera metoder som antingen inte har önskvärd effekt eller där tillräcklig kunskap om behandlingseffekten saknas. Genom att identifiera och utrangera otillräckligt utvärderade behandlingsmetoder skulle sannolikt mycket stora resurser kunna frigöras i vården, resurser som i stället kan satsas på nya och etablerade metoder

med god evidens. Det finns en tendens i vården att införandet av nya behandlingsmetoder sker snabbare än vad befintliga behandlingar utmönstras. SBU har genom sina systematiska kunskapssammanställningar goda möjligheter att dels ge hälso- och sjukvården råd om vad man kan avvakta med att införa i rutinemässig klinisk praxis, dels vilka befintliga metoder som inte längre bör användas. Utöver detta är det även viktigt med ett kontrollerat och samordnat införande av nya behandlingsmetoder.

### 3.6.2 Kunskapsbaserad psykiatri

Regeringen har inom ramen för psykiatrisatsningen (se skrivelse 2008/09:185 En politik för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning) vidtagit åtgärder för att skapa förutsättningar för att säkerställa att psykiatrin ska arbeta kunskapsbaserat. Det handlar bl.a. om att öka intresset hos nyutbildade läkare att bli psykiatriker, att stärka utbudet av specialistkompetenskurser i psykiatri och att utöka antalet platser på psykologprogrammet vid Karolinska institutet. Vetenskapsrådet har fått i uppdrag att inrätta tjänster för forskning för kliniskt verksamma medarbetare inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Regeringen har även uppdragit åt SBU att ta fram kunskapsöversikter inom området psykiatrisk vård, behandling och rehabilitering.

I den forsknings- och innovationspolitiska propositionen (prop. 2008/09:50) har regeringen också lyft fram behovet av ytterligare forskning inom psykiatriområdet, särskilt avseende barns och ungdomars psykiska hälsa. Andra områden där behovet av forskning enligt regeringen är stort är exempelvis missbruksvården, psykoterapi, rehabilitering av långvariga psykosjukdomar och psykisk ohälsa. En utmaning inom svensk psykiatrisk forskning är att den står inför en generationsväxling. En kraftfull satsning på att förstärka rekryteringen bland kliniska forskare inom psykiatrin behöver således göras de närmaste åren.

Socialstyrelsen konstaterar i delrapporten Fördjudad psykiatriutbildning för AT-läkare att rekryteringen av AT-läkare varit något lägre än förväntat 2008 men att betydligt fler AT-läkare anmält intresse 2009. När det gäller specialistkompetenskurser skriver Socialstyrelsen i rapporten METIS-projektet att verksamheten

fortgår enligt projektets syfte och att de kurser som utvecklats kan bidra dels till att öka antalet deltagande ST-läkare, dels öka intresset för att bli specialist i psykiatri.

Regeringen anser att det är viktigt att kunskapsläget förbättras och att det skapas en gemensam kunskapsbas för olika aktörer som möter personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Regeringen har därför påbörjat en satsning där landsting och kommuner kan ansöka om medel för att fort- och vidareutbilda personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Syftet är dels att utveckla en gemensam kunskapsbas, dels att öka personalens kompetens. Regeringen har också uppdragit åt Försäkringskassan att fördela medel till en gemensam kunskapsutveckling inom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting och kommuner om rehabilitering för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

För att stärka hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att möta den psykiska ohälsan hos patienterna har Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel för att stödja huvudmännen att finansiera kompetensförstärkningar inom området evidensbaserad psykologisk behandling. Satsningen har kommit att riktas främst mot fort- och vidareutbildning inom området.

### 3.6.3 Kunskapsbaserad tandvård

Liksom för övrig hälso- och sjukvård är det av stor vikt att behandlingar och vård som erbjuds inom tandvården är baserade på kunskap. I syfte att ytterligare förbättra kunskapsstyrningen inom tandvårdsområdet har regeringen vidtagit ett antal åtgärder.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. I ett första skede planeras sex tandvårdsriktlinjer som kommer att presenteras i slutet av 2010.

En särskild utredare har haft i uppdrag att föreslå åtgärder för att öka kunskaperna om hälsoproblem relaterade till amalgam och andra dentala material. Utredningen redovisade sina förslag i slutbetänkandet Dentala material och hälsa (SOU 2003:53). Socialstyrelsen fick 2006 i uppdrag av regeringen att fördela medel till kun-

skapsutveckling och metodutveckling samt för att förbättra diagnostik, behandling och bemötande av patienter vars hälsoproblem förknippas med amalgam eller andra dentala material. För detta ändamål avsatte regeringen 10 miljoner kronor. Slutredovisning ska ske senast den 31 december 2010. Regeringen har även avsatt 13 miljoner kronor per år för ekonomiskt stöd till kompetenscentrum, bl.a. Kunskapscenter för Dentala Material.

### 3.6.4 Kunskapsbaserad läkemedelsanvändning

Kunskapsstyrning från statligt håll är en grundförutsättning för vård på lika villkor i hela landet. De stora skillnader som finns mellan och inom landstingen, inte minst när det gäller läkemedelsförskrivningen, visar dock att strukturer som stödjer den statliga kunskapsstyrningen ofta är otillräckliga.

Det finns fyra myndigheter i Sverige i vars uppdrag det ingår att sammanställa kunskap om läkemedel och utfärda rekommendationer eller fatta beslut om dess användning: Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering och Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket.

Från den gemensamma arbetsgruppen mellan Sveriges Kommuner och Landsting och staten med syfte att effektivisera läkemedelsanvändningen (P16-gruppen) framkom i en enkät till läkemedelskommittéerna och läkemedelsenheter att de läkemedelsansvariga myndigheterna kan bli bättre på att samordna samt att ta fram och kommunicera läkemedelsrelaterad information till landstingen. Regeringen har i dialogen med myndigheterna tydliggjort behovet av att de rekommendationer och riktlinjer som tas fram är användbara för hälso- och sjukvården i klinisk vardag.

Ett tydligt resultat av läkemedelskommittéernas arbete är de rekommendationslistor som varje kommitté tar fram, riktade till förskrivare men ibland även mot patienter. Under senare år har kommittéernas arbete alltmer utvecklats mot att ta fram behandlingsrekommendationer för olika terapiområden och implementera dessa bland förskrivare.

Med landstingens nuvarande förskrivarstöd går det inte att, i förskrivningsögonblicket, få tillgång till TLV:s förmånsbegränsningar. I syfte



att höja kvaliteten i förskrivningen av läkemedel behöver förskrivarna, i högre utsträckning än i dag, lättillgänglig och standardiserad information om läkemedel.

Svensk Informationsdatabas för Läkemedel (SIL) är ett producentoberoende kunskapsstöd för läkemedelsförskrivning vars syfte är att öka säkerheten vid läkemedelsbehandling. SIL bygger på ett antal källor, bl.a. Nationellt Produktregister för läkemedel, rekommenderade läkemedel och TLV:s förmånsbegränsningar. Det finns tekniska lösningar i landstingen för att kunna använda SIL i landstingens journalsystem. För att säkerställa att SIL integreras i landstingens journalsystem avsatte regeringen inom ramen för 2009 års Dagmaröverenskommelse 2 miljoner kronor. Vidare har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting i Överenskommelsen om statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2009 och 2010 kommit överens om att SIL ska vara integrerat i samtliga landstings datasystem senast den 31 december 2009. Regeringen bedömer att en fullständig integrering av SIL i samtliga landstings journalsystem kommer att bidra till en högre patientsäkerhet och en effektivare läkemedelsförskrivning.

Apoteket AB har i verksamhetsavtalet med staten ålagts att, inom ramen för den ersättning som erhålls genom handelsmarginalen, bedriva viss forsknings- och utvecklingsverksamhet på läkemedelsområdet. Apoteket AB:s utrednings- och utvecklingsverksamhet syftar till att skapa underlag för hur läkemedelsanvändningen i befolkningen kan förbättras och hur apotekens verksamhet kan öka säkerheten och effektiviteten i läkemedelsanvändningen. Efter omregleringen av apoteksmarknaden ska Apoteket AB:s forsknings- och utvecklingsverksamhet utredas vidare. Apoteket AB har getts i uppdrag att under en övergångsperiod till den 1 juli 2010 fortsätta driva verksamheten.

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna för åren 2009–2010 kom parterna överens om att tillsätta en grupp med uppdrag att följa upp och verka för att förslagen till åtgärder i handlingsplanen Effektivare läkemedelsanvändning realiseras. Detta arbete kommer att ske inom ramen för framtagandet av en läkemedelsstrategi (se avsnitt 3.9.4).

### 3.7 Patientens ställning

Regeringens mål för detta område är att säkerställa att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande i kontakterna med hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen kommer under hösten 2009 att fastställa ett antal indikatorer för uppföljning av patientfokuserad hälso- och sjukvård. Genom den nationella patientenkät, som ska genomföras med början 2009, finns fr.o.m. 2010 en nationell datakälla för området.

Enligt Vårdbarometern angav 81 procent av de intervjuade (samma andel för kvinnor respektive män) under 2008 att de var positiva till det senaste besöket vid vårdcentral/motsvarande. Detta är en förbättring jämfört med 2002 då andelen var 75 procent. Vad gäller besök vid mottagning eller klinik på sjukhus angav 86 procent att de var positiva till senaste besöken 2008 (samma andel för kvinnor respektive män). Motsvarande siffra 2002 var 81 procent. Cirka 84 procent av de intervjuade angav 2008 att de helt eller delvis hade fått den hjälp de förväntade sig vid besöket i hälso- och sjukvården (85 procent av kvinnorna, 83 procent av männen). Även på detta område syns en positiv utveckling.

#### 3.7.1 Valfrihet

En viktig åtgärd för att stärka patientens ställning är att öka valfriheten inom hälso- och sjukvården. Ökad valfrihet kan stimulera kvalitetsutveckling genom att patienterna väljer den vårdgivare som har bäst kvalitet. Det skapas konkurrens som sporrar till förbättring. Valfrihet ställer samtidigt ökade krav på landstingen att tillgängliggöra information om valmöjligheter, tillgänglighet och kvalitet på ett sådant sätt att det är användbart för patienter.

Regeringen har de senaste åren genomfört flera reformer för att öka patientens valfrihet inom hälso- och sjukvården. Den 1 januari 2009 trädde lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) i kraft. Lagen reglerar vad som ska gälla för de landsting och kommuner som vill konkurrera landstingskommunala och kommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av bl.a. hälso- och sjukvård eller omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Valfrihetssystem är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphand-

ling. LOV bygger på att det inte är någon pris-konkurrens mellan leverantörerna. Den enskilde ges i stället möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten. Landstinget eller kommunen ansvarar för att brukaren eller patienten får fullödlig information om samtliga leverantörer som man kan välja emellan.

Flera landsting har infört eller planerar att införa valfrihetsystem för primärvården (vårdvals-system) under 2009. Genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kommer det att vara obligatoriskt för landstingen att tillämpa LOV i primärvården fr.o.m. den 1 januari 2010. Socialstyrelsen och Konkurrensverket kommer att följa hur landstingen efterföljer lagen ur ett patientperspektiv och ur konkurrensynpunkt.

### 3.7.2 Mångfald

De valfrihetsreformer som regeringen genomfört de senaste åren har också till syfte att stärka mångfalden inom hälso- och sjukvården (se avsnitt 3.7.1). De vårdvalssystem som ska finnas på plats i alla landsting den 1 januari 2010 kommer att innebära en fri etablering inom primärvården.

Den 1 juli 2007 upphävdes den s.k. stopplagen, vilket innebar att de då gällande inskränkningarna i landstingens möjligheter att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliner och övriga sjukhus till annan avskaffades. Detta innebär ökade förutsättningar för mångfald inom den vård som bedrivs på sjukhus. Den 1 april 2009 trädde dessutom lagändringar i kraft som ger möjlighet till ersättningsetablering när det gäller sjukgymnaster och läkare inom specialiserad öppenvård som har en etablering med ersättning enligt den s.k. nationella taxan. Detta innebär att nämnda yrkesgrupper kan överlåta verksamheten. Härmed ges en möjlighet för dessa etableringar att finnas kvar vilket bidrar till mångfalden inom hälso- och sjukvården liksom till att tillgodose patienternas behov av kontinuitet i vården.

Som ett led i att ytterligare stärka mångfalden inom hälso- och sjukvården har utredningen Patientens rätt i vården (S 2007:07) i uppdrag att bl.a. utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att, med offentlig ersättning, etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och

sjukvård utanför primärvården. Utredningen ska lämna sitt förslag under hösten 2009.

Regeringen har gjort bedömningen att det utöver de nu nämnda strukturella åtgärderna finns behov av särskilda insatser för att främja mångfald. Regeringen har mot den bakgrunden vidtagit flera åtgärder för att stimulera nyföretagande och entreprenörskap inom hälso- och sjukvården. Nutek (numera Tillväxtverket) har på regeringens uppdrag under 2008 lämnat ett förslag till handlingsprogram för entreprenörskap och förnyelse inom vård och omsorg. I programmet föreslås en bred strategi för stimulans av ökat företagande och entreprenörskap, bl.a. genom satsningar på entreprenörskap i utbildningar, främjande av innovation och företagande, vägledning för offentlig upphandling samt främjande av export och internationalisering för vård- och omsorgsföretag. Tillväxtverket har dessutom regeringens uppdrag att genomföra en satsning på projekt för rådgivning till personer som vill starta verksamhet i egen regi inom vård och omsorg.

Vårdförbundet har genomfört, med bidrag från regeringen, ett projekt för rådgivning till personal inom hälso- och sjukvård som vill starta eget företag. Målet med projektet är ökad mångfald av utförare och större variationer i tjänstutbud och arbetssätt. Slutrapporten som inkom den 1 juli 2009 från projektet visar att den metod och det utbildningsmaterial som används för utbildning och rådgivning är väl fungerande. Samtidigt anges i slutrapporten att attityder till privat utförd vård och omsorg samt utformningen av valfrihetssystemen är utmaningar för att få fler av Vårdförbundets medlemmar att starta verksamheter inom hälso- och sjukvårdens kärnområden.

Ytterligare ett led för att öka mångfalden inom hälso- och sjukvården är att stärka de ideella organisationernas roll. I oktober 2008 slöt regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området samt Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse med syfte att bl.a. stödja framväxten av en större mångfald av utförare inom hälso- och sjukvården och omsorgen (se vidare under Socialtjänstpolitik). Regeringen har dessutom under 2007 och 2008 lämnat bidrag till Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte (Famna) i syfte att utveckla de ideella organisationernas roll inom hälso- och sjukvård samt omsorg.

En ökad mångfald inom hälso- och sjukvården innebär en stärkt ställning för patienten. Ett bredare utbud av utförare stärker patientens möjligheter att välja en vårdgivare som passar honom eller henne. En ökad mångfald sätter ett tydligt fokus på kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården genom att fler och nya utförare konkurrerar genom att hålla hög kvalitet. Incitamenten att ytterligare förbättra bemötande av patienten ökar dessutom.

Trots en positiv utveckling de senaste åren har hälso- och sjukvården fortfarande en relativt liten mångfald av utförare. Variationerna mellan landstingen är också stora. Samtidigt finns en stor potential till utveckling, bl.a. genom regeringens pågående reformer inom området. Det är ännu för tidigt att utvärdera vilket resultat reformerna gett. Det är dock viktigt att i befintliga och framväxande vårdvalssystem betona betydelsen av konkurrensneutralitet mellan samtliga utförare, oavsett om vården bedrivs i landstingens egen regi eller av privata utförare. Ersättningsystem och övriga villkor måste ge förutsättningar för att på lika villkor etablera sig och bedriva verksamhet. Detta är nyckelfaktorer för att mångfalden ska öka och för att patientens valfrihet ska stärkas som avsett. Konkurrensverket har regeringens uppdrag att följa hur landstingens införande av vårdvalssystem i primärvården påverkar konkurrensen mellan utförare, förutsättningar för en mångfald av utförare inom hälso- och sjukvård och främjande av en kvalitetskonkurrens mellan dessa. Regeringen har i propositionen Vårdval i primärvården (prop. 2008/09:74) framhållit att om det visar sig att de krav som landstingen ställer i vårdvalssystemen leder till alltför stora skillnader för de vårdgivare som vill etablera verksamhet eller för patienterna som ska välja vårdgivare, avser regeringen att återkomma i frågan.

### 3.7.3 Öppna jämförelser

Regeringen anser att uppföljning av hälso- och sjukvården spelar stor roll för att säkerställa att patienter ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande. Olika aktörer på både nationell och regional nivå har under de senaste åren strävat efter att medborgarna ska få tillgång till information om vårdens resultat och tillgänglighet. Som ett resultat av detta har tillgången till information förbättrats.

Öppna jämförelser har fått ett stort genomslag inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst. För huvudmän och profession kan öppna jämförelser fungera som ett verktyg för verksamhetsutveckling. För personer som ska välja utförare av vård eller omsorg kan de utgöra ett värdefullt beslutsunderlag. Medborgare kan få en bättre inblick i vad hälso- och sjukvården presterar och till vilka kostnader. För att öppna jämförelser ska fylla dessa behov och funktioner måste dock vissa förutsättningar vara uppfyllda. Det måste finnas tillgång till aktuella, relevanta och träffsäkra indikatorer på kvalitet, resultat och effektivitet och för att indikatorerna ska kunna följas och redovisas måste det finnas tillgång på data. Jämförelserna måste publiceras på ett lättillgängligt sätt och analyseras. Arbetet med öppna jämförelser har bidragit till ett större fokus på vårdens resultat och förbättrat dialogen om kvalitet och verkat som en drivkraft i förbättringsarbetet. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har, i enlighet med Dagmaröverenskommelsen för 2008, även under 2008 publicerat den årliga rapporten med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Regeringen har beslutat om en samlad, nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Strategin har tagits fram av en nationell samordningsgrupp med deltagande från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna. Strategin ska bidra till ett nationellt system för öppna jämförelser som bl.a. stärker medborgarnas ställning genom förbättrade kunskapsunderlag som stöd vid val av vårdgivare. Öppna jämförelser ska även ge underlag för policybeslut och oberoende granskning samt till fördjupade analyser och jämförelser av vården och socialtjänsten. För att driva utvecklingen framåt har den nationella strategin pekat ut ett antal utvecklingsområden som är viktiga för att öppna jämförelser ska kunna nå sin fulla potential.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag från regeringen att, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, sammanställa uppgifter för öppna jämförelser inom primärvården på landstingsnivå. Socialstyrelsen ska dessutom, inom ramen för arbetet med öppna jämförelser och god vård, ta fram ett så kallat indikatorbibliotek för primärvården. Regeringen har även avtalat

med Sveriges Kommuner och Landsting om att utveckla en publik webbapplikation som pedagogiskt tillgängliggör information om primärvården på enhetsnivå som stöd för patienten i det fria vårdvalet.

De svenska kvalitetsregistren har en stor betydelse för vårdens kvalitetsarbete och är även mycket betydelsefulla för den kliniska forskningen. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen har i mer än ett decennium samverkat för att stödja utveckling och användning av de nationella kvalitetsregistren. Från och med 2007 har sjukvårdshuvudmännen tagit huvudansvaret för registrens drift, utveckling och finansiering. Staten bidrar också med ekonomiska resurser till de, i dagsläget, cirka 70 kvalitetsregistren. Samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen sker i den så kallade Beslutsgruppen för de Nationella Kvalitetsregistren, där även representanter för Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening medverkar. Det finns en stor potential hos registren och utvecklingsarbete pågår. Bland annat har delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen uppmärksammat möjligheter att utveckla de svenska kvalitetsregistren.

Ytterligare ett led i arbetet med att stärka patientens ställning är tillskapandet av en nationell, oberoende granskningsfunktion för hälso- och sjukvården. Granskningsfunktionen ska följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet samt offentliggöra resultaten för medborgare och aktörer inom hälso- och sjukvården (se avsnitt 3.8.1).

### 3.7.4 Medicinsk etik

Tack vare utvecklingen av nya diagnos- och behandlingsmetoder kan sjukdomar som tidigare inte kunnat behandlas bli möjliga att diagnostisera, bota eller lindra. Ibland aktualiserar sådana nya metoder grundläggande etiska frågeställningar. Regeringens arbete inom området syftar till en ansvarsfull hantering av frågorna så att fundamentala värden inte äventyras.

I vissa fall är det angeläget att en etisk bedömning sker på nationell nivå. I andra fall kan denna bedömning ske hos exempelvis sjukvårdshuvudmannen. Under de senaste åren har Statens medicinsk-etiska råd utifrån ett etiskt

perspektiv analyserat och bedömt några nya metoder för tidig fosterdiagnostik.

Biobanksutredningen, som tillsattes av regeringen under 2008, har i uppdrag att göra en översyn av lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. En av utgångspunkterna för översynen ska vara att sådan information och kunskap som kan erhållas från vävnadsproverna ska vara tillgänglig inte bara för sjukvården vid vård och behandling av patienter utan också ska kunna användas i forsknings-sammanhang. Vävnadsproverna ska dock endast få användas på ett sätt som respekterar den enskildes integritet och självbestämmande och som kan ge den enskilde och dennes genetiska släktingar ett tillräckligt skydd. Utredningen ska överlämna sina förslag senast i maj 2010.

I samband med propositionen Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter (prop. 2006/07:124) beslutade regeringen att inom Socialdepartementet tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att överväga hur arbetet med att förebygga oönskade graviditeter kan utvecklas bland vuxna, unga vuxna och ungdomar. Arbetsgruppen avlämnade i juni 2009 en idépromemoria till regeringen. Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att begära in statistik för 2009 angående utländska kvinnors aborter. I denna ska ingå uppgifter om bosättningsland, graviditetsvecka samt om kvinnorna har erhållit information, stödsamtal och efterkontroll.

### 3.7.5 Patientens ställning inom psykiatriområdet

I dag finns det brister både när det gäller samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta påverkar patienters och brukares ställning inom psykiatriområdet. Regeringen har i propositionen Vissa psykiatrirågor m.m. (prop. 2008/09:193) lämnat lagförslag som syftar till att stärka patientens eller brukarens ställning. I propositionen föreslås barn få en starkare ställning genom att personal inom vården blir skyldiga att särskilt beakta det behov av information, råd och stöd som barn till föräldrar med bl.a. psykisk funktionsnedsättning har. I propositionen lämnar regeringen också förslag som syftar till att förtydliga det ansvar som kommuner och landsting har att samverka enligt hälso- och sjukvårdslagen och social-

tjänstlagen. Förslagen innebär att landsting och kommuner ska bli skyldiga att ingå överenskommelser samt vid behov upprätta individuella planer om sitt samarbete när det gäller personer med behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Regeringens förslag syftar till att den vård och de sociala insatser som ges i större utsträckning ska utgå från den enskilda individens behov och förutsättningar. Förslagen ska också bidra till att skapa strukturer och arbetssätt inom psykiatriområdet som förhindrar att enskilda drabbas av att landsting och kommuner inte förmår samordna sina insatser.

Som framgår av regeringens psykiatriskrivelse (skr. 2008/09:185) utgör valfrihet ett av tre huvudområden i regeringens politik för psykiatri. Regeringen har vidtagit åtgärder med syfte att personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning i ökad utsträckning ska ges möjlighet att välja och ha inflytande över vem som ska utföra vård-, rehabiliterings- och stödinsatser liksom hur dessa insatser ska utformas.

Regeringen har under våren 2009 gett Handisam i uppdrag att i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) utforma och driva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har också i uppdrag att betala ut medel till kommuner som upphandlar sysselsättning eller erbjuder sysselsättning via ett valfrihetssystem för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning finns flera insatser som direkt eller indirekt syftar till att ytterligare sätta fokus på den enskilda individens behov och förutsättningar. Det handlar bl.a. om att fort- och vidareutbilda personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt att öka kunskapen hos olika aktörer om personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning (se avsnitt 3.6.2).

### 3.7.6 Mångfald inom tandvården

Inom tandvården finns det en mångfald av vårdgivare för patienterna att vända sig till. Nära tre fjärdedelar (73 procent) av statens utgifter för det nya tandvårdsstödet har under det första året gått till tandvård utförd av privata vårdgivare. Utbudet av vårdgivare varierar dock mellan olika

delar av landet. I åtta län utgör privat utförd tandvård mellan 75 och 83 procent av statens kostnader, medan andelen är lägre än 60 procent i tre län (Norrbottens, Västerbottens och Gävleborgs län). I övriga tio län är motsvarande andel mellan 62 och 72 procent. Under senare tid har nya aktörer etablerat sig på tandvårdsmarknaden, bl.a. företag som strävar efter att erbjuda lägre priser än andra vårdgivare.

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att följa upp landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården och dess olika verksamheter för att åstadkomma god transparens avseende redovisningen av folktandvårdens intäkter och kostnader. Detta är viktigt för att kunna bedöma risken för konkurrensnedvridning mellan offentlig och privat tandvård. Reglerna om mervärdesskatt är en faktor som riskerar att leda till skilda konkurrensvillkor. Statskontoret har genomfört en kartläggning och analys kring landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården, vilket redovisas i delrapporten Uppföljning av landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården. Enligt rapporten visar den genomförda kartläggningen och analysen att det inte finns en tillräckligt väl utvecklad särredovisning som gör det möjligt för externa intressenter att bedöma om det förekommer konkurrensnedvridande subventioner till folktandvården. Det finns därmed enligt Statskontorets bedömning inte en tillräcklig grad av transparens i landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården.

I syfte att stärka patientens ställning har regeringen vidtagit en rad åtgärder, bl.a. krav på vårdgivarna att tillhandahålla prislistor och information om behandlingsförslag och patientens tandhälsa. Regeringen har även gett Försäkringskassan i uppdrag att under 2009 införa en elektronisk prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet för att på ett enklare sätt möjliggöra jämförelser av olika vårdgivares priser. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utbetala bidrag till Sveriges Kommuner och Landsting för arbetet med att utveckla en rådgivningstjänst på Internet för patienter inom tandvårdsområdet. Rådgivningstjänsten och prisjämförelsetjänsten är viktiga komplement i arbetet med att förbättra informationen om tandvården till medborgarna.

### 3.7.7 Mångfald på apoteksmarknaden

Omregleringen av apoteksmarknaden (se avsnitt 3.5.6) som innebär att Apoteket AB:s monopol på detaljhandel med läkemedel avvecklas, skapar förutsättningar för en mångfald, där både små och stora aktörer kan etablera sig och verka på likvärdiga villkor. Små företag kan bl.a. bidra till en mer flexibel och kundanpassad försäljning av läkemedel. Den nya regleringen av apoteksmarknaden har utformats med beaktande av de små företagens situation. För att möjliggöra småföretagande redan från reformens ikraftträdande skapas en stödstruktur för enskilda entreprenörer. Det sker genom att ett antal av de apotek som kvarstår i statlig ägo kommer att överföras till ett nyinrättat bolag som ska kunna ha enskilda entreprenörer som delägare.

### 3.8 Uppföljning

Det svenska sjukvårdssystemet har sedan lång tid arbetat med att öppet redovisa hälso- och sjukvårdens resultat. Denna redovisning har legat till grund för förbättringsarbete. Regeringen har drivit på arbetet genom satsningar på området. Dessa satsningar innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdens kvalitet följs upp och redovisas mer systematiskt, att patienternas omdömen kommer att redovisas på ett kontinuerligt och heltäckande sätt, och att en nationell strategi finns för området.

En indikator presenteras nedan. Den visar täckningsgraden för ett antal stora kvalitetsregister. För många stora register är täckningsgraden god även om den varierar. Det finns i dag ingen skyldighet för vårdgivarna att rapportera in data till kvalitetsregistren.

**Tabell 3.12 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister i förhållande till Patientregistret**

Nationellt kvalitetsregister	År	Antal registreringar	Uppskattad täckningsgrad
RIKS-HIA, antal registrerade hjärtinfarkter <sup>1</sup>	2005/06	37 416	59,6 %
Svenska Hjärtkirurgiregistret	2005/06	13 364	98,0 %
Svenska coronar angiografi- och angioplastikregistret (SCAAR), antal utförda PCI	2007	17 023	97,2 %
Riks-Stroke, förstagångsstroke <sup>2</sup>	2007	18 165	81,7 %
Svenska Höftprotesregistret, antal totala höftprotesoperationer	2006	13 965	96,1 %
RIKSHÖFT – Nationella Höftfrakturregistret <sup>3</sup>	2006	9 498	60,4 %
Nationella Kataraktregistret, antal kataraktoperationer	2006	72 260	95,9 %

<sup>1</sup> RIKS-HIA har traditionellt fokuserat registreringen till hjärtintensivavdelningar, vilket påverkar täckningsgraden.

<sup>2</sup> Täckningsgraden för Riks-Stroke varierade mellan landstingen från 36 till 92 procent.

<sup>3</sup> Deltagandet i RIKSHÖFT varierade kraftigt mellan landstingen vilket påverkar täckningsgraden.

#### 3.8.1 Uppföljning inom hälso- och sjukvården

För att hälso- och sjukvården ska nå de övergripande målen behöver verksamheterna regelbundet följas upp och utvärderas. På många håll arbetar man med att utarbeta indikatorer som syftar till att mäta, följa upp och beskriva olika aspekter av hälso- och sjukvårdens resultat. De nationella hälsodataregistren utgör de grundläggande källorna i den statliga uppföljningen och utvärderingen av hälso- och sjukvården. Även de nationella kvalitetsregistren utgör en viktig grund för uppföljningen på såväl nationell som lokal och regional nivå. I dag finns det cirka sjuttio register som får statliga bidrag. Ytterligare register är under utveckling.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat ska följas upp på ett öppet och jämförbart sätt. År 2007 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en lista med nationella indikatorer för hela hälso- och sjukvården. Indikatorerna ska spegla god vård såväl utifrån ett övergripande hälso- och sjukvårdsperspektiv som utifrån ett sjukdoms- och patientgrupps-specifikt perspektiv. En första version av nationella indikatorer presenteras under hösten 2009. De nationella indikatorerna kommer i framtiden att användas för att belysa och värdera kvalitet och effektivitet i sjukvården. Sjukdomsspecifika indikatorer är nu en integrerad del i nationella riktlinjer för vård och behandling som Socialstyrelsen tar fram. Exempel på detta är riktlinjerna för stroke, hjärtinfarkt och cancer.

Sveriges Kommuner och Landsting ska tillsammans med landstingen genomföra en nationell patientenkät. Områden som ska följas upp är bl.a. patienternas upplevelser av bemötande, information, tillgänglighet och delaktighet. Regeringen delfinansierar genomförandet av den första enkäten, som riktas till patienter i primärvården, med 10 miljoner kronor.

Regeringens bedömning är att den nationella överblicken över hälso- och sjukvårdens resultat och prestationer måste bli bättre. Mot bakgrund av detta har regeringen bl.a. tillsatt en särskild arbetsgrupp som under hösten 2009 kommer att lämna ett förslag på hur en nationell, oberoende granskningsfunktion för hälso- och sjukvården skulle kunna organiseras. Behoven av att inrätta en granskningsfunktion är stora bland flera olika grupper. Under de senaste åren har patienternas behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet ökat i och med de ökade möjligheterna att välja vårdgivare. Informationen är nödvändig för att kunna stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. De politiska beslutsfattarnas behov handlar om att kunna följa upp hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet, särskilt avseende konsekvenserna av genomförda reformer. Sist men inte minst är medborgarna och skattebetalarna berättigade till information om hur väl skatte-medlen används för att främja hälsa. Med anledning av detta anser regeringen att inrättandet av en oberoende granskningsfunktion är en viktig och prioriterad fråga. I detta sammanhang måste även arbetet med öppna jämförelser framhållas.

### 3.8.2 Uppföljning inom psykiatriområdet

Regeringen har för 2009, 2010 och 2011 avsatt respektive aviserat ca 900 miljoner kronor per år för att intensifiera utvecklingsarbetet inom hela psykiatriområdet. Psykiatrisatsningen har presenterats i skrivelsen En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185). I skrivelsen har regeringen presenterat ett antal uppföljningsmått för att kunna följa upp och analysera hur vården och stödet till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning utvecklas över tid. De särskilda beslut som regeringen fattat inom ramen för psykiatrisatsningen innehåller i högre utsträckning än tidigare krav på redovisning av vad medlen använts till, utvärdering av effekter och liknande. Socialstyrelsen har under 2009 fått extra medel för uppföljning och utvärdering inom psykiatriområdet. Det är nödvändigt att skapa förutsättningar för att psykiatris resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt, dels för att löpande kunna följa hur regeringens satsningar inom psykiatriområdet faller ut, dels för att kunna presentera en nationell, samlad bild av tillståndet inom psykiatriområdet. Det är även viktigt att främja gemensamma termer och systematisk begreppsanvändning.

Socialstyrelsen har under våren 2009 fått i uppdrag att skynda på och förstärka sitt arbete med att utveckla grunddata, statistik, kvalitetsindikatorer m.m. för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet. Uppdraget ska samordnas dels med Socialstyrelsens uppdrag från 2007 att bedriva ett nationellt stöd till utvecklingen i verksamheter för människor med psykisk funktionsnedsättning, dels med de övriga utvecklingsinsatser som redan pågår när det gäller uppföljning, indikatorer och öppna jämförelser (se avsnitt 3.8.1).

Utveckling av kvalitetsregister är också en viktig komponent för att åstadkomma en bild av tillståndet inom psykiatriområdet. Regeringen menar att det är angeläget att utveckla både rapporteringen till och presentationen av kvalitetsregister (se avsnitt 3.9.2).

### 3.8.3 Uppföljning inom tandvårdsområdet

Möjligheterna att följa upp tandvården har fram till ikraftträdandet av reformen om ett nytt stat-

ligt tandvårdsstöd varit mycket begränsade. Regeringen har därför fattat många beslut i syfte att bättre kunna göra uppföljningar och utvärderingar inom tandvårdsområdet.

Förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen trädde i kraft den 1 juli 2008. Registret är under uppbyggnad. Tandhälsoregistret kommer att utgöra en unik möjlighet att skapa en samlad bild av den vuxna befolkningens tandhälsa i Sverige och att följa denna över tid. Socialstyrelsen föreslog i rapporten Framtida statistikredovisning om barn och ungdomars tandhälsa att uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa bör ingå i tandhälsoregistret. Registret skulle därmed kunna användas som källa till framtida statistik om tandhälsa i alla åldersgrupper. Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att ta fram ett förslag om hur biverkningar av dentala material ska följas upp. Socialstyrelsen ska utreda möjligheterna att utveckla tandhälsoregistret så att detta kan användas för att följa upp biverkningar av dentala material. Socialstyrelsen har också startat ett arbete med att utveckla kvalitetsindikatorer för tandvården.

Försäkringskassan har redovisat rapporten Försäkringskassans handläggning av högkostnadsskyddet för personer som är 65 år och äldre. Försäkringskassan har även haft regeringens uppdrag att vidta förberedelser för att administrera tandvårdsstödet efter genomförandet av tandvårdsreformen.

Regeringen har gett i uppdrag till Försäkringskassan att samordna ett utvärderingsprogram avseende reformeringen av det statliga tandvårdsstödet.

Statskontoret har regeringens uppdrag att redovisa en samlad bedömning av Försäkringskassans genomförande av tandvårdsstödet. Statskontoret har i delrapporten Införande av ett nytt tandvårdsstöd – Granskning av Försäkringskassans genomförande av tandvårdsstödet redovisat status i februari 2009. Statskontoret konstaterar att Försäkringskassan i enlighet med sin åtgärdsplan har vidtagit åtgärder i syfte att komma tillrätta med tidigare brister i genomförandet och styrningen av tandvårdsstödet, men att vårdgivarorganisationerna fortfarande framför viss kritik rörande tandvårdsstödet administration och funktionalitet. Behovet av fortsatt uppföljning är betydande, vilket även Försäkringskassan understryker i sin åtgärds-

plan. Slutrapporten från Statskontoret ska lämnas till regeringen senast den 30 september 2009.

För att regeringen ska kunna följa upp tandvårdsstödet och analysera effekter av alternativa varianter av regelverket har Statistiska centralbyrån (SCB) fått i uppdrag att månadsvis ta emot och kvalitetssäkra tandvårdsdata från Försäkringskassan.

### 3.8.4 Uppföljning inom läkemedelsområdet

Ett av de viktigaste verktygen för att kunna åstadkomma en effektiv läkemedelsanvändning är en god uppföljning. Ett effektivt uppföljningsarbete bör belysa läkemedelsanvändningen ur olika perspektiv, bl.a. förskrivarens följsamhet till riktlinjer och rekommendationer, den nationella likvärdigheten vad gäller förskrivning, patientsäkerhet m.m.

Av Socialstyrelsens rapport Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, från april 2009, framgår att läkemedelskostnaderna för receptförskrivna läkemedel i Sverige fortsätter att stiga, men att ökningstakten bedöms bli något lägre än åren 2007–2008. Den ekonomiska tillbakagången verkar ha haft en kostnadsdämpande effekt på läkemedelsförsäljningen. Mycket pekar också på att huvudmännen har intensifierat det redan pågående arbetet med att begränsa omotiverad förskrivning av dyra läkemedel. Vidare tycks effekten av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) senaste läkemedelsgenomgångar ha blivit större än beräknad. Detta är en följd av bl.a. direkta besparingar i samband med prissänkningar och utslutning av läkemedel ur förmånssystemet, dels av att förskrivarnas följsamhet till besluten om begränsad subvention är bättre än tidigare.

Vid introduktionen av nya läkemedel är kunskapen om deras effekt i klinisk vardag mycket begränsad. Det är därför viktigt att information om läkemedels effekter registreras i nationella kvalitetsregister, IT-baserade journalsystem och liknande, så att data finns tillgänglig och därmed möjliggör uppföljning. Regeringen har därför under det svenska ordförandeskapet i EU, tillsammans med TLV och Läkemedelsverket, arrangerat en expertkonferens med temat Utvärdering av läkemedels effekter – gemensamma möjligheter och utmaningar för Europa. Syftet är



att finna former för ett systematiskt samarbete kring uppföljning av läkemedels effekt i klinisk vardag.

Som en del av det läkemedelspaket som kommissionen publicerade i december 2008 ingick säkerhetsövervakning av läkemedel. Det omfattar rapportering av biverkningar och bieffekter av läkemedel efter det att de godkänts. Rapporteringen görs av läkare och läkemedelsindustrin till den behöriga myndigheten som finns i varje medlemsland (i Sverige Läkemedelsverket) och/eller till EMEA centralt. Förslaget omfattar ett tydliggörande av rapportering, möjligheter till rapportering av biverkningar direkt från patienter samt införande av riskminimeringsprogram för alla godkända läkemedel.

En uppföljning och utvärdering av omregleringen av apoteksmarknaden kommer att göras efter tre år. Vid en så omfattande reform som denna är det viktigt att effekterna följs upp utifrån de mål som angetts. Utvärderingen kommer bl.a. avse effekterna för konsumenterna när det gäller tillgänglighet till läkemedel och service, prisutveckling på receptbelagda och receptfria läkemedel samt apotekens bidrag till en förbättrad läkemedelsanvändning. Även andra aspekter, såsom småföretagarnas förutsättningar är viktiga att belysa. Utvärderingen avses även omfatta effekterna av reglerna om detaljhandel med receptfria läkemedel på andra platser än öppenvårdsapotek, som träder i kraft den 1 november 2009. Uppdrag att följa och analysera utvecklingen på apoteksmarknaden under omregleringsperioden har redan givits till Konsumentverket och Konkurrensverket. När det gäller omregleringens effekter på läkemedelspriserna ska en utvärdering göras av myndigheten Tillväxtanalys. Regeringen avser återkomma med ytterligare uppdrag till berörda myndigheter som omfattar det nämnda uppföljnings- och utvärderingsprogrammet.

### 3.9 Kvalitetsutveckling

En positiv kvalitetsutveckling i sjukvården handlar ytterst om att vårdens resultat ständigt ska förbättras. Regeringens ambition på området är att stödja, och skapa goda förutsättningar för, huvudmännen i deras arbete att systematiskt ta tillvara och implementera befintlig kunskap samt att stimulera lärande, kunskapsbildning i form av

forskning och utveckling, samt erfarenhetsutbyte.

För detta område finns hittills inte några indikatorer framtagna.

#### 3.9.1 Kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens vårdskadestudie visar att nästan 9 procent av patienterna i den somatiska sjukhusvården drabbas av en vårdskada. Hälso- och sjukvården står därmed inför stora utmaningar.

Förbättrad patientsäkerhet är en av de viktigaste frågorna för hälso- och sjukvården. I Sverige har länge saknats kunskap om i vilken utsträckning patienter drabbas av skador i vården. Socialstyrelsen genomförde därför under 2007 en nationell kartläggning av antalet vårdskador inom somatisk slutenvård. Resultaten presenterades våren 2008 och visar att cirka 8,6 procent av patienterna drabbats av en vårdskada. Det motsvarar omkring 100 000 vårdskador och leder till drygt 600 000 extra vård dygn per år. Vårdskador visade sig vara något vanligare bland dem som var 65 år och äldre än hos dem som var yngre. Hälften av alla vårdskador inträffar i samband med operationer eller andra ingrepp. Någon statistiskt säkerställd skillnad i förekomsten av vårdskador mellan kvinnor och män framkom inte. Näst vanligaste typen av vårdskada är vårdrelaterade infektioner medan felaktig läkemedelsanvändning ligger bakom cirka en fjärdedel av skadorna. Målet med undersökningen var att öka kunskapen och insikten hos beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal om vårdskador och patientsäkerhet. Flera landsting har redan börjat identifiera och kvantifiera vårdskador med liknande metoder som de Socialstyrelsen har använt sig av i undersökningen.

Motsvarande mätningar i andra europeiska länder visar på liknande resultat. Det pågår därför arbete inom EU för att ta fram gemensamma rekommendationer om patientsäkerhet och förebyggande och kontroll av vårdrelaterade infektioner.

Enligt Socialstyrelsen beror brister i säkerheten ofta på organisation eller rutiner, bristande engagemang från vårdgivare och bristande säkerhetskultur. Socialstyrelsens tillsynsinsatser har 2008 i allt större utsträckning fokuserat på sådana brister. Det finns ett utvecklingsbehov

när det gäller att göra systematiska riskanalyser, t.ex. inför förändringar i verksamheterna. Vårdgivarna behöver också arbeta mer systematiskt med egenkontroll av resultat av den vård och behandling som ges. Regeringen gav därför i augusti 2008 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur ett nationellt system med fastställda rutiner för egenkontroll av patientsäkerhet skulle kunna se ut. Uppdraget ska redovisas i december 2009.

Socialstyrelsens vårdskaDEMätning visar på stora förbättringsområden och på behovet av en omfattande, strategisk och nationell satsning på patientsäkerhet i den svenska hälso- och sjukvården. Regeringen tillsatte våren 2007 en särskild utredare som fick i uppdrag att se över lagstiftningen på området ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Patientsäkerhetsutredningens förslag (SOU 2008:117) bereds inom Regeringskansliet.

För att säkerställa en hög vårdkvalitet när det gäller högspecialiserad vård har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag inrättat en rikssjukvårdsnämnd för att besluta om sådan hälso- och sjukvård som ska bedrivas av ett landsting men som har hela landet som upptagningsområde. Rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. Rikssjukvårdsnämnden beslutar vilka typer av verksamheter som ska definieras som rikssjukvård och vilka landsting som får tillstånd att bedriva viss rikssjukvård. Fem högspecialiserade verksamheter inom hälso- och sjukvård har hittills definierats som rikssjukvård, bl.a. hjärtkirurgi på barn och ungdomar samt behandling av svåra brännskador.

Regeringen ser IT som en förutsättning för att förbättra sjukvårdens kvalitet och säkerhet. Hälso- och sjukvården är en av samhällets mest informationsintensiva sektorer, där en snabb, säker och enkel tillgång till relevant medicinsk information kan vara livsavgörande. Landstingen har därför under flera decennier satsat stora belopp på att förbättra informationsförsörjningen inom sektorn med hjälp av olika IT-stöd, såsom elektroniska patientjournaler, digitala röntgenbilder, automatiserad behandling av labbsvar, remisser osv. För 2007 uppgick landstingens samlade kostnader för IT-tjänster till drygt 6,6 miljarder kronor, motsvarande 2,82 procent av landstingens totala omslutning.

Internationella mätningar visar att svenska vårdgivare har kommit mycket långt i ambitionen att introducera ny informations- och

kommunikationsteknik i verksamheten, men trots betydande årliga investeringar sedan tidigt 1980-tal så har potentialen med den nya tekniken ännu inte kunnat realiserats fullt ut. Brist på samordning vid utveckling och upphandling av nya IT-system, legala hinder och avsaknad av gemensamma tekniska och semantiska standarder har medfört att informationen om en patient inte kan följa individen mellan olika vårdgivare, och ibland inte ens mellan vårdavdelningar inom samma sjukhus.

Detta har under lång tid inneburit risker för patientsäkerheten. Det finns ökad risk för felbehandling, samtidigt som många provtagningar och undersökningar har behövt göras om trots att färskare uppgifter kanske fanns tillgängliga hos en annan vårdgivare. För patienten har detta inte bara inneburit en risk för patientsäkerheten, utan också att patienten själv har behövt berätta sin sjukdomshistoria vid varje byte av vårdgivare eller vårdnivå. För vårdpersonalen har de bristfälliga och dåligt sammanhängande IT-systemen inneburit att stora mängder tid har fått läggas på att söka information i arkiv och för att faxa eller posta journaluppgifter till andra vårdgivare. Denna administrativa börda har tillsammans med det irritationsmoment som skapas genom otaliga separata inloggningar i olika system tagit viktig tid från mötet med patienten. Sammantaget kan det konstateras att de samhällsekonomiska skadeverkningarna med ett bristfälligt resursutnyttjande som beskrivits ovan har varit omfattande.

För att lösa denna problematik tog regeringen tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Carelink och Apoteket AB fram en Nationell IT-strategi för vård och omsorg (skr. 2005/06:139). När strategin presenterades våren 2006 hade detta föregåtts av drygt ett års probleminventering, samråd och förhandling med flertalet av hälso- och sjukvårdens nyckelaktörer för att skapa en bred samsyn av hur vårdens fortsatta IT-utvecklings skulle bedrivas.

Den nationella IT-strategin innehåller en gemensam vision av hur sektorns informationsförsörjning bör fungera och vilka grundläggande principer som ska gälla för fortsatta investeringar. Grunden är en sammanhållen informationsbild kring varje individ som är tillgänglig för behandlande vårdpersonal oavsett var i vårdsystemet patienten söker vård. Vidare innehåller strategin en strukturerad beskrivning av vilka

utmaningar som behöver mötas för att nå det gemensamma målet, där samtliga identifierade problem inordnats i sex insatsområden med en tydlig ansvarsfördelning både när det gäller utförande och finansiering.

Staten ansvarar för att säkerställa att lagar och regelverk är aktuella, ändamålsenliga och möter verksamhetens behov och teknikens möjligheter. Staten ansvarar för att skapa en nationell informationsstruktur och enhetlig terminologi så att informationen i patientjournalen kan hålla en hög kvalitet och tolkas på ett entydigt sätt inom hela hälso- och sjukvården. Sjukvårdshuvudmännen å sin sida åtog sig att ansvara för den tekniska utvecklingen samt upphandling och införande av nya användarvänliga IT-stöd, liksom för ett brett införande av nya e-tjänster för medborgare och patienter för att göra vården mer tillgänglig.

Sedan den nuvarande regeringen tillträdde hösten 2006 har regeringens arbete varit inriktat på att realisera IT-strategin. Anledningen är att välfungerande och sammanhängande IT-stöd är en förutsättning för flertalet av regeringens reformer på hälso- och sjukvårdsområdet. Oavsett om det handlar om initiativ för en förbättrad patientsäkerhet, öppna jämförelser av kvalitet och resultat, stärkta patienträttigheter, fritt vårdval eller tandvårdsreformen så löper IT som en röd tråd genom alla dessa områden som en möjliggörare för det löpande förbättringsarbetet. Informationstekniken är dock inte bara en möjliggörare för nämnda reformer, utan också en katalysator för strukturella och kulturella förändringar inom vården med potential att utveckla och förbättra såväl arbetssätt som metoder och rutiner i hela sektorn.

Regeringen tog våren 2007 initiativ till att ansluta Sverige till ett globalt samarbete kring en enhetlig medicinsk terminologi – Snomed CT – som gör det möjligt att beskriva termer och begrepp på ett exakt och systematiskt sätt i all journalinformation. I samband med detta fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att initiera två projekt för att säkerställa en hög informationskvalitet. Genom projektet Nationellt fackspråk för vård och omsorg översätts den engelskspråkiga versionen av terminologisystemet till svenska språket och till svenska förhållanden. Hittills har drygt 150 000 av 350 000 termer översatts, och arbetet beräknas vara slutfört 2011. För att enhetliga termer och begrepp ska kunna användas som avsett krävs

också en samlad beskrivning av hur informationen ska vara strukturerad och vilken information som behöver följa en patient mellan olika vårdgivare. Detta arbete bedrivs nu inom ramen för projektet Nationell informationsstruktur. Resultatet från projektet ska redovisas i december 2009.

Genom att ostrukturerade fritextjournaler på sikt kan ersättas med exakta och strukturerade beskrivningar av sjukdomstillstånd och behandlingar förbättras inte bara patientsäkerheten, utan även möjligheterna att systematiskt mäta, följa upp och jämföra kvalitet och utfall av vården.

Den viktigaste grundförutsättningen för en välfungerande informationsförsörjning är emellertid att det finns lagstöd för en mer ändamålsenlig hantering av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Från den 1 juli 2008 erbjuder patientdatalagen (2008:355) nya möjligheter för alla landsting, kommuner och privata vårdgivare att erbjuda en sammanhållen journalföring där relevant information kan göras tillgänglig över huvudmannagränser. En ny samtyckesprincip stärker patientens inflytande över hur den egna journalinformationen används och vem som har åtkomst till den, och den nya lagen öppnar också möjlighet för patienten att ta del av sin egen journal via webben, något som tidigare var förbjudet.

När det gäller utvecklingen av tekniska basfunktioner och IT-tjänster har landstingen också genomfört en betydande ambitionshöjning för att förverkliga sin del av den nationella IT-strategin. Redan hösten 2006 beslutade landstingen om en handlingsplan för att genomföra IT-strategin, och ett gemensamt beställarkansli inrättades vid Sveriges Kommuner och Landsting för att leda arbetet. Tidigare projekt som löpt inom Carelinks och Infomedicas regi fördes in inom ramen för det landstingsägda bolaget Sjukvårdsrådgivningen SVR AB. Syftet var att öka koordineringen mellan tekniska och medborgarnära projekt samt att sätta ökad press på kostnadseffektivitet och höjd införandetakt för de nationella IT-projekten. Viktiga satsningar har bl.a. varit etablerandet av ett enhetligt katalogsystem för vårdpersonal och resurser, liksom gemensamma säkerhets- och identifieringslösningar genom smarta kort för vårdpersonalen. Vidare har omfattande resurser lagts på att vidareutveckla en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning via webb och telefon som

erbjuder alla medborgare kvalitetssäkrad information och råd om vård och hälsa. Tjänsten är i dag tillgänglig för över 80 procent av Sveriges befolkning, och kommer under 2009–2010 byggas ut med personliga och regionala webbtjänster som gör det möjligt att läsa egna journalutdrag och få guidning till rätt vårdinstans, utöver de tjänster som redan i dag finns för att boka besökstider, förnya läkemedelsrecept osv.

Arbetet med nationella tekniska grundfunktioner och den nya patientdatalagen har också resulterat i att den nationella patientöversikten nu har börjat införas på bred front. Patientöversikten gör den mest vitala informationen om en patients tidigare och pågående behandlingar tillgänglig för vårdpersonalen, om patienten ger sitt samtycke till detta. Tjänsten infördes i maj 2009 i Örebro läns landsting och Örebro kommun, och införs stegvis i samtliga landsting fram till 2011.

I enlighet med överenskommelsen i den nationella IT-strategin har landstingen det huvudsakliga ansvaret för alla dessa investeringar, men i syfte att stimulera och påskynda arbetet har regeringen årligen tillskjutit betydande medel bl.a. genom de s.k. Dagmaröverenskommelserna. De senaste tre åren har den gemensamma investeringsbudgeten för nationella IT-projekt legat på omkring 300 miljoner kronor årligen, varav staten stått för en tredjedel.

Sammantaget kan det konstateras att hittillsvarande insatser har givit stor effekt för hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning. Ett nytt och gemensamt synsätt har etablerats mellan centrala myndigheter och sjukvårdshuvudmän om hur arbetet ska bedrivas och hur viktiga investeringar ska göras på ett kostnadseffektivt sätt som snabbare kan skapa praktisk nytta för vårdverksamheten. Samtidigt har det nationella arbetet organiserats på ett helt nytt sätt, där landstingen skapat nya strukturer för att gemensamt kravställa, utveckla eller upphandla de IT-verktyg som verksamheten behöver för att fungera bättre.

En ytterligare åtgärd för att främja utvecklingen av vårdens innehåll och resultat är att utveckla bättre ersättningssystem. Att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården är ett sätt att styra mot förbättrad kvalitet och effektivitet. År 2007 beslutade därför regeringen att initiera ett projekt i samverkan mellan Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Sveriges

Kommuner och Landsting. Syftet med arbetet är att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården genom att förbättra landstingens möjligheter att utveckla nya och mer kvalificerade ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet. Totalt satsar regeringen 16,5 miljoner kronor på projektet som pågår till juni 2010. Socialstyrelsen har tilldelats 5,4 miljoner kronor och Sveriges Kommuner och Landsting har tilldelats 11,1 miljoner kronor. Målet är att utveckla system och modeller som i högre grad än i dag kopplas mot sjukdomsgrupper, följer patientens väg och val genom vårdkedjan och som ger incitament till utveckling av hälso- och sjukvårdens innehåll, kvalitet och resultat. Flera andra satsningar görs när det gäller ersättningssystem. Här kan bl.a. framhållas den försöksverksamhet med patientfokuserad och sammanhållen cancervård som regeringen tagit initiativ till i Dagmaröverenskommelsen för 2009 och där ersättningssystemen är en viktig komponent.

Genom att etablera en samlad bild av vad som behöver lösas och vem som ansvarar har också stora framsteg gjorts genom att positionerna kunnat flyttas fram på flera fronter samtidigt, både när det gäller lagstiftningen, informationskvaliteten och de tekniska verktygen. Arbetet med den nationella IT-strategin går nu in i en ny fas, där fokus under kommande år kommer att ligga på brett införande och användande av de grundläggande IT-tjänster som redan har utvecklats för att åstadkomma synlig nytta för medborgare, patienter, anhöriga och vårdpersonal.

### 3.9.2 Kvalitetsutveckling inom psykiatriområdet

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har i sin rapport om öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (2008) konstaterat att det fortfarande finns stora brister i den rapportering som sker från bl.a. psykiatri till de nationella obligatoriska hälsodataregistren. Rapporteringen till de frivilliga kvalitetsregistren har förbättrats, även om täckningsgraden överlag är alltför låg.

Inom ramen för regeringens satsning på den psykiatriska hälso- och sjukvården har regeringen genomfört satsningar för att tillvarata kunskap och erfarenheter för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården. Detta är av

avgörande betydelse för att personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv vård av god kvalitet.

Ett bra sätt att skapa förutsättningar för en kvalitetsförbättring inom den psykiatriska vården är att mer intensivt utveckla de nationella kvalitetsregistren inom området. Regeringen har därför träffat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting för att intensifiera arbetet med registren. Överenskommelsen syftar till att utveckla den tekniska miljön för kvalitetsregistren samt att ge förslag på ytterligare register inom psykiatriområdet, bl.a. barn- och ungdomspsykiatri och ett register där både hälso- och sjukvården och socialtjänsten registrerar uppgifter. Arbetet med en gemensam webbportal för samtliga kvalitetsregister inom psykiatriområdet har påbörjats. Sveriges Kommuner och Landsting har lämnat en första redovisning till regeringen och i oktober lämnas en lägesrapport.

Regeringen tillsatte under 2008 psykiatrilagsutredningen (S 2008:09) som har som uppdrag att genomföra en totalöversyn av psykiatris tvångsvårdslagstiftning, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Utredningen ska exempelvis behandla frågor om vilka förutsättningar som ska gälla för intagning till psykiatrisk tvångsvård och hur lagstiftningens struktur ska förenklas och förtydligas.

### 3.9.3 Kvalitetsutveckling inom tandvårdsområdet

Reformen om ett nytt statligt tandvårdsstöd syftar också till förbättringar av vårdens kvalitet. Statligt tandvårdsstöd ska endast betalas ut för tandvård som bedöms uppfylla kriterierna för att vara ersättningsberättigande. Vid denna bedömning ska kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna.

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

När Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket beslutar om vilka tandvårdsåtgärder som ska vara subventionerade och ingå i skyddet mot höga kostnader ska åtgärdens kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaden.

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

### 3.9.4 Kvalitetsutveckling inom läkemedelsområdet

Ökade möjligheter att bota och lindra sjukdomar och symtom i kombination med att vi lever allt längre ställer större krav på hur förskrivningen till äldre personer och personer som är multisjuka sker. Samhällets ökade kostnader för läkemedel ställer också krav på att de skattepengar som används för att finansiera läkemedelsförmånernas kostnader används på ett optimalt sätt.

Antalet läkemedelskonsumenter stiger i takt med ökad ålder och i åldersgruppen över 80 år konsumerar nästan var fjärde läkemedelskonsument mer än tio läkemedel under ett år. Enligt Socialstyrelsen är felaktig läkemedelsanvändning en vanlig anledning till att patienter skadas i vården. Det finns problem inom läkemedelsområdet, framför allt för äldre multisjuka personer. Dessa problem handlar bl.a. om olämplig förskrivning och dubbelförskrivning.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) presenterade i maj 2009 en rapport, Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? SBU:s slutsatser är att ingen enskild åtgärd är tillräcklig för att åstadkomma en god läkemedelsanvändning hos äldre. Det krävs, enligt SBU, flera samtidiga förändringar när det gäller information, rutiner och hjälpmedel för förskrivning och behandlingsuppföljning samt utbildningsinsatser.

Regeringen har årligen sedan 2007 avsatt cirka 1,4 miljarder kronor i stimulansbidrag till landsting och kommuner för att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer (se Äldrepolitik, avsnitt 7.5 och 7.8). Regeringen har prioriterat sju områden varav läkemedelsgenom-

gångar är ett. Genom satsningen har antalet läkemedelsgenomgångar ökat och huvudmännen har genomfört utbildningsinsatser om äldre och läkemedel, riktade till olika yrkesgrupper som läkare och vård- och omsorgspersonal. Läkemedelsgenomgångar har ökat samverkan mellan huvudmännen.

Socialstyrelsen konstaterar i Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2008, att kvaliteten i de äldres läkemedelsbehandling inte är tillfredsställande. Särskilt oroväckande är att så mycket psykofarmaka skrivs ut till äldre i särskilda boenden. Socialstyrelsen har därför tagit initiativ till att utarbeta föreskrifter för att säkra att huvudmännen systematiskt följer upp de enskildas läkemedelsbehandling.

I syfte att skapa en säkrare läkemedelsanvändning har regeringen beslutat om ändringar i lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. Tidigare hade enbart läkemedelspersonal med förskrivningsrätt åtkomst till läkemedelsförteckningen, vilket skapade problem bl.a. inom akutsjukvården där snabb åtkomst till relevant medicinsk historik kan vara livsavgörande. Denna reglering var dåligt anpassad till en arbetssituation där beslutsunderlaget inför en behandling ofta förbereds av en sjuksköterska. Från och med den 1 juni 2009 har därför även legitimerade sjuksköterskor givits åtkomst till förteckningen i akuta situationer, vilket stärker patientsäkerheten och gör att felmedicineringar kan undvikas.

Arbetsgruppen för effektivare läkemedelsanvändning (P16) publicerade sin handlingsplan i mars 2009, Effektivare läkemedelsanvändning. Arbetsgruppen presenterade i planen ett antal åtgärder, bl.a. i syfte att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre med fler än tio läkemedel. Dessa åtgärder innefattar läkare med koordinationsansvar, läkemedelsavstämningar, förändrad läkarutbildning och medicinska riktlinjer.

Åtgärder som framhålls är exempelvis att utveckla och använda kraftfulla IT-stöd som ger förskrivare information om patientens övriga läkemedel, varför ett läkemedel har förskrivits och av vem. Stödet bör också kunna ge information om interaktioner mellan läkemedel, dubbel-förskrivning, kontraindikationer osv.

En central organisatorisk aspekt vid utövandet av styrning, ledning och uppföljning av landstingens läkemedelsanvändning utgörs av budgethanteringen av läkemedel. Inom detta område

tillämpas olika modeller bland sjukvårdshuvudmännen. Regeringen har godkänt ett avtal mellan staten, Sveriges Kommuner och Landsting och Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT). CMT har fått i uppdrag att definiera och analysera vilka framgångsfaktorer som karakteriserar landsting med mer effektiv läkemedelsanvändning än andra. Arbetet ska vara klart under hösten 2009.

Socialdepartementet har tagit ett initiativ för att driva ett utvecklingsarbete inom läkemedelsområdet. Målet är att på sikt utarbeta en läkemedelsstrategi som tar ett helhetsgrepp om läkemedelsfrågorna för att bl.a. förbättra läkemedelsanvändningen. Arbetet kommer bl.a. att behandla frågor som rör patientsäkerhet, äldres läkemedelsanvändning och statens och landstingens styrning när det gäller läkemedelsfrågor. Socialdepartementet har därför tillsatt en högnivågrupp med representanter från Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Läkemedelsverket, Sveriges Kommuner och Landsting och Landstinget Sörmland. Dessutom har en projektgrupp tillsatts bestående av representanter från staten, Sveriges Kommuner och Landsting och landsting inom ramen för arbetet med att ta fram en läkemedelsstrategi. Syftet med denna process är att driva på och koordinera utvecklingsarbetet inom läkemedelsområdet. Utgångspunkten för detta arbete är handlingsplanen Effektivare läkemedelsanvändning.

### 3.9.5 Nationell cancerstrategi

Utredningen En nationell cancerstrategi överlämnade i februari 2009 sitt betänkande (SOU 2009:11) till regeringen. Uppdraget gavs för att regeringen såg ett behov av att utreda vad som kan göras för att möta den förväntade ökningen av människor som lever med cancer, för att förhindra att människor dör i cancer samt för att förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med en cancersjukdom.

Enligt betänkandet kommer antalet patienter med cancersjukdom att fördubblas år 2030 jämfört med 2007. Cancerstrategin innehåller flera olika förslag på hur landsting och regioner på ett resurseffektivt sätt kan möta den belastning på vården som den stora framtida ökningen av antalet cancerfall innebär.

Den stora ökningen av förekomsten av cancer i befolkningen beror enligt utredningen på den samlade effekten av befolkningsökning, förändringar i ålderstrukturen samt ökad förekomst av flera cancersjukdomar. Dessa och andra i utredningen beskrivna framtidsscenarioer innebär betydande utmaningar, som ställer krav på långsiktig planering, kreativa lösningar och nya arbetssätt för att säkra en god framtida cancervård.

En viktig utgångspunkt för den nationella cancerstrategin har varit att inte föreslå åtgärder som innebär kraftigt ökade kostnader, utan som i stället tar sikte på strategiska arbetssätt. Exempelvis finns förslag till organisatoriska lösningar i syfte att utnyttja vårdresurserna på ett mer optimalt sätt, bl.a. på personalsidan där bristen på vissa specialiteter är kännbar. Utredningen föreslår också en rad insatser för att åstadkomma ett ökat patientfokus, korta ledtider och bästa möjliga vårdresultat. De finansiella satsningar som föreslås bör i första hand ses som viktiga stimulansmedel för det fortsatta strategiska arbete som behöver bedrivas i landsting och regioner. Ett förslag avseende genomförandet av den nationella cancerstrategin är att en överenskommelse tecknas mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Regeringen har redan påbörjat arbetet med att genomföra strategin genom att den 17 juni 2009 besluta om att utbetala medel till Sveriges Kommuner och Landsting för att starta upp försöksverksamheter i vissa landsting och regioner i syfte att skapa en mer patientfokuserad och sammanhållen cancervård. Finansiering av försöksverksamheterna har avsatts inom ramen för Dagmaröverenskommelsen.

Genomförandet av den nationella cancerstrategin sker i nära samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.

### 3.10 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har den 18 juni 2008 i en revisionsrapport ställd till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) framfört synpunkter på delar av HSAN:s ärendehantering samt rekommenderat HSAN att vidta vissa åtgärder med anledning av iakttagelserna. I sin revisionsberättelse för HSAN av den 30 mars 2009 har Riksrevisionen framfört en invändning.

Denna invändning grundar sig på att HSAN i årsredovisningen för 2008 inte redovisat att Riksrevisionen och HSAN gör olika tolkningar av rättsläget beträffande frågan om hur HSAN ska beakta de krav som förvaltningslagen ställer på partsinsyn i ärendehantering inom nämnden. Genom att årsredovisningen inte behandlar denna väsentliga omständighet bedömer Riksrevisionen att årsredovisningen inte är rättvisande. HSAN har i skrivelse till regeringen, daterad 3 juni 2009, bemött Riksrevisionens kritik vad gäller ärendehantering. HSAN anser att rättsläget är klart, vilket myndigheten vid flera tillfällen framfört vid underhandsdiskussioner med Riksrevisionen. Enligt HSAN:s mening har inte Riksrevisionen på ett övertygande sätt visat att det finns stöd för den av Riksrevisionen gjorda tolkningen av rättsläget. HSAN har därför inte för avsikt att vidta de av Riksrevisionen rekommenderade åtgärderna.

Riksrevisionen publicerade den 18 juni 2009 granskningsrapporten Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet (RiR 2009:10). Granskningen omfattar dels de ekonomiska bidrag för psykiatri som riktats till landstingen under perioden 2001–2007, dels specialistläkarutbildning inom psykiatri. Riksrevisionen konstaterar bl.a. att de granskade bidragens effekter varit svåra att spåra, att bidragen har utgjort små resurstillskott samt att bidragen kan ha skapat oklarheter om det statliga ansvaret inom psykiatriområdet. Granskningen visar också att psykiatrin har ett begränsat utrymme i läkarutbildningen samt att statens inflytande över läkarutbildningen är otydligt, att läkarutbildningens dimensionering har brister och att landstingens roll i läkarutbildningen är motsägelsefull. Riksrevisionen rekommenderar regeringen att omfördela stödet till utveckling inom psykiatriområdet till ansvarsområden som är statliga, att överväga att förstärka läkarutbildningen i psykiatri samt att se över läkarutbildningens organisation och finansiering.

Regeringen har under 2009 inlett en omfattande psykiatrisatsning, som presenterats i skrivelsen (2008/09:185) En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Psykiatrisatsningen inbegriper en rad åtgärder inom statens ansvarsområden, som att föreslå ny lagstiftning och satsningar gällande exempelvis högskoleutbildning och forskning. Regeringen ger också stöd och uppdrag till statliga myndigheter och institutioner som handlar

om riktlinjer och kunskapsöversikter m.m. Regeringen stödjer även det utvecklingsarbete som pågår hos de ansvariga huvudmännen, kommunerna och landstingen. I skrivelsen har regeringen presenterat ett antal uppföljningsmätt för att kunna följa och analysera hur vården och stödet till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning utvecklas över tid. De särskilda beslut som regeringen fattat inom ramen för psykiatrisatsningen innehåller i högre utsträckning än tidigare krav på redovisning av vad medlen använts till, utvärdering av effekter och liknande. Socialstyrelsen har under 2009 fått extra medel för uppföljning och utvärdering inom psykiatriområdet. Regeringen har därutöver under våren 2009 gett Socialstyrelsen i uppdrag att skynda på och förstärka sitt arbete med att utveckla grunddata, statistik, kvalitetsindikatorer m.m. för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet. Regeringens ambition är att detta uppdrag ska leda till både en bättre bild av tillståndet inom psykiatriområdet och av vad de statliga satsningarna leder till.

Riksrevisionen har vidare granskat årsredovisningarna, räkenskaperna och verksamheten för budgetåret 2008 för samtliga myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet. Riksrevisionen har inte haft några invändningar, förutom tidigare nämnda, i revisionsberättelserna för myndigheterna. Regeringen hänvisar i övrigt i denna del till utgiftsområde 24, avsnittet Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser.

### 3.11 Politikens inriktning

I detta avsnitt beskrivs regeringens politiska inriktning. Avsnittet är disponerat i enlighet med de politiska målen för området, dvs. på samma sätt som analys- och resultattexter är disponerade.

Målen utgår från att hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så effektivt och med så gott utfall för patienterna att den åtnjuter ett högt förtroende bland allmänheten. Regeringen avser att, i större utsträckning, låta de politiska målen bli föremål för uppföljning och utvärdering. Denna uppföljning utgör sedan ett underlag för framtida politiska beslut.

#### 3.11.1 Tillgänglighet

Regeringen bedömer att en god tillgänglighet är av stor vikt för patienten, för vårdens kvalitet och resultat samt för medborgarnas förtroende för vården. Därför är tillgängligheten ett område där regeringen planerar för nya satsningar 2010 och framåt.

Regeringen har under en rad år gjort betydande satsningar för att huvudmännen för vården ska uppnå de mål som satts för väntetider inom ramen för vårdgarantin. Regeringen har avsatt över 12 miljarder kronor 2002–2009 inom ramen för den så kallade tillgänglighetssatsningen och vårdgarantisatsningen. Uppföljningar har dock visat att den tidigare modellen för regeringens tillgänglighetssatsning inte gett tillräcklig effekt på väntetiderna. Mot den bakgrunden slöt regeringen i januari 2009 en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti i form av den så kallade kömiljarden. Överenskommelsen baseras på en resultatbaserad ersättningsmodell som genom tydliga incitament avser att ytterligare stimulera landstingen att erbjuda patienter vård i enlighet med vårdgarantin. Överenskommelsen omfattar en miljard kronor per år 2010–2012 och ska revideras årligen. I överenskommelsen regleras de kriterier som landstingen ska uppfylla för att statliga bidrag ska utbetalas i takt med att landstingen uppfyller vårdgarantin. Bland annat ska landstingen tydligare följa upp sina väntetider genom att rapportera till en nationell databas.

De inledande mätningarna under 2009 visar att tillgängligheten till både besök och behandling i hälso- och sjukvården förbättrats jämfört med föregående år. Regeringens ambition med denna satsning är att både stimulera en snabb tillgänglighetsförbättring och ett långsiktigt hållbart effektiviserings- och kvalitetsarbete.

Utöver ovanstående satsning planerar regeringen även för ny lagstiftning. Under hösten 2009 avser regeringen att lämna förslag till en lagreglerad vårdgaranti. Syftet är att tydliggöra landstingens skyldigheter, men också vad medborgaren kan förvänta sig av hälso- och sjukvården. Förslag från utredningen om patientens rätt (SOU 2008:127) bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Utöver en lagreglerad vårdgaranti, så föreslår utredningen att personal verksam inom hälso- och sjukvården åläggs att ge patienterna individuellt anpassad information



om rådande väntetider, valmöjligheter och innehållet i vårdgarantin. Regeringens vårdvalsreform, som innebär att patienterna fritt kan välja mellan olika vårdgivare i primärvården, driver på en utveckling mot kortare väntetider och ökad tillgänglighet i största allmänhet. Patienternas förväntningar om en god tillgänglighet kommer sannolikt att få ett snabbt genomslag, när vårdgivare i ett vårdvalssystem anpassar sig efter patienters önskemål i syfte att ge god service, gott bemötande och god vård.

Regeringen fortsätter under 2010 sin satsning på förbättrad tillgänglighet för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. För att snabbt ge vård och stöd ska väntetiderna till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien kortas ytterligare. Målet är att 2011 ska ingen behöva vänta längre än 30 dagar på en bedömning och därefter högst 30 dagar för fördjupad utredning eller behandling. Fram till dess ska gradvisa förbättringar ske av väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrien.

Tillgängligheten till tandvård har under en lång rad av år – till stor del – varit en fråga om ekonomiska förutsättningar. Många av de personer som uppgett att de avstått från tandvård har gjort det av ekonomiska skäl. Med det nya tandvårdsstödet, där det offentliga bidrar med en större andel av kostnaderna än tidigare, görs tandvården tillgänglig för fler personer. Tandvårdsreformen är en genomgripande reform som innebär att de statliga medlen i princip har fördubblats och riktats in mot två huvudmål. Det omfattar dels ett allmänt tandvårdsbidrag som ska stimulera vuxna att regelbundet besöka tandvården i syfte att förebygga sjukdomar och skador i munhålan, dels ett skydd mot höga kostnader som ska syfta till att personer med stora behov inte ska avstå tandvård av ekonomiska skäl. Därutöver innebär reformen en moderniserad och effektiv infrastruktur som ger förutsättningar för ökad kunskap om tandhälsa och tandvårdskonsumtion. Regeringen menar att detta är den strategi som på bästa sätt kan garantera ett långsiktigt och hållbart nationellt tandvårdsstöd. För att största möjliga patientnytta ska nås krävs att vårdgivarna och berörda myndigheter har de verktyg och de stödsystem som den nya reformen förutsätter. Regeringens bedömning efter det första året med det nya stödet i kraft är att fortsatt utveckling är nödvändig. Vid sidan av det utvärderingsprogram som redan har beslutats för tandvårdsreformen avser

regeringen särskilt följa upp vårdgivarnas och myndigheternas arbete inom tre huvudsakliga områden för att säkerställa att reformens intentioner nås och att patienterna får del av det nya tandvårdsstödet. Områdena omfattar frågor om hur myndigheterna uppfyller sina nya uppdrag inom tandvårdsområdet, hur vårdgivarna kan stödjas genom en väl fungerande administration m.m. samt slutligen hur dialog och samordning mellan berörda aktörer inom tandvården kan utvecklas.

Regeringen har också för avsikt att komplettera det generella stödet med en satsning på patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ökat behov av tandvård.

Den 1 juli 2009 slopades det svenska apoteksmonopolet och det blev möjligt för andra aktörer än Apoteket AB att bedriva detaljhandel med läkemedel i Sverige. Syftet med omregleringen är att ge konsumenterna ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och ett bättre tjänsteutbud samt låga läkemedelskostnader till nytta för konsumenten och det offentliga. Omregleringen strävar även till att tillvarata apotekens bidrag till en förbättrad läkemedelsanvändning. Efter att ha fått tillstånd från Läkemedelsverket kan nya aktörer driva öppenvårdsapotek. Apoteket AB kommer att finnas kvar som en central aktör på en konkurren utsatt marknad. Merparten av de apotek som Apoteket AB i dag äger ska vara kvar i statlig ägo. Resten kommer att avyttras till andra aktörer. Av den del som kvarstår i statlig ägo kommer ett antal apotek att överföras till ett nyrättat bolag som ska kunna ha enskilda entreprenörer som delägare. Syftet är att möjliggöra småföretagande inom ramen för en fungerande stödstruktur. De grundläggande kraven för att få driva öppenvårdsapotek har lagts fast i lag för att säkerställa att läkemedelsförsörjningen på den omreglerade marknaden ordnas så att minst samma krav på kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen som präglar dagens handel med läkemedel bibehålls.

Som ett led i den fortsatta reformeringen av apoteksmarknaden och för att ytterligare förbättra tillgängligheten till läkemedel för konsumenterna kommer det att öppnas möjligheter att sälja vissa receptfria läkemedel på andra platser än öppenvårdsapotek från och med den 1 november 2009. Läkemedelsverket har till uppgift att fastställa vilka läkemedel som ska om-

fattas av denna reglering. Det handlar i huvudsak om egenvårdsprodukter för lindriga åkommor, som exempelvis värk och feber, snuva och nästäppa, hosta och hudbesvär. Detta är en viktig del av apoteksreformen och den innebär att det sannolikt blir ett ökat antal försäljningsställen och längre öppettider. För försäljningen gäller en åldersgräns på 18 år och yngre personer hänvisas i stället till öppenvårdsapoteken, där det finns möjlighet till farmaceutisk rådgivning. Läke-medelsverket och kommunerna kommer att utöva tillsyn och kontroll över att näringsidkarna följer de regler som gäller för handeln.

Apoteksmarknadsutredningen (S 2006:08) lämnade i maj 2008 betänkandet *Handel med läkemedel för djur* (SOU 2008:46). Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

### 3.11.2 Kunskapsbaserad vård

En fungerande kunskapsbildning och -spridning är en viktig förutsättning för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Vårdinsatser som baseras på kunskap är i sin tur en förutsättning för ett gott utfall för patienten i form av bevarad eller ökad hälsa.

Regeringen har gjort stora satsningar på kunskapsbildning i framför allt den forsknings- och innovationspolitiska propositionen, *Ett lyft för forskning och innovation* (prop. 2008/09:50), där regeringen t.ex. bedömer att klinisk utbildning på forskarnivå bör organiseras i form av nya kliniska forskarskolor, samt genom delegationen för klinisk forskning. I den forsknings- och innovationspolitiska propositionen bedömer regeringen att ekonomiska satsningar bör göras på forskning inom bl.a. cancer, psykiatri, neurovetenskap och diabetes. Andra initiativ som regeringen tagit när det gäller att både påskynda implementering av befintlig kunskap och utveckla svensk forskning om hur man effektiviserar implementeringen av kunskap är den delfinansiering som sker i forskningsprogrammet *Vinnvård – från kunskap till praktik*. Programmet har som syfte att länka samman akademi och praktik för att bygga upp en systematik kring hur befintlig kunskap ska komma till användning i den praktiska vården.

De nationella riktlinjer som Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, utformar för de stora folksjukdomarna utgör en stomme i den statliga

kunskapsstyrningen på hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen gör särskilda satsningar för att fler riktlinjer ska sammanställas, som omfattar även tandvård och behandling av psykisk ohälsa. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, tar fram kunskapsunderlag som också är en grund i den statliga styrningen. Regeringen avser vidare att fortsätta avsätta särskilda medel för att förbättra kunskapsstödet för vårdgivare genom den upplysningstjänst som SBU, på basis av särskilda medel från regeringen, startade under 2008.

Inom ramen för den nationella cancerstrategin kommer frågan om regionala cancercentrum att beredas av regeringen i syfte att förstärka den regionala strukturen för kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancerområdet. Liknande förslag om regionala centrum för kunskapsspridning och kunskapsbildning återfinns även i betänkandet *Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården* (SOU 2009:43) samt från tidigare utredningar som t.ex. Ansvarskommittén.

Regeringens politik för personer som har en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning syftar till att dessa personer ska ges vård-, rehabiliterings- och stödsatser utifrån sina behov och utifrån kunskap och beprövad erfarenhet. Genom den samlade psykiatrisatsningen vidtar regeringen en rad åtgärder, såsom satsningar på högskoleutbildning och forskning samt på läkarnas allmäntjänstgöring, i syfte att förbättra kunskapsspridning och kunskapsbildning och erbjuda kunskapsbaserade insatser.

En kunskapsbaserad vård innebär att de behandlingsmetoder som används ska vila på evidens och beprövad erfarenhet. Regeringen avser att ge SBU ett uppdrag att i samverkan med relevanta aktörer starta ett projekt med syfte att identifiera behandlingsmetoder som inte är kunskapsbaserade. Att stödja huvudmännen och vården med att systematiskt identifiera kunskapsluckor kommer att skapa förutsättningar för att ytterligare effektivisera utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser.

### 3.11.3 Patientens ställning

Utöver satsningen på en förstärkt tillgänglighet bedömer regeringen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka patientens ställning. Regeringen menar att när patienterna är delaktiga så bidrar det till positiva resultat i form av

ökad hälsa. När patienten är ett barn, måste hänsyn tas till att barn har särskilda förutsättningar och behov som kan skilja sig från vuxnas, likaså till att flickor och pojkar har delvis olika behov.

Regeringen vill öka patientens möjlighet att välja vård inom landet. I dag finns i hälso- och sjukvårdslagen hinder för patienterna att välja vård i annat landsting. Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om landstinget kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Regeringen bedömer, i linje med förslag som kommit från utredningen om patientens rätt (SOU 2008:127), att dessa hinder bör undanröjas och har för avsikt att lämna en proposition med bl.a. dessa förslag under hösten 2009. Om ett landsting inte klarar att ge vård inom vårdgarantins tidsgränser föreslås en skyldighet för landstinget att se till att patienten ges vård hos någon annan vårdgivare.

Regeringen eftersträvar också att patienter i Sverige ska få ökade möjligheter att söka vård i andra medlemsstater inom EU. Under ordförandeskapet är således det förslag till direktiv om patienters rättigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård som presenterades av EU-kommissionen i juli 2008 en prioriterad fråga för regeringen. Regeringens mål är att det så kallade patientrörlighetsdirektivet ska göra det tydligare och enklare för patienter som söker hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, i andra EU-länder.

Många patienter möter i sina kontakter med sjukvården ett stort antal olika vårdgivare. I den omfattande och komplexa struktur som sjukvården utgör kan det ofta vara svårt att som patient veta vart man ska vända sig och vem man ska kontakta i olika situationer. Därför avser regeringen att gå vidare med förslag, presenterade i Patientens rätt (SOU 2008:127), om att nuvarande bestämmelser om patientansvarig läkare ersätts med en skyldighet för landstingen att, vid behov, utse en ”fast vårdkontakt” för att säkerställa att patientens behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet tillfredsställs. Den fasta vårdkontakten ska, enligt utredningens förslag, inte kopplas till en viss personalkategori utan kan vara en person, ett team eller någon annan funktion. Denna fasta kontaktpunkt ska kunna bistå de patienter som behöver stöd med att överblicka sin egen vårdsituation och samordna olika vårdkontakter. Utredningen Patientens rätt har vidare lämnat förslag till att

utvidga patientens möjlighet att få en förnyad medicinsk bedömning. Regeringen anser att förslagen stärker patientens position och möjlighet till kontinuitet och inflytande och regeringen har därför för avsikt att under 2009 lämna en proposition baserad på ovan nämnda förslag.

Regeringen har under 2009 uppmärksammat behovet av att förbättra bemötandet inom hälso- och sjukvården. En dialog med intressenterna inom vården har påbörjats, där man bl.a. diskuterat hur vården återför patienternas synpunkter på bemötandet och hur vården för samtal med patienten när misstag begåtts. För att mer systematiskt och kontinuerligt inhämta patienternas synpunkter på vården om bl.a. bemötandet ger regeringen också stöd för att utveckla en nationell patientenkät. Enkäten ska skickas ut både till patienter i primärvården och till patienter i den specialiserade hälso- och sjukvården. Enkäten går ut för första gången under hösten 2009.

I syfte att ytterligare stärka patientens ställning har regeringen de senaste åren genomfört en rad åtgärder för att öka mångfalden och valfriheten inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Den nya lagen om valfrihetssystem innebär att landsting och kommuner kan välja att införa ett system för fri etablering inom vård och omsorg. Från den 1 januari 2010 kommer det att vara obligatoriskt att tillämpa lagen inom primärvården. Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att stärka informationen till patienter och brukare i samband med införande av valfrihetssystemen. Regeringen vill bredda utbudet av vårdgivare och därmed ge patienterna möjlighet att välja vårdgivare efter behov och önskemål. Fler vårdgivare ger också ökad konkurrens, som i sin tur kan fungera som en drivkraft för kvalitetsförbättringar. Ett bredare utbud och en ökad valfrihet bidrar därmed också till att stärka den utvecklingskraft och tillväxtpotential som finns.

Regeringen bedömer att ytterligare satsningar för att stimulera och förenkla företagande och entreprenörskap inom hälso- och sjukvården är nödvändiga. Dessa avser bl.a. en fortsatt satsning på den vägledning för offentlig upphandling inom vård och omsorg som Kammarkollegiet har regeringens uppdrag att ta fram. Regeringen avser vidare att genomföra ytterligare åtgärder för att främja entreprenörskap, en mångfald av utförare och förnyelse av välfärdssektorn inom vård och omsorg bl.a. utifrån det förslag till handlingsprogram som Verket för näringslivs-

utveckling (numera Tillväxtverket) lämnade 2008. Handlingsprogrammet omfattar bl.a. förslag på satsningar för att öka export och internationalisering, underlätta innovationer samt stimulera entreprenörskap på gymnasie-, högskole- och universitetsutbildningar.

Regeringen beslutade under 2008 om en överenskommelse med de idéburna organisationerna inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting. Regeringen vill bl.a. stödja en framväxt av en större mångfald av leverantörer inom vård och omsorg där de idéburna organisationerna utgör viktiga alternativ till den övriga hälso- och sjukvården och omsorgen.

Regeringen bedömer att medborgaren i egenkap av skattebetalare och patient ska ha tillgång till oberoende analys och utvärdering av hälso- och sjukvårdens processer och resultat. Regeringen har därför bl.a. för avsikt att inrätta en nationell, oberoende granskningsfunktion som öppet ska utvärdera och analysera hälso- och sjukvården, inklusive effekterna av de reformer som regeringen vidtar. Den ökade patientrörligheten inom EU kan också bidra till att lättillgänglig och jämförbar information om kvaliteten på vården på olika håll i Europa efterfrågas. Inrättandet av en oberoende granskningsfunktion är en del i arbetet med att dels värna valfriheten, dels ytterligare utveckla en hög och jämn kvalitet samt god tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Den oberoende granskningsfunktionen ska även vara ett stöd för de nationella beslutsfattarna, som kan få en bättre kunskapsgrund inför beslut om satsningar och förändringar av sjukvårdssystemet.

Regeringen har fattat ett beslut om en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser. Denna strategi stakar ut riktningen för arbetet med att ge patienten tillgång till information om vården. Informationen ska sedan bl.a. kunna användas för att göra informerade val av behandling, när så är möjligt, och val av vårdgivare. Regeringen anser att öppna jämförelser av vården utgör ett verktyg för att fullt ut kunna utnyttja potentialen i patientens fria vårdval. Regeringen menar att patienternas val av vårdgivare, i kombination med öppna redovisningar av vårdens processer och resultat, ytterligare intensifierar och påskyndar den positiva kvalitetsutvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. En långsiktig handlingsplan för hur datatillgången för öppna jämförelser inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens viktiga

gaste verksamhetsområden kan säkerställas behöver tas fram. Inom ramen för handlingsplanen bör även en beskrivning finnas för hur de nationella kvalitetsregistren kan utvecklas. Detta omfattar förslag på hur täckningsgraden kan förbättras, vilka ytterligare områden som bör omfattas av nationella kvalitetsregister samt hur innehållet i registren kan utvecklas avseende variabler för t.ex. omvårdnad, livskvalitet, ledtider, patient/brukarupplevelse, funktionstillstånd och liknande. Den samlade handlingsplanen ska genomföras inom befintliga budgetramar.

För att bl.a. skydda integriteten för den enskilde, så avser regeringen att överlämna en proposition till riksdagen om etiska bedömningar av nya metoder i vården. Förslagen syftar också till att säkerställa att sådana nya metoder som kan ha betydelse för människovärde ska ha bedömts utifrån etiska aspekter innan de börjar tillämpas i vården. Förslagen grundar sig på departementspromemorian Etisk bedömning av nya metoder i vården (Ds 2008:47).

Regeringen bedriver ett intensivt arbete för att främja utvecklingen av IT inom vården, och ska även fortsättningsvis göra det. Regeringen ser IT som en förutsättning för bl.a. kvalitetssäkring och patientsäkerhet. Därför har regeringen tillsammans med landstingen bl.a. satsat på att få till stånd en nationell patientöversikt som nu stegvis har börjat införas med målet att vara fullt implementerad i hela landet till 2011. Den nationella patientöversikten ska bl.a. medföra att patienten erbjuds kontinuitet och säkerhet i vården. En ny version av den Nationella IT-strategin kommer att presenteras våren 2010. I den kommer bl.a. samspelet mellan landsting och kommuner att beskrivas i syfte att samordna det strategiska IT-arbetet inom både vård och omsorg. Det nationella arbetet på eHälsoområdet kommer alltmer att fokuseras på praktiska tillämpningar som ger en synlig nytta för såväl patienter som medborgare och vårdpersonal. Sverige koordinerar även ett stort EU-projekt – epSOS – som har som mål att erbjuda medborgare inom EU elektroniska recept samt nationella patientöversikter som fungerar över medlemsstaternas gränser. Projektet går under 2010 in i en pilotfas där de modeller som har utvecklats ska testas i praktiken. På EU-nivå kommer arbetet i övrigt att fokusera på att integrera eHälsa i hälsostrategier på alla nivåer för

att på så sätt inkludera IT som en naturlig del i den politiska hälso- och sjukvårdsagendan.

Som framgår av regeringens psykiatriskrivelse, som överlämnades till riksdagen i april 2009, utgör valfrihet ett av tre huvudområden i regeringens politik för psykiatri. Regeringen kommer därför att fortsätta satsningar för att patienter och brukare inom psykiatriområdet ges ökad möjlighet till delaktighet och självbestämmande, inom ramen för det som planerats i regeringens psykiatrisatsning. Regeringen anser det viktigt att personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning i ökad utsträckning ska ges möjlighet att välja och ha inflytande över vem som ska utföra vård-, rehabiliterings- och stödsatser liksom utformningen av dessa insatser. Utsatta grupper, exempelvis inom psykiatriområdet, har ett särskilt behov av att vård och sociala insatser ges på ett patient- eller brukarfokuserat sätt. Regeringen bedömer det som viktigt att stärka och i ökad utsträckning formalisera samarbetet mellan kommuner och landsting så att ansvarsfördelningen för insatser för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning blir tydligare. Regeringen har därför i propositionen Vissa psykiatrifrågor m.m. (prop. 2008/09:193) föreslagit att barns ställning inom hälso- och sjukvården stärks samt att landsting och kommuner blir skyldiga att, vid behov, upprätta individuella planer om sitt samarbete när det gäller personer med behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Barn ska, vid behov, få stöd från sjukvården, när deras anhöriga behandlas för psykisk sjukdom. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2010.

Inom ramen för det nya tandvårdsstödet har regeringen bl.a. tagit initiativ till en elektronisk prisportal som kommer att underlätta medborgarnas jämförelser av olika vårdgivares priser. Vidare har Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, utbetalat medel till Sveriges Kommuner och Landsting för att inom ramen för sjukvårdsrådgivningen utveckla en rådgivningstjänst avseende tandvård. Båda dessa tjänster kommer att lanseras under hösten 2009 och utgör viktiga verktyg i arbetet med att stärka patientens ställning på tandvårdsområdet.

Ett av huvudsyftena med omregleringen av den svenska apoteksmarknaden är att via en mångfald av såväl större som mindre apoteksaktörer kunna erbjuda ett bredare och mer flexi-

belt utbud av apotekstjänster. Under hösten 2009 slutförs försäljningsprocessen avseende de apotek som ska avyttras till stora och medelstora köpare. För att skapa möjlighet för småföretagande överförs ett antal apotek till ett nyinrättat bolag som kan ha enskilda entreprenörer som delägare. Regeringen avser att noggrant, bl.a. via uppdrag till ett antal myndigheter, följa utvecklingen så att omregleringens syften uppnås med en bibehållen säkerhet och trygghet för den enskilda individen.

I syfte att undvika att obetalda vårdavgifter som hänförs till ett barn förs över på honom eller henne vid 18-årsdagen avser regeringen att föreslå ett tillägg i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. I departementspromemorian, som utgör underlag för den kommande propositionen, föreslås att i de fall en avgift får tas ut av en patient som är underårig så är patienten inte betalningsansvarig utan det är förmyndaren som ansvarar för att avgiften betalas. Propositionen bedöms inte ha ekonomiska konsekvenser för vårdgivarna eller berörda myndigheter.

### 3.11.4 Uppföljning

Uppföljningen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet ökar stadigt i omfattning, i enlighet med ambitionerna hos regeringen, huvudmännen, professionerna och akademien. Uppföljningen blir även mer och mer transparent. Uppföljningen bildar grund för ett lärande, som i sin tur är en förutsättning för det ständiga förbättringsarbete som bedrivs inom hälso- och sjukvården.

Regeringen har tagit en rad initiativ på området och under 2009 har man fattat beslut om en strategi för så kallade öppna jämförelser av vård och omsorg. Regeringen lämnar också stöd för att möjliggöra publicering av den årliga rapporten Öppna jämförelser. Regeringen avser att även fortsättningsvis aktivt stödja och driva på denna utveckling i samarbete med de aktörer som till stor del ansvarar för den positiva utvecklingen på området, dvs. vårdens professioner och huvudmän samt akademien. Regeringen driver utvecklingen genom bl.a. metodstöd, dit satsningen på nationella indikatorer kan räknas. Socialstyrelsen ska, på regeringens uppdrag, under 2009 presentera en nationell indikatorlista för god vård samt ta fram indikatorer kopplade

till nationella riktlinjer. Till metodstödet ska också det arbete som Socialstyrelsen gör, på regeringens uppdrag, om termer och begrepp, inräknas. Regeringen framhåller vidare vikten av att öka andelen av den totala vårdvolymen som registreras och redovisas i de öppna jämförelserna. Det handlar såväl om att öka täckningsgraden i befintliga nationella kvalitetsregister som att skapa nya register. Satsningar har också gjorts och görs på utbyggnad av hälso-databaser inom bl.a. psykiatri och tandvården. Regeringen har också ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Lands-ting om att intensifiera arbetet med att utveckla nationella kvalitetsregister inom psykiatri-området.

Trots att uppföljningar och redovisningar av vårdens kvalitet och effektivitet blir allt fler och bättre, bedömer regeringen, som nämnts tidigare, att det krävs en djupare analys av vårdens resultat i syfte att skapa en förståelse för processer och inte minst variationer i resultat mellan olika vårdgivare. Regeringen anser att det krävs en oberoende uppföljning på nationell nivå. Uppföljningen ska vara oberoende i så måtto att den även kan omfatta en granskning av hela hälso- och sjukvårdssystemet, däribland myndigheternas arbete, och att den inte är i beroendeförhållande till vårdgivarna. Den ska kunna granska både privat och offentligt utförd vård utifrån sin oberoende position. Inrättandet av en nationell, oberoende granskningsfunktion för utvärdering och analys av hälso- och sjukvården utgör, enligt regeringen, ett nödvändigt verktyg för att åstadkomma denna utveckling. Funktionen ska bl.a. utföra granskning utifrån ett patientperspektiv.

Regeringen anser att det är angeläget att fort-löpande följa utvecklingen inom psykiatri-området samt att följa upp effekterna av de insatser regeringen har gjort och kommer att göra genom psykiatrisatsningen. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att skynda på och förstärka sitt arbete med att utveckla grunddata, statistik, kvalitetsindikatorer m.m. för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet. Det är även angeläget med en väl fungerande tillsyn. I propositionen Sam-ordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (prop. 2008/09:160) har regeringen föreslagit en helt ny organisation av tillsynen över socialtjänsten som ska träda ikraft den 1 januari 2010 (se Socialtjänstpolitik, avsnitt 8.5). Med en

gemensam tillsyn över hälso- och sjukvården och socialtjänsten underlättas tillsyn som syftar till att komma åt brister i vårdkedjan, i samarbetet mellan landsting och kommun, och i gräns-områden som berör både vården och socialtjänstens ansvar. Detta gäller bl.a. psykiatri-området, vården och omsorgen om äldre samt missbruksvården.

Förutsättningarna att kunna följa upp tandvårdens kvalitet och resultat har, tack vare det nya tandvårdsstödet som trädde i kraft den 1 juli 2008, förbättrats avsevärt. Liksom på hälso- och sjukvårdens övriga områden menar regeringen att det krävs bättre och djupare analys av tandvården för att regeringen ska kunna styra och utnyttja det nationella tandvårdsstödet på ett effektivt sätt. Regeringen kommer därför att prioritera arbetet med att systematiskt följa upp resultat och kvalitet i tandvården liksom att utvärdera effekterna av den reform som trädde i kraft under 2008 (se även avsnitt 3.11.1).

För att åstadkomma en säker och effektiv läkemedelsanvändning krävs bättre kunskap om dagens läkemedelsförbrukning. För detta behövs väl utvecklade uppföljnings- och analysverktyg. Landstingen har med nuvarande tillgång till statistik inte möjlighet att följa upp medicinska mål på ett optimalt sätt. För att kunna utveckla uppföljningen på läkemedelsområdet behöver vården dels få tillgång till individbaserad statistik, dels bygga upp en kompetens kring hur statistiken ska bearbetas och analyseras. Syftet är bl.a. att öka patientsäkerheten i vården, inte minst för äldre patienter med många olika läkemedel, samt skapa förutsättningar för en effektivare läkemedelsanvändning. Regeringen avser att överlämna en proposition till riksdagen med förslag som ger landstingen tillgång till krypterad data i syfte att förbättra möjligheterna till uppföljning av läkemedelsanvändningen.

Regeringen har också, under början av ord-förändreskapet av EU, anordnat en konferens om uppföljning av nya läkemedel, som används i den kliniska vardagen. Denna uppföljning ska stärkas och ett samarbete ska utvecklas mellan medlemsstaterna för att systematisera uppföljningen.

Regeringen anser det angeläget att följa upp och utvärdera effekterna av den genomförda apoteksomregleringen. Utvärderingen som kommer att genomföras efter tre år bör, enligt regeringen, baseras på målen med reformen och därvid bl.a. fokusera på effekter för konsumenterna vad gäller tillgänglighet till läkemedel,

apotekens bidrag till en förbättrad läkemedelsanvändning, småföretagarnas förutsättningar, m.m. Konkurrensverket och Konsumentverket har redan fått i uppdrag att följa utvecklingen under omregleringsperioden och Institutet för tillväxtpolitiska studier (ITPS), numera myndigheten Tillväxtanalys, har i uppdrag att analysera omregleringens effekter på prisnivån för olika kategorier av läkemedel – före, under respektive efter de nya reglernas ikraftträdande. Regeringen avser återkomma med ytterligare uppdrag till berörda myndigheter som omfattar det nämnda uppföljnings- och utvärderingsprogrammet.

### 3.11.5 Kvalitetsutveckling

Ett fundament i den svenska hälso- och sjukvårdslagen är att vården ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen, dvs. oavsett kön, ålder, social ställning, utbildning etc. Det förekommer dock fortfarande omotiverade skillnader vad gäller vilken vård och behandling som erbjuds, liksom vilka resultat som olika vårdgivare åstadkommer. Att utjämna skillnader i resultat genom ett aktivt kvalitetsarbete är, enligt regeringen, en viktig utmaning för att nå målet om en ökad hälsa för befolkningen. De förekommande variationerna innebär att det, trots en generellt sett mycket hög kvalitet, finns en stor förbättringspotential för svensk hälso- och sjukvård.

Den årliga Dagmaröverenskommelsen mellan staten och huvudmännen syftar bl.a. till att stimulera utvecklings- och kvalitetsarbete i vården. Dagmaröverenskommelsen bör, enligt regeringen, inriktas mer på kunskapsspridning och implementering för att ta tillvara den kunskap som sammanställts på nationell nivå, men genererats i den dagliga kliniska verksamheten. Regeringen anser att uppföljningsmekanismer av överenskommelsens effekter bör skärpas samt att tidsatta mål och krav på ökad medfinansiering bör införas.

Regeringen ser ett behov av en omfattande nationell satsning på patientsäkerhet i vården. Socialstyrelsens vårdskademätning visar t.ex. på en stor förbättringspotential för svensk hälso- och sjukvård ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Som ett led i satsningen för en ökad patientsäkerhet avser regeringen att under våren 2010 lämna en proposition till riksdagen med förslag som ska stärka och stödja både patienter och

vårdgivare i arbetet för en säkrare vård. Propositionen bygger på förslag från Patientsäkerhetsutredningen som regeringen tillsatte 2007, med uppdrag att se över lagstiftningen ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Utredningen överlämnade 2008 sina förslag till regeringen. Förslagen innebär bl.a. att patienter ska ha en samlad ingång till statliga myndigheter när man som patient vill framföra synpunkter på eventuella brister i hälso- och sjukvården. Patienter ska inte längre behöva ange vilken yrkesutövare som man anser har brustit utan myndigheten ska vara fri att utreda hela händelsen såväl ur ett system- som ett individperspektiv. Regeringens avsikt är att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2011. I syfte att ytterligare stimulera samverkan och styrning samt säkra en god samordning mellan berörda aktörer har regeringen för avsikt att under 2009 sammankalla berörda aktörer på området för att verka för nationell samsyn kring patientsäkerhet.

Personalen i hälso- och sjukvården utgör en central roll i arbetet för en ökad patientsäkerhet. Regeringen tillkallade i april 2009 en särskild utredare för att belysa och utreda ett antal frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården samt vissa frågor inom socialtjänsten. Utredningen om trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst (S 2009:02) ska redovisa sina förslag senast den 1 oktober 2010.

De förbättrade möjligheterna till uppföljning av tandvårdens resultat utgör, enligt regeringen, ett viktigt instrument i arbetet med att ytterligare utveckla kvalitet och säkerhet inom tandvården. Det arbete som Socialstyrelsen genomför, på regeringens uppdrag, vad gäller utarbetande av nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården kommer också att utgöra betydelsefulla verktyg vad gäller tandvårdens framtida kvalitetsarbete. Regeringen avser att noga följa utvecklingen av tandvårdens resultat och vilken effekt det nya tandvårdsstödet innebär vad gäller kvalitet och effektivitet.

Regeringen redovisar i propositionen Omreglering av apoteksmarknaden (prop. 2008/09:145) olika sätt att förbättra läkemedelsanvändningen, t.ex. genom införandet av ett elektroniskt expeditjonsstöd. Regeringen angav i propositionen att det av Apoteket AB utvecklade expeditjonsstödet, under förutsättning att det av Apoteket Omstrukturering AB bedömts uppfylla det avsedda syftet, skulle överföras till

Apotekens Service AB snarast möjligt. Apoteket Omstrukturering AB har gjort bedömningen att stödet bör avskiljas från Apoteket AB och föras över till Apotekens Service AB. Mot denna bakgrund gör regeringen bedömningen att sådan överföring bör ske och att stödet bör göras tillgängligt för alla apoteksaktörer på konkurrensneutrala villkor. En ambition bör vara att på sikt bygga ut expeditionsstödet så att det även omfattar ett förskrivarstöd och därmed kvalitets-säkrar läkemedelsprocessen från det att ett recept skrivs ut av läkaren till det att det expedieras. Ett expeditionsstöd ger också uppföljningsmöjligheter av läkemedelshanteringen och det blir t.ex. möjligt att samla uppgifter om ekonomiska konsekvenser av en kvalitetssäkrad läkemedelsförskrivning.

En arbetsgrupp (P16) bestående av representanter från staten, Sveriges Kommuner och Landsting och landstingen – som var ett resultat av läkemedelsavtalet mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting för år 2008 – presenterade i mars 2009 sin handlingsplan för en effektivare läkemedelsanvändning. Planen innehöll ett antal förslag för att effektivisera den långsiktiga läkemedelsanvändningen. P16 föreslog också att en grupp skulle tillsättas för att bereda, prioritera och realisera förslagen. Ett strategiskt och långsiktigt hållbart arbete på läkemedelsområdet kräver god koordination och ett gemensamt utvecklingsarbete. Regeringen har, i syfte att ta ett helhetsgrepp kring läkemedelsfrågorna, tagit initiativ till att, tillsammans med berörda aktörer, utarbeta en nationell läkemedelsstrategi. Som ett första steg inför denna strategi kommer en förstudie att presenteras under hösten 2009 med syfte att redovisa en första sortering och prioritering bland tänkbara förslag och åtgärder för en säkrare och effektivare läkemedelsanvändning.

Det betänkande som En nationell cancerstrategi för framtiden överlämnade till regeringen i februari 2009 innehåller förslag till strategiska och långsiktiga satsningar för hur vården ska kunna möta den framtida ökningen av antalet cancerfall. Regeringen bedömer att strategin, med dess många förslag, ska implementeras successivt i syfte att underlätta det arbete som behöver sättas igång i landsting och regioner. Det strategiskt och långsiktigt viktigaste förslaget för cancervården i ett framtids-perspektiv är, enligt regeringen, uppbyggnaden av regionala cancercentra (RCC). Regeringen

anser det vara av stor vikt att stimulera utvecklingen av dessa centra i syfte att skapa miljöer för en framgångsrik kunskapsspridning inom cancerområdet.

I syfte att råda bot på oklara besked, långa väntetider och för lite patientfokus föreslås i betänkandet att Socialdepartementet i samarbete med huvudmännen initierar en eller flera försöksverksamheter med patientfokuserad och sammanhållen cancervård i några utvalda landsting/regioner. Regeringen bedömer det som angeläget att fortsätta utvecklingen mot en mer patientfokuserad cancervård och en viktig del i detta arbete är att stödja utvecklingen av bättre cancervårdkedjor. Vissa medel till försöksverksamheten har redan avsatts varför regeringen bedömer det som ytterst viktigt att följa upp och fortsätta den inledda satsningen.

Regeringen anser att information om såväl cancer som andra sjukdomar är av stor vikt för människors möjlighet att påverka sin egen hälsa. Regeringen föreslår därför att en informationstjänst om cancer utvecklas inom ramen för webbplatsen 1177.se. Syftet med cancerinformation på webben ska vara att främja hälsa och stärka patientens ställning i cancervården.

Regeringen har uppmärksammat behovet av att minska förskrivningen av antibiotika samt behovet av att nya verksamma läkemedel tas fram. Under ordförandeskapet lägger regeringen stor tyngd på denna fråga. En rapport tas fram och en konferens anordnas i september 2009 med sikte på att gemensamma slutsatser om nödvändiga incitament för att ny verksam antibiotika ska tillskapas, ska antas av hälso- och sjukvårdsministrarna inom EU.

Regeringen anser att det är av stor vikt att sprida kunskap kring arbetet med palliativ vård, lyfta fram goda exempel och förtjänsterna med att göra satsningar inom detta område. Regeringen kommer bl.a. ta initiativ till en fördjupad diskussion kring hur kommuner och landsting kan utveckla det praktiska arbetet för att kunna erbjuda en tillgänglig och god palliativ vård.



## 3.12 Budgetförslag

### 3.12.1 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

**Tabell 3.13 Anslagsutveckling 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

Tusental kronor

2008	Utfall	28 748	Anslags-sparande	1 454
2009	Anslag	29 762 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	29 043
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>30 828</b>		
2011	Beräknat	31 178 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	31 348 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 30 878 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 30 878 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds förvaltningskostnader. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ska pröva behörighetsfrågor och frågor om disciplin-påföljd på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt och genom sin bedömning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen utövar sina yrken bidra till en förbättrad vårdkvalitet. Myndighetens verksamhet innebär en medicinsk prövning av varje individuellt ärende och ger därmed möjlighet till en offentlig och oberoende genomlysning av vården. HSAN ska återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt genom information till sjukvårdshuvudmännen, patientnämnderna och professionerna. Under 2008 uppgick anslaget till ca 29,3 miljoner kronor och utfallet var ca 28,8 miljoner kronor.

#### Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2008. Inriktningen för HSAN:s verksamhet i stort bör kvarstå 2010.

**Tabell 3.14 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009 <sup>1</sup></b>	<b>29 762</b>	<b>29 762</b>	<b>29 762</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	1 116	1 416	1 587
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt <sup>3</sup>	-50	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>30 828</b>	<b>31 178</b>	<b>31 348</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>3</sup> Övergångseffekten till följd av kostnadsmässig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under Övrigt.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 30 828 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 31 178 000 kronor respektive 31 348 000 kronor.

### 3.12.2 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

**Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

2008	Utfall	40 575	Anslags-sparande	1 647
2009	Anslag	43 231 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	43 388
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>55 907</b>		
2011	Beräknat	55 950 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	56 118 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 55 902 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 55 880 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Statens beredning för medicinsk utvärderings (SBU) förvaltningskostnader. Myndigheten har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. SBU ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt samt sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. SBU:s verksamhet har i huvudsak redo-

visats under avsnitt 3.6.1. Under 2008 uppgick anslaget till cirka 41,0 miljoner kronor och utfallet var cirka 40,6 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

Från anslaget 1:6 *Bidrag för hälso- och sjukvård* överförs 6,3 miljoner kronor till detta anslag för verksamheter av permanent karaktär som bedrivs av SBU. Dessa innefattar kunskapsspridning och utbildningsinsatser.

Regeringen avser att ge SBU i uppdrag att starta ett projekt i samverkan med relevanta aktörer med syfte att identifiera behandlingsmetoder i vården som inte har önskvärd effekt eller där tillräcklig kunskap om effekterna saknas. SBU:s anslag ökas med 5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2010 för att finansiera det sekretariat som föreslås inrättas på SBU för ovanstående ändamål.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2008. Inriktningen för SBU:s verksamhet i stort bör kvarstå.

**Tabell 3.16 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>43 231</b>	<b>43 231</b>	<b>43 231</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	1 376	1 414	1 566
Beslut	11 300	11 305	11 321
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>55 907</b>	<b>55 950</b>	<b>56 118</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 55 907 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 55 950 000 kronor respektive 56 118 000 kronor.

### 3.12.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

**Tabell 3.17 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor

2008	Utfall	61 379	Anslags-sparande	6 682
2009	Anslag	80 250 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	81 664
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>96 507</b>		
2011	Beräknat	96 881 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	97 359 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 96 507 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 96 507 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) förvaltningskostnader. TLV:s arbetsuppgifter består huvudsakligen av administration av ärenden till Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Den senare nämnden har beslutsrätt i ärenden om ersättningsberättigande tandvård, referenspriser, beloppsgränser och ersättningsnivåer för det statliga tandvårdsstödet. Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd innehåller bestämmelser om bl.a. tandvårdsersättning. Nämnden för läkemedelsförmåner beslutar om receptbelagda läkemedel och förbrukningsartiklar ska omfattas av samhällets subvention. De krav som läkemedel och förbrukningsartiklar måste uppfylla för att subventioneras återfinns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Under 2008 uppgick TLV:s anslag till cirka 66,5 miljoner kronor och utfallet var 61,4 miljoner kronor. Anslaget för 2009 uppgår till 80,25 miljoner kronor. Som en konsekvens av apoteksomregleringen har TLV fått nya arbetsuppgifter. TLV arbetar med att utveckla och anpassa myndighetens verksamhet till de nya uppdragen. Till följd härav har TLV:s anslagsbehov ökat. Den 28 maj 2009 respektive den 25 juni 2009 beslutade regeringen att 6,5 miljoner kronor respektive 2 miljoner kronor skulle utbetalas till TLV från anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* anslagsposten 54, Omreglering av apoteksmarknaden.

## Regeringens överväganden

Som en konsekvens av omregleringen av apoteksmarknaden kommer TLV:s arbetsuppgifter att förändras och breddas, vilket även kan medföra en översyn av uppdraget för Nämnden för läkemedelsförmåner. Regeringen bedömer att TLV för nettopersonalförstärkningar, utvecklade IT-system samt ett ökat antal läkemedelsgenomgångar behöver ett utökat anslag. Anslaget ökas därför med 14 miljoner kronor per år fr.o.m. 2010. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 9:1 *Socialstyrelsen*.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2008. Inriktningen för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets verksamhet inom läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdet i stort bör kvarstå.

**Tabell 3.18 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>80 250</b>	<b>80 250</b>	<b>80 250</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	2 257	2 577	2 985
Beslut	14 000	14 054	14 124
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>96 507</b>	<b>96 881</b>	<b>97 359</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 96 507 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 96 881 000 kronor respektive 97 359 000 kronor.

## 3.12.4 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

**Tabell 3.19 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.**

Tusental kronor

2008	Utfall	3 880 158	Anslags-sparande	1 363 640
2009	Anslag	7 292 564 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	6 072 480
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>6 593 310</b>		
2011	Beräknat	6 802 870		
2012	Beräknat	6 689 660		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

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

År 2008 uppgick anslaget till knappt 5,3 miljarder kronor. Utfallet blev knappt 1,4 miljarder kronor lägre. Det låga utfallet kan förklaras av flera faktorer, bl.a. administrativa och IT-relaterade problem hos Försäkringskassan och vårdgivare i samband med införandet av reformen.

## Regeringens överväganden

Under 2008 infördes ett nytt statligt tandvårdsstöd i form av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader. För att finansiera reformen har en generell ökning av anslaget gjorts. För 2008 ökades anslaget till 5,3 miljarder kronor. Under 2009, då reformen får helårseffekt, är anslaget cirka 7,3 miljarder kronor. Beloppet avser även täcka utgifter under 2009 för det tidigare tandvårdsstödet, främst tandvård enligt bestämmelserna om högkostnadsskydd för personer som är 65 år eller äldre. I dessa fall räcker det att en ansökan om förhandsprövning kommit in till Försäkringskassan före den 1 juli 2008 för att äldre bestämmelser ska vara tillämpliga.

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

- Anslaget 1:2 *Försäkringskassan* inom utgiftsområde 10 ökades för 2009 med 43 miljoner kronor för att finansiera Försäkringskassans kostnader för genomförandet i form av IT-stöd, utbildnings- och informationsinsatser, omstrukturering av administrationen, prisportal samt samordning av ett utvärderingsprogram. Regeringens bedömning är att behovet för 2010 uppgår till 38 miljoner kronor. För 2011 och 2012 beräknas behovet av medel till 30 respektive 23 miljoner kronor.
- Anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* inom utgiftsområde 9 ökades för 2009 med 35 miljoner kronor för att finansiera arbete med nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer, inrättande och drift av ett tandhälsoregister samt bidrag till kvalitetsregister. Regeringen bedömer att behovet av medel för 2010 uppgår till 25 miljoner kronor. För 2011 och 2012 beräknas behovet av medel till 20 respektive 15 miljoner kronor.
- Anslaget 1:1 *Statskontoret* inom utgiftsområde 2 ökades för 2009 med 0,5 miljoner kronor för uppföljning av landstingens ekonomiska redovisning av folktandvårdens olika verksamheter. Regeringen anser att 0,5 miljoner kronor ska avsättas för detta ändamål 2010.

**Tabell 3.20 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>7 292 564</b>	<b>7 292 564</b>	<b>7 292 564</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	15 000	28 500	89 750
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym	-714 254	-518 194	-692 654
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>6 593 310</b>	<b>6 802 870</b>	<b>6 689 660</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 593 310 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 6 802 870 000 kronor respektive 6 689 660 000 kronor.

### 3.12.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

**Tabell 3.21 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor				
2008	Utfall	21 584 000	Anslags-sparande	0
2009	Anslag	22 400 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	22 266 670
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>23 200 000</b>		
2011	Beräknat	23 200 000		
2012	Beräknat	23 200 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Från detta anslag utbetalas det särskilda statsbidraget till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Medlen syftar till att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Statens ekonomiska ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har fastställts genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelsen lägger fast att staten ersätter sjukvårdshuvudmännen med 22,4 miljarder kronor för 2009 och 23,2 miljarder kronor för 2010. Den överenskomna ersättningen för ett visst år utbetalas från detta anslag till landstingen med ett fast månatligt belopp. Det månatliga beloppet motsvarar en tolfedel av den överenskomna ersättningen och utbetalas två månader i efterhand. Från anslaget utbetalas således under 2009 ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna dels under månaderna november och december 2008, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2009. Under 2009 utbetalas från anslaget följaktligen knappt 22,3 miljarder kronor och för 2010 kommer drygt 23 miljarder kronor att utbetalas.

## Regeringens överväganden

**Tabell 3.22 Härlledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>21 600 000</b>	<b>21 600 000</b>	<b>21 600 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 600 000	1 600 000	1 600 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>23 200 000</b>	<b>23 200 000</b>	<b>23 200 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 200 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 23 200 000 000 kronor vardera år.

### 3.12.6 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård

**Tabell 3.23 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008		429 126		20 881
2009	Anslag	453 005 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	444 503
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>522 505</b>		
2011	Beräknat	580 505		
2012	Beräknat	590 505		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

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

## Regeringens överväganden

Den 18 december 2008 godkände regeringen Dagmaröverenskommelsen för 2009. En ny överenskommelse kommer att tecknas för 2010.

Förutom satsningarna inom Dagmaröverenskommelsen beräknar regeringen för 2010 följande:

- 113,5 miljoner kronor till strategi för en god vård: insatser för att stärka patientens ställning och förbättra patientsäkerheten, förbättra tillgängligheten i vården, förbättrad informationsförsörjning, granskning och öppna jämförelser av resultat, utvecklade ersättningsystem inom hälso- och sjukvården, ökad mångfald, innefattande bl.a. det fria vårdvalet och främjande av den ideella sektorn.
- 98 miljoner kronor till utveckling och implementering av IT-stöd som syftar till att förbättra läkemedelsanvändningen, vissa uppföljnings- och utbildningsinsatser på läkemedelsområdet, implementering av förslag enligt En nationell cancerstrategi för framtiden samt inrättande av en oberoende granskningsfunktion av hälso- och sjukvården.
- 90,5 miljoner kronor till omregleringen av apoteksmarknaden, främst avseende sådana samhällsnyttiga uppgifter som utförts inom Apoteket AB men där omregleringen föranleder en ändrad organisatorisk placering, exempelvis Giftinformationscentralen.
- cirka 8,8 miljoner kronor för ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168), miljöbalken och livsmedelslagen (2006:804) samt för ersättning till smittbärare enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare.
- cirka 8,6 miljoner kronor till medicinteknisk verksamhet vid Läkemedelsverket.
- 8 miljoner kronor för specialistkompetenskurser.
- 5 miljoner kronor till Läkemedelsverket för producentobunden läkemedelsinformation.
- 3,5 miljoner kronor till Prioriteringscentrum i Linköping. Regeringen anser att Prioriteringscentrum bör få en stabil finansiering och att en förändring av centrets framtida inriktning är angelägen, där centrets nationella uppdrag betonas. Ett förslag har lämnats till Socialdepartementet om förändrat huvudmannaskap för centret.

- 3 miljoner kronor för drift av läkemedelsförteckning.
- 2 miljoner kronor till SBU för en upplysningstjänst för vården.
- 2 miljoner kronor till Socialstyrelsen för arbete med prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- 1,5 miljoner kronor till Swecare för ökad samverkan mellan det offentliga hälso- och sjukvårdssverige och det privata företaget inom vård, omsorg, läkemedel och medicinteknik.
- cirka 700 000 kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare.
- 474 000 kronor till kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar.

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

Omregleringen av apoteksmarknaden innebär ökade kostnader för de allmänna förvaltningsdomstolarna. Mot bakgrund av detta ökas anslaget 1:5 *Sveriges Domstolar* inom utgiftsområde 4 Rättsväsendet med 2 miljoner kronor. Anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* minskas med motsvarande belopp.

Anslaget minskas med 26,5 miljoner kronor för verksamhet av permanent karaktär som bedrivs av Socialstyrelsen och SBU. Dessa innefattar särskilda medel för utvecklingsarbete, nationellt råd för specialiseringstjänstgöring samt högspecialiserad vård hos Socialstyrelsen. För SBU rör det kunskapsspridning och utbildningsinsatser. Anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* ökar med 6,3 miljoner kronor, medan anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* ökar med 17,55 miljoner kronor.

**Tabell 3.24 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>453 005</b>	<b>453 005</b>	<b>453 005</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	71 500	129 500	139 500
Överföring till/från andra anslag	-2 000	-2 000	-2 000
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>522 505</b>	<b>580 505</b>	<b>590 505</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 522 505 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 580 505 000 kronor respektive 590 505 000 kronor.

### 3.12.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

**Tabell 3.25 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor				
År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008	Utfall	361 400	57 256	
2009	Anslag	601 712 <sup>1</sup>		601 331
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>557 337</b>		
2011	Beräknat	570 067		
2012	Beräknat	597 497		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet med anslaget är att finansiera ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden. Administrationen av anslaget sköts av Försäkringskassan. Under 2008 uppgick anslaget till cirka 440 miljoner kronor och utfallet under samma år blev 361 miljoner kronor. Eftersläpning i utgifterna för turist- och pensionärsvården var den huvudsakliga anledningen till det lägre utfallet. Dessa kostnader belastar i stället 2009.

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden har i huvudsak kopplingar till det svenska EU-medlemskapet och till sjukvårdsavtal som Sverige tecknat med andra länder. Kostnaderna inom anslaget kan delas upp i olika områden – turistvård, sjuk- och tandvårdstjänster, pensionärvård samt konventionsvård.

Med termen turistvård avses vård för svenska turister som blivit sjuka i samband med tillfällig vistelse i annat EU-land samt vård för studerande och utsända. I begreppet ingår även planerad vård efter förhandstillstånd. Begreppet sjuk- och tandvårdstjänster avser kostnader i samband med ersättningar i enlighet med EG-fördragets artiklar 49–50 om den fria rörligheten för varor och tjänster. I begreppet pensionärvård ingår vård för svenska pensionärer som valt att bosätta sig i annat medlemsland. Termen konventionsvård avser kostnader till följd av bilaterala överenskommelser om vårdförmåner och betalningsavståenden med länder utanför EU.

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

### Regeringens överväganden

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

del är svåra att påverka (boende-, studie-, arbets- och resemönster). Eftersläpningen i debiteringen för turist- och pensionärvården bidrar också till osäkerheten i prognoserna för vård i internationella förhållanden.

För att finansiera ökade kostnader har regeringen föreslagit att tillföra anslaget ytterligare 125 miljoner kronor 2009, på tilläggsbudget (prop. 2009/10:2).

**Tabell 3.26 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>476 712</b>	<b>476 712</b>	<b>476 712</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	13 199	10 622	8 376
Volym	67 426	82 733	112 409
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>557 337</b>	<b>570 067</b>	<b>597 497</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 557 337 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas 570 067 000 kronor respektive 597 497 000 kronor.

### 3.12.8 1:8 Bidrag till psykiatri

**Tabell 3.27 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008	Utfall	568 298		45 109
2009	Anslag	892 786 <sup>1</sup>		909 054
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>889 938</b>		
2011	Beräknat	887 958		
2012	Beräknat	885 329		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för regeringens satsning på förbättringar inom psykiatriområdet.

Regeringen har under 2009 avsatt cirka 900 miljoner kronor för att åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. I budgetpropositionen för 2009 (prop. 2008/09:1) angav regeringen att den samlade psykiatrisatsningen skulle inriktas mot fyra delområden:

- insatser riktade till barn och ungdomar,
- arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning,
- satsningar på kompetens och evidens, samt
- stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete.

### Regeringens överväganden

Under 2009 har regeringen avsatt cirka 270 miljoner kronor för insatser riktade till barn och ungdomar, cirka 140 miljoner kronor för satsningar på arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning cirka 180 miljoner kronor för satsningar på kompetens och evidens samt cirka 240 miljoner kronor till stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete.

Regeringen har genom de påbörjade satsningarna inlett ett omfattande förbättrings- och utvecklingsarbete inom psykiatriområdet. Det är viktigt att detta arbete fortsätter. Målsättningen med regeringens samlade psykiatrisatsning är att genom strategiska och långsiktiga satsningar nå hållbara förbättringar inom detta område. Många av de satsningar som regeringen beslutat om under 2009 är avsedda att pågå under tre år, dvs. 2009–2011.

Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning görs satsningar även inom andra utgiftsområden. Regeringen har föreslagit att det särskilda högriskskyddet utökas, så att arbetsgivare som anställer unga som tidigare haft aktivitetsersättning kan få ersättning för sjuklönekostnaderna under ett år (prop. 2008/09:194). Regeringen har också gett Karolinska institutet i uppdrag att utöka antalet platser på psykologprogrammet (se avsnitt 3.6.2). Dessa förslag innebär att anslag inom utgiftsområdena 10, 15 och 16 utökas. Höjningarna av dessa anslag finansieras med motsvarande minskningar av anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*. Höjningarna sker inom följande anslag:

- Anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* inom utgiftsområde 10 utökas med 1 056 000 kronor för 2010. För 2011 beräknar regeringen att anslaget utökas med 1 081 000 kronor.
- Anslaget 2:15 *Karolinska institutet Grundutbildning* inom utgiftsområde 16 utökas med 2 742 000 kronor för 2010. För 2011 och 2012 beräknar regeringen att anslaget utökas med 5 483 000 kronor respektive 8 225 000 kronor.
- Anslaget 1:2 *Studiemedel m.m.* inom utgiftsområde 15 utökas för 2010 med 1 320 000 kronor. För 2011 och 2012 beräknar regeringen att anslaget 1:2 *Studiemedel m.m.* utökas med 2 110 000 kronor respektive 3 070 000 kronor.
- Anslaget 1:3 *Studiemedelsröntor* inom utgiftsområde 15 utökas för 2010 med 50 000 kronor. För 2011 och 2012 beräknar regeringen att anslaget 1:3 *Studiemedelsröntor* utökas med 90 000 kronor respektive 130 000 kronor.

**Tabell 3.28 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>893 471</b>	<b>893 471</b>	<b>893 471</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 635	3 229	3 229
Överföring till/från andra anslag	-5 168	-8 742	-11 371
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>889 938</b>	<b>887 958</b>	<b>885 329</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 889 938 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 887 958 000 kronor respektive 885 329 000 kronor.



### 3.12.9 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

**Tabell 3.29 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti**

Tusental kronor

2008	Utfall	Anslags- sparande	0	
2009	Anslag	1 000 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	0
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 000 000</b>		
2011	Beräknat	1 000 000		
2012	Beräknat	1 000 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

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

#### Regeringens överväganden

Regeringen slöt i januari 2009 en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. kömiljarden. Överenskommelsen omfattar en miljard kronor per år 2010–2012 och ska revideras årligen. I överenskommelsen regleras de kriterier som landstingen ska uppfylla för att statliga bidrag ska utbetalas i takt med att landstingen uppfyller vårdgarantin. Utbetalning sker 2010 baserat på uppnådda resultat under 2009. De inledande mätningarna under 2009 visar att tillgängligheten till både besök och behandling i hälso- och sjukvården förbättrats jämfört med föregående år.

Sammantaget innebär satsningen en ambitionshöjning där regeringen tar ett samlat grepp över näraliggande initiativ för att skapa en hälso- och sjukvård som kännetecknas av ett tydligt patientfokus, god tillgänglighet, hög kvalitet och ett stort mått av valfrihet. Regeringens ambition är att stimulera en snabb tillgänglighetsförbättring liksom ett långsiktigt hållbart effektiviserings- och kvalitetsarbete för att åstad-

komma bestående förbättringar. Från och med 2010 avsätts därför 1 miljard kronor per år för detta ändamål.

**Tabell 3.30 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>1 000</b>	<b>1 000</b>	<b>1 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	999 000	999 000	999 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 1 000 000 000 kronor respektive år.

### 3.12.10 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

**Tabell 3.31 Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

2008	Utfall	Anslags- sparande	0	
2009	Anslag	0 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	0
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>74 000</b>		
2011	Beräknat	74 000		
2012	Beräknat	74 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Europaparlamentet och rådet antog den 31 mars 2004 ett direktiv (2004/23/EG) om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Ett förslag till ny lag om vävnader och celler överlämnades till riksdagen i mars 2008. Kostnaderna för landstingen för genomförandet i Sverige av de krav direktiven ställer beräknades till 119 miljoner kronor per år under tio år. Medel tillfördes i samband med budgetproposition för 2008: 119 miljoner kronor per år under 2008–2017 via det dåvarande

anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, vilket regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting var ense om. Sveriges Kommuner och Landsting inkom i januari 2009 med en begäran om att del av medlen ska vara riktade då kostnaderna är olika i olika landsting beroende på verksamhetens art.

### Regeringens överväganden

Medel överförs från anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 till det nya anslaget 1:10 *Bidrag för mänskliga vånader och celler* inom utgiftsområde 9. Beloppet uppgår till 74 miljoner kronor per år fr.o.m. 2010 till och med 2017.

**Tabell 3.32 Härlledning av anslagsnivån 2010–2012, för 1:10 Bidrag för mänskliga vånader och celler**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	0	0	0
<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>74 000</b>	<b>74 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 74 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 *Bidrag för mänskliga vånader och celler* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 74 000 000 kronor respektive år.

### 3.13 Socialstyrelsen

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

Socialstyrelsen har ett samlat ansvar för frågor om funktionsnedsättning med anknytning till

Socialstyrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

#### 3.13.1 Revisionens iakttagelser

Revisionen har inte haft några invändningar i myndighetens revisionsberättelse för 2008. Riksrevisionen konstaterar att årsredovisningen har upprättats i enlighet med förordningen om myndigheters årsredovisningar och budgetunderlag, regleringsbrev och övriga beslut för myndigheten. Riksrevisionen bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

#### 3.13.2 9:1 Socialstyrelsen

**Tabell 3.33 Anslagsutveckling 9:1 Socialstyrelsen**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008	591 569	17 053	
2009	598 257 <sup>1</sup>		590 393
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>864 833</b>	
2011	Beräknat	865 579 <sup>2</sup>	
2012	Beräknat	864 999 <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 857 106 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 851 908 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Socialstyrelsens förvaltningskostnader. Under 2008 uppgick anslaget till cirka 578,3 miljoner kronor och utfallet var cirka 591,6 miljoner kronor.

Under 2009 utbetalas cirka 13,4 miljoner kronor från anslaget till Läkemedelsverket för marknadsbevakning av medicintekniska produkter.

Den 1 september 2002 övergick ansvaret för administrationen av SK-kurser till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). För 2009 ska totalt 17,6 miljoner kronor utbetalas till IPULS kvartalsvis i förskott efter rekvisition.

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har fått utökade ansvarsområden till följd av lagen (2006:496) om blodsäkerhet. För detta ändamål anslås 3,6 miljoner kronor till Socialstyrelsen, av vilka Läkemedelsverket årligen rekviderar 1,8 miljoner kronor.

Den 1 januari 2007 övergick ansvaret för administrationen av medel till nationella kvalitetsregister från Socialstyrelsen till Sveriges Kommuner och Landsting. För 2009 ska totalt 13,4 miljoner kronor utbetalas efter rekvisition till Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen ska under 2009 betala totalt 300 000 kronor till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap som abonnemangsavgift för Raket. Beloppet ska betalas efter fakturering från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har fått utökade ansvarsområden till följd av lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler. Under 2009 anslås för detta ändamål 3,5 miljoner kronor till Socialstyrelsen, av vilka Läkemedelsverket ska rekvirera 1 miljon kronor.

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

Socialstyrelsen får under 2009 högst utbetala 200 000 kronor utan rekvisition till European Centre for Social Welfare Policy and Research i Wien.

**Tabell 3.34 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2008	12 116	0	-17 830	-5 714
Prognos 2009	13 660	0	-16 620	-2 960
Budget 2010	14 840	0	-15 870	-1 030

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer. Detta arbete sker inom myndighetens arbete med behörighetsfrågor. Myndigheten disponerar inte någon del av intäkterna för detta, utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida. Socialstyrelsen ska även ta ut avgifter för tillsyn av blodverksamhet. Myndigheten disponerar inte dessa avgifter. Socialstyrelsen ska utöva tillsyn över verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler. Tillsynen är avgiftsbelagd

och avgifterna disponeras inte av Socialstyrelsen. Socialstyrelsens kostnader för tillsynsuppgifterna för blod-, vävnads- och cellverksamhet kommer under en övergångstid på 2–3 år att väsentligen överskrida det resurstillskott som Socialstyrelsen erhållit. När föreskriftsarbetet och det inledande arbetet med tillståndsgivning är genomfört kommer kostnaderna att motsvara intäkterna.

**Tabell 3.35 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2008	14 395	-11 868	2 527
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2009	11 890	-12 870	-980
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2010	12 560	-12 560	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Avgiftsintäkterna under 2008 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivningskostnader i tabellens beräkningar, inte personalkostnader.

## Regeringens överväganden

Riksdagen har beslutat att bl.a. tillsynen och verksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska föras över till Socialstyrelsen fr.o.m. den 1 januari 2010 (prop. 2008/09:160, bet. 2008/09:SoU22, rskr. 2008/09:259). Förändringen innebär också att andra uppgifter som länsstyrelserna har inom ramen för nämnd lagstiftning förs över till Socialstyrelsen. Finansiering av reformen sker genom att 195 miljoner kronor förs från utgiftsområde 1 Rikets styrelse, anslag 5:1 *Länsstyrelserna m.m.* till detta anslag. Reformen innebär dessutom att Socialstyrelsen får ansvar för all tillsyn av tillståndspliktig enskilt driven verksamhet enligt SoL och LSS. Från den 1 januari 2010 upphör därmed kommunernas ansvar för den löpande tillsynen av sådan verksamhet. Finansiering sker genom att 32 miljoner kronor

förs från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner och landsting, anslag 1:1 *Kommunal-ekonomisk utjämning* till detta anslag. I budgetpropositionen för 2009 (2008/09:1) tillfördes anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* 30 miljoner kronor i syfte att höja ambitionsnivån och effektiviteten i den sociala tillsynen. Regeringen föreslår att dessa medel om-disponeras inom utgiftsområdet så att detta anslag ökas med 30 miljoner kronor och att anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med motsvarande belopp.

Arbetet som bedrivs vid Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) är en integrerad del av Socialstyrelsens verksamhet. Efter-som kostnaderna för verksamheten är löpande och till stor del består av personalkostnader så bör verksamheten finansieras via Socialstyrelsens förvaltningsanslag som årligen räknas upp, bl.a. med hänsyn till beräknade förändringar av personalkostnader. Regeringen föreslår mot bakgrund av ovanstående att anslaget ökas med 6,3 miljoner kronor och att anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med 7 miljoner kronor.

Från anslaget 1:6 *Bidrag för hälso- och sjukvård* överförs 17,55 miljoner kronor till detta anslag för verksamheter av permanent karaktär som bedrivs av Socialstyrelsen. Dessa innefattar särskilda medel för utvecklingsarbete, nationellt råd för specialiseringstjänstgöring samt hög-specialiserad vård.

Som en konsekvens av omregleringen av apoteksmarknaden kommer Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) arbetsuppgifter att förändras och breddas. Regeringen bedömer att TLV för nettopersonalförstärkningar, utvecklade IT-system samt ett ökat antal läkemedelsgenomgångar behöver ett utökat anslag. Anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* ökas därför med 14 miljoner kronor per år fr.o.m. 2010. Finansiering sker genom en neddragning av detta anslag.

En miljon kronor flyttas från detta anslag till anslaget 1:9 *Statistiska centralbyrån* inom utgiftsområde 2 Samhällsekonomi och finansförvaltning, till följd av nytt ansvar för statistik som avser sektorsspecifika ekonomiska uppgifter om primärkommunerna.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2008. Inriktningen för Socialstyrelsens verksamhet i stort bör kvarstå.

**Tabell 3.36 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 9:1 Socialstyrelsen**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>598 257</b>	<b>598 257</b>	<b>598 257</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	17 952	24 043	27 421
Beslut	57 620	49 065	43 838
Överföring till/från andra anslag	194 000	195 918	196 981
Övrigt <sup>3</sup>	-2 996	-1 704	-1 498
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>864 833</b>	<b>865 579</b>	<b>864 999</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>3</sup> Övergångseffekten till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under Övrigt.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 864 833 000 kronor anvisas under anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 865 579 000 kronor respektive 864 999 000 kronor.

### 3.14 Övrig verksamhet

#### 3.14.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel, medicintekniska produkter, kosmetiska och hygieniska produkter samt vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära. Läkemedelsverket har vidare ett sektorsansvar för miljöfrågor med anknytning till verkets verksamhetsområde. Läkemedelsverket ska bidra till att uppfylla målet för hälso- och sjukvårdspolitikerna genom att bl.a. verka för en säker och rationell läkemedelsanvändning.

Enligt lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler har Läkemedelsverket tillsyn över verksamhet som rör insamling och kontroll av vävnader och celler för läkemedelstillverkning. Tillsynen är avgiftsbelagd och avgifterna, som beräknas till en miljon kronor per år, disponeras inte av myndigheten. För tillsynsverksamheten erhåller Läkemedelsverket ett bidrag om en miljon kronor. Därutöver anslås 1,8 miljoner kronor för de ansvarsuppgifter som åläggs Läkemedelsverket i lagen (2006:496) om blodsäker-

het och förordningen (206:497) om blodsäkerhet. Slutligen erhåller Läkemedelsverket fem miljoner kronor per år för information om läkemedel respektive medicintekniska produkter.

Läkemedelsverkets intäkter och kostnader uppgick 2008 till cirka 389,6 miljoner kronor respektive 495,8 miljoner kronor. Årets kapitalförändring uppgick därmed till -106,2 miljoner kronor. Balanserad kapitalförändring från 2007 var drygt 147 miljoner kronor och myndighetskapitalet var vid inledningen av 2009 cirka 40,8 miljoner kronor.

Läkemedelsverket finansieras till övervägande del av avgifter som betalas in av företag i enlighet med förordningen (1993:595) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel. Läkemedelsverket har under flera år haft ett ackumulerat överskott med mer än tio procent av den avgiftsbelagda verksamhetens omsättning. I enlighet med kapitalförsörjningsförordningen (1996:1188) har Läkemedelsverket lämnat förslag till regeringen om hur överskottet borde disponeras. Regeringen beslutade i december 2007 och i december 2008, utan hinder av bestämmelserna i förordningen om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel, att Läkemedelsverket för räkenskapsåret 2008 respektive 2009 skulle reducera samtliga avgifter avseende läkemedel med 20 procent.

Läkemedelsverkets resultatförsämring 2008 kan härledas främst till minskade intäkter, kostnadsökning till följd av ökad verksamhet samt kostnadsökningar i samband med införandet av ett elektroniskt informationshanteringssystem. Mot den bakgrunden fann regeringen i mars 2009 att den tidigare beslutade avgiftsreduktionen skulle upphävas och att bestämmelserna i förordningen om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel fr.o.m. den 1 april 2009 ska tillämpas i enlighet med sin lydelse.

Förutsättningarna för Läkemedelsverket att utöva sin roll som central förvaltningsmyndighet på läkemedelsområdet har förändrats under de senaste åren. Läkemedelsverkets tjänster kommer också att efterfrågas i ökande grad bl.a. som en konsekvens av omregleringen av apoteksmarknaden. Behovet av samarbete med och stöd till myndigheter och andra aktörer har ökat och arbetet har blivit mer komplext i takt med att ambitionerna på läkemedelsområdet höjts. Verkets uppgifter ställer höga krav på kompetens och samordning inom myndigheten. Med hänsyn till de styrnings- och uppföljningspro-

blem samt den ekonomiska obalans som har uppkommit vid Läkemedelsverket har regeringen bedömt att en analys av myndighetens verksamhet, ekonomi samt dess interna styrning och kontroll bör genomföras för att ge underlag för en effektivare styrning av myndigheten. Syftet är att uppnå en kvalitetssäkrad verksamhet i ekonomisk balans. För att försäkra att nödvändiga och tillräckligt effektiva åtgärder vidtas vid Läkemedelsverket har regeringen den 7 maj 2009 uppdragit till Statskontoret att genomföra en analys av Läkemedelsverkets verksamhet, ekonomi, interna styrning och kontroll. Uppdraget ska redovisas den 30 september 2009.

**Tabell 3.37 Offentligrättslig verksamhet**

*Tusental kronor*

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2008	1 620	389 607	-495 855	-106 247
Prognos 2009	2 800	450 423	-553 622	-103 199
Budget 2010	2 800	541 236	-553 188	-11 952

Regeringskansliet bereder för närvarande ett förslag till höjning av Läkemedelsverkets avgifter. Under året har en dialog förts med Läkemedelsverket om myndighetens ekonomiska situation. En rad åtgärder har vidtagits. Dessa ger effekt på lång sikt, men även i viss utsträckning på kort sikt. Inom ramen för den dialogen har även frågan om avgifter och nuvarande avgiftsnivåer tagits upp.

Regeringen har sedan en tid tillbaka identifierat ett behov av att se över Läkemedelsverkets avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel på ett långsiktigt och mer strukturellt sätt. Läkemedelsverkets avgifter speglar i dagsläget inte myndighetens faktiska kostnader för kontrollen av läkemedel. Läkemedelsverket har under året påbörjat ett arbete för att följa upp och kartlägga kostnaderna för de processer som bedrivs. Detta arbete kommer att rapporteras 2010. Regeringen avser att med hjälp av detta underlag kunna fastställa en ny och förenklad avgiftsförordning, som utgår från verkets faktiska kostnader för läkemedelskontrollen.

Läkemedelsverket redovisade en rapport den 23 december 2008 om sin informationskampanj om riskerna med olaga försäljning av läkemedel. Uppdraget bestod i att genomföra en informationskampanj riktad till allmänheten om riskerna med olaga försäljning av de produkter som faller inom Läkemedelsverkets ansvars-

område. Av rapporten framgår att kampanjens huvudbudskap var bl.a. att det är farligt att köpa läkemedel från okända Internetapotek, att det nästan är omöjligt att skilja seriösa Internetapotek från oseriösa och att läkemedelsförsäkringen inte gäller om man skadas av olagliga läkemedel. Den första utvärderingen av projektet visar bl.a. att kampanjen uppmärksammats av många och att budskapet ses som mycket tydligt. Läkemedelsverket har fått fortsatt uppdrag att bedriva informationskampanjen 2009 och lämna förslag till åtgärder avseende det globala problemet med illegala produkter.

Läkemedelsverket redovisade en rapport om sär-läkemedel den 22 december 2008. I rapporten föreslår Läkemedelsverket bl.a. att en strategi för sällsynta sjukdomar utformas, att nationella uppföljningssystem för sär-läkemedel skapas, att finansieringssystemet anpassas så att det underlättar tidig introduktion av och tillgång till sär-läkemedel, att nationella centra för sällsynta sjukdomar inrättas och att forskningsstöd till företag som utvecklar sär-läkemedel utvecklas. Europeiska rådet beslutade den 5 juni 2009 att anta en rekommendation om en satsning avseende sällsynta sjukdomar. Medlemsstaterna rekommenderas bl.a. att upprätta och genomföra planer eller strategier för sällsynta sjukdomar på lämplig nivå, för att söka säkerställa att patienter med sällsynta sjukdomar får tillgång till vård av hög kvalitet och om möjligt ändamålsenliga sär-läkemedel. Rådets rekommendation bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Läkemedelsverket redovisade två rapporter den 11 november 2008, varav den ena belyser arbetet med anledning av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2006/2004 av den 27 oktober 2004 om samarbete mellan de nationella tillsynsmyndigheter som ansvarar för konsumentskyddslagstiftningen. Av rapporten avseende konsumentskydd framgår att Läkemedelsverket anmält 97 ärenden för brott mot läkemedelslagen. Flertalet ärenden har resulterat i att företagen omgående har ändrat eller avbrutit marknadsföringen.

### **3.14.2 Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn**

Apoteket AB är ett av staten helägt bolag. Sedan juli 2008 äger staten Apoteket AB indirekt genom moderbolaget Apoteket Omstruk-

turer AB (OAB). OAB har inrättats för att leda och övervaka de processer som är nödvändiga för att omstrukturera Apoteket AB under omregleringen av den svenska apoteksmarknaden. OAB äger även Apotekens Service AB, som är ett nybildat bolag som har ålagts ansvaret för de databaser, register och annan IT-infrastruktur som alla öppenvårdsapotek måste ha tillgång till för att bedriva sin verksamhet (se avsnitt 3.5.6). En beskrivning och bedömning av Apoteket AB:s verksamhet återfinns i regeringens årliga skrivelse för företag med statligt ägande (skr. 2008/09:120).

Apoteket AB:s försäljningsmonopol upphörde den 1 juli 2009 då en ny lag om handel med läkemedel trädde i kraft (se avsnitt 3.5.6). Dessförinnan hade Apoteket AB enligt 4 § lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m. så gott som ensamrätt att sälja läkemedel till konsument. Försäljningsmonopolet omfattade dock inte godkända naturläkemedel och läkemedel som var godkända som vissa utvärtes läkemedel samt receptfria nikotinläkemedel.

Apoteket AB:s huvudsakliga uppgift under 2008 var att via drygt 880 öppenvårdsapotek och cirka 40 Apoteket Shop verka för en god försörjning och användning av såväl receptbelagda som receptfria läkemedel. I syfte att säkra läkemedelsförsörjningen i glest befolkade områden har Apoteket AB dessutom avtal med cirka 890 apoteksombud som förmedlar förskrivna receptläkemedel och säljer ett begränsat sortiment av receptfria läkemedel. I Apotekets uppdrag har även ingått att erbjuda producentoberoende information och rådgivning till enskilda konsumenter samt producentoberoende information till förskrivare. Apotekets verksamhet omfattar även försörjning av läkemedel till den slutna vården genom sjukhusapotek. Sedan den 1 september 2008 har vårdgivare emellertid en ökad frihet att organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus. Sjukhusen ska på egen hand eller genom avtal med andra aktörer helt eller delvis kunna sköta läkemedelsförsörjningen via sjukhusapotek.

Som ett led i att skapa goda förutsättningar för konkurrens på apoteksmarknaden kommer ett stort antal apotek att avyttras under det andra halvåret 2009. Totalt kommer cirka 466 apotek att säljas till stora och medelstora köpare medan 150 apotek kommer att överföras till ett nyinrättat bolag som ska kunna ha enskilda entreprenörer som delägare. Syftet är att skapa möj-

ligheter för småföretagande inom ramen för en fungerande stödstruktur. Cirka 330 apotek kommer att finnas kvar i Apoteket AB:s ägo.

Apotekets nettoomsättning uppgick 2008 till cirka 41,7 miljarder kronor (39,5 miljarder kronor 2007). Rörelseresultatet uppgick till 950 miljoner kronor (588 miljoner kronor 2007). Under året ökade försäljningen av receptbelagda läkemedel med 3 procent och försäljningen av receptfria läkemedel och naturläkemedel med 7 procent. Försäljningen av övriga hälsoprodukter ökade med 14 procent. Apoteket lämnade för verksamhetsåret 2008 en utdelning på 237 miljoner kronor.

Under 2008 utökade Apoteket AB sin butikskedja med sex apotek. Antalet kundbesök ökade under 2008 och även Apoteket AB:s e-handel ökade. Under 2008 uppgick antalet särskilda läkemedelsgenomgångar till 73 000, vilket var 140 procent fler än under 2007. I Synovates år-

liga Corporate Image-mätning fick Apoteket AB ett toppresultat.

Under 2008 gick omregleringen av apoteksmarknaden in i en mer aktiv fas, vilket har påverkat förutsättningarna för Apoteket AB:s verksamhet. Regeringen bedömer att Apoteket AB även under denna period har fortsatt att säkerställa läkemedelsförsörjningen på ett tryggt, säkert och effektivt sätt. Bolaget placerar sig fortsatt väl i mätningar när det gäller kännedom om och attityd till företaget. Prioriterade områden under 2008 var att upprätthålla läkemedelsförsörjningen till svenska folket och fullfölja bolagets samhällsuppdrag, att arbeta aktivt för att underlätta omregleringen samt att utveckla företaget för att bli framgångsrikt på en omreglerad marknad.

**Tabell 3.38 Ekonomisk översikt för Apoteket AB**

*Miljoner kronor*

	2004	2005	2006	2007	2008
Resultat efter finansiella poster	282	290	621	602	969
Eget kapital	2 518	2 632	3 010	3 293	3 838
Utdelning	100	70	150	145	237
Räntabilitet på eget kapital, %	9,4	7,8	15,8	13,7	19,9
Medelantalet anställda	10 856	10 914	10 632	10 689	10 666





## 4 Folkhälsopolitik

### 4.1 Omfattning

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

Inom utgiftsområde 9, delområdet folkhälsopolitik, finns ett särskilt ansvar för smittskydd och hälsoskydd och för en rad frågor av betydelse för samhällets beredskap i hälsorelaterade frågor, främst inom smittskyddsområdet. Inom delområdet finns även ett särskilt ansvar för insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor i befolkningen. Regeringen ger bidrag till förebyggande insatser mot hiv/aids, bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol- och narkotikapolitiska insatser. Inom utgiftsområdet finansieras även Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO), Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll, Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap samt Alkoholsortimentsnämnden.

### 4.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 4.1** Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik

*Miljoner kronor*

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
<i>Folkhälsopolitik</i>						
2:1 Statens folkhälsoinstitut	139	132	130	132	134	137
2:2 Smittskyddsinstitutet	184	190	189	196	197	198
2:3 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden <sup>2</sup>	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	17	19	17	19	20	20
2:5 Bidrag till WHO	30	44	41	35	35	35
2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder	192	255	268	208	93	93
2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	225	257	251	257	72	72
2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	148	146	140	146	146	146
2:9 Insatser för vaccinberedskap	85	85	84	85	85	85
<b>Summa Folkhälsopolitik</b>	<b>1 020</b>	<b>1 127</b>	<b>1 120</b>	<b>1 078</b>	<b>781</b>	<b>785</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Från och med budgetpropositionen för 2010 benämns anslaget Alkoholsortimentsnämnden.

### 4.3 Mål

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

Verksamheter och insatser inom flera utgiftsområden bidrar till att uppfylla målet. I det följande beskrivs särskilt resultaten inom de områden för vilka särskilda medel har avsatts inom utgiftsområde 9, delområde folkhälspolitik.

### 4.4 Resultatredovisning

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

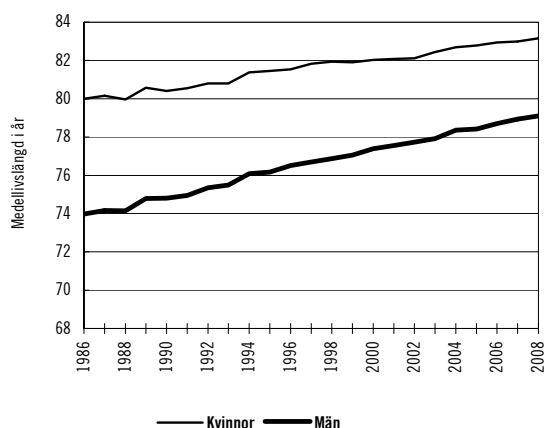
Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör flera kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (1994:1738), tobakslagen (1993:581), miljöbalken (1998:808) och livsmedelslagen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

#### 4.4.1 Folkhälsans utveckling

Förbättringar i hälsa kan mätas bland annat genom ökad medellivslängd och minskad risk för en för tidig död. Generellt sett har folkhälsans utveckling varit gynnsam. Medellivslängden fortsätter att öka i Sverige (se diagram 4.1). År 2008 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 79,1 år och en nyfödd flicka 83,2 år. År 2006 var det bland männen endast fyra länder som hade en längre medellivslängd än Sverige medan svenska kvinnor hamnade på tionde plats. Den stora nedgången i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är den främsta förklaringen till ökningen av medellivslängden. Även risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom har minskat vilket med största sannolikhet kan förklaras av förändrade levnads-

vanor, främst minskad rökning och förbättrade kostvanor.

Diagram 4.1 Medellivslängd 1986-2008



Källa: SCB

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

Sedan 1990 har spädbarnsdödligheten halverats. År 2008 var den 2,5 döda under första levnadsåret av 1 000 levande födda barn under 1 års ålder. De flesta av de barn som avlider under det första levnadsåret dör under första levnadsveckan. Sverige hade 2006 den näst lägsta spädbarnsdödligheten i världen efter Singapore.

De orosmoln som funnits när det gäller folkhälsans utveckling har bl.a. rört ökande psykisk ohälsa och ökande övervikt och fetma samt ökande alkoholkonsumtion, särskilt bland unga. Även om nivåerna inom dessa områden fortfarande är höga, så har de negativa trenderna i många fall avstannat eller vänt.

Oroande trender är fortfarande det ökande antalet självmord bland ungdomar samt att allt fler ungdomar vårdas på sjukhus för depression eller ångest och för alkoholförgiftning. Ökningen inom dessa områden är speciellt tydlig vad avser unga kvinnor. Antalet unga kvinnor som vårdas på sjukhus på grund av anorexia har mer än fördubblats sedan slutet av 1980-talet,

men samtidigt har dödligheten minskat drastiskt. Det talar för att det inte i första hand är fler som insjuknar, utan snarare att fler erbjuds vård och behandling. Av de ungdomar som vårdas på sjukhus för anorexia utgör unga kvinnor 95 procent.

Barns hälsa i Sverige är generellt sett god. Positiva faktorer är den låga spädbarnsdödligheten, den höga andelen ammande spädbarn, den låga andelen barnolycksfall, den höga andelen vaccinerade barn och den jämförelsevis låga andel som utsätts för fysisk bestraffning under barndomen. Barn i årskurs 5 känner sig lika friska eller friskare i dag jämfört med för 20 år sedan. Motsvarande andel i årskurs 9 har däremot minskat sedan början av 1990-talet, särskilt bland flickor. Dagens barn äter mindre godis och dricker mindre läsk än i början av 2000-talet, och de äter också mer frukt och grönsaker. Trots det har det blivit fyra till fem gånger vanligare med fetma bland barn under de senaste två decennierna, även om det nu kommer rapporter om att ökningen har stannat upp och kanske till och med vänt nedåt.

Barn och unga med fetma riskerar att drabbas av diabetes av typ 2. Av alla barn i Sverige med diabetes har dock endast 0,5 procent diabetes av typ 2. Svenska barn och unga med diabetes har i stort sett alltid diabetes av typ 1. Insjuknandet i diabetes av typ 1 har förskjutits mot yngre åldrar, vilket medför att diabetes ökar bland barn och unga. Anledningen till att diabetes debuterar tidigare anses bland annat bero på en allt högre födelsevikt och ett större energintag under barndomen.

De äldre i Sverige lever allt längre och är friska långt upp i hög ålder. Andelen äldre som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott har ökat under perioden 1980–2007. Även om andelen äldre som rapporterar att de har någon långvarig sjukdom också har ökat, så har andelen som har sjukdomar eller besvär som hindrar deras dagliga liv minskat. De vanligaste långvariga sjukdomarna i åldrarna över 65 år är hjärt- och kärlsjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Två tredjedelar av all cancer inträffar efter 65 års ålder. Även psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland äldre. Vid 75 års ålder har cirka 15 procent någon psykiatrisk diagnos. Två tredjedelar av alla dödsolyckor i Sverige sker i åldersgruppen 65 år och äldre och hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av olyckor åter-

finns i denna grupp. Fallolyckor är den klart största olyckstypen.

Även om det svenska samhället i grunden präglas av goda levnadsvillkor finns systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män. Dessutom finns det systematiska skillnader i den självupplevda hälsan mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Enligt Statens folkhälsoinstituts rapport Onödigt ohälsa (R 2008:13) redovisas att en stor del av samhällets samlade ohälsa finns bland personer med funktionsnedsättning. Medan hälsan för befolkningen i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna har de relativa skillnaderna i hälsa mellan olika samhällsgrupper förblivit oförändrat stora eller i några fall även ökat.

#### 4.4.2 Särskilda folkhälsoinsatser

##### Indikatorer

Indikatorer som används för att bedöma resultatet är andel ungdomar som anger att de har ångslan, oro eller ångest, antal självmord samt andel personer med övervikt eller fetma.

##### Resultat

I enlighet med vad som aviserats i propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) har regeringen vidtagit en rad åtgärder, som bland annat främjar barns och ungas psykiska hälsa och stärker det självmordspreventiva arbetet samt främjar såväl goda matvanor som fysisk aktivitet.

#### Barns och ungas psykiska hälsa

##### *Föräldrastöd*

En trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren är en förutsättning för god psykisk hälsa senare i livet. Levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Barn och ungdomar är därför en prioriterad målgrupp inom folkhälsopolitiken.

Regeringens folkhälsoarbete när det gäller barns behov och trygghet fokuserar på att skapa möjligheter för föräldrar att få den hjälp och det

stöd de behöver för att ge god omsorg till sina barn. Ett utvecklat universellt förebyggande föräldrastöd kan vända den negativa utvecklingen av barns och ungdomars psykiska och fysiska hälsa.

I slutet av mars 2009 beslutade regeringen om en Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla (S2009/2954/FH). Strategin lanserades under en nationell konferens som genomfördes via satellit. Omkring 3 000 personer på 21 olika orter i landet deltog i konferensen.

Efterfrågan på strategin har varit stor. Fram till maj 2009 har cirka 7 000 exemplar gått ut i landet. Strategin är tänkt att dels inspirera kommuner och landsting att utveckla stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap, dels utgöra ett praktiskt stöd i det organisatoriska planerings- och utvecklingsarbetet.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har fått i uppdrag att fördela 70 miljoner kronor i stimulansbidrag till ett urval av kommuner som i samarbete med ett forskningslärosäte ska utveckla föräldrastödet i enlighet med strategin. Försöksverksamheten ska pågå t.o.m. 2011. Vidare har FHI fått i uppdrag att bilda en samverkansgrupp för föräldrastöd. Gruppen ska vara ett stöd i FHI:s uppdrag att sammanställa och sprida kunskap om universellt förebyggande föräldrastödjande modeller, metoder och program vars syfte överensstämmer med den definition på föräldrastöd som anges i strategin. Därutöver har institutet fått uppdraget att skapa ett dialogforum för kommuner och idéburna organisationer kring föräldrastöd. Forumet ska syfta till att utbyta erfarenheter och att ta till vara och sprida goda exempel på det lokala arbetet att utveckla föräldrastödet. Slutligen har FHI fått i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla och ansvara för ett frivilligt webbaserat system som erbjuder kommuner en möjlighet till att göra öppna jämförelser avseende föräldrastöd.

#### *Barn och unga i psykiatrisatsningen*

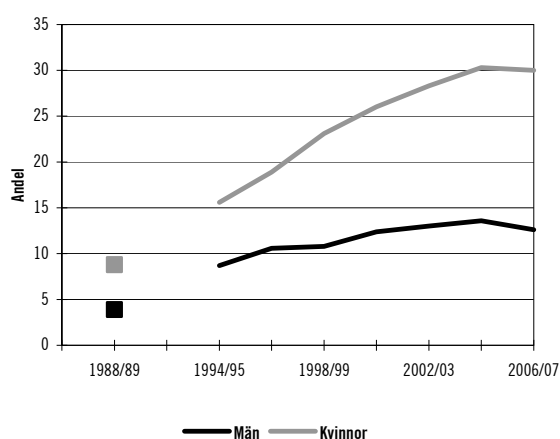
Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning (som presenteras i skrivelsen 2008/09:185 En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionsnedsättning) utgör insatser riktade till barn och unga ett av fyra prioriterade delområden. Insatser som regeringen beslutat om är t.ex. projektet med modellområden för att förbättra första linjens vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa samt satsningen på

en förstärkt vårdgaranti inom barn och ungdomspsykiatrin där arbetet sker i samverkan med Socialstyrelsens utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (se avsnitt 3.5.4 inom Hälso- och sjukvårdspolitik).

#### *Kartläggning av barns och ungdomars psykiska hälsa*

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

**Diagram 4.2 Andel ungdomar mellan 16 och 24 år som uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest 1988/89–2006/07**



Källa: SCB

Enligt SCB:s ULF-undersökning skedde under perioden 1988/89–2004/05 en kraftig ökning av andelen ungdomar mellan 16 och 24 år som rapporterar att de upplever lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest (se diagram 4.2). Bland de unga männen ökade andelen från 4 till 14 procent och bland de unga kvinnorna ökade andelen från 9 till 30 procent. Därefter har det inte skett några större förändringar vilket även stöds av resultat från FHI:s nationella folkhälsoenkät. Den andel som uppger att de upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest har enligt ULF-undersökning varit i stort sett konstant under perioden 1988/89–2004/05 och resultaten från FHI:s nationella folkhälsoenkät visar att det även gäller för perioden 2005–2008. När det gäller utvecklingen av svåra besvär under den här perioden är resultaten från SCB:s ULF-undersökning mer svårtolkade vilket kan bero på byte av metod för datainsamling.

För att få en heltäckande bild av barns och ungdomars psykiska hälsa och för att underlätta för kommuner att bedriva ett kunskapsbaserat och effektivt folkhälsoarbete beslutade regeringen i december 2008 att genomföra en riktäckande kartläggning av barns och ungdomars psykiska hälsa. SCB fick uppdraget att administrera undersökningen som omfattar samtliga elever i årskurs 6 och årskurs 9. Undersökningen kommer att ge värdefull kunskap om barns och ungdomars psykiska hälsa i hela landet. Resultaten kommer att redovisas för hela landet, kommun för kommun och skola för skola. På så sätt kan den enskilda kommunen jämföra sig med genomsnittet för hela landet, och skolorna i kommunen kan jämföra sina resultat med varandra.

### Självordsförebyggande arbete

Sedan 1980 har antalet självmord minskat i alla åldersgrupper över 25 år (se diagram 4.3). Fortfarande registreras dock mellan 1 100 och 1 500 självmord årligen (beroende på om fall med oklart uppsåt, dvs. våld och förgiftning där uppsåtet inte kan fastställas, inkluderas eller inte). En fjärdedel av alla självmord begås av personer över 65 år. I åldersgruppen 15–24 år har inga förbättringar skett sedan 1990-talets början. Tendensen är snarare en svag ökning av antalet självmord i den åldersgruppen, från 2001 och framåt, och särskilt bland unga kvinnor.

**Diagram 4.3** Antal självmord per år bland ungdomar mellan 15 och 24 år (exklusive fall med oklart uppsåt, dvs. våld och förgiftning där uppsåtet inte kan fastställas) 1997–2007



Källa: Socialstyrelsen, EpC

Samhällets förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa och samhällets olika system för att hantera risker för självmord måste ständigt förbättras. Ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. Det är regeringens övertygelse att utbildning och information är nyckelord i det självmordsförebyggande arbetet. Regeringen ser över olika förslag avseende hur man kan öka kunskapen i befolkningen om självmord och hur man ska höja kompetens avseende vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik. Regeringen har tillsatt en särskild utredare som ska klargöra och analysera förutsättningarna att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2010.

Regeringen sätter särskilt värde på den stora roll som ideella aktörer spelar i det självmordsförebyggande arbetet. Regeringen har därför stärkt verksamheten vid expertfunktionen Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) med 2 miljoner kronor. NASP ger kunskapsstöd till myndigheter, organisationer och regionala självmordsförebyggande nätverk och bidrar även till att öka medvetenheten om självmord i befolkningen. Vidare har ett organisationsstöd om 500 000 kronor utgått till Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES). Därutöver har 1 miljon kronor utbetalats till paraplyorganisationen SamArbete för Människor i Sorg (SAMS). SAMS har för medlem upprättat och drivit ett gemensamt nationellt kansli och tagit fram ett gemensamt informationsmaterial om de fyra föreningar som ingår i organisationen samt utvecklat en webbplats med länkar till föreningarna.

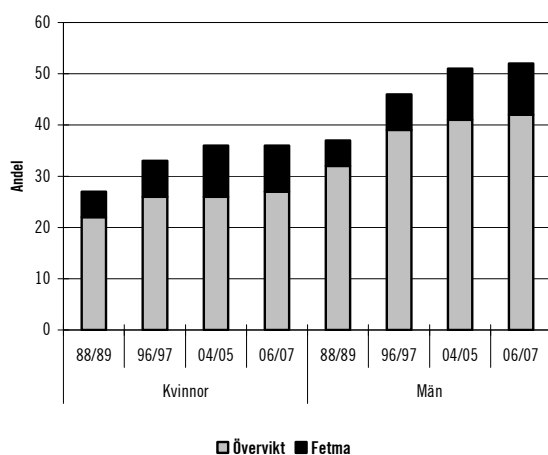
### Lokalt sektorsövergripande hälsofrämjande arbete

Enligt regeringsbeslut den 26 juni 2008 har FHI fördelat 50 miljoner kronor till ett urval av sex kommuner som i samarbete med ett forskningslärosäte ska stärka och utveckla det egna lokala sektorsöverskridande hälsofrämjande arbetet. Arbetet ska vila på en vetenskaplig grund och syfta till att dels främja barns och ungas psykiska och fysiska hälsa, dels generera kunskap om såväl effektiva hälsofrämjande metoder som kostnads-effektiva samverkansformer på lokal nivå.

### Fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel

I propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) framhöll regeringen att övervikt och fetma är ett av de allvarigaste folkhälsoproblemen i Sverige. Osunda matvanor och fysisk inaktivitet bidrar till ökad dödlighet och flera vanligt förekommande sjukdomar. Fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor och säkra livsmedel är en förutsättning för en god hälso-utveckling vilket utgör grund för att prioritera åtgärder för att främja hälsosamma kostvanor och fysisk aktivitet.

**Diagram 4.4 Andel personer med övervikt eller fetma 1988/89–2006/07**



Källa: SCB

Under en femtonårsperiod med början i slutet av 1980-talet ökade andelen personer med övervikt eller fetma (se diagram 4.4). Ökningen var snabbare bland män än bland kvinnor. Enligt SCB:s ULF-undersökning hade hälften av alla män och drygt en tredjedel av alla kvinnor övervikt eller fetma 2004/05. Därefter har ökningen avstannat vilket även stöds av resultat från FHI:s nationella folkhälsoenkät. I FHI:s enkät finns det ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män när det gäller fetma. Däremot är skillnaden relativt stor när det gäller övervikt, nästan 15 procentenheter högre bland män än bland kvinnor. Förekomsten av övervikt och fetma ökar med åldern fram till 55–64 år för män och 65–74 år för kvinnor. Därefter minskar förekomsten med ökande ålder.

Livsmedelsverkets rekommendation om att äta frukt och grönsaker minst fem gånger om dagen uppnås bara av mindre än en av tio personer. Kvinnor har bättre matvanor än män. Högutbildade har bättre matvanor än lågutbildade. Manliga arbetare med låg inkomst är de som äter

minst frukt och grönsaker. Under de senaste åren har barns matvanor förbättrats. Fler äter frukt och grönsaker och konsumtionen av läsk och godis har sjunkit markant mellan 2001 och 2005. Omkring två tredjedelar av gruppen vuxna är fysiskt aktiva minst en halvtimme om dagen med en aktivitetsnivå som kan anses vara minst måttlig, och uppfyller därmed miniminivån på rekommenderad fysisk aktivitet. Bland barn och ungdomar rekommenderas en högre aktivitetsnivå vilket uppnås endast av 10–20 procent av barn i Sverige. Det är mindre än i flertalet europeiska länder.

Regeringen anser att det krävs samverkan mellan på området verksamma aktörer för att på ett effektivt sätt kunna förebygga övervikt och fetma. Regeringen etablerade därför under 2008 ett dialogforum för att tillsammans med nyckelaktörer, såsom livsmedelsbranschen, expertisen och idéburna organisationer, diskutera nationella utmaningar och olika aktörers möjliga bidrag till gagn för folkhälsan. Under hösten 2008 och våren 2009 genomfördes möten med företrädare för Livsmedelsföretagen och Svensk Dagligvaruhandel på temat hur näringslivet kan bidra till att få svenskarna att äta nyttigare. Genom detta dialogforum kom medverkande aktörer överens om att, utifrån sina respektive roller, aktivt medverka i arbetet för att nå uppsatta mål på området för bra matvanor samt att gemensamt arbeta för att öka andelen nyckelhålmärkta produkter, samt konsumtionen av dessa. Under våren 2009 hölls även en dialog om skolmåltiden.

Med syfte att samordna myndigheternas arbete på området goda matvanor och fysisk aktivitet gav regeringen den 29 april 2008 FHI i uppdrag att tillsammans med Livsmedelsverket etablera en samverkansgrupp för uppföljning och utvärdering av insatser på området. Fokus i detta arbete har under 2008 legat på att planera och organisera arbetet.

#### *Fysisk aktivitet på recept*

Ett prioriterat område i det förebyggande arbetet är fysisk aktivitet på recept. Fysisk aktivitet på recept innebär att personal inom hälso- och sjukvården ordinerar fysisk aktivitet på motsvarande sätt som ett läkemedel. Studier visar att fysisk aktivitet på recept är ett effektivt verktyg för en bättre hälsa. En utvärdering visar att patienterna ökade sin dagliga fysiska aktivitet med upp till tre gånger mer jämfört med en kontrollgrupp. Dessutom hade patienternas allmänna välbefin-

nande förbättrats. Cirka 65 procent av patienterna följde det förskrivna receptet, en andel som är lika stor för andra typer av behandlingar. Även kroppssammansättning och andra riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar förbättrades för en grupp äldre och överviktiga. Slutsatsen blir att metoden fysisk aktivitet på recept har potential att vara ett viktigt verktyg i folkhälsoarbetet, inte bara för en bättre hälsa utan också för att minska sjukdomsburden hos den enskilde och samhället. Fysisk aktivitet på recept kan användas både i förebyggande och behandlande syfte.

FHI fick i april 2008 i uppdrag att genomföra en nationell utvärdering av receptförskrivna fysisk aktivitet. Av en lägesrapport från FHI framgår bland annat att de initiala insatserna har omfattat att kartlägga strukturerna och arbets-sätten kring fysisk aktivitet på recept eftersom det i dag visat sig finnas väsentliga regionala skillnader i tillämpningen.

FHI fick i april 2008 i uppdrag att sprida skriften FYSS 2008 (Fysisk aktivitet i sjukdoms-prevention och sjukdomsbehandling) samt stödja utvecklingen av utbildning inom området. Skriften FYSS 2008 består av rekommendationer för fysisk aktivitet kopplat till ett antal vanliga sjukdomstillstånd. Skriften utgör ett stöd för vårdpersonal för att på ett bättre sätt än tidigare kunna förskriva fysisk aktivitet på recept. Av redovisad lägesrapport framgår bland annat att en kommunikationsplan tagits fram med huvud-målet att under 2008 och våren 2009 nå ut till samtliga landsting med FYSS 2008.

FHI fick vidare i uppdrag att genomföra utbildning/fortbildning i motiverande samtals-metodik och fysisk aktivitet på recept. Av slut-rapporten från den 15 augusti 2009 framgår bland annat att utbildningsinsatsen riktas till yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården med speciellt intresse av fysisk aktivitet och kun-skap kring fysisk aktivitet på recept. I utbild-ningsmaterialet preciserades och tydliggjordes hur verktyget fysisk aktivitet på recept kan användas i ett motiverande samtal.

#### *Den byggda miljöns betydelse för fysisk aktivitet*

FHI fick 2006 ett uppdrag från regeringen att påbörja ett tvärsektorielt och långsiktigt utveck-lingsarbete om den bebyggda miljöns betydelse för fysisk aktivitet. Av FHI:s rapportering fram-går att byggda miljöer påverkar människors fysiska aktivitet. Våra städers och landskaps ut-formning motverkar ofta fysisk aktivitet och

främjar en stillasittande livsstil. I arbetet med att skapa miljöer som främjar fysisk aktivitet är samhällsplanering avgörande. Strukturella insat-ser har förutsättningar att påverka den långsik-tiga utvecklingen, nå en större andel av befolk-ningen och är ett realistiskt alternativ för att främja rörelse hos de minst aktiva samhällsgrup-perna. FHI har också, på regeringens uppdrag, bl.a. tagit fram en manual för att ge planerare och andra inblandade stöd i hur man genom plane-ring och förvaltning kan underlätta ett aktivt liv hos befolkningen.

#### *Mötesplatser för äldre*

FHI fick den 29 april 2008 i uppdrag att ta fram förslag på aktivitetsprogram samt att kartlägga goda exempel på mötesplatser för äldre. Av redovisningen av uppdraget framgår att sociala relationer, gemenskap och starka nätverk är vik-tigt för god hälsa och välbefinnande och att de sociala mötesplatserna för detta spelar en mycket central roll. Vidare framhålls att det över landet erbjuds en mångfald aktiviteter för äldre perso-ner vid olika slags mötesplatser som både offentlig och ideell sektor kan vara ansvariga för. Det är emellertid ofta de redan aktiva som deltar i de olika aktiviteterna. Därutöver framgår, bland annat, att det är viktigt att målgruppsanpassa åt-gärder så att sårbara grupper i samhället kan nås och de sociala skillnaderna i matvanor och fysisk aktivitet minskas.

Regeringen har sedan 2007 avsatt ca 1,4 miljarder kronor till kommuner och landsting för att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre personer (se avsnitt 7.5 inom Äldrepolitik). Regeringen prioriterar inom ramen för dessa medel sju områden varav socialt innehåll är ett och förebyggande arbete ett annat. När det gäller socialt innehåll har medlen framför allt gått till att utveckla innehållet i vardagen i särskilda boenden och starta träfflokaler, ofta i samverkan med frivilligorganisationer. Över 100 kommuner har startat olika former av träfflokaler under åren 2007 och 2008. När det gäller förebyggande in-satser har medlen framför allt gått till att genom-föra uppsökande verksamhet bland äldre per-soner, fallförebyggande insatser och hälsofräm-jande insatser. Flera kommuner och landsting har inrättat gym riktade till äldre eller gjort andra insatser som ska uppmuntra till fysisk aktivitet.

#### *Konsumenternas matkostnader*

Genom beslut i regleringsbrevet för 2008 gav regeringen FHI i uppdrag att med utgångspunkt

från rapporten Vad kostar hållbara matvanor? från 2005 följa upp hur konsumentens matkostnader har förändrats och hur det påverkar tillgängligheten för socioekonomiskt svaga grupper. Med hållbara matvanor avses matvanor som konsumeras med tanke på både god hälsa och miljö. I FHI:s redovisning av arbetet redovisas beräkningar som visar att matkostnaderna kan minskas genom att framför allt konsumtionen av utrymmesvaror minskas, det vill säga livsmedel som inte behövs ur näringssynpunkt. Genom att omfördela konsumtionen mellan vissa livsmedelsgrupper kan konsumenten minska sin matkostnad och samtidigt ställa om till hållbara matvanor.

### *Idrottslyftet*

Den särskilda satsningen på svensk idrott, Idrottslyftet, uppgår till 500 miljoner kronor som utbetalas årligen under mandatperioden. Satsningens främsta syfte är att öppna dörrarna till idrotten för fler barn och ungdomar samt att utveckla verksamheten så att de väljer att idrotta högre upp i åldern. Samtliga specialidrottsförbund och distrikt har deltagit i Idrottslyftet under det första verksamhetsåret. Drygt 8 600 föreningar har genomfört nära 12 700 satsningar som totalt har inneburit över fem miljoner deltagartillfällen. Inom ramen för satsningen har bidrag även getts till nya och befintliga idrottsanläggningar (se utgiftsområde 17, avsnitt 15.5.2).

### **Analys och slutsatser**

Under perioden 2004–2008 har andelen 16–24-åringar som rapporterar att de upplever besvär av lätt eller svår ångslan, oro eller ångest i princip varit oförändrad. Antalet självmord i åldersgruppen 15–24 år har fr.o.m. 2001 ökat, framför allt bland flickor/kvinnor. Levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Mycket talar för att samhället får höga kostnader på längre sikt i de fall psykisk ohälsa inte förebyggs hos barn och ungdomar genom tidiga insatser.

År 1996 beräknades de totala samhällskostnaderna för barn och ungdomar med psykiska problem till cirka 11 miljarder kronor (kommunerna finansierade ca 77 procent, landstingen 16 procent och staten 7 procent). Drygt 80 procent bestod av kostnader för vård och behandlingsinsatser (Det gäller livet SOU 1998:31).

Den totala samhällskostnaden för den psykiska ohälsan blir avsevärt högre om man lägger till kostnaderna för psykisk ohälsa under vuxenlivet.

Vid sidan av vinster i form av ökad livskvalitet kan det på några få års sikt vara möjligt att göra betydande besparingar om psykisk ohälsa hos barn och ungdomar kan förebyggas. Generella förebyggande insatser främjar psykisk hälsa hos alla barn, och bidrar till ett minskat behov av att tillgå socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och hälso- och sjukvård. Förebyggande insatser kan förhindra att barnen senare i livet drabbas av exempelvis missbruk, psykiska sjukdomar, psykosociala problem och arbetslöshet, som både skapar ett sämre liv för dem själva och ökande kostnader för samhället som helhet. Det är därför också ur ett samhällsperspektiv motiverat med breda hälsofrämjande insatser som exempelvis ett utvecklat lokalt föräldrastöd.

Kartläggningen av barns och ungdomars psykiska hälsa kommer förutom att generera kunskap om hälsoläget på nationell nivå även att underlätta för kommuner att bedriva ett kunskapsbaserat och effektivt folkhälsoarbete. Kommunernas och landstingens folkhälsoinsatser kan nå alla invånare och anpassas efter lokala och regionala förutsättningar. Medvetenheten om hur olika kommunala verksamheter bidrar till folkhälsan har ökat under senare år. Många kommuner har i dag tydliga mål och strategier för folkhälsoarbetet samt följer upp och utvärderar sina insatser. Totalundersökningen av barns och ungdomars psykiska hälsa kan bli ett användbart verktyg i kommunernas systematiska uppföljnings- och kvalitetsarbete. Det är först när man har problembilden klar för sig som man kan fatta beslut om vad som behöver göras.

Den ökning av övervikt och fetma som fortgick under en femtonårsperiod med början i slutet av 1980-talet har avstannat. Förekomsten av övervikt och fetma har i stort sett varit konstant bland såväl kvinnor som män under perioden 2004–2008. Fortfarande har dock en stor andel av befolkningen övervikt eller fetma. Enligt FHI:s nationella folkhälsoenkät hade över 50 procent av männen och nästan 40 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–84 år övervikt eller fetma 2008. Med de hälsorisker som övervikt och fetma ger upphov till är det motiverat att även fortsättningsvis verka för att det förebyggande arbetet utvecklas, bland annat med avseende på insatser som främjar bra matvanor och fysisk aktivitet.



#### 4.4.3 Samordning av alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken

##### Resultat

Vid årsskiftet 2007–2008 inrättades en samordningsfunktion i Regeringskansliet för regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande politik. Samordningsfunktionen består dels av en interdepartemental arbetsgrupp, dels av ett sekretariat (ANDT-sekretariatet). År 2008 inrättades även ett råd som agerar som rådgivare till regeringen i alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor. Regeringen beslutade den 12 mars 2009 om regeringens åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2009. Åtgärdsprogrammet beskriver regeringens politik på dessa områden utifrån ett sektors- och ämnesövergripande perspektiv.

Regeringen föreslog i propositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50) att Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) utöver de ordinarie utlysningarna årligen 2009–2012 ska avsätta ytterligare 15 miljoner kronor av myndighetens forskningsanslag för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksforskning (ANDT-forskning). Sverige har av tradition legat i den absoluta forskningsfronten inom ANDT-forskningen. Detta har uppnåtts genom samverkan mellan flera forskningsfält, bl.a. neurovetenskap, genetik och epidemiologi.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har under 2008 bedrivit verksamhet i enlighet med det avtal som ingåtts med staten. CAN har bedrivit basfaktaförmedling vari ingår bl.a. biblioteksverksamhet och ansvar för webbplatsen Drugsmart samt genomfört undersökningar och statistiksammanställningar, bland annat avseende skolelevers drogvanor och drogutvecklingen i Sverige. Därutöver har verksamhet bedrivits på områdena samverkan, regional verksamhet samt internationellt samarbete.

##### *Länssamordnare*

Under 2008 har samtliga län haft en länssamordnarfunktion för att samordna och stimulera det alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande (ANDT) arbetet. Uppdraget till länsstyrelserna är att stödja den lokala nivån och bidra till en uppbyggnad av en hållbar struktur på regional nivå tillsammans med andra myndig-

heter och det civila samhället. Länsamordnarfunktionen ska utgöra en länk mellan nationell, regional och lokal nivå. Sedan 2008 har Statens folkhälsoinstitut (FHI) i uppdrag att stödja länsamordnarna i deras uppdrag inom ANDT-området. Stödet sker genom att FHI tillhandahåller kunskap om metoder inom det förebyggande området samt ansvarar för kompetensutveckling för och utbyte mellan länsamordnarna. Arbetet i länen följs upp genom regelbundna träffar med länsamordnarna.

##### *Alkohol- och narkotikaförebyggande insatser på kommunal nivå*

För 2008 utgick 75 miljoner kronor till länsstyrelserna för att stimulera alkohol- och narkotikaförebyggande insatser på den kommunala nivån. Två tredjedelar av dessa medel var avsedda för förebyggande insatser för barn till föräldrar med missbruksproblem eller psykisk ohälsa och till barn i familjer där våld och övergrepp mellan vuxna förekommer samt till missbrukande kvinnor som utsätts för våld. Resterande medel var avsedda för övriga förebyggande åtgärder i kommunerna, i första hand att utveckla ett samordnat, strukturerat, långsiktigt och kunskapsbaserat förebyggande arbete. Socialstyrelsen gavs i uppdrag att följa upp medelsanvändningen. Av Socialstyrelsens rapportering framgår att 79,7 miljoner kronor (medel fanns kvar från 2007) har fördelats under året till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder. Av dessa medel har ca 31,4 miljoner gått till förebyggande insatser, ca 44,9 miljoner kronor till tidiga insatser för barn i familjer med missbruk och psykisk ohälsa samt i familjer där våld mellan vuxna förekommer samt ca 3,3 miljoner kronor till insatser för våldsutsatta kvinnor med missbruk.

##### *Barn och unga i missbruksmiljöer*

FHI fick i januari 2008 i uppdrag av regeringen att kartlägga andelen barn som växer upp i en familj där en eller båda föräldrarna har missbruksproblem och att analysera dessa barns situation. FHI redovisade hösten 2008 sitt uppdrag i rapporten Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem.

FHI:s genomgång visar att cirka 20 procent av alla barn lever i hushåll där någon vuxen konsumerar alkohol i en omfattning som bedöms innebära en förhöjd risk för skador, s.k. riskbruk. I enlighet med denna definition bedöms det finnas ca 385 000 barn som växer upp i familjer med olika grad av problem. Rapporten pekar

på att föräldrars ”riskbruk” av alkohol är en riskfaktor för negativa effekter på barnens hälsa. FHI har också genomfört en inventering av insatser för barn och unga i riskbruksmiljö. I denna rapport framhålls behovet av att upptäcka och erbjuda stöd till barn i missbruksmiljöer. En viktig förutsättning för att detta arbete ska bli framgångsrikt är att berörda huvudmän samverkar med barnet i centrum.

#### *Riskbruksprojektet*

Regeringen fortsatte under 2008 sitt stöd för att utveckla riskbruksinsatser inom hälso- och sjukvården. Projektet, som består av flera olika delar, syftar till att förstärka hälso- och sjukvårdens roll i det alkoholförebyggande arbetet genom att stimulera sådana metoder som uppmärksammar patienter med en riskabelt hög alkoholkonsumtion och ge dem stöd att ändra sina vanor.

Projektet riktar sig till barnmorskor inom mödrhälsovård, familjeläkare, ST-läkare, distriktsköterskor och mottagningsjuksköterskor, sjuksköterskor vid barnvårdscentraler, sjukhus och företagshälsovård/arbetslivet. En annan del av projektet riktar sig till dem som studerar och arbetar inom universitet och högskolor.

Av FHI:s rapportering framgår att det under 2008 skett en fortsatt utveckling av projektet. I stort sett samtliga landsting medverkade i den uppmärksamhetsvecka som FHI genomfört med aktiviteter för att lyfta fram alkohol och hälsa inom vårdcentraler, mottagningar, sjukhus m.m. Ett annat område där aktiviteten ökat är barnhälsovården där bland annat informationsmaterial och satsning på filmen ”Tänk efter i vilket sällskap du berusar dig i” fungerat som ett stöd till att intensivifiera det lokala arbetet. Flertalet delprojekt som riktar sig till primärvården har genomfört utbildningar av utbildare och antalet resurspersoner har ökat, särskilt inom mödrhälsovården för att sprida metoden motiverande samtal.

Motiverande samtal är en evidensbaserad metod för att hjälpa människor till förändring när det gäller livsstilsrelaterade problem som bland annat riskbruk av alkohol. Alla landsting har under 2008 genomfört omfattande insatser på området motiverande samtal. Av en rapport från FHI om sambanden mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion framgår att motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi utgör exempel på insatser som minskar befintliga psykiska problem och hög alkoholkonsumtion. Vidare kan nämnas att ca 30 000 personer under 2008 har besökt Alkoholhjälpen, som är ett självhjälpsprogram på Internet för den som är orolig för sina egna eller någon annans alkoholvanor.

Det finns vetenskapliga studier som visar att tidiga insatser mot alkoholproblem i arbetslivet skulle kunna påverka det allmänna hälsoläget. Regeringen har mot denna bakgrund beviljat FHI särskilda medel för informations- och utbildningsaktiviteter till företagshälsovårdens personal. Dessa medel har använts för att stimulera användningen av en arbetsmodell som går ut på att i samband med livsstilsundersökningar och medicinska konsultationer inom företagshälsovården erbjuda medarbetare en alkoholscreening med kort rådgivning (Riskbruksmodellen). Målet med arbetet har varit att medvetandegöra arbetsgivare och andra nyckelpersoner i arbetslivet om att Riskbruksmodellen finns och att öka kunskapen om och motivera till att använda den.

Kopplat till riskbruksprojektet utgår vidare statliga medel till landstingen för att utveckla det alkoholförebyggande arbetet i landstingens primärvård. Medlen ska främst användas för att utveckla strukturer för det alkoholpreventiva arbetet, för att utbilda de olika yrkesgrupper som är verksamma inom primärvården och för att utveckla rutiner och system för uppföljning. Den samlade kostnaden för de alkoholförebyggande insatser som landstingen genomfört inom ramen för den verksamhet som stimuleras med statliga medel under 2008 uppgår till ca 40 miljoner kronor. Av dessa kostnader utgör drygt 16 miljoner kronor statliga stimulansmedel och drygt 25 miljoner kronor landstingens egen insats. Huvudinriktningen för den verksamhet som landstingen bedrivit är olika former av utbildningar.

*Informations- och utvecklingsprojekt*

För 2008 fördelades 18 miljoner kronor till informationsinsatser inom ANDT-området samt 30 miljoner kronor för utvecklingsprojekt inom ANDT-området. För 2008 prioriterade FHI åtgärder inom områdena tillgänglighetsbegränsning, insatser inom hälso- och sjukvården, barn till föräldrar med alkohol- och narkotikaproblem samt information/opinionsbildning.

Under 2008 inkom totalt 134 ansökningar. Av dessa beviljades totalt 50 till ett totalt belopp av 40,4 miljoner kronor. En ambition vid fördelningen har varit att stimulera det förebyggande arbetet som bedrivs av idéburna organisationer.

Regeringen har på olika sätt framhållit de idéburna organisationernas viktiga roll i det alkoholförebyggande arbetet. Dessa verksamheter erbjuder ett brett utbud av stödverksamheter i olika former för människor som befinner sig i en utsatt situation, exempelvis till följd av eget eller närståendes missbruk.

Socialstyrelsen har under flera år haft i uppdrag att fördela medel till olika frivilligorganisationer i syfte att stärka deras alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Av Socialstyrelsens redovisning för verksamheten 2008 framgår att 6,9 miljoner kronor utgick till drogförebyggande verksamhet för barn och unga, nära 3 miljoner kronor till projekt för föräldrastöd, 1,7 miljoner kronor till projekt i regi av invandrarorganisationer, 1,6 miljoner kronor till projekt för barn till missbrukare och drygt 1,1 miljoner kronor till drogförebyggande projekt i arbetslivet. Regeringens satsning har enligt frivilligorganisationerna varit av stor vikt. Socialstyrelsen bedömer vidare att insatserna har bidragit till en utveckling där samhällets kunskaper om hur drogmissbruk kan motverkas har utvecklats.

**Analys och slutsatser**

Den struktur som skapats för det förebyggande arbetet har fokuserat på att skapa en bättre samordning på såväl nationell, regional och kommunal nivå samt mellan dessa nivåer. Genom att bilda ett ANDT-sekretariat inom Regeringskansliet har en organisation skapats för att förstärka utveckling och samordning av arbetet inom Regeringskansliet och därmed också en tydligare och mer samordnad styrning av ansvariga myndigheter. Statens folkhälsoinstitut har givits en central roll på ANDT-området och ska

vidareutveckla sitt arbete för att nå målen i de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna och etappmålen för tobak. Kommunala samordnare och länsamordnare har aktivt bidragit till att utveckla en struktur för det regionala och lokala arbetet med såväl alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksprevention och till att öka kompetensen bland dem som arbetar inom det drogförebyggande området. Genom stödet till länsamordning, där länsstyrelserna givits ett övergripande ansvar för arbetet, har en länk skapats mellan den nationella och lokala nivån. Som en del i denna struktur deltar ett flertal myndigheter och ideella organisationer i det förebyggande arbetet. Därtill kan framhållas att åtgärder vidtagits, bland annat för att sprida verkningsfulla metoder samt för att stödja huvudmännen i genomförandet och uppföljningen av dessa metoder.

**4.4.4 Alkohol****Mål**

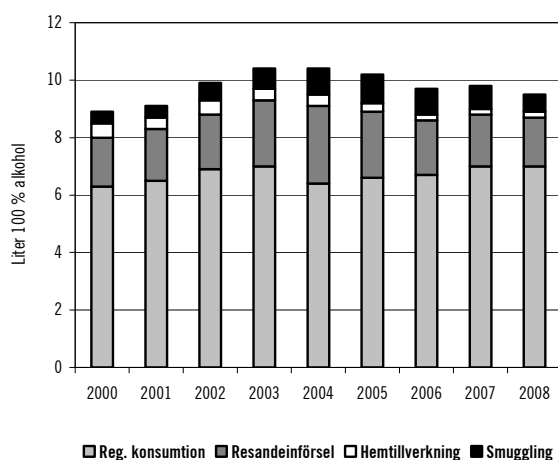
Det övergripande målet för samhällets alkoholpolitik är att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverknings. Målet ska nås genom insatser för att minska den totala alkoholkonsumtionen och mot skadligt dryckesbeteende, med hänsyn tagen till skillnader i livsvillkor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

**Indikatorer**

Indikatorerna som används för att bedöma resultatet är total alkoholkonsumtion, andelen högriskkonsumenter samt dödsfall med alkoholdiagnos, där den alkoholrelaterade dödligheten i levercirros särredovisas.

## Resultat

**Diagram 4.5 Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000–2008, registrerad konsumtion samt skattningar av oregistrerad konsumtion**



Källa: SoRAD, Stockholms universitet

### Konsumtionsutvecklingen

Den skattade totalkonsumtionen av alkohol minskar sedan 2004 (se diagram 4.5). Enligt Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet (SoRAD) kan nedgången i första hand tillskrivas minskad resandeförsel. Sedan 2004 har konsumtionen minskat från 10,5 liter ren alkohol per person 15 år och äldre till 9,8 liter 2007. Enligt preliminär statistik för 2008 har konsumtionen minskat ytterligare till 9,5 liter. Den självrapporterade konsumtionen minskar i alla åldersgrupper. Det enda undantaget är personer över 65 år.

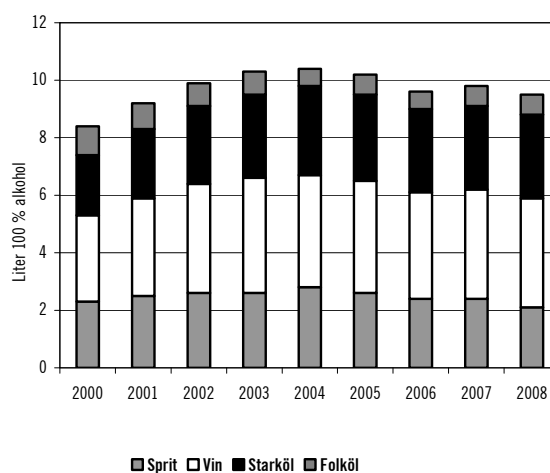
Den relativt kraftiga ökningen av självrapporterad konsumtion bland kvinnor mellan 1990 och 2002 har avstannat. Enligt SoRAD:s undersökningar har andelen personer som intensivkonsumerar<sup>1</sup> alkohol mer än en gång i veckan varit i stort sett oförändrad sedan 2002, utom för åldersgruppen 16–29 år, där en minskning kan skönjas 2007 och 2008.

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) följer den nationella trenden bland 15–16-åriga pojkar och flickor till

<sup>1</sup> SoRAD använder följande definition av intensivkonsumtion: En flaska vin eller 5 snapsglas sprit (25 cl) eller 4 burkar starköl, eller 6 burkar folköl vid ett och samma tillfälle.

stora delar den allmänna trenden i hela befolkningen. Det skedde en ökning av den självrapporterade konsumtionen under början av 2000-talet fram till 2004, följt av en minskning under perioden 2005–2007. Under 2008 skedde dock en svag uppgång.

**Diagram 4.6 Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000–2008, per alkoholdryck, registrerad konsumtion samt skattningar av oregistrerad konsumtion**



Källa: SoRAD, Stockholms universitet

Svenskar dricker allt mer öl och vin. Spritkonsumtionen står för cirka 25 procent av totalkonsumtionen (se diagram 4.6). Män dricker mer än dubbelt så mycket som kvinnor men skillnaderna minskar och bland yngre ungdomar är könsskillnaderna inte alls lika uttalade. Unga män och unga kvinnor är de grupper som dricker mest.

Ser man till de långsiktiga konsumtionstrenderna så har totalkonsumtionen bland kvinnor ökat relativt kraftigt. Totalkonsumtionen har också ökat i gruppen män över 64 år.

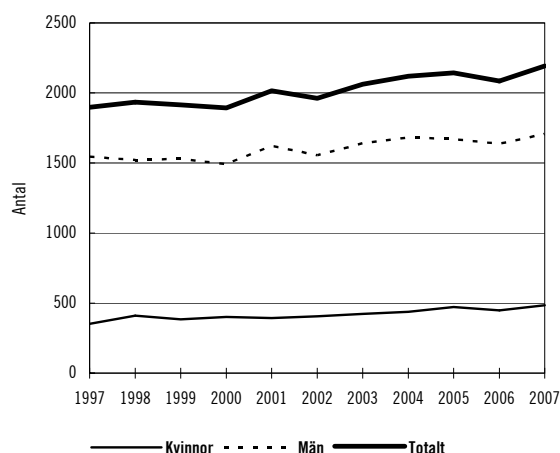
Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är den svenska totalkonsumtionen per invånare 15 år och äldre lägre än genomsnittet i Europeiska unionen (EU). En specialbeställd Eurobarometer om alkohol från 2006 visade dessutom att 54 procent av den vuxna befolkningen i Irland, 49 procent av befolkningen i Spanien men bara 12 procent av befolkningen i Sverige rapporterade att de intensivkonsumerade<sup>2</sup> alkohol en

<sup>2</sup> Eurobarometern använder följande definition av intensivkonsumtion: Mer än 60 g alkohol vid ett och samma tillfälle.

eller flera gånger per vecka det senaste året. När det gäller yngres intensivkonsumtion visar 2007 års European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) att andelen 15–16-åringar som rapporterar att de har intensivkonsumerat<sup>3</sup> alkohol någon gång den senaste månaden är lägre i Sverige än genomsnittet i Europa.

### Skadutvecklingen

Diagram 4.7 Antal alkoholrelaterade dödsfall 1997–2007



Källa: Socialstyrelsen, Epc

De senast tillgängliga siffrorna över dödsfall med alkoholrelaterad diagnos från 2007 visar på en viss uppgång jämfört med 2006 (se diagram 4.7). År 2000 dog 402 kvinnor med alkoholrelaterad diagnos mot 484 år 2007. Motsvarande antal för män var 1 491 dödsfall 2000 och 1 708 dödsfall 2007. Detta motsvarar en ökning med 20 procent för kvinnor och 15 procent för män.

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

alkoholförgiftning. Här rapporterar flera lands- ting en ökning bland unga, särskilt bland flickor.

### Nationell alkoholpolitik

Den 4 mars 2009 överlämnade Alkohollagsutredningen betänkandet En ny alkohollag (SOU 2009:22) till äldre- och folkhälsoministern. Utredningens uppdrag har innefattat en total översyn av alkohollagen. I enlighet med direktiven har utgångspunkten varit en restriktiv alkoholpolitik till skydd för folkhälsan. Betänkandet har remissbehandlats under våren 2009.

Den nationella alkoholpolitiken har inriktats på att genomföra och följa upp den nationella alkoholhandlingsplanen för perioden 2006–2010. Inom ramen för genomförandet av denna handlingsplan har ett stort antal myndigheter, intresseorganisationer och forskare bidragit till att stärka det alkoholförebyggande arbetet. FHI utövar övergripande tillsyn inom alkoholområdet, tillhandahåller kunskapsunderlag om förebyggande arbete samt följer upp den nationella alkoholhandlingsplanen. Även Socialstyrelsen medverkar i det förebyggande arbetet samt när det gäller behandlingsinsatser för missbrukare. En rad idéburna organisationer är också engagerade i det alkoholförebyggande arbetet.

Tillsynsverksamheten är en viktig del i det alkoholskadeförebyggande arbetet och samordningen mellan områdena tillsyn och alkoholskadeförebyggande arbete har ökat under 2008. Regeringen har beviljat Statens folkhälsoinstitut (FHI) medel för genomförande av metoden Ansvarsfull alkoholserving som syftar till att minska våld kopplat till restauranger genom att se till att alkohol inte serveras till berusade och minderåriga. De bärande komponenterna är utbildning av restaurangpersonal, samverkan mellan myndigheter och bransch samt ökad tillsyn. Medel har även beviljats till länsstyrelserna för spridning och utveckling av metoden regionalt. En kartläggning av kommunernas arbete med metoden har för andra året i rad genomförts av STAD (Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem, Beroendecentrum i Stockholms läns landsting) med finansiering av FHI. Av de kommuner som svarat (svarsfrekvensen uppgick till 98 procent), svarade 91 procent att de arbetar med Ansvarsfull alkoholserving eller en liknande metod. Sammantaget görs bedömningen att arbetet med metodspridningen är framgångsrik och att den resulterat i mycket aktivitet runt om i landet.

<sup>3</sup> ESPAD använder följande definition av intensivkonsumtion: Mer än 50 g alkohol vid ett och samma tillfälle.

FHI har under året bedrivit och medverkat i ett flertal olika utbildningar om alkohollagen och tillsyn enligt lagen. Utbildningarna har dels genomförts ute i länen i samarbete med kommuner, dels anordnats centralt av institutet. En högskoleutbildning för alkohol- och tobakshandläggare i kommuner och på länsstyrelser har startat i samarbete med Förvaltningshögskolan i Göteborg och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting.

En närmare redovisning av de breda preventionsinsatserna finns i avsnitt 4.4.3 Samordning av alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

#### *Alkoholpolitik inom EU och internationellt*

Tillsammans med de övriga nordiska länderna har Sverige under flera år arbetat för att det alkoholskadeförebyggande arbetet ska ges högre prioritet inom EU och internationellt. Gemensamt för en nordisk alkoholpolitik är att man värnar om folkhälsoperspektivet. År 2006 antogs en EU-strategi för att stödja medlemsländerna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna. Europeiska kommissionens folkhälsodirektorat avser presentera en första lägesrapport under hösten 2009. I oktober 2007 antog också Europeiska kommissionen hälsostrategin för perioden 2008–2013, där både alkohol- och tobaksfrågor är prioriterade.

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

De nordiska länderna har också i flera år gemensamt drivit frågan om att inom ramen för WHO utarbeta en global strategi för att minska den globala alkoholrelaterade sjukdomsördan och säkerställa WHO:s fortsatta arbete på alkoholområdet. På Världshälsoförsamlingen (WHA) 2008 antogs en resolution med begäran om att ett förslag till global strategi ska presenteras för WHA 2010. Som stöd för detta arbete anordnar

Socialdepartementet, i samarbete med WHO, Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida) och det norska hälso- och omsorgsdepartementet, en expertkonferens på temat alkohol, hälsa och social utveckling. Frågor som särskilt lyfts fram är alkoholens roll i spridningen av smittsamma sjukdomar och som hinder för att uppnå millenniummålen om barns och kvinnors hälsa.

För att stärka det nordiska samarbetet när det gäller frågor som rör alkohol och hälsa har en permanent arbetsgrupp på tjänstemannanivå inom ramen för det nordiska ministerrådets arbete bildats under 2008.

#### **Analys och slutsatser**

När Sverige blev medlem i EU 1995 befarades en kraftig ökning av både alkoholkonsumtion och skador. Under perioden 1995–2004 ökade också konsumtionen. År 1995 uppgick konsumtionen för personer över 15 år till 7,8 liter ren alkohol per person och år. År 2004 hade konsumtionen ökat till 10,4 liter per person och år.

För att motverka en konsumtionsökning och ökning av alkoholskador genomförs en nationell handlingsplan för det alkoholförebyggande arbetet för perioden 2006–2010. En viktig del i arbetet i enlighet med handlingsplanen har varit att skapa en fungerande struktur för det förebyggande arbetet. Ett fokus i detta arbete har legat på att skapa en bättre samordning på såväl nationell, regional och kommunal nivå samt mellan dessa nivåer.

Parallellt med det nationella arbetet har Sverige varit drivande för att få en folkhälso-baserad politik på EU-nivå för att minska alkoholen skadeverkningar samt för att stödja EU:s medlemsländer. Sverige har också deltagit i det viktiga arbete som ledde till att WHA under 2008, för första gången, antog en resolution om en global alkoholstrategi. Det är angeläget att Sverige fortsätter att driva en restriktiv alkoholpolitik inom EU. Det är också viktigt att Sverige lever upp till de gemensamma åtaganden EU:s medlemsländer gjort genom att ställa sig bakom strategin. Alkoholvanor och konsumtionsmönster blir alltmer likartade världen över. Det gäller även den alkoholrelaterade problematiken. Därmed ökar behovet av internationellt samarbete och hållbara strukturer för ett vetenskapligt

baserat erfarenhets- och kunskapsutbyte inom EU och världssamfundet.

Efter 2004 har den skattade totalkonsumtionen minskat. Särskilt glädjande är att trenden också vänt bland de riktigt unga. Jämfört med flertalet europeiska länder har berusningsdrickandet minskat mer bland svenska 15–16-åringar än genomsnittet i EU. Även andelen pojkar och flickor som dricker alkohol har minskat. Fortfarande finns emellertid flera anledningar till oro. Sverige har haft en långsiktig ökning av flickors och kvinnors konsumtion och Sverige ligger fortfarande oacceptabelt högt när det gäller skadliga dryckesmönster och man ser ännu ingen minskning av alkoholskadorna. Inom gruppen äldre (personer över 65 år) ökar konsumtionen. Kontinuitet och långsiktighet är viktigt i det alkoholförebyggande arbetet. Den finansiella krisen ställer också stora krav på konstruktiva lösningar för att säkerställa ett långsiktigt förebyggande arbete. Det är därför angeläget att aktörer på nationell, regional och lokal nivå fortsätter att prioritera det förebyggande arbetet för att nå målet om att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar och för att skydda barn och ungdomar.

#### 4.4.5 Narkotika och dopning

##### Mål

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

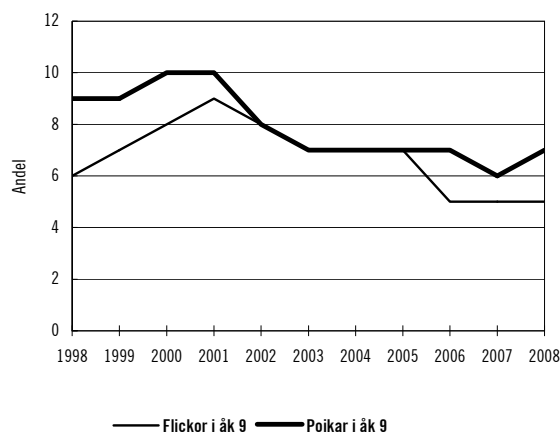
- minska nyrekryteringen till missbruk,
- förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk,
- minska tillgången till narkotika.

##### Indikator

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

## Resultat

**Diagram 4.8 Andel elever i årskurs 9 som 1998–2008 uppgett att de någon gång använt narkotika**



Källa: CAN

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, som varje år genomför skolvaneundersökningar, ökade narkotikaanvändningen bland elever i årskurs 9 kontinuerligt under 1990-talet fram till 2001, vilket diagram 4.8 visar. Som högst var användningen 2001 då det var tio procent av pojkarna och nio procent av flickorna som angav att de använt narkotika. Sedan dess har andelen som använt narkotika minskat och 2008 var det sju procent av pojkarna och fem procent av flickorna som uppgav att de använt narkotika. Erfarenheten av narkotika var större i gymnasiet jämfört med eleverna i årskurs 9. Bland eleverna i gymnasiet uppgav 17 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna att de har använt narkotika. Dessa nivåer är i stort sett oförändrade sedan mätningarna startade 2004. Antalet personer med ett tungt missbruk (injicerande eller dagligt missbruk) beräknas vara cirka 26 000.

I gymnasiet var det totalt en procent av pojkarna och mindre än en halv procent av flickorna som svarade att de använt något anabola androgena steroider (AAS). Tillgängliga data tyder på att mindre än en procent av totalbefolkningen har provat AAS-preparat.

En överväldigande majoritet av svenska folket befattar sig inte med någon form av narkotika. Det finns också en bred folklig och politisk uppslutning kring arbetet för ett narkotikafritt samhälle. Någon legaliseringsdebatt liknande den som bedrivs i flera andra europeiska länder förekommer inte i Sverige.

Enligt European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)-undersökningen är det förhållandevis få unga människor som experimenterar med narkotika. Jämfört med de flesta andra EU-länder är det i Sverige långt fler som tar avstånd från än som förespråkar användande av droger.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har kartlagt flera nya ämnen inom EU:s gemensamma arbete för tidig upptäckt av nya syntetiska droger. FHI har vidare utvecklat nätverk och databaser för att effektivisera datainsamlingen rörande narkotika-utvecklingen.

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

En närmare redovisning av de breda preventionsinsatserna finns i avsnitt 4.4.3 Samordning av alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

I december 2008 överlämnade Narkotika-utredningen sitt betänkande Bättre kontroll av missbruksmedel (SOU 2008:120) till regeringen. Betänkandet har remissbehandlats under våren 2009.

Under hösten 2009 kommer FHI att presentera en sammanställning om kunskapsläget beträffande dopningsmissbruket. Sammanställningen kommer att presenteras i samband med en hearing som kommer att anordnas av regeringens ANDT-sekretariat i samverkan med FHI. Vidare kommer kunskapssammanställningen att utgöra en grund för regeringens fortsatta insatser på området.

### Analys och slutsatser

Under senare år kan en minskning av narkotikaerfarenheten bland skolelever observeras. Samtidigt har dock tillgången på narkotika ökat i världen, priserna har sjunkit och rörligheten över gränserna har ökat. Inte minst har Internet bidragit till denna utveckling. Detta innebär nya utmaningar för narkotikapolitiken. Det är angeläget att samhället fortsätter arbetet med att

förebygga narkotikamissbruk framför allt bland ungdomar. I annat fall riskeras de hittills gjorda framstegen.

För att motverka narkotikamissbruket genomförs den nationella narkotikahandlingsplanen för perioden 2006–2010. En viktig del i arbetet i enlighet med handlingsplanen har varit att skapa en fungerande struktur för det förebyggande arbetet. Ett fokus i detta arbete har legat på att skapa en bättre samordning på såväl nationell, regional som kommunal nivå samt mellan dessa nivåer.

Det internationella samarbetet inom Förenta nationerna och Europarådet samt inom EU ger Sverige en möjlighet att förbättra samarbetet både mellan olika länders polis- och tullmyndigheter för att bekämpa narkotikahandeln och för att utveckla insatser som syftar till att minska efterfrågan på narkotika. Under Sveriges ordförandeskap i EU:s ministerråd hösten 2009 kommer Sverige att driva narkotikafrågorna bl.a. inom Rådsarbetsgruppen för övergripande narkotikafrågor.

### 4.4.6 Tobak

#### Mål

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

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

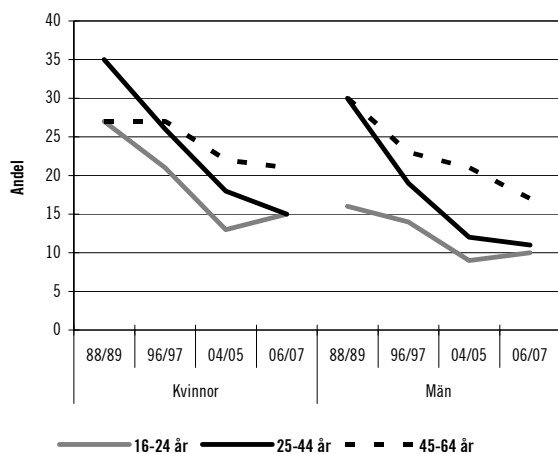
#### Indikator

Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterat tobaksbruk.



## Resultat

Diagram 4.9 Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder 1988/89–2006/07



Källa: SCB

Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) undersökning av levnadsförhållanden (ULF) minskade andelen dagligrökare i alla åldersgrupper, både bland män och kvinnor och pojkar och flickor, under perioden 1988/89–2004/05 (se diagram 4.9). De senaste resultaten från ULF-undersökningen pekar på att den nedåtgående trenden bland ungdomar kan ha brutits, men resultaten måste tolkas med stor försiktighet eftersom SCB bytte metod för datainsamling 2006.

För att komplettera resultaten från ULF-undersökningen används därför data från Statens folkhälsoinstituts (FHI) nationella folkhälsoenkät. Enligt 2008 års enkät använder 27 procent av männen och 17 procent av kvinnorna tobak i någon form varje dag. Det finns fortfarande stora skillnader i rökvanor mellan olika sociala grupper. Bland kvinnorna finns en tendens till att dessa skillnader har ökat de senaste åren. Enligt FHI:s enkät är andelen dagligrökare bland kvinnor 14 procent, vilket är en signifikant minskning jämfört med 2007. Bland männen är andelen dagligrökare 11 procent, vilket inte är en signifikant minskning jämfört med 2007. Enligt FHI:s enkät har andelen dagligrökare bland unga kvinnor sjunkit under perioden 2004–2008. Däremot är minskningen från 2007 till 2008 inte signifikant. Bland unga män går det också att se en minskning under perioden 2004–2008 men förändringen är inte signifikant. Andel manliga snusare har minskat med tre procentenheter från 2004 till 2008.

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) skolundersökning för

2008 uppgav 12 procent av pojkarna och 18 procent av flickorna i gymnasiets årskurs 2 att de röker dagligen eller nästan dagligen. 15 procent av pojkarna och 16 procent av flickorna svarade att de bara feströker. Bland pojkarna svarade 25 procent att de snusar och av dem var det nästan 60 procent som snusade varje dag. Bland flickorna svarade nio procent att de snusar och av dem var det en tredjedel som snusade varje dag. Totalt sett var andelen tobakskonsumenter, det vill säga de som röker och/eller snusar, ungefär densamma, drygt 40 procent, bland pojkarna och flickorna.

Enligt samma undersökning röker åtta procent av pojkarna och elva procent av flickorna i årskurs 9 dagligen eller nästan dagligen. Bland pojkarna svarade 16 procent att de snusar och av dem var det nästan hälften som snusade varje dag. Bland flickorna svarade fyra procent att de snusar, men mycket få att de snusar varje dag. Även bland eleverna i årskurs 9 är andelen tobakskonsumenter ungefär densamma bland pojkarna och flickorna, i det här fallet drygt 25 procent.

På frågan hur de vanligen får tag på cigaretter svarade 67 procent av de pojkar som röker att de köper själva, motsvarande andel bland flickorna var drygt 65 procent. Bland de snusande pojkarna på gymnasiet var det 74 procent som uppgav att de köper sitt snus själva. Motsvarande andel för flickorna som snusar var 48 procent. Bland flickorna svarade 56 procent att det var vanligast att få snus från kompisar.

Under 2008 publicerade FHI Handbok tobakslagen avseende tillsyn. Handboken, som tagits fram tillsammans med länsstyrelserna, innehåller information om tobakslagens förbud gällande personer under arton år. Hälften av landets detaljhandlare som säljer öl eller tobak har fått tillsynsbesök av sin kommun.

Den 18 september 2008 beslutade regeringen att ge FHI i uppdrag att genomföra särskilda åtgärder inom det nationella tobaksförebyggande arbetet under 2008–2010. FHI fick disponera 23 miljoner kronor för detta ändamål. I enlighet med prioriteringar inom ramen för regeringens folkhälsopolitik ska satsningen fokusera på följande områden: nationellt stöd till lokalt arbete och nationell samordning av tobaksfrågan, kraftsamling för tobaksavvänjning samt en förstärkning av FHI:s tillsyn avseende tobakslagen och kompetens- och utbildningsinsatser för länsstyrelser och kommuner. FHI betalade ut cirka 12 miljoner kronor under 2008. Medlen har för-

delats i enligt med regeringsbeslutet enligt följande: ca 6 miljoner kronor till nationellt stöd för lokalt arbete med inriktning på barn och unga, ca 3,8 miljoner kronor till rökavvänjning samt ca 1,8 miljoner kronor till tillsyn. Resterande medel fördes över till 2009.

FHI avser att under 2009 fokusera på rökavvänjning och tillsyn. Åtgärder för genomförande av tobaksstrategin anknyter också till regeringens satsning vad gäller länssamordnarfunktionen och att den från och med 2008 också avser tobaksområdet. Regeringens satsning på tobak är också en del av de satsningar som görs vad gäller information på ANDT-området samt Riskbruksprojektet.

Riksdagen beslutade 2005 att Sverige skulle ansluta sig till WHO:s ramkonvention om tobak. I dag är 160 länder part till konventionen. Under 2008 möttes partskonferensen, som är beslutande organ för konventionen, och beslut fattades om att anta ett antal icke-bindande riktlinjer till konventionen. Beslut fattades också om budgeten för konventionens arbete och om en process för att utarbeta ett protokoll om olaglig handel med tobaksvaror, som ska vara avslutad 2010.

Utredningen om tobaksförsäljning till unga lämnade sitt slutbetänkande Olovlig tobaksförsäljning (SOU 2009:23) den 4 februari 2009. Utredningen har remissbehandlats.

### Analys och slutsatser

Åtgärder mot tobaksbruk är ett mycket kostnadseffektivt sätt att förbättra folkhälsan och inom sjukvården är rökavvänjning en av de mest kostnadseffektiva metoderna. I och med att tobaksbruk är den enskilt viktigaste orsaken till ohälsa, är fortsatta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder angelägna, såväl riktade till barn och unga som till vuxna.

Den senaste större undersökningen avseende metoder för rökavvänjning genomfördes av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) som 1998 presenterade en kunskapssammanställning avseende metoder för rökavvänjning inom hälso- och sjukvården. Den litteratur som publicerats därefter har ytterligare förstärkt slutsatsen att rökavvänjning är en bra åtgärd jämfört med andra metoder (exempelvis läkemedelsbehandling för högt blodtryck).

Trenden sedan 1990-talet är en minskning av andelen dagligrökare i alla åldersgrupper bland de vuxna, både bland män och kvinnor. Samtidigt är andelen som röker, och andelen tobaksanvändare i gymnasiets årskurs 2 konstant. Detta innebär att nyrekryteringen, dvs. andelen ungdomar som börjar använda tobak är konstant. Det är därmed viktigt att fortsätta med ett långsiktigt generellt tobaksförebyggande arbete. För att skapa synergieffekter är det regeringens mening att aktörer inom tobaksområdet bör samordna insatserna med det alkohol- narkotika och dopningspreventiva arbetet.

Mot bakgrund av att tobak är så lättillgängligt för barn och unga tillsatte regeringen en utredning under 2008 med uppdrag att föreslå skärpningar av tobakslagen för att förbättra efterlevnaden och förstärka tillsynen. Tobaks-satsningen som beslutades för perioden 2008-2010 har som syfte att utveckla metoder och stöd till olika aktörer för att få en ökad effektivitet i utförandet vad gäller såväl insatser på lokal nivå, rökavvänjning som en förbättrad tillsyn.

### 4.4.7 Spelberoende

#### Mål

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

#### Resultat

Insatserna med att utveckla insatser mot spelberoende kan delas in i tre grupper: förebyggande insatser, behandling och forskning.

Det förebyggande arbetet har under 2008 bestått av tre huvudsakliga insatser; drift av Stödlinjen för spelare och anhöriga, föreningsstöd samt utbildningsverksamhet. Föreningsstödet domineras av bidrag till Spelberoendes riksförbund och Spelberoende i samverkan, vilka båda är paraplyorganisationer för idéburna organisationer, som arbetar med kamratstöd till personer med spelproblem. Sammantaget finns lokalföreningar på ett tiotal orter runt om i Sverige. Dessutom har stöd delats ut till andra typer av föreningar, som arbetar med olika sår-

bara grupper t.ex. unga och etniska minoriteter. Utbildningsverksamheten har under 2008 i huvudsak bestått av den webbaserade utbildningen som vänder sig till personer som kommer i kontakt med spelberoende i sitt arbete.

Öppenvårdsbehandling för spelberoende vuxna har under 2008 erbjudits i kommunal regi i Göteborg och Malmö samt på Beroendecentrum och Par- och familjeenheten i Stockholm. Behandlingsverksamheterna inom öppenvården har ingått i en vetenskaplig studie sedan 2005. Under 2008 avslutades datainsamlingen och preliminära resultat visar på positiva behandlingseffekter. Under 2008 inleddes utvärderingsfasen av ett utvecklingsprojekt med spelberoendebehandling för unga, som genomförs av Spelberoendeteamet på Maria Ungdom i Stockholm med finansiering av Statens folkhälsoinstitut (FHI). Utvärderingen planeras vara avslutad 2010. Under 2008 har företaget ACE i Piteå drivit en Internetsjälvhjälp för vuxna på uppdrag av FHI. Internetsjälvhjälpen för vuxna har varit föremål för en vetenskaplig studie, som påbörjades 2004. Datainsamlingen avslutades 2007 och den första delen av utvärderingen visar på mycket goda resultat.

Forskningsresultat från slutet av 90-talet visar på att det i Sverige finns ca 120 000 personer med spelproblem. Av dessa är ca 40 000 spelberoende. Under 2008 påbörjades den första svenska longitudinella studien om spel och hälsa, Swedish longitudinal gambling studies (SWELOGS). Studien syftar bl.a. till att beskriva spelandet, undersöka omfattningen av spelproblem samt att identifiera risk- och skyddsfaktorer som påverkar utvecklandet av spelproblem. Studien ska genomföras under flera år framöver. Under 2009 har ett forskningsprojekt om överskuldssättning och spelproblem i samarbete med Mittuniversitetet fortsatt.

En särskild utredare har på regeringens uppdrag utrett spelregleringen i Sverige. Utredningens betänkande, En framtida spelreglering (SOU 2008:124), lämnades i december 2008.

### Analys och slutsatser

Spelmarknaden karaktäriseras av en fortgående dynamisk utveckling. En förskjutning av spelandet sker successivt till kontinuerliga spelformer. Även bland vadhållningsspel sker en förändring så att det för vissa spel är möjligt att göra flera

satsningar dagligen. Huvudparten av spelandet sker fortfarande genom de aktörer som har tillstånd att verka i Sverige. Antalet som spelar nätpoker synes ha stagnerat medan bingospel på Internet ökar.

Genom den omfattande informations- och utbildningsverksamheten som FHI har initierat har kunskapen om spelproblem och behandling spridits till stora grupper av professionella.

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

Spelmarknaden utvecklas mot att de spel som är mer riskabla ur spelberoendesynpunkt ökar mest. De större svenska aktörerna på spelmarknaden samarbetar genom det s.k. spelrådet och har antagit etiska riktlinjer för sin reklam och marknadsföring. Ombuden för Svenska Spel och ATG har genomgått utbildning och bolagen kräver numera att nya ombud har gått igenom utbildningen. Svenska spel har utvecklat självtest och verktyget Spelkoll vilka underlättar för spelarna att bedöma sina egna spelmönster.

### 4.4.8 Smittskydd och hälsoskydd

#### Mål

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

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

#### Indikatorer

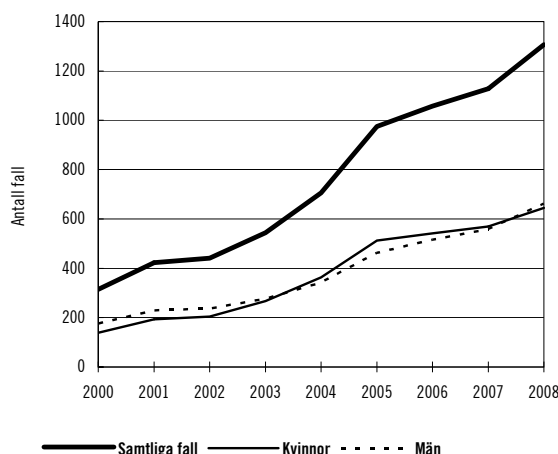
De indikatorer som inom den folkhälsopolitiska uppföljningen används för att bedöma resultat inom smittskyddsområdet är antalet fall som varje år upptäcks av hivinfektion, klamydiainfektion, infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker, infektion med campylobakter samt den årliga uppföljningen av det nationella barnvaccinationsprogrammet.

## Resultat

Det epidemiologiska läget för smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen (2004:168) och genom frivillig rapportering. Den Europeiska myndigheten för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) följer och analyserar utvecklingen inom EU. Anslutningen till det nationella vaccinationsprogrammet för barn övervakas genom årlig insamling av vaccinationsstatistik från alla barnvårdscentraler i landet samt för de äldre barnen från skolhälsovården. Socialstyrelsen följer utvecklingen inom hälsoskydd och miljömedicin och sammanställer regelbundet kunskap och erfarenheter om miljörelaterad ohälsa och vad den beror på i en miljöhälsorapport.

### Antibiotikaresistens

**Diagram 4.10** Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmälts 2000–2008



Källa: Smittskyddsinstitutet

Problemet med bakterier som utvecklar resistens mot antibiotika fortsätter att växa. ECDC bedömer att detta är det allvarligaste hälsohotet inom Europa. Utan verksamma antibiotika blir vanliga infektionssjukdomar som lunginflammation och blodförgiftning åter dödliga hot. Även om situationen i Sverige fortfarande är god jämfört med många andra länder i Europa så är den rådande trenden att resistensläget totalt sett förvärras. Det gäller främst ökningen av en typ av multiresistenta tarmbakterier (ESBL) där 2 955 fall rapporterades under 2008, vilket är en ökning med 41 procent jämfört med föregående

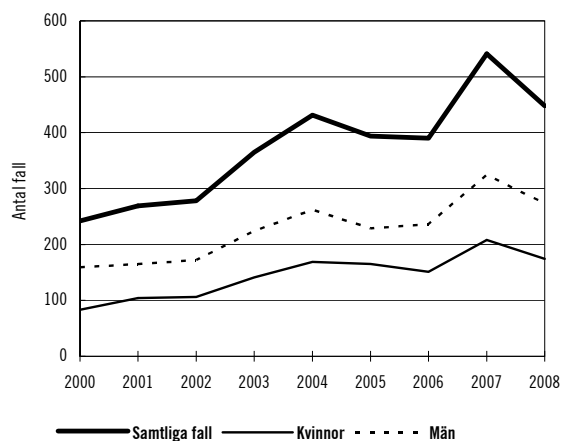
år (se diagram 4.10). Det finns indikationer på att import via resande har en viktig roll i ökningen. Det pågår också betydande insatser för att bromsa den landsomfattande spridningen inom vården av ytterligare en typ av tarmbakterier, s.k. vankomycinresistenta enterockocker (VRE). Under 2008 rapporterades 621 fall av VRE-infektion mot normalt 20–50 fall per år. En arbetsgrupp bestående av berörda landsting, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning (Strama) samordnar insatserna. Infektioner med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) har under flera år uppvisat en ökande trend. Under 2008 anmäldes 1 314 fall vilket är en ökning med 16 procent jämfört med året innan. Det finns nu tecken på att ökningen av antalet fall som upptäcks inom sjukvård och omsorg har bromsats upp och att de nya fallen främst är förvärvade på kommunala särskilda boenden för äldre personer och i samhället i övrigt. Resistens hittas även hos tidigare friska personer utan vårdkontakter. MRSA kan orsaka mycket svårbehandlade infektioner med kostsam behandling. God vårdhygien och rationell förskrivning av antibiotika är grundläggande preventiva verktyg för att stävja denna utveckling. Antalet fall av MRSA får anses utgöra en indikator för hur god hygien är inom landstingen och kommunerna.

Under året har antalet anmälningar till Socialstyrelsen enligt Lex Maria avseende utbrott av infektioner med resistenta bakterier (MRSA, ESBL, VRE) ökat. Socialstyrelsens tillsynsverksamhet avseende antibiotikaresistens och vårdhygien har påvisat brister i handläggningen av infektionssjukdomar. I rapporten Inventering av antibiotikaanvändningen i slut- och öppenvården från november 2008 identifierar myndigheten bl.a. en förbättrad tillämpning och uppföljning av lokala riktlinjer och bättre rutiner för rapportering av resistensläge från mikrobiologiska laboratorier som prioriterade åtgärder. Socialstyrelsen har också fortsatt sitt arbete med föreskrifter om basal hygien med inriktning på den vård som bedrivs i kommunal regi och ett antal verktyg för sådant arbete har gjorts tillgängliga. Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Strama har också fortsatt arbetet med utbildning och kunskapsspridning kring handläggning av infektionssjukdomar, antibiotikaresistens och vårdhygien samt med övervakning av antibiotikaanvändningen och resistensutvecklingen.

Det sker för närvarande en snabb global spridning av antibiotikaresistenta bakterier. Problemen med antibiotikaresistens är i dag utbredda i både hög- och låginkomstländer, men de humanitära och ekonomiska konsekvenserna är dock mest uttalade i låginkomstländerna. I dag rapporteras frekvent från exempelvis Sydostasien att andelen av bl.a. vissa tarmbakterier som är resistent mot två eller flera antibiotika uppgår till 80–90 procent. Svenska myndigheter har under 2008 deltagit i internationella insatser som kunskapsspridning, informationsutbyte och nätverksbyggande. Diskussioner om fördjupat bilateralt samarbete har bl.a. förts med Indien och Kina.

### Hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar

**Diagram 4.11** Antal fall av hivinfektion som anmäls 2000–2008

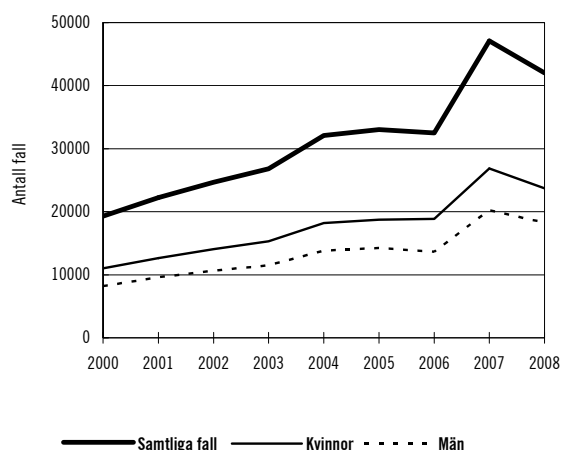


Källa: Smittskyddsinstitutet

Under 2008 anmäldes 448 fall av hivinfektion till Smittskyddsinstitutet, vilket är 93 fall färre än 2007 (se diagram 4.11). Minskningen ses bland personer bosatta i Sverige och som smittats i Sverige bland personer som smittats före ankomst till Sverige. Trots fjolårets minskning är trenden att antalet hivfall totalt sett har ökat under 2000-talet.

Av alla anmälda hivfall 2008 har över hälften, 56 procent, smittats före ankomst till Sverige. Den heterosexuella smittvägen dominerar i denna grupp och står för 76 procent av fallen. Personerna har smittats i länder med hög förekomst av hivinfektion, framför allt afrikanska länder söder om Sahara samt Thailand.

**Diagram 4.12** Antal fall av klamydiainfektion som anmäls 2000–2008



Källa: Smittskyddsinstitutet

Under 2008 skedde en ökning av rapporterade fall av gonorré smittade i Sverige, både med heterosexuell och homosexuell smittväg. Smittspridningen av klamydiainfektion är fortsatt allvarlig (se diagram 4.12). Under 2007 rapporterades många nya fall av klamydiainfektion bl.a. till följd av att en muterad variant som tidigare ej diagnostiserats blev upptäckt och kunde fångas upp vid testning. Under 2008 är antalet rapporterade fall av klamydiainfektion ca 5 000 lägre än 2007 men i ett längre perspektiv kvarstår den närmast linjära ökningen av antalet fall som setts de senaste 10 åren. Spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar visar på att många fortfarande har oskyddat sex vilket också är en potentiell risk för ökad hivsmitta.

Socialstyrelsen planerar, samordnar och följer upp arbetet med att nå de hivpolitiska målen. Arbetet följer intentionerna i Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60). Socialstyrelsens roll är strategisk och stödjer myndigheter, huvudmän och ideella organisationer som är verksamma på området. Vägledning för arbetet med och fördelningen av statsbidraget, 95 miljoner kronor, till landsting och kommuner är den överenskommelse som träffats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Samtliga landsting och storstadskommuner har utsett särskilda kontaktpersoner för arbetet med att planera och samordna det regionala arbetet. Socialstyrelsen fördelar också statsbidrag, cirka 21 miljoner kronor, till ideella organisationer som utför preventivt arbete i enlighet med förordning (2006:93) om statsbidrag till

verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

Under 2008 har nio strukturerade uppföljningsbesök i landsting och kommuner genomförts. Socialstyrelsen ger vid besöken återkoppling angående struktur, process och resultat för det förebyggande arbetet i landstinget/kommunen. Besöken visar att samverkan mellan smittskydd och annat folkhälsoarbete har stor betydelse för det förebyggande arbetet.

Socialstyrelsen har låtit göra externa utvärderingar av hur projektinsatser som görs med stöd av statsbidraget bidrar till att nå de nationella målen. Utvärderingen visar att insatserna har införlivats i de ordinarie strukturerna för förebyggande arbete.

#### *Livsmedelsburen smitta*

Campylobakter är en bakterie som kan orsaka kräkningar, diarréer och i allvarliga fall förlamning och som sprids bl.a. via livsmedel. Antalet fall med campylobacterinfektion ökade under 2008 med 8 procent jämfört med 2007. Totalt rapporterades 7 691 fall under 2008 varav 53 procent bland män och 47 procent bland kvinnor. Av dessa smittades 2 213 fall i Sverige vilket är en ökning med 3 procent jämfört med 2006. Det finns inte tillräckligt med epidemiologiska kunskaper för att kunna fastställa orsaken till ökningen.

#### *Det nationella barnvaccinationsprogrammet*

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

Barnvaccinationsprogrammet har utvidgats och från och med den 1 januari 2009 ingår nu även vaccination mot pneumokocker. Socialstyrelsen har också beslutat att vaccination mot Humant papillomvirus (HPV) från och med 1 januari 2010 ska inkluderas i programmet.

En särskild utredare har fått i uppdrag att genomföra en översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen, samt hanteringen av vacciner inom ramen för läkemedelsförmånssystemet och förhållandet mellan dessa

system. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 maj 2010.

#### *Hälsohot – beredskap för influensapandemi*

Som en uppföljning av den under 2007 av ECDC genomförda genomgången av den svenska nationella pandemiberedskapen och Riksrevisionens granskning av den svenska pandemiberedskapen har ett antal åtgärder vidtagits. Socialstyrelsen har genomfört en uppföljning av landstingens pandemiplanering genom besök i samtliga landsting och återkopplat resultatet till smittskyddsläkarna vid ett samordningsmöte. Vidare har Socialstyrelsen fortsatt utvecklingen av ett IT-system för att under ett allvarligt utbrott av en smittsam sjukdom kunna samla in och analysera effekterna för hälso- och sjukvården och andra samhällsviktiga funktioner.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella handlingsplanen för pandemisk influensa. Socialstyrelsen ska bland annat, tillsammans med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och länsstyrelserna, vidareutveckla stödet till de aktörer som har ett direkt ansvar för att möta de effekter som en pandemi kan ha på samhället i stort. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2010.

Som en uppföljning av tidigare uppdrag till samtliga länsstyrelser att identifiera vilka verksamheter som är särskilt viktiga för samhället vid en influensapandemi, har ett uppdrag lämnats till samtliga länsstyrelser att fortsatt identifiera dessa verksamheter med särskild inriktning mot att länsstyrelserna fortsatt ska ge stöd till kommuner och landsting i deras planering och samordning av beredskapsarbetet.

Ett antal åtgärder har genomförts med anledning av spridningen av det nya influensaviruset A (H1N1). Den nya influensan har klassificerats som allmänfarlig sjukdom och lagts till i bilaga 1 till smittskyddslagen. Staten ingick 2007 ett avtal med en vaccinproducent som säkerställer vaccin i händelse av en pandemi. Leverans av vaccin mot den nya influensan A (H1N1) väntas. Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att upphandla vissa andra läkemedel för användning vid en influensapandemi.

#### *Hälsoskydd*

Socialstyrelsens tillsynsvägledning består av utvärdering, uppföljning och samordning av den operativa tillsynen i kommunerna. Under 2008 har en plan för tillsynsvägledning 2009–2012 en-

ligt miljöbalken tagits fram. Målet med planen är att skapa förutsättningar för en likvärdig och effektiv kommunal hälsoskyddstillsyn som bidrar till att uppfylla miljöbalkens intentioner. I planen beskrivs de områden där speciella satsningar kommer att göras.

Socialstyrelsen har tagit fram vägledningsmaterial till det nationella tillsynsprojekt som ska genomföras 2009. Projektet har syftet att förbättra rutinerna för egenkontroll av hygien och smittskydd i förskolan, och ska även ge Socialstyrelsen en samlad bild av hur arbetet med hygienrutiner och egenkontroll fungerar på landets förskolor.

Socialstyrelsen har i en rapport, Radon i skolor och förskolor, redovisat kunskaper om radonsituationen i 150 kommuner. Bedömningen är att delmålet för radon i skolor och förskolor i miljömålsarbetet kan nås, om verksamhetsutövarna fortsätter att mäta och åtgärda höga radonhalter.

Den tematiska rapporten Miljöhälsorapport 2009 har tagits fram genom ett samarbete med svenska experter inom miljömedicin. Rapporten bygger på en nationell enkät som nära 26 000 personer besvarat samt på de senaste vetenskapliga resultaten om miljöhälsa. Den beskriver den risk miljöhälsafaktorer utgör för människors hälsa och visar trender i exponering och upplevda besvär. Rapporten publicerades i mars 2009.

### Analys och slutsatser

De omvärldsförändringar som skett inom smittskyddsområdet de senaste åren tillsammans med det utökade samarbetet inom EU och internationellt gör att det ställs mycket stora krav på en stark beredskap samt en organisation som kan hantera dessa utmaningar. Smittskyddsutredningen (dir. 2008:60) har haft uppdraget att göra en översyn av de myndigheter som bedriver verksamhet inom smittskyddsområdet, främst Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. Den 10 juni 2009 överlämnade utredningen sitt betänkande Ett effektivare smittskydd (SOU 2009:55) till regeringen. I betänkandet konstateras att det svenska smittskyddet fungerar i stort sett väl. Den forskning som bedrivs vid dessa myndigheter är genomgående, med undantag för det epidemiologiska området, av mycket hög klass, inom några områden nära den

internationella forskningsfronten. Samtidigt har utredningen identifierat flera problem, bl.a. är uppgiftsfördelningen mellan Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet otydlig och epidemiologisk övervakning och analys behöver stärkas.

För att komma till rätta med problemen och samtidigt effektivisera arbetet föreslår utredningen att en ny myndighet, Smittskyddsmyndigheten inrättas. Viss forskning föreslås överföras från Smittskyddsinstitutet till Karolinska institutet samtidigt som den nya myndigheten får överta en del verksamhet från Socialstyrelsen.

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

Riksrevisionens granskning och ECDC:s genomgång av den svenska pandemiberedskapen har varit värdefulla. Slutsatserna och rekommendationerna visar att beredskapen har utvecklats de senaste åren och att arbetet är på rätt väg men att det finns mycket kvar att göra i Sverige liksom i övriga EU-länder.

Den ökade produktionskapaciteten och produktutvecklingen gör att det bästa sättet att säkra tillgång på influensavacciner till den svenska befolkningen i händelse av pandemi är att teckna avtal om pandemigarantier. Socialstyrelsen tecknade därför 2007 på regeringens uppdrag ett avtal om leveranser av influensavaccin till hela befolkningen om Sverige drabbas av en pandemi.

Ökningen av anmälda fall av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar pekar på behovet av effektiva preventiva åtgärder. Det arbete som sker med stöd i överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting behöver fortsätta att utvecklas. Socialstyrelsens arbete med att samordna det nationella arbetet har startats men behöver också utvecklas vidare. Bland annat behöver arbetet med att kommunicera risker och skyddsåtgärder mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar fortsätta.

Antibiotikaresistensutvecklingen är starkt oroande. Om inte krafttag tas vad gäller vårdhygien och allmänhygien, såväl inom vården som ute i samhället, kan vi riskera den goda situation som Sverige har jämfört med många länder i Europa. Den yttersta konsekvensen av en utbredd resistens är att vi inte längre kommer att

kunna bota bakterieinfektioner och inte heller utföra avancerad, modern sjukvård som cancerbehandling och transplantationer. Ett brett folkhälso- och patientsäkerhetsperspektiv är nödvändigt för att komma till rätta med resistensproblematiken och vårdrelaterade infektioner. En grundläggande fråga är behovet av förbättrad kunskap om sjukdomsburden från infektioner med resistenta bakterier och därmed samhällets kostnader för sådana samt effektiviteten hos genomförda åtgärder. Den snabba spridningen av antibiotikaresistens är ett globalt problem som inte kan mötas endast genom åtgärder i Sverige. Internationella insatser som inkluderar både det multilaterala arbetet under bl.a. Världshälsoorganisationen och bilateralt samarbete är därför viktiga.

Under senare år har nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri medfört att frågor om vacciner och vaccination blivit högaktuella. Ny kunskap inom immunologi och ny teknik för att framställa vacciner har skapat helt nya möjligheter jämfört med tidigare. Bättre och säkrare vacciner kommer på sikt att ersätta äldre vacciner.

#### 4.5 Revisionens iakttagelser

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

#### 4.6 Politikens inriktning

En utgångspunkt för regeringens folkhälsopolitik är att folkhälsoarbetet ska vara strukturerat, långsiktigt och samordnat med insatser på alla nivåer i samhället. I enlighet med propositionen En förnyad folkhälsopolitik (2007/08:110) fortsätter regeringen att fokusera på effektiva hälsofrämjande insatser inriktade på den enskildes intressen, ansvar och möjligheter att främja en god hälsa. Regeringen vill uppmuntra individens goda hälsoutveckling genom att ge stöd för kloka egna hälsoval, utveckla hälsofrämjande metoder utifrån en vetenskaplig grund och stödja ett gemensamt ansvarstagande för folkhälsoarbetet mellan flera olika typer av samhällsaktörer.

I enlighet med de prioriteringar som presenterades i propositionen en förnyad folkhälso-

politik har regeringen vidtagit en rad åtgärder. Vissa åtgärder har syftat till att främja barns och ungas fysiska och psykiska hälsa och stärka det självmordspreventiva arbetet. Åtgärder har också vidtagits för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet samt minska tobaksbruket. Dessa särskilda satsningar bör fortsätta i linje med den omfattning och inriktning som aviserats i propositionen. Även regeringens satsningar på att minska bruket av alkohol och missbruket av narkotika i enlighet med de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna (prop. 2005/06:30) ligger fast, liksom det utvecklingsarbete som pågår inom smittskydds- och spelberoendeområdena.

##### *Barn, ungdomar och äldre*

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

##### *Sociala nätverk och ideellt arbete*

Det hälsofrämjande folkhälsoarbetet fokuserar på betydelsen av goda sociala nätverk och den enskilda människans möjligheter att påverka vardagslivet, såväl på arbetet som hemma och i närmiljön. Hälsoinformation är en betydelsefull aktivitet i det hälsofrämjande arbetet. Likaså är det viktigt att främja utvecklingen av stödjande hälsofrämjande miljöer och mötesplatser och att vidareutveckla samverkan med folkhälsoaktörer inom den ideella sektorn. Det ideella arbetet bidrar till att stärka samhällets sociala kitt. De ideella organisationerna är också ofta de första att identifiera brister och att anta nya utmaningar. De är därför viktiga aktörer inom folkhälsoarbetet. Regeringen presenterade under hösten 2008 en överenskommelse om framtida relationer mellan regeringen och de ideella organisationerna på det sociala området. De åtaganden som gjorts i överenskommelsen ska fullföljas. Som en del i arbetet med att utveckla den ideella sektorns möjligheter att delta i folkhälsoarbetet fortsätter regeringen att avsätta medel till



Volontärbyråns och frivilligcentralernas verksamhet.

#### *Stimulera utveckling på regional och lokal nivå*

Kommunerna och landstingen har genom sina olika ansvarsområden ett direkt ansvar för folkhälsan. Regeringens bedömning är att det hälsofrämjande folkhälsoarbetet och samverkan på lokal och regional nivå kan utvecklas ytterligare. Det är bl.a. viktigt att stimulera utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet inom vården, varför regeringen fortsätter att avsätta medel för att stödja det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer.

Det finns stora potentiella vinster, både för den enskilde och för samhället i stort, med att förebygga hälsorelaterade sociala problem. För att möta de framtida folkhälsopolitiska utmaningarna och möjligheterna är det viktigt att folkhälsoarbetet utgår från såväl tvärvetenskaplig forskning och tvärasektoriellt arbete som praktisk erfarenhet. För att vidareutveckla och fördjupa de hälsofrämjande metoder som i dag används avsatte regeringen 2008 ett stimulansbidrag till ett urval kommuner för att utveckla det lokala sektorsöverskridande hälsofrämjande arbetet. Syftet är dels att genomföra insatser som främjar barns och ungas psykiska och fysiska hälsa, dels att generera kunskap om såväl effektiva hälsofrämjande metoder som kostnadseffektiva samverkansformer på lokal nivå. Regeringen följer noga hur utvecklingsarbetet framskrider.

#### *Föräldrastöd*

En trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren är en avgörande förutsättning för en god psykisk hälsa senare i livet. Regeringen anser därför att folkhälsoarbetet bör fokusera på barnens behov och trygghet och på att skapa möjligheter för föräldrar att få det stöd de behöver och efterfrågar i sitt föräldraskap. Regeringen presenterade i mars 2009 en nationell strategi för föräldrastöd – En vinst för alla. Föräldrastödsstrategin bygger på ett universellt förebyggande föräldrastöd, dvs. att alla föräldrar erbjuds samma möjligheter till stöd och hjälp till dess barnet fyller 18 år. I samband med lanseringen av strategin gav regeringen Statens folkhälsoinstitut (FHI) i uppdrag att fördela 70 miljoner kronor i stimulansbidrag till ett urval av kommuner som i samarbete med ett forskningslärosäte ska utveckla föräldrastödet i enlighet med strategins mål och delmål. Försöksverksamheten ska pågå t.o.m. 2011.

Regeringen avser att noga följa det kommande utvecklingsarbetet samt att under 2010 avsätta ytterligare medel för att stimulera utvecklingen av det lokala universella förebyggande föräldrastödet.

#### *Självmondsförebyggande arbete*

Samhällets förmåga att hantera risker för självmord måste förbättras. Ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. Det självmondsförebyggande arbetet har länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar. Ett effektivt självmondspreventivt arbete grundar sig på insikten att självmord och självmondsförsök går att förebygga. Men alla faktorer i människors sociala och fysiska miljö som är viktiga för hälsan bör inkluderas i det självmondsförebyggande arbetet. Även här spelar idéburna organisationer en viktig roll. Regeringen avser att fortsätta ge organisationsstöd till Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd och stimulansmedel till paraplyorganisationen SamArbete för Människor i Sorg. Vidare avsätter regeringen medel för att förstärka den verksamhet som bedrivs vid Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska institutet.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare som ska klargöra och analysera förutsättningarna att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord. För att en sådan händelseanalys ska ge så bra underlag som möjligt krävs att de som utför analyser använder sig av samma och tillförlitliga metoder. Utvecklingen av befintliga händelseanalyser vid självmord kan hjälpa alla inblandade att förstå vad som hänt. Såväl närstående som personal från vård och socialtjänst och andra aktörer på regional och lokal nivå får en gemensam bild. Utredaren ska även lämna förslag på hur de nya kunskaper som framkommer genom händelseanalyser kan föras över till regional och lokal nivå med syfte att dessa kunskaper ska kunna komma till praktisk användning i det självmondspreventiva arbetet. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2010.

#### *Matvanor och fysisk aktivitet*

Övervikts- och fetmaproblematiken är ett allvarligt folkhälsoproblem. Utvecklingen är särskilt alarmerande bland barn. Det är angeläget att föräldrar kan få stöd och hjälp från bl.a. barnhälso-

vården för att förebygga övervikt och fetma och tidigt lägga grund för sunda motionsvanor hos barnen. Skolhälsovården har också ett ansvar för att verka för sunda levnadsvanor hos elever. Även idrottsrörelsen och andra ideella organisationer spelar här en viktig roll. Regeringen avser att vidareutveckla samverkan med frivilligorganisationer, livsmedelsbranschen, experter, myndigheter och andra nyckelaktörer i återkommande formaliserade dialoger, s.k. dialogforum. Vidare prioriterar regeringen arbetet med fysisk aktivitet på recept (FaR) samt arbetet med den bebyggda miljös betydelse för fysisk aktivitet samt äldres hälsa. Med syfte att främja goda matvanor och fysisk aktivitet hos allmänheten har regeringen vidare givit FHI i uppdrag att samordna en uppmärksamhetsvecka. Avsikten med denna är att åstadkomma en kraftsamling genom att många aktiviteter genomförs samtidigt av flera på området verksamma aktörer.

#### *Alkohol, narkotika, dopning och tobak*

Det alkoholpolitiska målet är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Skadlig alkoholkonsumtion är en bidragande och underliggande riskfaktor för över 60 olika sjukdomar och skador. En minskning av alkoholkonsumtionen och skadligt dryckesbeteende är därför angeläget för att förbättra folkhälsan, minska sociala problem samt motverka olycksfall, skador, våldsbrott och övergrepp.

Sverige arbetar för en mer folkhälsobaserad och restriktiv alkoholpolitik inom EU och för ett ökat internationellt samarbete på området. Sverige har under flera år aktivt verkat för en gemensam strategi för att minska alkoholskadorna. Alkohol och hälsa är en av de prioriterade frågorna inom hälsoområdet under det svenska ordförandeskapet. Det övergripande syftet är att genom antagandet av rådsslutsatser stödja genomförandet av EU:s alkoholstrategi och stärka ett långsiktigt och hållbart arbete rörande alkohol och hälsa inom alla relevanta EU-institutioner och politikområden.

Vidare kommer Sverige fortsatt att stödja Världshälsoorganisationens (WHO) arbete med att utveckla och genomföra en global alkoholstrategi.

Under våren 2009 överlämnade Alkoholagsutredningen betänkandet En ny alkohollag (SOU 2009:22). Utredningens förslag bereds i Regeringskansliet under hösten 2009.

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

Narkotikautredningens betänkande Bättre kontroll av missbruksmedel (SOU 2008:120), bereds i Regeringskansliet under hösten 2009.

På dopningsområdet kommer FHI under hösten 2009 att presentera en kunskapsöversikt om dopningsproblematiken, vilken kommer att ligga till grund för regeringens fortsatta insatser på området. Regeringens råd för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor kommer också att särskilt uppmärksamma dopnings- och narkotikafrågorna inom ramen för sitt arbete.

Tobaksrökning är fortsatt den största enskilda riskfaktorn för sjukdom och förtida död i Sverige. Att minska tobaksbruket är därför en prioriterad fråga trots att andelen rökare i befolkningen har sjunkit de senaste decennierna. Regeringen har för avsikt att fortsätta insatserna för att förebygga nyrekrytering bland barn och unga och stödja dem som vill sluta använda tobak genom att stödja det lokala arbetet, bl.a. i skolan, stimulera användandet av rökavjänningsmetoder samt förstärka det nationella tillsynsarbetet. Regeringens stöd till frivilligorganisationer som arbetar med tobaksprevention fortsätter också, liksom stödet till telefonrådgivningsverksamhet för den som vill sluta röka.

Under våren 2009 överlämnade Utredningen om tobaksförsäljning till unga betänkandet Olovlig tobaksförsäljning (SOU 2009:23). Utredningens förslag bereds i Regeringskansliet under hösten 2009.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) avsätter i enlighet med propositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50) utöver de ordinarie utlysningarna årligen 2009–2012 ytterligare 15 miljoner kronor av myndighetens forskningsanslag för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksforskning (ANDT-forskning). Avgörande för utvecklingen av en kunskapsbaserad verksamhet inom området är fortsatt stöd till socialvetenskaplig och medicinsk ANDT-forskning. Pågående forskning är internationellt framgångsrik och bör vidmakthållas. Det är därför angeläget att FAS främjar en långsiktig uppbyggnad av en kraftfull och bred forskning inom området.

Under de senaste åren har det byggts upp en rikstäckande och långsiktigt hållbar struktur för det förebyggande arbetet med alkohol, narkotika, dopning och tobak i Sverige. Ett flertal studier både nationellt och internationellt har visat att detta är en förutsättning för ett effektivt och kunskapsbaserat drog- och brottsförebyggande arbete. Skolan är en viktig arena för att nå den viktiga målgruppen unga och primärvården är en viktig arena för att nå personer med riskbruk. Men även ett fortsatt arbete för generell tillgångs- och efterfrågebegränsning är viktigt för att minska alkoholskadorna och samhällets kostnader. Därutöver krävs samordnande arbete på nationell nivå för att möjliggöra en effektivare resursanvändning genom att kommuner, landsting, berörda myndigheter och frivilligsektor samverkar.

Regeringen prioriterar vidare fortsatta insatser för stöd till barn och unga i utsatta miljöer. Att ge utsatta barn det stöd som behövs för att undvika att de hamnar i ett socialt utanförskap och motverka fysisk och psykisk ohälsa är kanske den viktigaste uppgiften inom folkhälsopolitiken inför framtiden.

De nuvarande nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna gäller till och med 2010. Med utgångspunkt i gjorda erfarenheter och i den utvärdering av handlingsplansarbetet som FHI kommer att presentera i januari 2010 kommer arbetet med alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobaksprevention att fortsätta. Det årliga nationella åtgärdsprogrammet där regeringen redogör för prioriterade åtgärder nästkommande år är ett viktigt dokument i sammanhanget. Regeringen kommer att återkomma angående det fortsatta utvecklingsarbetet.

#### *Spelberoende*

Insatserna mot spelberoende har under den senaste tioårsperioden dominerats av grundläggande åtgärder, såsom kunskapsinhämtande, stöd till de mest drabbade och informations-spridning till nyckelgrupper. Målsättningen med arbetet mot spelberoende bör vara att integrera det i det allmänna folkhälsoarbetet, socialtjänstens och hälsovårdens insatser. Spelutredningen överlämnade sitt slutbetänkande (SOU 2008:124) i december 2008, i vilket utredaren föreslår en framtida spelreglering. Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

#### *Smittskydd och hälsoskydd*

Hotet från smittsamma sjukdomar är globalt och för att upprätthålla ett gott smittskydd är världens länder ömsesidigt beroende av varandra. Omvärldsförändringar som ökat resande, ändrade levnadsförhållanden, ökat handelsutbyte samt klimatförändringar innebär ständigt nya utmaningar för smittskyddet. Detta innebär att det ställs ökade krav på samarbete inom EU och internationellt.

För att även fortsättningsvis kunna säkerställa ett gott smittskydd i Sverige är det angeläget att bibehålla och utveckla anpassningsförmågan till vad som sker i omvärlden, med ett föränderligt internationellt sjukdomspanorama.

#### *Influensa A (H1N1)*

Regeringen tar spridningen av den nya influensan, influensa A (H1N1) på stort allvar. Det arbete inom Regeringskansliet och berörda myndigheter som redan pågått under lång tid för att stärka beredskapen inför en pandemi har därför intensifierats. Insatserna inkluderar medicinska åtgärder som att genom avtal säkra tillgången till vaccin samt inköp och lagring av antivirala läkemedel m.m. Det handlar också om icke-medicinska åtgärder som information till allmänheten. De flesta som hittills har drabbats av den nya influensan har fått symptom som påminner om de för den vanliga s.k. årliga influensan. Den nya influensan riskerar dock att drabba en mycket större andel av befolkningen och det finns risk för allvarliga konsekvenser för samhället till följd av hög sjukfrånvaro. Ett arbete pågår i Regeringskansliet och i berörda myndigheter för att förbereda för åtgärder som kan behöva vidtas för att klara en långsiktig uthållighet i kärnverksamheterna.

En influensapandemi innebär ett ökat tryck på sjukvården och detta har funnits med i planeringsförutsättningarna inför en pandemi. Ett sätt att minska belastningen på sjukvården från influensapandemin och hindra undanträngning av annan viktig sjukvårdande verksamhet är att vaccinera mot influensan. Socialstyrelsen bedömer att vaccinering mot influensan skulle innebära att antalet personer som behöver sjukhusvård och i synnerhet intensivvård kommer att vara väsentligt mindre, vilket i sin tur minskar risken för överbelastning av sjukvården och undanträngning av annan viktig sjukvårdande verksamhet.

Den pågående pandemin sammanfaller med en kraftig konjunkturedgång. Det ekonomiska

läget är ansträngt hos landstingen med anledning av den ekonomiska situationen. Landstingens ekonomi utsätts dessutom för ytterligare tryck med anledning av influensapandemin. Det är viktigt att föreberedelserna inför pandemin fortskrider. Vaccinering är den effektivaste förebyggande åtgärd som kan vidtas mot pandemisk influensa. Individen och samhället i stort vinner på att så många människor som möjligt vaccinerar sig. Mot bakgrund av den ekonomiska situationen och för att minska effekterna på den ordinarie hälso- och sjukvården i anslutning till pandemin avsätter regeringen 1 miljard kronor till landstingen för innevarande år.

När det gäller vaccinationer är det enligt smittskyddslagen landstingen som har ansvaret. Leverans av det nu aktuella vaccinet mot den nya influensan A (H1N1) följer av det avtal som ingicks 2007 med vaccinproducenten om att säkerställa leverans av 18 miljoner doser vaccin i händelse av en pandemi. Sedan avtalet ingicks har staten svarat för de årliga kostnaderna för att Sverige vid en pandemi ska ges möjlighet att få vaccin levererat från producenten. Landstingen står däremot för kostnaderna för inköp av själva vaccinet när det levereras. Regeringen följer även fortsättningsvis den globala utvecklingen av influensavaccinproduktion och analyserar dess effekter på tillgången på influensavaccin.

Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att upphandla vissa andra läkemedel för användning vid en influensapandemi. Syftet är att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera den påfrestning som en influensapandemi utgör, t.ex. genom att säkerställa tillgången till antivirala läkemedel och vissa andra läkemedel.

Det svenska ordförandeskapet i EU:s ministerråd hösten 2009 har beredskap för att hantera pandemin och följer löpande utvecklingen. Beredskapen gäller såväl hälsosektorn som andra sektorer som kan påverkas. Sverige har tagit initiativ till ett expertmöte om influensaberedskap och vidtagna åtgärder – vad har vi lärt och nästa steg. Resultatet från detta möte utgjorde underlag när hälsoministrarna träffades den 6–7 juli 2009. EU:s hälsoministrar kommer att mötas den 12 oktober 2009 för att diskutera arbetet på EU-nivå för att motverka effekterna av influensapandemin.

#### *Beredskap för allvarliga hälsohot*

Regeringen avser att fortsätta arbeta för en hög beredskap mot spridning av smittsamma sjuk-

domar. Grundläggande för en god beredskap är förmågan att kunna förutse händelser och vidta förebyggande åtgärder. Det är viktigt att trots fokuseringen på influensapandemin fortsatt ha beredskap för att även hantera andra hälsohot. En väl fungerande smittskyddsorganisation är grunden för detta arbete.

#### *Översyn av myndigheterna inom smittskyddsområdet*

Nyupptäckta sjukdomar som sars, förändrade smittpridningsmönster på grund av klimatförändringar, pandemisk influensa, problemet med resistensutveckling, omvärldsförändringar som ökat resande och ändrade levnadsförhållanden gör att det ställs mycket stora krav på en stark beredskap samt en organisation som kan hantera dessa utmaningar. I likhet med vad Smittskyddsutredningen konstaterar i sitt betänkande Ett effektivare smittskydd (SOU 2009:55) bedömer regeringen att det finns behov av ett förtydligande av ansvarsområden inom smittskyddsområdet.

Som ett led i arbetet med att förstärka förmågan att hantera smittskyddshot och upprätthålla en god beredskap inom området genomförs under mandatperioden en ombildning av Smittskyddsinstitutet. Den ombildade myndighetens uppdrag inom forskning begränsas till sådan forskning som stöder myndighetens övriga myndighetsuppdrag. För att övrig forskning som hittills bedrivits vid Smittskyddsinstitutet ska kunna bibehålla sin höga kvalitet behöver den fullt ut integreras i det normala forskningssystemet. I samband med ombildningen förs därför de s.k. donationsprofessorerna och sådan forskning som inte stödjer Smittskyddsinstitutets övriga myndighetsuppgifter över till Karolinska institutet. Dagens nära organisatoriska samverkan mellan Smittskyddsinstitutet och Karolinska institutet upphör därmed. De organisatoriska förändringarna sker inom myndigheternas totala finansiella ramar, som finns angivna i budgetpropositionen för 2010.

Utredningen har även lagt förslag som rör gränsdragningen mellan Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen. Frågan hur gränsdragningen mellan dessa myndigheter bör se ut behöver bli föremål för fortsatt beredning, bl.a. med avseende på hur uppgifterna enligt smittskyddslagen och inom beredskapsområdet löses på bästa sätt.

### *Hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar*

Ökningen av antalet inhemska fall av hivinfektion i Sverige avspeglar dels den globala hiv-epidemins utveckling, dels ett ökat sexuellt riskbeteende. Smittspridningen av klamydiainfektion är fortsatt allvarlig. Under 2008 är antalet rapporterade fall av klamydiainfektion lägre än 2007 men i ett längre perspektiv kvarstår den närmast linjära ökning av antalet fall som setts de senaste 10 åren. Regeringen avser därför att även fortsättningsvis avsätta medel till insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Inom ramen för befintlig verksamhet måste förebyggande av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet, särskilt i de insatser som riktas till ungdomar. En samlad kommunikationsplan har tagits fram av Socialstyrelsen i enlighet med det förslag som aviserades i propositionen Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60). Det hivförebyggande arbetet bör även fortsättningsvis införlivas i de lokala huvudmännens ordinarie arbete. Ett sätt att stimulera till intensifierat arbete mot hiv/aids på lokal nivå är de medel som regeringen avsätter för att fördelas enligt en årlig överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting.

### *Översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen m.m.*

Barnvaccinationsprogrammet utvidgades i januari 2009 med vaccination mot pneumokocker. Från och med den 1 januari 2010 utvidgas vaccinationsprogrammet även med vaccination mot humant papillomvirus (HPV) i enlighet med beslut av Socialstyrelsen. HPV orsakar bl.a. livmoderhalscancer. Regeringen är överens med Sveriges Kommuner och Landsting om att de finansiella konsekvenserna av reformen ska regleras genom en ökning av anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, med 115 miljoner kronor fr.o.m. 2010.

I ljuset av nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri finns det behov av att se över nuvarande reglering samt överväga om tydligare kriterier för vilka vacciner som bör ingå i de nationella programmen på sikt bör utarbetas. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare

(dir. 2008:131) med uppdrag att se över regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen samt hanteringen av vacciner inom läkemedelsförmånssystemet och förhållandet mellan dessa system. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 maj 2010.

### *Antibiotikaresistens*

Antibiotikaresistens är ett globalt hot mot modern sjukvård med konsekvenser för såväl enskild individ som för folkhälsan. Resistenta stammar sprids framför allt inom vården på grund av bristande hygienrutiner, men även ute i samhället, t.ex. i särskilda boenden för äldre personer. Över- och felanvändning av antibiotika är en viktig orsak till resistensutvecklingen. För att även i framtiden kunna använda antibiotika som effektiva läkemedel för behandling av bakterieinfektioner hos människor och djur är det viktigt att arbeta mot antibiotikaresistens och samtidigt söka nya vägar att stimulera utveckling av nya antibakteriella substanser både nationellt och internationellt. Det är viktigt att förbättra kunskapen om sjukdomsörddan från infektioner med resistenta bakterier både i Sverige och internationellt. Detta skulle ge en grund för att bedöma samhällets kostnader för antibiotikaresistens och effektiviteten hos genomförda åtgärder.

Inom ramen för det svenska ordförandeskapet i EU:s ministerråd genomförs i september 2009 en konferens om behovet av nya antibakteriella läkemedel. En rapport om nödvändiga incitament för att ny verksam antibiotika ska tillskapas, kommer att tas fram. Avsikten är att gemensamma slutsatser ska antas av EU:s hälso-ministrar.

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

Den snabba globala spridningen av antibiotikaresistens innebär att arbetet mot antibiotikaresistens måste ske både nationellt, inom EU och internationellt. På det internationella planet innebär det bl.a. att fortsätta arbeta för att problemet på ett tydligare sätt uppmärksammas i

WHO samt att detta resulterar i konkreta beslut om åtgärder. Det är också viktigt att fortsätta utveckla samarbetet kring antibiotikaresistens med enskilda länder och regioner.

## 4.7 Budgetförslag

### 4.7.1 2:1 Statens folkhälsoinstitut

**Tabell 4.2 Anslagsutveckling för 2:1 Statens folkhälsoinstitut**

Tusental kronor

2008	Utfall	138 975	Anslags-sparande	14 711
2009	Anslag	132 365 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	129 841
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>132 170</b>		
2011	Beräknat	134 305 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	136 883 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 133 161 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 134 999 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Statens folkhälsoinstituts förvaltningskostnader.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) är nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. FHI ansvarar även för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, för tillsyn inom alkohol- och tobaksområdena och för bevakning och utredning av behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel samt behovet av kontroll av varor enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.

Större delen av anslagssparandet från 2008 utgörs av medel för återbetalning av avgifter som tagits ut med stöd av alkohollagen (1994:1738) men som av domstol bedömts vara i strid med EG-fördraget.

Den 1 oktober 2007 avvecklades myndigheten Institutet för psykosocial medicin (IPM). Den del av IPM som i samverkan med Stockholms läns landsting hade bildat Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) inordnades i Karolinska institutet. För att skapa förutsättningar för att vidmakthålla en expertfunktion för suicidprevention även efter IPM:s avveckling avsatte regeringen 3 000 000 kronor 2008 från anslaget 2:1 *Statens folkhälsoinstitut*. År 2010 avsätter regeringen, med hänsyn till pris- och löneomräkning, 3 047 000 kronor för detta ändamål.

### Regeringens överväganden

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

**Tabell 4.3 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>132 365</b>	<b>132 365</b>	<b>132 365</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	3 805	4 974	5 706
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt <sup>3</sup>	-4 000	-3 034	-1 188
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>132 170</b>	<b>134 305</b>	<b>136 883</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>3</sup> Övergångseffekten till följd av kostnadsmässig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under Övrigt.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 132 170 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Statens folkhälsoinstitut* för 2010. För 2011 beräknas anslaget till 134 305 000 kronor. För 2012 beräknas anslaget till 136 883 000 kronor.

#### 4.7.2 2:2 Smittskyddsinstitutet

**Tabell 4.4 Anslagsutveckling för 2:2 Smittskyddsinstitutet**

Tusental kronor

2008	Utfall	183 657	Anslags- sparande	5 339
2009	Anslag	189 710 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	188 777
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>195 669</b>		
2011	Beräknat	197 109 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	198 243 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 195 756 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 195 802 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Smittskyddsinstitutets förvaltningskostnader.

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

#### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.5 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt- kostnad)
Utfall 2008 (varav tjänsteexport)	34 945 6%	67 483	-32 548
Prognos 2009 (varav tjänsteexport)	36 000 6%	67 500	-31 500
Budget 2010 (varav tjänsteexport)	36 500 6%	68 100	-31 600

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och experimentell biomedicin. Inkomsterna disponeras av SMI. Den speciella diagnostiken finansieras med avgifter som ger full kostnadstäckning. Den experimentella biomedicinen har medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191) vilket innebär att avgiftsfinansiering inte krävs. Underskottet för den experimentella biomedicinen uppgick 2008 till ca 32 miljoner kronor, vilket till stor del beror på lokalkostnaderna för SMI:s djurhus. Under 2008 motsvarade intäkterna, ca 13 miljoner kronor, personalkostnaderna.

#### Regeringens överväganden

**Tabell 4.6 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:2 Smittskyddsinstitutet**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009 <sup>1</sup></b>	<b>189 710</b>	<b>189 710</b>	<b>189 710</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	6 125	7 478	8 567
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt <sup>3</sup>	-166	-79	-34
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>195 669</b>	<b>197 109</b>	<b>198 243</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

<sup>3</sup> Övergångseffekten till följd av kostnadsmässig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under Övrigt.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 195 669 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Smittskyddsinstitutet* för 2010. För 2011 beräknas anslaget till 197 109 000 kronor och för 2012 till 198 243 000 kronor.

#### 4.7.3 2:3 Alkoholsortimentsnämnden<sup>4</sup>

**Tabell 4.7 Anslagsutveckling för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

2008	Utfall	86	Anslags- sparande	133
2009	Anslag	217 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	212
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>221</b>		
2011	Beräknat	221 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	221 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 221 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 221 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Alkoholsortimentsnämndens förvaltningskostnader.

Nämndens uppgift är att pröva överklaganden av Systembolagets beslut att avvisa eller avföra viss alkoholhaltig dryck från sitt sortiment. Till

<sup>4</sup> Anslaget benämndes tidigare Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden

och med den 30 juni 2009 hade nämnden också till uppgift att pröva överklaganden av Apoteket AB:s beslut om att inte lagerhålla vissa läkemedel på lokala apotek och benämndes då Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden. I samband med omregleringen av apoteksmarknaden togs denna uppgift bort.

#### Regeringens överväganden

**Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	4	4	4
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>221</b>	<b>221</b>	<b>221</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 221 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Alkoholsortimentsnämnden* för 2010. För 2011 beräknas anslaget till 221 000 kronor och för 2012 till 221 000 kronor.

#### 4.7.4 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

**Tabell 4.9 Anslagsutveckling för 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008	Utfall	17 187		1 943
2009	Anslag	19 231 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	17 323
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>19 404</b>		
2011	Beräknat	19 804 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	19 858 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 19 404 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 19 404 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), som är en del av Nordiska ministerrådets organisation.

Nordiska ministerrådets budget för nordiskt samarbete 2010, inklusive NHV, fastställs i november 2009 och vad respektive land ska betala beslutas kort därefter.

#### Regeringens överväganden

**Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>19 231</b>	<b>19 231</b>	<b>19 231</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	173	573	627
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>19 404</b>	<b>19 804</b>	<b>19 858</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 404 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2010. För 2011 beräknas anslaget till 19 804 000 kronor och för 2012 till 19 858 000 kronor.

#### 4.7.5 2:5 Bidrag till WHO

**Tabell 4.11 Anslagsutveckling för 2:5 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008	Utfall	30 174		5 546
2009	Anslag	43 665 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	40 896
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>34 665</b>		
2011	Beräknat	34 665		
2012	Beräknat	34 665		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för finansiering av Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO).



Avgiftens storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning och påverkas av den amerikanska dollarns valutakurs, som är den valuta budgeten fastställs i.

WHO:s budget består dels av medlemsavgifterna, dvs. den reguljära budget som fastställs av WHO, dels av frivilliga bidrag som medlemsländerna själva beslutar om, och som i Sverige kanaliseras via Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida).

Anslaget används även för finansiering av Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

### Regeringens överväganden

Sveriges medlemsavgift till WHO beräknas 2010 uppgå till ca 5 miljoner amerikanska dollar. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll uppgår 2010 till ca 61 000 amerikanska dollar.

Anslaget tillfördes 9 miljoner kronor i 2009 års proposition om vårtilläggsbudget med anledning av att tilldelat anslag var otillräckligt med rådande dollarkurs.

**Tabell 4.12 Härlledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:5 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 665 000 kronor anvisas anslaget 2:5 *Bidrag till WHO* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor per år.

### 4.7.6 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

**Tabell 4.13 Anslagsutveckling för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder**

Tusental kronor

2008	Utfall	191 854	Anslags-sparande	25 610
2009	Anslag	254 653 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	268 402
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>208 454</b>		
2011	Beräknat	92 954		
2012	Beräknat	92 954		

<sup>1</sup> Inklusiva tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att finansiera insatser som förstärker folkhälsoarbetet inom angelägna områden.

### Regeringens överväganden

Medel från anslaget fördelas till nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med alkoholskadeförebyggande verksamhet och med stöd och hjälp till personer med missbruksproblem, till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, till insatser för att förebygga spelberoende, till Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens och till den fortsatta utvecklingen av skaderegistreringssystemet Injury Data Base.

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

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

Med anledning av utbrottet av influensa A (H1N1) och den efterföljande utvecklingen finns anledning att komplettera befintliga bered-

skapslager av antivirala läkemedel och antibiotika. Regeringen föreslår därför att anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* tillförs 46 miljoner kronor i hösttilläggsbudgeten för 2009.

Regeringen avser att under hösten 2009 lämna en proposition om politiken för den ideella sektorn, i vilken föreslås att det fr.o.m. 2010 genomförs ett tioårigt forskningsprogram om det civila samhället (se utgiftsområde 17, avsnitt 15.4.3). För att bidra till finansieringen av forskningsprogrammet föreslås att anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* minskas med 199 000 kronor för att tillföras anslaget 13:6 *Insatser för den ideella sektorn* under utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid.

**Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>208 653</b>	<b>208 653</b>	<b>208 653</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-199	-115 699	-115 699
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>208 454</b>	<b>92 954</b>	<b>92 954</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 208 454 000 kronor anvisas under anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 92 954 000 kronor per år.

#### 4.7.7 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

**Tabell 4.15 Anslagsutveckling för 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder**

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	År	Utfall	Belopp
2008	Utfall	224 929	2008	Anslags-sparande	4 803
2009	Anslag	256 757 <sup>1</sup>	2009	Utgifts-prognos	250 557
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>256 757</b>			
2011	Beräknat	71 757			
2012	Beräknat	71 757			

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

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

#### Regeringens överväganden

Arbetet med att minska alkoholkonsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bör fortsätta. En minskad alkoholkonsumtion förbättrar folkhälsan och minskar många sociala problem. Våldsbrott och övergrepp hänger ofta samman med alkoholkonsumtion. Narkotika och dopningsmedel hotar individers hälsa, livskvalitet och trygghet. Nyrekrytering till missbruk måste motverkas. De särskilda alkohol- och narkotikapolitiska satsningarna bör därför fortsätta även 2010. Även tobakspreventiva insatser kan finansieras inom anslaget.

**Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>256 757</b>	<b>256 757</b>	<b>256 757</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut		-185 000	-185 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>256 757</b>	<b>71 757</b>	<b>71 757</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 256 757 000 kronor anvisas under anslaget 2:7 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 71 757 000 kronor per år.

#### 4.7.8 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

**Tabell 4.17 Anslagsutveckling för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008	Utfall	148 062		-1 743
2009	Anslag	145 607 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	140 391
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>145 502</b>		
2011	Beräknat	145 502		
2012	Beräknat	145 502		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget ändamål är att finansiera insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids, t.ex. sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Anslaget är främst avsett att användas för bidrag enligt förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar samt bidrag som fördelas enligt en årlig överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Därutöver kan medel användas till finansiering av insatser på nationell nivå och till övergripande samordning och uppföljning m.m. För 2010 avsätts medel för att bidra till kostnader för personal vid det Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll (ECDC) för rätt till primärvård inom Stockholms läns landsting till samma kostnad som övriga bosatta inom landstinget erbjuds.

#### Regeringens överväganden

Regeringen avser att under hösten 2009 lämna en proposition om politiken för den ideella sektorn, i vilken föreslås att det fr.o.m. 2010 genomförs ett tioårigt forskningsprogram om det civila samhället (se utgiftsområde 17, avsnitt 15.4.3). För att bidra till finansieringen av forskningsprogrammet föreslås anslaget 2:8 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* minska med 105 000 kronor för att tillföras anslaget 13:6 *Insatser för den ideella sektorn* under utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid.

**Tabell 4.18 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>145 607</b>	<b>145 607</b>	<b>145 607</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-105	-105	-105
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 145 502 000 kronor anvisas anslaget 2:8 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 145 502 000 kronor per år.

#### 4.7.9 2:9 Insatser för vaccinberedskap

**Tabell 4.19 Anslagsutveckling för 2:9 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008	Utfall	85 000		215 515
2009	Anslag	85 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	83 500
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>85 000</b>		
2011	Beräknat	85 000		
2012	Beräknat	85 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

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

#### Regeringens överväganden

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

**Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivå 2010–2012, för 2:9 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 85 000 000 kronor anvisas anslaget 2:9 *Insatser för vaccinberedskap* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 85 000 000 kronor per år.

#### 4.8 Övrig statlig verksamhet

Systembolaget AB är ett av staten helägt företag. Verksamheten omfattar detaljhandelsförsäljning av spritdrycker, vin och starköl. Systembolagets uppdrag är att bidra till att begränsa medicinska och sociala alkoholskador och därigenom förbättra folkhälsan. Koncernens verksamhet bedrivs i Systembolaget AB och de helägda dotterbolagen Lagena Distribution AB, IQ-initiativet AB samt AB K14 Näckströmsgatan.

Systembolaget sålde 417 (405)<sup>5</sup> miljoner liter alkohol drycker under 2008. Det är en ökning med 3,1 procent jämfört med 2007. Volymökningen hänförs sig främst till varugrupperna vin och öl som ökade med 4,4 respektive 2,5 procent. Spritförsäljningen minskade med 1,0 procent.

Moderbolagets omsättning ökade under 2008 med 5,4 procent till 21 296 (20 211) miljoner kronor. Resultatet före skatt uppgick till 833 (366) miljoner kronor. Resultatförbättringen utgörs i allt väsentligt av resultatet från försäljningen av Systembolaget Fastigheter AB.

Systembolaget hade vid årsskiftet 411 (411) butiker i 288 av Sveriges 290 kommuner. I slutet av 2008 hade 332 (292) av dessa butiker själv-

betjäning. Vid samma tidpunkt hade Systembolaget också 511 (540) ombud där kunderna kan beställa varor för avhämtning.

Under 2008 lanserades totalt cirka 1 828 (1 450) nyheter i sortimentet. Dessutom lanserades ytterligare 819 (780) artiklar, i små kvantiteter i högre prislägen, i bolagets tre vinkällarbutiker.

Den totala alkoholkonsumtionen mätt i liter ren alkohol per person 15 år och över minskade med cirka 3 procent under 2008 till 9,54 (9,85)<sup>6</sup>. Samtidigt ökade Systembolagets försäljning under samma period med 3,1 procent. Av den totala alkoholkonsumtionen har den andel av alkoholdryckerna vilka införskaffats på Systembolaget ökat till 57 (54) procent under 2008.

Systembolagets Fastigheter AB, med dess 102 butiksfastigheter, avyttrades till Nordisk Areal I AS per 2008-03-31. Koncernens realisationsresultat från försäljningen uppgick till 573 miljoner kronor. Butikerna är fortsatt hyresgäst i fastigheterna efter försäljningen. På en extra bolagsstämma 2008-11-24 beslutades om en extra utdelning på 573 miljoner kronor.

**Tabell 4.21 Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren**

Miljoner kronor

	2008	2007	2006	2005	2004 <sup>1</sup>
Nettoomsättning	21 296	20 211	19 039	18 083	17 708
Resultat efter finansiella poster	833	366	602	513	240
Eget kapital	2 069	2 163	2 071	1 989	1 749
Räntabilitet på eget kapital <sup>2</sup>	36,6	13,9	20,6	17,7	11,5
Medeltalet årsanställda	3 232	3 049	3 026	2 960	3 127
Arbetsproduktivitet <sup>3</sup>	798	775	766	743	708
Lageromsättningshastighet <sup>4</sup>	23,2	22,3	21,3	20,5	19,9

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

<sup>2</sup> Resultat efter schablonskatt i procent av justerat eget kapital vid årets början.

<sup>3</sup> Antal hanterade arbetsenheter (förpackningar efter viktning per varugrupp) per dagsverke (8 timmar).

<sup>4</sup> Omsättningen dividerad med genomsnittligt lagervärde till försäljningspris.

<sup>5</sup> Uppgifterna inom parentes avser motsvarande data för 2007.

<sup>6</sup> Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, SoRAD.

**Tabell 4.22 Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måluppfyllelse**

Perspektiv	Strategiska nyckeltal	2008	2007	2006	2005	2004	Målnivå 2010	Målnivå 2007	Målnivå 2006
Samhälle	Opinionsindex	64	61	57	55	53	60	57	57
	Ålderskontroll, procent <sup>1</sup>	90	85	88	89	84	93	90	88
Kund	Nöjd-Kund-Index (NKI)	77	5	74	73	72	75	74	74
Medarbetare	Nöjd-Medarbetare-Index (NMI)	74	72	70	70	69	73	71	70
Finansiellt	Handelsmarginal exkl. alkoholskatt (moderbolaget), procent	22,6	23,1	24,3	25,5	25,2	23,0	23,3	24,3

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



## 5 Handikappolitik

### 5.1 Omfattning

Den del av handikappolitiken som ryms inom detta område omfattar i huvudsak generella sektorsövergripande insatser som genomförs för att undanröja hinder för full delaktighet i samhället, insatser för att bekämpa diskriminering och insatser som ger barn, unga och vuxna med funktionsnedsättning en möjlighet att leva ett självständigt liv. Individuella stödinsatser för personer med funktionsnedsättning, som är ett komplement till de generella, är också viktiga insatser för att nå de handikappolitiska målen. Dessa redovisas delvis inom området Stöd till personer med funktionsnedsättning (avsnitt 6) men även inom andra områden som t.ex. Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.

Handikappolitik är sektorsövergripande och ett gemensamt ansvar för alla politikområden. Regeringens politik inom området samordnas inom Socialdepartementet. Mer utförliga redogörelser för regeringens handikappolitik finns inom respektive utgiftsområde.

#### *Statliga bidrag och förvaltningskostnader*

Inom området Handikappolitik redovisas bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning (anslag 3:2) och bidrag till handikapporganisationer (anslag 3:3). Området omfattar också Myndigheten för handikappolitisk samordnings förvaltningskostnader (anslag 3:1).

Inom området ryms även vissa statliga bidrag till Hjälpmedelsinstitutet (HI) som är ett nationellt kunskapscentrum inom hjälpmedelsområdet. HI är en allmännyttig ideell förening med Sveriges Kommuner och Landsting och staten som huvudmän.

#### *Utgifter*

För de anslag som ryms inom området Handikappolitik föreslås statens utgifter för 2010 uppgå till 330 miljoner kronor.

### 5.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2009 till 2012 beräknas utgifterna för området Handikappolitik minska med 5 miljoner kronor. Utgifterna inom området beräknas 2009 till cirka 333 miljoner kronor. Det överensstämmer med för året anvisade medel. Även utgifterna för 2008 överensstämmer med anvisade medel.

**Tabell 5.1 Utgiftsutveckling Handikappolitik**

Miljoner kronor

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
<i>Handikappolitik</i>						
3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning <sup>2</sup>	19	20	19	20	20	21
3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med <sup>3</sup> funktionsnedsättning	130	130	130	127	125	125
3:3 Bidrag till handikapporganisationer <sup>4</sup>	184	184	184	183	183	183
<b>Summa Handikappolitik</b>	<b>333</b>	<b>333</b>	<b>333</b>	<b>330</b>	<b>328</b>	<b>328</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

<sup>3</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

<sup>4</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 4:3 Bidrag till handikapporganisationer

### 5.3 Mål

Målen för handikappolitiken är

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

Arbetet ska inriktas särskilt på

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Målen beslutades av riksdagen i december 2009 (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09SoU:1, rskr. 2008/09:127) men är identiska med de mål som riksdagen beslutade om i samband med att den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare – antogs av riksdagen (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240). Planen sträcker sig fram till 2010.

De handikappolitiska målen är sektorsövergripande och därför integrerade även i andra utgiftsområden.

### 5.4 Resultatredovisning

Redovisningen görs i förhållande till gällande mål, där arbetet inriktas på att genom olika generella insatser identifiera och undanröja hinder och att förebygga och bekämpa diskriminering. Ansvaret för arbetet inbegriper i stort sett alla samhällsområden. De individuella stöden som kompletterar de generella stöden redovisas i avsnitt 6.

Arbetet för att nå målen har bl.a. utförts genom att handikapperspektivet lyfts fram i relevanta lagförslag och på annat sätt inom olika områden, genom uppdrag till myndigheter, genom olika överenskommelser och stimulansbidrag samt genom föreskrifter och förordningar. Det sektorsövergripande handikappolitiska arbetet baseras på den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240).



### 5.4.1 Resultat

Avsnittet delas in i tre delar; Arbetet med den nationella handlingsplanen, där grunderna för arbetet redovisas, Identifiera och undanröja hinder samt Förebygga och bekämpa diskriminering.

#### Arbetet med den nationella handlingsplanen

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken omfattar ett stort antal delmål och åtgärder som ska genomföras. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) och sektorsmyndigheter har ett särskilt ansvar att driva på arbetet. Handikappolitiken har en viktig opinionsbildande och pådrivande roll. För att skynda på arbetet inom några särskilt angelägna områden har regeringen även beslutat om en strategi – Enkelt avhjälp – för genomförandet av tillgänglighetsmålen inom dessa områden.

#### *Handisam samordnar och driver på arbetet*

Handisam ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella handikappolitiken. Myndigheten ansvarar för den övergripande handikappolitiska samordningen och stödjer, stimulerar och förmår aktörer på olika nivåer i samhället att beakta de handikappolitiska målen i sin verksamhet. Handisam ska integrera ett mångfaldsperspektiv i sitt arbete. Man har också en viktig roll i arbetet med att följa upp och ge en samlad bild av utvecklingen inom hela det handikappolitiska området.

Handisam har under 2008 fått tre strategiska regeringsuppdrag som ska ge nya verktyg i uppföljningsarbetet och därigenom göra det möjligt att kunna bedöma resultatet av tillgänglighetsarbetet, också för den enskilde medborgaren. Dessa uppdrag avser

- att genomföra öppna jämförelser av tillgängligheten i staten,
- att ta fram förslag på indikatorer för att göra öppna jämförelser i kommuner, och
- att utreda om en samordning av lokala tillgänglighetsdatabaser behövs och hur det i så fall kan genomföras.

Handisam ska också i samverkan med sektorsmyndigheterna ta fram en struktur för hur en samlad utvärdering av den handikappolitiska

utvecklingen ska kunna genomföras. Dessutom ska man stödja landstingens och kommunernas tillgänglighetsarbete genom att utveckla och förankra metoder för uppföljning.

*Sektorsmyndigheterna genomför handikappolitiken*  
De fjorton särskilt utvalda sektorsmyndigheterna (se budgetpropositionen för 2007, utgiftsområde 9) har i uppdrag att genomföra handikappolitiken inom sin sektor. Sektorsmyndigheterna har själva tagit fram etappmål för arbetet. Under året har sektorsmyndigheterna fått i uppdrag att samlat rapportera det arbete som utförts inom ramen för den nationella handlingsplanen.

*En strategi för ökad tillgänglighet – Enkelt avhjälp*  
Enkelt avhjälp är en strategi för att skynda på genomförandet av tillgänglighetsmålen i handlingsplanen fram till 2010 inom områdena enkelt avhjälpna hinder, tillgänglig kollektivtrafik och tillgänglig statsförvaltning. Strategin beslutades den 25 september 2008. I det strategiska arbetet har Sveriges Kommuner och Landsting en central roll att verka för att kommuner blir tillgängliga. Strategin har därför tagits fram i samråd mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Några exempel på insatser i strategin är följande:

- Sveriges Kommuner och Landsting ska stimulera tillgänglighetsarbetet genom att främja informationsutbyte mellan kommuner och framhålla vikten av tillgänglighet i olika sammanhang. I samverkan med Handisam kommer man att stödja och inspirera kommunernas initiativ och planer på tillgänglighetsområdet genom t.ex. nätverksträffar. I samarbete med Boverket kommer Sveriges Kommuner och Landsting också att kunna erbjuda riktade fördjupningsutbildningar för dem som särskilt arbetar med tillgänglighetsarbete.
- Preciserade byggregler för tillgänglighet gäller från den 1 juli 2008. Boverket intensifierade sina informationsinsatser under hösten 2008 och Boverket och Sveriges Kommuner och Landsting får 12 miljoner kronor för gemensam uppsökande informationsverksamhet under 2009–2010. Nya föreskrifter om certifiering av sakkunniga i tillgänglighet färdigställs under 2009.

- Regeringen avsätter 150 miljoner kronor 2009–2010 för att påskynda arbetet med att tillgänglighetsanpassa järnvägsstrukturen (se mer nedan). Banverket och Vägverket får i uppdrag att definiera hur man ska utvidga det prioriterade nätverket från och med 2010. Ett system för assistans av personer med funktionsnedsättning ska tas fram och byggas ut vid järnvägsstationer. Det ska vara klart i slutet av 2009.

#### *Handlingsplanen ska följas upp*

Den nationella handlingsplanen följs upp i skrivelser till riksdagen. En första redovisning lämnades i december 2002 (skr. 2002/03:25) och en andra i mars 2006 (skr. 2005/06:110). Förberedelser för en sista uppföljning pågår inom Regeringskansliet. Inför uppföljningen har regeringen bl.a. beslutat om följande uppdrag:

- Statskontoret ska utvärdera och följa upp det samlade arbetet med den nationella handlingsplanen för handikappolitiken.
- Alla sektorsmyndigheter ska lämna en redovisning som omfattar en beskrivning av utvecklingen inom respektive myndighets sektorsansvar i förhållande till de egna målen samt en bedömning av fortsatta behov och prioriteringar inom respektive sektor.
- Handisam ska samordna och sammanställa sektorsmyndigheternas rapporter samt göra en samlad analys av de redovisade resultaten i förhållande till de handikappolitiska målen.
- Länsstyrelserna ska inom områdena kulturmiljö, naturvård, plan- och byggnadsväsendet, hållbar samhällsplanering samt kommunikationer sammanfatta de insatser som genomförts för att göra länet tillgängligt för personer med funktionsnedsättning samt analysera utvecklingen av tillgängligheten i länets kommuner de senaste åren, hur läget ser ut och hur kommuner och landsting avser att arbeta vidare med frågorna.

Statskontorets rapport kommer tillsammans med sektorsmyndigheternas samlade analyser att utgöra basen för utvärderingen av måluppfyllelsen och utgöra en viktig grund för analys och kommande politik.

För området handikappolitik saknas nyckeltal samt kvalitativa och kvantitativa indikatorer. Handisam har under året påbörjat ett arbete med att utveckla ett system för indikatorer för mätning av utvecklingen inom politikområdet (se avsnittet *Analys och slutsatser*).

I den kommande skrivelsen kommer resultatet av arbetet med handlingsplanen att redovisas mer ingående. Den redovisning som sker av resultat inom detta avsnitt begränsas till några få men centrala områden.

#### **Identifiera och undanröja hinder**

Bristande tillgänglighet i samhället leder till att personer med funktionsnedsättning inte har samma möjligheter som andra att vara delaktiga i samhället. Därför är det en central del i det handikappolitiska arbetet att fortsätta arbetet med att tillgängliggöra samhället. Planerare, informatörer och administratörer måste utgå från det faktum att människor har olika förutsättningar och att en funktionsnedsättning är en av flera variationer hos en befolkning. I handlingsplanen finns tydliga mål för tillgängligheten som bör vara uppfyllda under 2010.

#### *Ökad tillgänglighet i kollektivtrafiken*

Riksdagen har beslutat att ett av målen för kollektivtrafiken ska vara att den bör vara användbar för personer med funktionsnedsättning före utgången av 2010.

Resultatet av det arbete som pågår för att åstadkomma detta är att det sker kontinuerliga förbättringar som omfattar alla trafikslag inom kommunal, statlig och privat verksamhet. Ett exempel på detta är att cirka 50 procent av bussar i länstrafik har läggolv och automatiska hållplatsutrop. Under 2008 har antalet bussar med inbyggd ramp eller hissordning ökat så att cirka 50 procent av samtliga bussar har detta. Det kan dock konstateras att tillgänglighetsarbete går olika fort inom de skilda delarna av kollektivtrafiken och att vissa delar släpar efter.

Regeringen har avsatt 150 miljoner kronor under åren 2009–2010 för att skynda på arbetet med att tillgänglighetsanpassa järnvägssektorn (se den s.k. närtidssatsningen i BP 09, utgiftsområde 22).

EU-förordningar inom transportområdet kommer att bidra till att stärka rätten till fri rörlighet mellan länder men även inom länder. En förordning som gäller passagerarrättigheter för personer med funktionsnedsättning inom flyget har trätt i kraft [förordning (EG) nr 1107/2006] och från och med december 2009 gäller även passagerarrättigheter för järnvägen [förordning (EG) nr 1371/2007]. Dessa förordningar innebär att personer med funktionsnedsättning bl.a. får rätt till assistans i samband med flyg och järnvägsresor.

För järnvägen finns sedan 2008 förordningsliknande föreskrifter (s.k. TSD) som reglerar hur järnvägsstationer och fordon ska tillgänglighetsanpassas inom EU.

Utförligare redovisning finns inom utgiftsområde 22.

#### *Systematiskt tillgänglighetsarbete pågår i många kommuner*

Flera av landets kommuner har börjat systematisera sitt tillgänglighetsarbete för att öka medborgarnas information om tillgängligheten i olika lokaler, verksamheter och platser inom kommunen. Det görs också för att skapa en plattform för informations- och erfarenhetsutbyte inom kommunen då frågan om tillgänglighet och användbarhet skär genom många olika politiska ansvarsområden.

En ny modell har nu utvecklats för att kunna jämföra den fysiska tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning i kommuner och landsting. Den har utvecklats i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting, Handisam och Västra Götalandsregionen samt åtta pilotkommuner (Botkyrka, Falun, Kalmar, Lund, Norrköping, Strängnäs, Västerås och Umeå). I modellen redogörs för den fysiska tillgängligheten inom tio områden: socialtjänstkontor, idrotts- och sportanläggning, huvudbibliotek, fullmäktigesal, badhus eller simhall, grundskolor, stadspark eller promenadstråk, terminal, vårdcentral samt gångvägar.

#### *Statliga myndigheter som har handlingsplaner för tillgänglighet ökar*

Myndigheter under regeringen ska enligt en förordning (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken beakta de handikappolitiska målen när de utformar och bedriver sin verksamhet. Handisam har regeringens uppdrag att tillhandahålla riktlinjer, samt stödja och följa tillgänglighetsarbetet i staten.

Handisam genomför uppföljningar av myndigheternas handlingsplaner för att göra lokaler, verksamhet och information tillgängligare. Myndigheterna gör framsteg inom alla i tabell 5.2 redovisade områden jämfört med 2007 utom när det gäller kontakt med handikappörelsen. Där har det skett en tillbakagång.

**Tabell 5.2 Andelen myndigheter som har organiserat sitt tillgänglighetsarbete efter åtgärd, procent**

	2003	2004	2005	2007	2008 <sup>1</sup>
Har en färdig handlingsplan för hur lokaler, verksamhet och information ska bli tillgänglig	7	15	21	62	69
Har en skriftlig policy till grund för handlingsplanen	16	24	32	50	59
Har utsett ansvarig för att samordna arbetet med att förbättra tillgängligheten	38	46	54	66	76
Har etablerat kontakt med handikappörelsen i arbetet att göra myndigheten tillgänglig	21	27	30	38	30

Källa: Rapport från Handisam om 2008 års uppföljning av statsförvaltningens tillgänglighetsarbete

Våren 2009 redovisades för första gången s.k. öppna jämförelser av tillgänglighetsarbetet i staten. Jämförelsen visar tydligt att olika myndigheter och sektorer kommit olika långt i arbetet för att nå tillgänglighet och att det finns en stor variation i hur väl olika besöks- och informationsintensiva myndigheter lever upp till kraven på tillgänglighet.

Redovisningen av öppna jämförelser har fått ett stort genomslag vilket ger en positiv signal om att jämförelserna kan komma att fungera som instrument för tillgängligare myndigheter.

#### *Indikatorer visar att arbetet ger resultat*

Handisam har sammanställt statistik som sektorsmyndigheter och andra aktörer tagit fram. Utifrån statistiken har Handisam presenterat indikatorer på den handikappolitiska utvecklingen inom ett antal olika sektorer. I årsredovisningen för 2008 redovisar Handisam att man utifrån dessa indikatorer kan se att mycket arbete görs och att flera aktörer arbetar för att öka tillgängligheten i samhället. Däremot har inte arbetet gjorts i tillräckligt hög takt och man har inte nått så långt som hade varit önskvärt.

#### *Tillgång till kulturen*

Kulturrådet är en av sektorsmyndigheterna. Myndigheten har i januari 2009 genomfört en enkätundersökning som visar att det pågår ett omfattande arbete för att öka tillgängligheten.

Enkäten skickades till ett urval regionala kulturinstitutioner, fria teatergrupper etc. Cirka hälften av institutionerna, som svarat, prioriterar arbetet med ökad tillgänglighet i hög eller ganska hög utsträckning. Två av tre institutioner har en handlingsplan för ökad tillgänglighet. En tredjedel av de tillfrågade planerar att under 2009 genomföra arrangemang där man kommer att erbjuda textning, syn- eller teckentolkning.

Utförligare redovisning finns inom utgiftsområde 17.

#### *IT:s utveckling skapar nya möjligheter*

Flera konkreta exempel på hur IT skapar nya möjligheter till delaktighet och självständighet finns i projektet teknik för döva och hörselskadade som genomförs i ett samarbete med Post- och telestyrelsen (PTS) och Hjälpmedelsinstitutet. Bildtelefoni.net drivs av Tolkcentralen i Örebro på uppdrag av PTS. Tjänsten erbjuder teckenspråksanvändare med tillgång till bildtelefon, 3G-telefon eller webbklient att kommu-

nicera med hörande personer. En hörande person och en teckenspråkig person som befinner sig på samma plats kan även ringa upp bildtelefon.net via en vanlig 3G-telefon och på distans få tolkhjälp för att kunna kommunicera med varandra (tolken på fickan). Genom PTS:s försöksverksamhet, Sign on site, kan en teckenspråkskunnig person nå en tolk på distans via en bildskärm. 2008 förmedlades drygt 99 000 telefonsamtal där en teckenspråkig ville ringa till en hörande eller vice versa. Ca 25 000 telefonsamtal förmedlades via tolken på fickan, dvs. mobiltelefon.

#### *Tillträde till arbetsmarknaden*

Cirka 900 000 personer i åldern 16–64 år hade en funktionsnedsättning i slutet av 2008 enligt Arbetsförmedlingens (Af) och Statistiska centralbyråns (SCB) rapport Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008. Cirka en halv miljon av dessa personer bedömde att funktionsnedsättningen också ledde till nedsatt arbetsförmåga. Över hälften av dem med nedsatt arbetsförmåga återfanns i åldersgruppen 50–64 år.

Enligt nämnda rapport uppgick arbetslösheten för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga till cirka 9,1 procent 4:e kvartalet 2008. För befolkningen totalt var arbetslösheten 4,9 procent. Andelen sysselsatta för befolkningen totalt var 75 procent och för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga 50 procent, vilket ligger på ungefär samma nivå som tidigare år.

Utvecklingen under 2000-talet visar enligt Af och SCB, att personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga har haft lika stor eller en större andel i arbetskraften som personer som inte har någon funktionsnedsättning. Det talar enligt myndigheterna för att funktionsnedsättningen i sig inte är något som påverkar deltagande i arbetskraften eller sysselsättningsgraden. Det som har betydelse är om funktionsnedsättningen medför att arbetsförmågan är nedsatt eller inte.

Inom arbetsmarknadsområdet finns det flera särskilda åtgärder som är riktade till personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga för att underlätta möjligheten till arbete och inträde på arbetsmarknaden.

Regeringen har under 2009 även genomfört ett flertal reformer inom arbetsmarknadspolitikerna för att bryta utanförskapet och öka

sysselsättningen. Stöd till arbetshjälpmedel som lämnas till anställda, företagare eller deltagare i arbetsmarknadspolitiska program har höjts till högst 100 000 kronor per år (tidigare 50 000 kronor). Stöd för personligt biträde har höjts till högst 60 000 kronor per år för anställda (tidigare 50 000 kronor) och till högst 120 000 kronor per år för företagare (tidigare 100 000 kronor).

Arbetsförmedlingen är sektorsmyndighet och redovisar, mot de etappmål som myndigheten satt upp, att sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga inte ökat sedan 2000 i förhållande till den övriga arbetskraften. Personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har varit prioriterade till arbetsmarknadsutbildningar och förberedande utbildningar. De som har behov av stöd och anpassning i arbetet får även dessa behov tillgodosedda i ökad utsträckning. Totalt sett uppger över 80 procent av de som har behov av någon åtgärd för att kunna arbeta att de får den hjälp de behöver. De behov som framför allt finns enligt Af:s och SCB:s rapport Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008 är anpassad arbetstid och anpassat arbetstempo. Anpassningen är som allra störst när det gäller arbetstiden, där nära 90 procent av dem som har behov av anpassning också har fått det.

Under 2008 noteras en mer dämpad utveckling av antalet deltagare i olika sysselsättningsinsatser jämfört med de närmast föregående åren. Undantaget är trygghetsanställningarna som fortsatt att öka. Trygghetsanställningar vänder sig till en målgrupp som behöver en större anpassning i arbetssituationen och ett mer långsiktigt stöd än vad som ges med lönebidrag.

Under 2008 har stöden till arbetshjälpmedel på arbetsplatsen och stöd till personligt biträde ökat jämfört med de två föregående åren. Under 2008 ökade även antalet personer som fick del av stödet särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS). Insatsen utgörs av en SIUS-konsulent som går in och ger stöd inför en anställning.

Av samtliga personer som har en funktionsnedsättning har 12 procent upplevt någon form av diskriminering på grund av sin funktionsnedsättning enligt Af:s och SCB:s rapport Funktionshindrades situation på arbets-

marknaden – 4:e kvartalet 2008. Motsvarande andel hos personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är 22 procent.

Anställningar med stöd till personer med funktionsnedsättning präglas av en ojämn könsfördelning. Det är 60 procent män och 40 procent kvinnor både när man tittar på de olika anställningarna sammantaget och när man tittar närmare på den dominerande anställningen, anställning med lönebidrag. Allra mest ojämn är fördelningen när det gäller skyddat arbete hos offentliga arbetsgivare (OSA), där mindre än 30 procent är kvinnor. Det är flest kvinnor som får del av arbetshjälpmedel och även bland de relativt få som får det särskilda stödet till start av näringsverksamhet är majoriteten kvinnor. Däremot är det manlig majoritet när det gäller både personligt biträde och SIUS.

Utförligare redovisning finns inom utgiftsområde 14.

#### *Utbildning för alla*

Ett utbildningssystem som skapar goda förutsättningar för alla elever är grunden för delaktighet i samhället. Under 2008 har arbetet med att reformera och utveckla det offentliga utbildningsväsendet i sina olika delar fortsatt. Det handlar bl.a. om att införa tydliga mål, att skapa goda förutsättningar för måluppfyllelse i alla skolformer och att tillhandahålla ändamålsenligt stöd anpassat till elevens behov. Viktiga delar i detta arbete är införandet av nya kursplaner och framtagandet av en ny skollag. Syftet är att kunna erbjuda en likvärdig utbildning av hög kvalitet i alla skolformer.

Den 1 juli 2008 bildades en ny myndighet, Specialpedagogiska skolmyndigheten, med samlat ansvar för specialpedagogiskt stöd och specialskolan. En gemensam myndighet ökar tydligheten för elever, vårdnadshavare och huvudmän när det gäller statens stöd i specialpedagogiska frågor. Utförligare redovisning finns inom utgiftsområde 16.

#### **Förebygga och bekämpa diskriminering**

För att uppnå en samhällsgemenskap med mångfald, full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor är det viktigt att förebygga och bekämpa diskriminering på grund av

funktionsnedsättning, liksom att göra diskriminerande strukturer synliga.

Under 2008 fanns fyra lagar om förbud mot diskriminering på grund av funktionsnedsättning;

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

Statens skolverk fick 2006 ett uppdrag om diskriminering som bl.a. omfattade en inventering av den fysiska tillgängligheten till lokaler för elever med funktionsnedsättning i grund- och gymnasieskolan. Skolverket presenterade i oktober 2008 rapporten Tillgänglighet till skolans lokaler och valfrihet för elever med funktionsnedsättning. Av rapporten framgår att det i många skolor förekommer brister som kan försämra förutsättningarna för skolgång och val av skola för elever med funktionsnedsättning. Skolverket noterar en positiv utveckling i skolans fysiska tillgänglighet, men konstaterar samtidigt att kunskapen om hur man kan arbeta med tillgänglighet är fortsatt låg hos huvudmän och personal. Av den anledningen har regeringen gett Specialpedagogiska skolmyndigheten ett uppdrag om fysisk tillgänglighet (se politikens inriktning).

Handikappombudsmannen (HO) har fram till den 1 januari 2009 haft till uppgift att enligt lagen (1994:749) om Handikappombudsmannen (LHO) bevaka frågor som rör rättigheter och intressen för personer med funktionsnedsättning. HO:s arbete har främst rört tillsyn av och information om diskrimineringslagstiftningen. HO har under 2008 genom handläggning av ärenden, juridisk rådgivning och i informationsverksamhet verkat för att förebygga och bekämpa diskriminering. Anmälningar enligt diskrimineringslagstiftningen har ökat 2008 jämfört med 2007 – 276 respektive 225 ärenden. Ökningen gäller inom alla lagstiftningsområden utom det som rör lika-behandling av studenter i högskolan.

Av diskrimineringslagarna framgår att HO i första hand ska försöka förstå den som är anmäld att frivilligt följa lagarna. Två ärenden har under året avslutats med dom och fem genom att HO uppnått förlikningar. Tjugotvå ärenden har avslutats efter att en lösning uppnåtts. Det kan t.ex. handla om en förlikning med hjälp av fackliga organisationer. Det kan också handla om att situationen har löst sig på annat sätt, till exempel genom att en anmäld rutin har förändrats.

**Tabell 5.3** Fördelning av anmälningsärenden under 2004-2008 per lag och totalt antal anmälningsärenden per år

	FUDA	LBL	DFL	BEL	LHO	Totalt
2004	81	12	57	–	121	271
2005	79	18	124	–	1 490	1 711
2006	97	9	86	24	308	524
2007	85	16	94	30	788	1 013
2008	95	12	124	45	625	901

Källa: Handikappombudsmannen

Totalt har antalet anmälningsärenden till HO sjunkit något under 2008 jämfört med 2007, från 1 013 till 901 anmälningar. Antalet anmälningar är dock högt jämfört med 2006. Det beror på de två massanmälningsaktioner som genomförts av handikapporganisationerna under de senaste två åren. Majoriteten av massanmälningarna rör otillgängliga byggnader och bristande tillgång till teckenspråkstolk. Dessa områden omfattas inte av diskrimineringslagstiftningen. Ärendena har därför avslutats utan utredning och ibland med hänvisning till respektive ansvarig tillsynsmyndighet.

Det är svårt att utifrån insamlade faktauppgifter värdera på vilka områden diskriminering upplevs som mest påtagligt för en person med funktionsnedsättning. De massanmälningar som gjorts i kampanjsyfte under de senaste åren visar att otillgängliga lokaler och miljöer är ett område där de som deltagit i kampanjerna upplevt att det finns stora problem. Det är heller inte ovanligt att en diskriminerande handling kan hänföras till mer än en diskrimineringsgrund, såsom funktionsnedsättning i kombination med etnisk härkomst och/eller homosexualitet.

Resultatet redovisas mer ingående under utgiftsområde 13, Integration och jämställdhet. Från och med den 1 januari 2009 har diskrimineringslagarna förts samman i en lag, diskrimineringslagen (2008:567). Den nya Diskrimi-

neringsombudsmannen har tillsyn över lagen. Regler om kränkande behandling av barn och elever har förts över till skollagen.

#### *Attityduppdraget*

Människors syn på och attityder till personer som har en funktionsnedsättning påverkar inriktningen på olika insatser. Det sker när värderingar och personliga erfarenheter styr innehållet i avgörande beslut som tas inom områden som har betydelse för personer som har en funktionsnedsättning. Attityder, värderingar och fördomar kan här leda till diskriminering, stigmatisering och ett ovärdigt bemötande. Det får till följd att människor inte blir insläppta i olika sammanhang, t.ex. på arbetsmarknaden.

Sverige har nyligen tillträtt FN:s internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Konventionsstaterna åtar sig bl.a. att vidta åtgärder för att höja medvetandet om personer med funktionsnedsättning och för att bekämpa stereotypa uppfattningar och fördomar. Regeringen har bl.a. därför beslutat om ett nationellt övergripande och brett Attityduppdrag för att genom förändrade attityder motverka fördomar, diskriminering och stigmatisering och därmed främja respekten för människor med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) ansvarar ytterst för att utforma och driva programmet men det ska ske i nära samarbete med nätverket Nationell Samverkan för Psykisk hälsa (NSPH).

### 5.4.2 Analys och slutsatser

#### *Bättre metoder och indikatorer för uppföljning*

Det genomförs ett stort antal viktiga insatser av flera aktörer på många olika nivåer i samhället inom det handikappolitiska området. Detta behöver synliggöras och lyftas fram. För området handikappolitik, liksom för många andra områden, är dock bristen på mätbara mål, kvalitativa och kvantitativa indikatorer och nyckeltal en utmaning. De samlade resultaten av allt vad som görs kan inte återspeglas i resultatuppföljningar och jämförelser som görs för att bedöma den handikappolitiska utvecklingen. För att överbrygga avgörande luckor i statistikförsörjningen har därför Myndigheten

för handikappolitisk samordning (Handisam) påbörjat ett arbete med att utveckla ett system för indikatorer för mätning av utvecklingen inom politikområdet och de olika uppföljningssystemen börjar alltmer ta form.

En tillförlitlig analys av resultaten av mätningarna ställer höga krav på systematisk datainsamling och möjlighet till långsiktiga jämförelser. De insatser som genomförts under 2008 för att ta fram mätbara indikatorer har visat att det finns brister i dataunderlaget och att det på vissa områden saknas relevant statistik. Till exempel behöver statistiken över barn och unga med funktionsnedsättning utvecklas. Analyser kan sannolikt genomföras utifrån tillgängliga data, och med mindre anpassningar av befintliga nationella undersökningar skulle även fler jämförelser kunna göras vad gäller personer med funktionsnedsättning.

Ytterligare en viktig aspekt är att finna indikatorer kring den egna upplevelsen av möjlighet till delaktighet bland personer med funktionsnedsättning.

Ett par andra centrala frågor är dels hur de generella stöden ska förhålla sig till de individuella som riktas till personer med funktionsnedsättning (se även avsnitt 6.4.2), dels hur den demografiska utvecklingen med allt fler äldre personer kan påverka samhällets planering och utformning.

#### *Tillgänglighetsarbetet går framåt men behöver skyndas på*

Många av de insatser som görs för att göra samhället tillgängligare för alla har generellt sett bidragit till att tillgängligheten ökat, även om det inte går att påvisa hur stora förändringarna är. Uppföljningar som Handisam gör hos statliga myndigheter visar att utvecklingen går för långsamt för att de uppsatta målen ska kunna nås fullt ut till 2010. Kulturrådet slår bl.a. fast att det finns åtskilligt mer att göra för att kulturlivet ska bli mer åtkomligt för personer med funktionsnedsättning. Den samlade bilden inom kollektivtrafiken är att inte heller där kommer man att nå målen helt till 2010.

Personer med funktionsnedsättning tvingas fortfarande ofta utnyttja särskilda stödåtgärder därför att tillgängligheten i vardagen brister. Särskilt kommunernas fortsatta arbete på området är centralt för att uppnå jämlikhet och delaktighet. Det är därför viktigt att följa kommunernas tillgänglighetsarbete framöver.

*Den tekniska utvecklingen ger möjligheter*

Den snabba teknikutvecklingen med en ökad tillgänglighet och användbarhet har på många sätt ökat möjligheten till delaktighet för fler människor. Tekniska lösningar som ett komplement till personlig service och tjänster skapar nya möjligheter till effektivisering och samordning och möjlighet för många fler att delta. För personer med funktionsnedsättning har den nya tekniken i stora stycken varit en revolution. En framtida utmaning är därför att säkerställa att ny teknik görs användarvänlig för den som har behov av tekniska lösningar för att kunna bli delaktig i samhället.

Den snabba IT-utvecklingen och användningen av Internet har också öppnat många nya vägar. För många personer med funktionsnedsättningar som tidigare behövde särskilda tjänster – inte sällan med höga kostnader – är det i dag möjligt att nyttja samma tjänster och information som andra. En fortsatt positiv utveckling inom detta område kräver dock att IT, digital information och tjänster organiseras utifrån ett genomtänkt och inkluderande perspektiv.

*Arbete*

Regeringen har genomfört ett stort antal reformer på arbetsmarknaden för att bryta utanförskap och öka sysselsättningen. En uppföljning visar att personer med funktionsnedsättning är prioriterade till arbetsmarknadsutbildningar och förberedande utbildningar. De som har behov av stöd och anpassning i arbetet får även dessa behov tillgodosedda i ökad utsträckning. Däremot har personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga svårt att vinna inträde på arbetsmarknaden. Det är i detta sammanhang viktigt att lyfta fram betydelsen av att arbets-situationen kan anpassas till den enskildes behov.

Riksrevisionen har bedömt att Samhall skulle behöva få till stånd en större variation i utbudet av arbetsuppgifter och i högre grad redovisa hur verksamheten kan anpassas för att tillgodose behoven hos målgruppen.

*Diskriminering och ratificering av FN-konvention*

Arbetet mot diskriminering är viktigt för att uppnå de handikappolitiska målen. Statistik visar att förekomsten av diskriminering på grund av funktionsnedsättning är ett problem, se tabell 5.3.

Sverige ratificerade FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning den 15 december 2008. Tidigare konventioner om mänskliga rättigheter gäller fullt ut även för människor med funktionsnedsättning. Den nya konventionen, som alltså inte tillför några nya rättigheter, är tillkommen för att undanröja hinder för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta sina mänskliga rättigheter.

**5.5 Revisionens iakttagelser**

Riksrevisionen som granskat årsredovisningen för Myndigheten för handikappolitisk samordning, har inte haft invändningar i myndighetens revisionsberättelse för 2008.

**5.6 Politikens inriktning**

Sverige ska vara ett öppet och modernt samhälle som bejakar olikheter och den mångfald som finns. Människor ska ges möjlighet att själva påverka de beslut som rör deras egna liv. Viktiga strategiska uppgifter för regeringen är att fortsätta arbeta för att bekämpa och förebygga diskriminering, att påverka fördomsfulla attityder och att verka för ett samhälle som är tillgängligt för alla som bor och verkar där. Regeringen ser bristande tillgänglighet som ett av de största hindren för att personer med funktionsnedsättning ska kunna delta i samhällslivet och prioriterar därför tillgänglighetsarbetet. Ytterligare en strategisk uppgift för att förbättra livsvillkoren för personer med funktionsnedsättning och skapa jämlikhet i levnadsvillkor är att ge människorna förutsättningar att bestämma över sitt eget liv. Se även under området Stöd till personer med funktionsnedsättning.

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79) kommer även under det kommande året att utgöra den huvudsakliga grunden för regeringens politik. Sveriges ratificering av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning innebär att Sverige åtar sig att med utgångspunkt från konventionen fortsätta arbeta för att stärka de



rättigheter och intressen som personer med funktionsnedsättning har. De grundläggande principerna i konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är icke-diskriminering, jämlika möjligheter, självbestämmande samt delaktighet och inkludering. Konventionen understryker därmed inriktningen om ett tillgängligt samhälle och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning som fastställts i handlingsplanen.

Regeringen avser att presentera en skrivelse till riksdagen som samlat redovisar resultatet av de insatser som gjorts för att genomföra handlingsplanen. Arbetet med att följa upp resultatet av handlingsplanen kommer därför att intensifieras under året. Statskontoret, sektorsmyndigheterna och Myndigheten för handikappolitiskt samordning (Handisam) har fått uppdrag som ligger inom ramen för detta arbete. Även Regeringskansliets interdepartementala arbetsgrupp för uppföljningen av handikappolitiken får en viktig roll. Regeringen verkar också för att få till stånd bättre underlag för uppföljning och analys av resultat. Dessutom avser regeringen att påbörja ett arbete som syftar till att stärka statistikförsörjningen när det gäller personer med funktionsnedsättning samt att ta fram indikatorer för målpuppfyllelse och analys.

#### *Strategi för genomförandet av tillgänglighetsmålen i den Nationella handlingsplanen för handikappolitiken*

Arbetet med att riva hinder har fortsatt hög prioritet. En strategi – Enkelt avhjälpt – för att genomföra tillgänglighetsmålen i handlingsplanen beslutades under hösten 2008. Strategin innehåller bl.a. en tvåårig satsning för att tillgängliggöra järnvägsstationer samt en informationssatsning riktad till kommuner kring enkelt avhjälpta hinder. Inom ramen för strategin har Sveriges Kommuner och Landsting också inkluderat frågan om tillgänglighet inom ramen för sitt ordinarie mötes- och konferensprogram. På så sätt kommer ett stort antal förtroendevalda och anställda i kommuner och landsting att få möjlighet att utveckla sin kunskap om hur man bygger in tillgänglighet från början i verksamheten.

Sveriges Kommuner och Landsting har också, inom ramen för sitt utvecklingsarbete med indikatorer för öppna jämförelser, bedrivit ett metodarbete i syfte att kunna göra jämförelser av kommunalt tillgänglighetsarbete. Sveriges Kom-

muner och Landsting avser att fortsätta och vidga försöket.

Handisam har redovisat ett system för öppna jämförelser i staten, baserat på den årliga uppföljningen av tillgängligheten på de statliga myndigheterna. Arbetet förväntas bli en årlig permanent verksamhet inom myndigheten. Handisam har även utrett behovet av samordning av olika lokala tillgänglighetsdatabaser. Uppdraget visar att det finns behov av ett nationellt stöd kring hur man kan utveckla fungerande tillgänglighetsguider. Regeringen har gett Handisam ett uppföljningsuppdrag att i samråd med Konsumentverket och Sveriges Kommuner och Landsting ta fram stödande riktlinjer kring hur en tillgänglighetsguide kan byggas upp på kommunal och regional nivå.

#### *Motverka diskriminering*

All diskriminering på grund av kön, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, ålder, social position eller funktionsnedsättning måste bekämpas. En ny diskrimineringslag, som ersätter de sju tidigare diskrimineringslagarna, gäller från den 1 januari 2009. I den nya lagen utvidgas förbudet mot diskriminering till att omfatta i princip alla samhällsområden och ger därmed individen ett ökat skydd.

Bristande tillgänglighet kan utgöra hinder för personer med funktionsnedsättning att delta i samhällslivet och utöva inflytande som samhällsmedborgare. Regeringen utreder frågan om bristande tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning, som en form av diskriminering.

På europeisk nivå har Kommissionen, med stöd av artikel 13 i EG-fördraget, i juli 2008 lagt fram ett förslag till ett nytt EG-direktiv för att motverka diskriminering utanför arbetslivet. Det nya direktivet omfattar likabehandling av personer oavsett religion eller övertygelse, funktionshinder (funktionsnedsättning), ålder eller sexuell orientering. Frågan om tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning ingår som en del i förslaget.

Regeringen har inlett en satsning för att påverka människors attityder i syfte att motverka fördomar, diskriminering och stigmatisering och därmed främja respekten för människor med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning (se även under resultatredovisning, Attityduppdrag).

### *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*

Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige (JU 2006:02) har enligt tilläggsdirektiv utrett och lämnat förslag på hur genomförandet och övervakningen av FN:s konvention ska organiseras i Sverige. Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Handisam får i uppdrag att informera i första hand kommuner och landsting om konventionen. Dialogen med handikapprörelsen ska utvecklas i enlighet med intentionerna i konventionen.

Inom Regeringskansliet pågår en analys av FN-konventionen rörande konsekvenser och prioriteringar inom olika politikområden. Sida har t.ex. på uppdrag av regeringen redovisat en plan för hur myndigheten avser säkerställa att beaktandet av mänskliga rättigheter inkluderas i Sidas interna arbete samt i det bilaterala utvecklingssamarbetet.

### *Arbetslinjen*

Ett meningsfullt arbete är viktigt för individens självbestämmande, upplevelse av livskvalitet och delaktighet. Att ha ett arbete handlar inte bara om att klara sin försörjning, utan lika mycket om att vara del av en arbetsgemenskap. Det är därför av stort värde både för individen och samhället att förutsättningar skapas för dem som har en begränsad förmåga att kunna arbeta. Arbetsmarknadspolitikerna har en central roll i arbetet med att bidra till målet om full sysselsättning och minska utanförskapet. Särskilda resurser riktas till dem som står längst bort från arbetsmarknaden. Arbetslinjen är och har varit vägledande för de omfattande reformer som regeringen har genomfört sedan den tillträdde.

Personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har dock alltså svårt att ta sig in på den ordinarie arbetsmarknaden. Insatser. Däremot får många del av särskilda

Regeringen planerar ett partsmöte med företrädare för arbetsmarknadens parter där utgångspunkten för partssamtalen ska vara lika villkor för alla på arbetsmarknaden.

Se även politikens inriktning för UO 9 Stöd till personer med funktionsnedsättning och UO 14 Arbetsmarknad och arbetsliv.

### *Intensifierade informationsinsatser om enkelt avhjälpna hinder*

Regeringen kan konstatera att arbetet med att avlägsna enkelt avhjälpna hinder i befintliga

lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser går alldeles för långsamt. Regeringen anser att en förutsättning för att nå resultat är att fler engagerar sig i arbetet med att riva de hinder som på ett relativt enkelt sätt kan tas bort. Det kräver vilja, samarbete och informationsinsatser. I regeringens strategi ”Enkelt avhjälpna”, som tagits fram i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, satsar regeringen 6 miljoner kronor per år 2009 och 2010 till informationsinsatser kring enkelt avhjälpna hinder. Under 2009 ska Boverket tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting och i samråd med länsstyrelserna informera kommunerna om bestämmelserna kring enkelt avhjälpna hinder. En projektplan för arbetet har redovisats i mars 2009.

### *Utbildning och tillgänglighet*

Regeringens övergripande mål med skolpolitiken är en skola som möter varje elevs behov och ger alla elever goda förutsättningar att nå kunskapsmålen. Varje elev ska få det stöd och den hjälp som han eller hon behöver, oavsett förutsättningar. Det är naturligt att det inte finns en enda utbildningsmodell som passar alla elever. Barn med funktionsnedsättningar ska ha möjlighet att välja den skola som passar dem bäst och kan ge dem det stöd som just de behöver. För detta krävs olika alternativ som särskolan och specialskolan.

För att säkerställa kvaliteten i utbildningsväsendet pågår en rad reformer. En viktig del är arbetet med den nya skollagen. I juni 2009 presenterade Skollagsberedningen ett förslag till ny skollag, Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet (Ds 2009:25). Skollagsberedningen föreslår att rättigheterna för elever med funktionsnedsättningar stärks på en rad områden såväl inom kommunalt som fristående eller enskilt bedrivna verksamheter. Regeringen avser att lämna förslag om ny skollag till riksdagen under våren 2010. Dessutom anser regeringen att det finns behov av att utreda hur gymnasiesärskolans utbildningar bör utformas i förhållande till gymnasieskolans struktur samt eventuella konsekvenser därav för särsvux.

Regeringens utgångspunkt är att vuxna ska ges en likvärdig tillgång till gymnasial vuxenutbildning och gymnasial särsvux oavsett var man bor. En arbetsgrupp har redovisat ett uppdrag att undersöka och lämna alternativa förslag på hur en rättighet för vuxna att ta del av gymnasial

vuxenutbildning och gymnasial vuxenutbildning för personer med utvecklingsstörning (gymnasial sär vux) kan utformas. Förslaget har remitterats och bereds vidare i Regeringskansliet.

Mot bakgrund av att Skolverket konstaterat brister i den fysiska tillgängligheten till skolornas lokaler har regeringen 2009 gett Specialpedagogiska skolmyndigheten i uppdrag att i samråd med bl.a. Handisam, Arbetsmiljöverket och Diskrimineringsombudsmannen arbeta för att huvudmännens och personalens kunskap om tillgänglighet för barn och elever med funktionsnedsättningar ska öka.

#### *Ökad användbarhet och tillgänglighet till IT*

Tillgängligheten till och användbarheten av IT och de tjänster som myndigheter och andra i dag ger via webben behöver öka. Ett mål är att alla webbplatser i den offentliga sektorn ska vara enkla att använda. Den e-delegation som regeringen tillsatt har fått i uppdrag att fortsätta arbetet med riktlinjer för tillgänglig webb.

Som en del i arbetet för ökad tillgänglighet till Internet har Handisam i uppdrag att kartlägga svenska och Europeiska initiativ för e-inkludering. Handisam har också fått i uppdrag att ta fram underlag för en nationell handlingsplan för e-inkludering.

Regeringen anser att det är angeläget att även med teknikens hjälp skapa förutsättningar för att öka tillgängligheten för personer som är döva eller har nedsatt hörsel. Regeringen avser därför att under 2010 initiera utvecklingen av distans-tolkning i form av skrivtolkning inom ramen för landstingets tolkverksamhet (se närmare anslag 4:3 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation*).

#### *Radio och TV*

Att göra programmen i radio och TV tillgängliga för personer med funktionsnedsättning är ytterligare ett angeläget område för regeringen. I juni 2009 överlämnade regeringen propositionen Utveckling för oberoende och kvalitet – Radio och TV i allmänhetens tjänst 2010–2013 (prop. 2008/09:195) till riksdagen.

Under den kommande tillståndsperioden ska målet enligt propositionen vara att alla program på svenska i SVT1, SVT2, SVTB, Kunskapskanalen och SVT24 ska textas. Textningen ska hålla en hög kvalitet.

I AV-utredningens betänkande En ny radio- och TV-lag (SOU 2008:116) föreslås att den som på annat sätt än genom tråd sänder TV-

program eller tillhandahåller beställ-TV ska utforma sändningarna på sådant sätt att programmen blir tillgängliga för personer med funktionsnedsättning genom textning, tolkning, uppläst text eller liknande teknik i den omfattning som föreskrivs av regeringen eller myndighet.

#### *Kulturområdet*

Det är angeläget att kulturutbudet görs tillgängligt för alla. Talboks- och punktskriftsbiblioteket (TPB) fyller här en viktig funktion. Kulturutredningen har i sitt betänkande (SOU 2009:16) konstaterat att TPB är inne i en fas av utveckling mot ett kunskapscenter med ökat brukarperspektiv. Utredningen är positiv till denna utveckling och föreslår att TPB får ett utvidgat ansvar att tillsammans med Handisam följa och stödja de statliga myndigheternas insatser för anpassad information. Vidare föreslås att TPB ska följa att folk- och skolbiblioteken ägnar särskild uppmärksamhet åt personer med funktionsnedsättning, invandrare och andra minoriteter bl.a. genom att erbjuda litteratur på andra språk än svenska och i former särskilt anpassade till dessa gruppers behov.

Frågan om ökade samordningsvinster mellan Taltidningsnämnden och TPB har också setts över. I departementspromemorian Översyn av vissa mediemyndigheter – en effektivare administration (Ds 2009:4) föreslås att Taltidningsnämnden ska upphöra som myndighet och att dess verksamhet ska föras över till TPB fr.o.m. den 1 januari 2010.

Beredning av samtliga förslag pågår inom Regeringskansliet.

#### *Teckenspråkets ställning regleras i lag*

Både ur demokratisk och språkpolitisk synvinkel är det viktigt att teckenspråkets ställning stärks. Även om svenska teckenspråket haft officiell status som språk sedan 1981 har det inte varit reglerat i lag. Efter förslag från regeringen att det svenska teckenspråket ska regleras i lag (Språk för alla – förslag till språklag proposition 2008/09:153) har riksdagen beslutat att anta förslaget. Det gäller från den 1 juli 2009. Det allmänna har därmed ett lagstadgat ansvar att skydda och främja det svenska teckenspråket på samma sätt som gäller för de nationella minoritetsspråken.

## 5.7 Budgetförslag

### 5.7.1 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning<sup>7</sup>

**Tabell 5.4 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008	Utfall	19 460		374
2009	Anslag	19 596 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	19 361
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>20 252</b>		
2011	Beräknat	20 410 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	20 519 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 20 252 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 20 252 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Myndigheten för handikappolitisk samordnings (Handisam) förvaltningskostnader.

Handisam är en stabsmyndighet till regeringen som ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av handikappolitiken.

#### Regeringens överväganden

Regeringen anser att Handisam under 2008 har uppfyllt det övergripande målet i sin instruktion (2007:1134), dvs. ansvara för att övergripande samordna genomförandet av handikappolitiken samt stödja och aktivt stimulera och förmå aktörer på olika nivåer i samhället att beakta de handikappolitiska målen i sin verksamhet.

Inriktningen på myndighetens verksamhet stämmer väl överens med instruktionen och inom samtliga områden har myndigheten strävat efter att utveckla arbetssätten.

Handisam har under året arbetat vidare med stödet till myndigheterna, särskilt till sektorsmyndigheterna men också till andra myndigheter. Man har också prioriterat att ta fram instrument för att kunna mäta och bedöma den handikappolitiska utvecklingen i samhället. Regeringen är positiv till detta initiativ och

bedömer att det kommer att ha stort värde i den framtida uppföljningen av handikappolitiken.

**Tabell 5.5 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>19 596</b>	<b>19 596</b>	<b>19 596</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	656	814	923
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>20 252</b>	<b>20 410</b>	<b>20 519</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 20 252 000 kronor ska anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 20 410 000 kronor respektive 20 519 000 kronor.

### 5.7.2 3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning<sup>8</sup>

**Tabell 5.6 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008	Utfall	130 205		0
2009	Anslag	130 205 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	130 205
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>126 638</b>		
2011	Beräknat	125 237		
2012	Beräknat	125 237		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget ändamål är att finansiera statsbidrag till verksamheter av betydelse för personer med funktionsnedsättning. Regeringen fastställer fördelningen av statsbidraget. Socialstyrelsen ansvarar för administration och uppföljning.

<sup>7</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

<sup>8</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

## Regeringens överväganden

Organisationer och verksamheter som under 2009 fått del av bidraget är följande:

- Synskadades Riksförbund (SRF) för Iris Hantverk AB:s sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade, m.m.
- Hjälpmedelsinstitutet för administration av upphandling av ledarhundar.
- Hjälpmedelsinstitutet för att medverka till utveckling av bra och säkra hjälpmedel och till en effektiv hjälpmedelsförsörjning.
- SRF för bl.a. arbetsmarknadsstöd för synskadade, verksamhet för synskadade med ytterligare funktionsnedsättning, utgivning av tidningar på tal och i punktskrift, lästjänst via fax samt produktion av material i punktskrift.
- Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) och föreningen Fruktträdet för produktion av informationskällor för dövblinda personer, elektronisk nyhetsservice och utveckling av databaser.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning.
- Stiftelsen Rikstolkjänst för att tillhandahålla tolkservice till förtroendevalda i vissa organisationer.
- Naturhistoriska riksmuseet/Palynologiska laboratoriet för prognostisering och rapportering av pollenhalter m.m.
- Föreningen Rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.
- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för verksamheten med kunskapspridning om förflyttningslösningar för personer med funktionsnedsättning vid Hjälpmedelscenter Väst i Göteborg.
- Ågrenska för riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper.
- Vissa centrala handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionsnedsättning.

Statskontoret har i rapporten Verksamheter för funktionshindrade – förslag till ny bidragsprocess för anslaget 16:4 (2008:8) granskat bidraget till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Enligt Statskontoret är bidragsgivningen från anslaget inte transparent och den sker på grunder som inte är kända för andra än regeringen. Därför ser nu regeringen över bidragen. Regeringen bedömer dessutom att stöd för att främja möjligheterna för personer med funktionsnedsättning att ta del av samhällslivet bör hanteras inom respektive utgiftsområde.

I ett första steg 2010 förs 1 401 000 kronor, som utgått till Sveriges Dövas riksförbund (SDR) för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning, över till utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 3:5 *Institutet för språk- och folkminnen* för att stärka teckenspråkets ställning i den offentliga förvaltningen enligt intentionerna i regeringens proposition 2008/09:153 Språk för alla – förslag till språklag. I ett andra steg 2011 avser regeringen föreslå att resterande 1 401 000 kronor förs över till utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 3:3 *Talboks- och punktskriftsbiblioteket* för att stärka teckenspråklig litteratur och samarbetet med Resursbibliotek för döva i Örebro.

Vidare förs 1 496 000 kronor, som i dag går till Synskadades Riksförbund (SRF), över till utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 3:3 *Talboks- och punktskriftsbiblioteket* fr.o.m. 2010 för att användas till en satsning på punktskrift för barn och 670 000 kronor till Palynologiska laboratoriet till utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 8:1 *Centrala museer: Myndigheter*.

Regeringen bedömer att statistikförsörjningen när det gäller personer med funktionsnedsättning behöver utvecklas och avser att inleda ett arbete i syfte att förbättra statistiken. För detta ändamål avsätts 1 300 000 kronor under 2010. Arbetet finansieras inom ramen för detta anslag.

Med dessa förändringar minskar anslaget med sammanlagt 3 567 000 kronor under 2010.

**Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>130 205</b>	<b>130 205</b>	<b>130 205</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag	-3 567	-4 968	-4 968
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>126 638</b>	<b>125 237</b>	<b>125 237</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 126 638 000 kronor ska anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till vardera 125 237 000 kronor.

### 5.7.3 3:3 Bidrag till handikapporganisationer<sup>9</sup>

**Tabell 5.8 Anslagsutveckling 3:3 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008	Utfall	183 660		0
2009	Anslag	183 660 <sup>1</sup>		183 660
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>182 742</b>		
2011	Beräknat	182 742		
2012	Beräknat	182 742		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag till handikapporganisationer och syftar till att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

Socialstyrelsen ansvarar för administration och fördelning av bidraget. Fördelningen av stödet regleras i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

### Regeringens överväganden

Handikapporganisationerna gör viktiga insatser inom det handikappolitiska området genom att bl.a. följa och rapportera om livsvillkoren för de personer som de företräder. I sin opinionsbildande roll driver organisationerna även på arbetet med att förverkliga målen för handikappolitiken. Handikapporganisationerna ses både nationellt och internationellt som de legitima företrädarna för människor med funktionsnedsättning. Det är därför viktigt att det finns långsiktiga ekonomiska förutsättningar för det intressepolitiska arbetet som handikapporganisationerna bedriver. Mot denna bakgrund ökade anslaget med 20 miljoner kronor fr.o.m. 2008.

Regeringen avser att under hösten 2009 lämna en proposition om politiken för den ideella sektorn, i vilken föreslås att det fr.o.m. 2010 genomförs ett tioårigt forskningsprogram om det civila samhället (se utgiftsområde 17, avsnitt 15.4.3.) För att bidra till finansieringen av forskningsprogrammet föreslås att detta anslag minskas med 918 000 kronor för att tillföras utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 13:6 *Insatser för den ideella sektorn*.

**Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 3:3 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>183 660</b>	<b>183 660</b>	<b>183 660</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-918	-918	-918
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 182 742 000 kronor ska anvisas under anslaget 3:3 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till vardera 182 742 000 kronor.

<sup>9</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 4:3 Bidrag till handikapporganisationer

## 6 Stöd till personer med funktionsnedsättning

### 6.1 Omfattning

Den del av handikappolitiken som redovisas inom detta område omfattar i huvudsak individuella stöd- och serviceinsatser som genomförs för att undanröja hinder för full delaktighet i samhället och insatser som ger barn, unga och vuxna med funktionsnedsättning en möjlighet att leva ett självständigt liv. Generella sektorsövergripande insatser redovisas inom området Handikappolitik (avsnitt 5).

Ansvar för individuellt behovsprövade stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning ligger i stor utsträckning på kommuner och landsting. Det gäller insatser både enligt socialtjänstlagen (2001:453; SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Staten lämnar ekonomiska bidrag till kommuners verksamhet inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

#### *Statliga bidrag och ersättningar*

Inom området Stöd till personer med funktionsnedsättning redovisas vissa statsbidrag inom handikappområdet (anslag 4:2). Därutöver redovisas följande individuella stöd: Personligt ombud (anslag 4:1), utrustning för elektronisk kommunikation (anslag 4:3), bilstöd (anslag 4:4) och assistansersättning (anslag 4:5).

Individuella stöd till personer med funktionsnedsättning förekommer även inom andra utgiftsområden. Det kan t.ex. avse vårdbidrag, handikappersättning, särskilt utbildningsstöd och andra statliga stöd inom utbildningsväsendet, olika statliga stöd inom arbetsmark-

naden, färdtjänst m.m. Dessa stöd redovisas inom respektive utgiftsområde.

#### *Tillsyn*

Socialstyrelsen är central tillsynsmyndighet enligt SoL och LSS men ansvarar även för normering och kunskap om stöd och service till människor med funktionsnedsättning. Från och med den 1 januari 2010 övergår ansvaret för den operativa tillsynen från länsstyrelserna till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen finansieras genom anslag 9:1 *Socialstyrelsen*.

#### *Utgifter*

För de anslag som ryms inom området Stöd till personer med funktionsnedsättning föreslås statens utgifter för 2010 uppgå till cirka 19,9 miljarder kronor.

### 6.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2009 till 2012 beräknas utgifterna för området Stöd till personer med funktionsnedsättning öka med cirka 4,3 miljarder kronor till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom området beräknas 2009 till cirka 18,2 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med 124 miljoner kronor. Utgifterna för 2008 blev 436 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

**Tabell 6.1 Utgiftsutveckling Stöd till personer med funktionsnedsättning**

Miljoner kronor

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
<i>Stöd till personer med funktionsnedsättning</i>						
4:1 Personligt ombud <sup>2</sup>	100	89	97	99	99	99
4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet <sup>3</sup>	250	178	178	228	228	228
4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation <sup>4</sup>	17	31	30	31	33	33
4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder <sup>5</sup>	200	247	221	256	256	256
4:5 Kostnader för statlig assistansersättning <sup>6</sup>	16 002	17 785	17 680	19 297	20 575	21 890
<b>Summa Stöd till personer med funktionsnedsättning</b>	<b>16 569</b>	<b>18 330</b>	<b>18 206</b>	<b>19 912</b>	<b>21 191</b>	<b>22 507</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:1 Personligt ombud

<sup>3</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:2 Vissa bidrag inom handikappområdet

<sup>4</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

<sup>5</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder

<sup>6</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:5 Kostnader för assistansersättning

### 6.3 Mål

Målen för handikappolitiken är

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

Arbetet ska inriktas särskilt på

- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande, men också på
- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder.

Målen beslutades av riksdagen i december 2009 (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09SoU:1, rskr. 2008/09:127, 128) och är identiska med de mål som riksdagen beslutade om i samband med att den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare – antogs av riksdagen (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240). Planen sträcker sig fram till 2010.

De handikappolitiska målen är sektorsövergripande och därför integrerade även i andra utgiftsområden.

### 6.4 Resultatredovisning

Redovisningen görs i förhållande till gällande mål, där arbetet inriktas främst på att genom olika individuella stödinsatser uppnå självständighet och självbestämmande för personer med funktionsnedsättning.

Resultatavsnittet delas in i sex delar – stödinsatser enligt LSS och socialtjänstlagen, den statliga assistansersättningen, riktade statsbidrag till åtgärder för ökad kvalitet i insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, riktat stöd för personliga ombud, bilstöd och komplement till färdtjänst samt övriga satsningar inom området.

I analys och slutsatser görs en analys av de samlade stöden i förhållande till vad som kan behöva utvecklas för att stöden och det handikappolitiska arbetet ska bli mer effektivt och bidra till en utveckling mot ökad jämlikhet och delaktighet.



## 6.4.1 Resultat

### Stödinsatser enligt LSS och socialtjänstlagen

Viktiga behovsprövade stöd för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning regleras i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (2001:453; SoL). Det är i huvudsak kommunerna som är huvudmän för dessa insatser. Ändrad lagstiftning som innebär ambitionshöjningar finansieras av staten genom den s.k. kommunala finansieringsprincipen.

Verksamheten enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet och målet ska vara att människor, som omfattas av lagen, får möjlighet att leva som andra människor. Verksamheten ska grundas på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

Enligt SoL ska kommunen verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Kommunen ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

#### *Stödinsatser enligt LSS*

LSS-kommittén konstaterar i sitt slutbetänkande (SOU 2008:77) att LSS och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) är viktiga instrument för den nationella handikappolitiken, om än inte de enda pusselbitarna för att uppnå målet, att kunna leva som andra.

När det gäller levnadsförhållanden visar tillgängliga studier enligt kommittén, att levnadsförhållandena fortfarande är sämre för personer med funktionsnedsättning än för befolkningen som helhet. Särskilt stora är skillnaderna för dem som har omfattande funk-

tionsnedsättningar. Inte heller verkar levnadsförhållandena under senare år ha förbättrats i någon större utsträckning. Undantag är områden som direkt regleras i LSS och LASS, i första hand boende och självbestämmande i det dagliga livet. Det är enligt kommittén troligt att hälsa och medellivslängd också förbättrats i dessa grupper, men det saknas tillförlitlig information om detta.

De studier som finns ger enligt kommittén vissa konkreta bilder av tillgången till olika stödformer, men det är genomgående mycket svårt att dra några slutsatser om vad dessa insatser betyder för jämlikheten inom olika livs-områden. Ett undantag är personlig assistans, vars betydelse för självbestämmande i det dagliga livet är tydlig i de studier som omfattat sådana frågor (se även avsnittet om Assistansersättning).

LSS-kommittén anser ändå att det finns skäl att fortsätta reglera rättigheter till stöd och service för vissa personer med funktionsnedsättning i LSS. Ytterst handlar det enligt kommittén om att tillförsäkra personer med omfattande och varaktiga stödbehov insatser som kräver ett stabilt och långsiktigt ansvarstagande från samhällets sida. Kommittén pekar på att det annars finns uppenbara risker för att insatserna lokalt och vid vissa tillfällen kan komma att prioriteras ned till förmån för andra insatser från samhällets sida.

Antal människor med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar som får LSS-insatser från kommunerna ökar stadigt. Under 2008 var ökningen särskilt påtaglig, då ytterligare cirka 2 000 personer fick insatser. Även antalet insatser ökar – 2008 med 2 600 insatser. År 2008 var 58 700 personer beviljade någon av de LSS-insatser som kommunerna ansvarar för. Av dessa var 43 procent kvinnor och 57 procent män, vilket är oförändrat jämfört med tidigare år (se tabell 6.2).

**Tabell 6.2 Kostnader för kommunala insatser enligt LSS, antal med LSS-insatser och andel kvinnor och män som har insatser samt antal kommunala LSS-insatser totalt och fördelade på kvinnor och män, 2000-2008**

År	Kostnad för LSS <sup>1</sup> i 2007 års priser (mdkr)	Antal med insatser LSS	Andel kvinnor med insatser %	Andel män med insatser %	Antal insatser LSS	Andel insatser till kvinnor, %	Andel insatser till män, %
2000	24,1	45 500	44	56	80 600	45	55
2001	25,1	47 100	44	56	82 400	44	56
2002	26,7	48 600	44	56	85 000	44	56
2003	27,7	51 500	44	56	90 300	44	56
2004	28,5	52 900	43	57	93 100	44	56
2005	28,8	54 300	43	57	95 200	44	56
2006	30,1	55 800	43	57	97 700	44	56
2007	30,8	56 800	43	57	99 500	44	56
2008	–	58 700	43	57	102 100	43	57

Källa: Kostnader kommer från Socialstyrelsens lägesrapport som avser 2008. Antalet med insatser och antalet insatser kommer från Socialstyrelsens officiella statistik som mätt förhållandena ett särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattas av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning.

1. Avser även kommunernas kostnader för LASS.

Under 2008 ökade kostnaderna i fasta priser med cirka 0,7 miljarder kronor. Den ökande kostnaden för LSS beror enligt LSS-kommittén främst på att antalet personer som beviljas insatser har ökat. Mellan åren 2001 och 2007 var ökningen 20 procent. Den största ökningen står enligt kommittén unga i personkrets 1 för, dvs.

personer med utvecklingsstörning och autism eller autismliknande tillstånd. De svarar för nästan två tredjedelar av den totala ökningen i antalet personer med LSS-insatser under de senaste åren. En viktig förklaring till ökningen bland unga är enligt kommittén att nya diagnosgrupper tillkommit.

**Tabell 6.3 Antal personer med insats enligt LSS fördelade efter ålder och personkrets**

År	Antal					Personkrets 1	Personkrets 2	Personkrets 3
	0–12 år	0–19 år	20–44 år	45–64 år	65– år			
2003	5 900	14 000	19 900	14 000	3 600	40 900	1 400	9 200
varav män	64 %	62 %	56 %	54 %	49 %	57 %	66 %	51 %
kvinnor	36 %	38 %	44 %	46 %	51 %	43 %	34 %	49 %
2005	5 500	14 800	21 200	14 400	3 900	–	–	–
varav män	64 %	62 %	56 %	54 %	49 %			
kvinnor	36 %	38 %	44 %	46 %	51 %			
2007	4 800	15 000	23 000	14 700	4 100	46 900	1 700	8 300
varav män	64 %	63 %	56 %	56 %	50 %	58 %	65 %	51 %
kvinnor	36 %	37 %	44 %	44 %	50 %	42 %	35 %	49 %
2008	4 900	15 200	24 100	15 100	4 400	48 500	1 800	8 400
varav män	65 %	63 %	56 %	55 %	51 %	58 %	65 %	51 %
kvinnor	35 %	37 %	44 %	45 %	49 %	42 %	35 %	49 %

Statistiken är hämtad från Socialstyrelsens officiella statistik Socialtjänst Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS, avrundat till 100-tal. Mättag är den 1 oktober varje år. Statistik uppdelad på personkrets saknas 2004–2006. Statistiken rymmer inte personer som endast har insatsen råd och stöd.

Personkrets 1: Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Personkrets 2: Personer med betydande och bestående begävningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

Personkrets 3: Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Av samtliga med insatser utgörs 83 procent av personer som ingår i personkrets 1 (se tabell 6.3). Männerna dominerar i personkrets 1 och 2 medan det i personkrets 3 är nästan lika många män som kvinnor som får insatser. Den största åldersgruppen 2007 i personkrets 1 var enligt LSS-kommittén barn, ungdomar och yngre vuxna i åldrarna 10–29 år. Den vanligaste insatsen är daglig verksamhet (drygt 28 000 personer) och bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (cirka 22 300 personer).

Pojkar och unga män får insatser i betydligt högre utsträckning än flickor och unga kvinnor. Med högre ålder fördelar sig insatserna mer lika mellan könen och från 65 års ålder och uppåt får män och kvinnor i stort sett lika mycket insatser.

Nästan hälften av de cirka 1 400 barnen eller ungdomarna i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar bodde i en annan kommun än den som beslutat om insatsen. Tio procent av barnen eller ungdomarna bodde i familjehem och de övriga i bostad med särskild service.

#### *Daglig verksamhet*

Daglig verksamhet är, som framgått ovan, den mest frekvent förekommande insatsen. Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning av insatsen. I rapporten *Daglig verksamhet enligt LSS*, som publicerades 2008, redovisas att utbudet av aktiviteter är stort. Utvecklingen har gått från gruppverksamhet i särskilda lokaler mot mer flexibla former i samarbete med det lokala näringslivet, antingen som utflyttade grupper eller som individuella placeringar. Cirka 15 procent av de personer som deltar i daglig verksamhet (cirka 28 000) gör det genom en individuell placering på en ordinär arbetsplats. Variationen är dock stor mellan olika kommuner.

Enskild verksamhet svarar för cirka 8 procent (i storstadsregioner 21 procent). Det skiljer inte nämnvärt mellan kommun och enskild verksamhet när det gäller innehåll.

Övergångar från daglig verksamhet till lönearbete är i stort sett obefintliga. Den dagliga verksamheten riskerar därför att ge inläsnings-effekter. För att öppna upp krävs enligt Socialstyrelsen samverkan mellan daglig verksamhet och arbetsmarknadspolitiska aktörer. Socialstyrelsen konstaterar att utmaningen för den dagliga verksamheten ligger i kvaliteten och formerna för verksamheten.

Även LSS-kommittén har föreslagit att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utarbeta riktlinjer för hur den dagliga verksamheten ska utformas så att den grupp som står nära arbetsmarknaden får ökade möjligheter till lönearbete. Regeringen har därefter beslutat att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en vägledning för hur den dagliga verksamheten och dess samverkan med andra aktörer ska utformas (se politikens inriktning).

#### *Vårdhemsavveckling*

När LSS infördes beslutade riksdagen att kommuner och landsting skulle planera för en avveckling av befintliga specialsjukhus och vårdhem för personer med utvecklingsstörning. Någon nyintagning fick inte ske. I lagen (1997:724) om avveckling av specialsjukhus och vårdhem fastställdes att avvecklingen av specialsjukhus och vårdhem skulle vara slutförd den 31 december 1997 respektive den 31 december 1999.

Sedan 2000 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att tillsammans med berörda länsstyrelser påskynda avvecklingen av återstående vårdhem för personer med utvecklingsstörning. I årsredovisningen för 2008 konstaterar Socialstyrelsen att det sista vårdhemmet nu är avvecklat.

*Biståndsinsatser enligt socialtjänstlagen*

Utöver insatser enligt LSS kan den enskilde med omfattande och varaktiga behov behöva kompletterande insatser enligt SoL. Personer med funktionsnedsättning som har behov av stöd och serviceinsatser för att klara sin livsföring, men som inte omfattas av personkretsen i LSS, behöver också insatser enligt SoL.

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport för 2008 hade sammanlagt cirka 88 000 personer yngre än 65 år insatser enligt SoL eller LSS. Cirka 7 000 av dessa personer hade insatser enligt båda lagarna. Den vanligaste LSS-insatsen i kombination med särskilt boende enligt SoL var ledsagarservice. Hälften av besluten gällde denna insats. Andra insatser som dessa personer hade enligt LSS var kontaktperson och daglig verksamhet.

Socialstyrelsen redovisar även att det i huvudsak är personer mellan 23–65 år som får insatser enligt SoL medan insatser till barn och unga i första hand ges utifrån LSS. Flertalet av alla beslut som fattas enligt SoL avser hemtjänst och boendestöd – insatser som inte omfattas av LSS.

Ett problem som Socialstyrelsen pekar på i detta sammanhang är att det förekommer att personer beviljas en insats enligt LSS men att den faktiska insatsen är en insats enligt SoL – t.ex. kan man beviljas en bostad med särskild service men i praktiken få boendestöd i den egna lägenheten. Det medför enligt Socialstyrelsen att tillförlitligheten i statistiken påverkas.

**Tabell 6.4 Kostnader för kommunala insatser enligt SoL, antal med SoL-insatser och andel kvinnor och män som har insatser, 2004-2008**

År	Kostnader för SoL 2007 års priser (mdkr)	Antal med insatser SoL	Antal med hem- tjänstinsatser	Antal med särskilt boende	Antal med boendestöd	Antal med dagverksamhet
2004	7,1	–	16 400 Män 48 % Kvinnor 52 %	5 300 Män 59 % Kvinnor 41 %	–	2 900 – –
2006	7,4	–	19 200 Män 48 % Kvinnor 52 %	5 900 Män 60 % Kvinnor 40 %	–	3 500 – –
2007	8,0 <sup>1</sup>	42 200 Män 50 % Kvinnor 50 %	19 300 Män 49 % Kvinnor 51 %	4 400 Män 60 % Kvinnor 40 %	10 700 Män 50 % Kvinnor 50 %	4 700 Män 51 % Kvinnor 49 %
2008	8,2 <sup>2</sup>	43 800 Män 50 % Kvinnor 50 %	19 900 Män 49 % Kvinnor 51 %	4 500 Män 59 % Kvinnor 41 %	12 200 Män 51 % Kvinnor 49 %	5 000 Män 51 % Kvinnor 49 %

Källa: Kostnader kommer från kommunernas räkenskapsammandrag redovisat i Socialstyrelsens lägesrapport som avser 2008. Antalet med insatser och antalet insatser kommer från Socialstyrelsens officiella statistik som mätt förhållandena ett särskilt datum varje år. År 2007 avser en mätning den 1 oktober 2007 och 2008 en mätning den 1 juli 2008. Statistiken anger enbart beslut som fattas av kommunerna. Statistiken bygger på personnummerbaserad statistik från och med 2007. Det medför att jämförelser inte bör göras tillbaka i tiden. Antalet har avrundats till närmaste 100-tal.

<sup>1</sup> Ny definition. Från och med 2007 ingår även insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.

<sup>2</sup> Preliminär kostnad.

Antalet personer som får insatser enligt socialtjänstlagen ökar. Cirka 43 800 personer hade insatser den 30 juni 2008. Fler får hemtjänst, boendestöd och dagverksamhet medan trenden till och med 2007 var att antal med bostad med särskild service sjönk. Bland dem som var beviljade hemtjänst i ordinärt boende hade cirka en tredjedel 1–9 hemtjänsttimmar per månad.

Kostnaderna för insatser enligt SoL (8 miljarder för 2007) är låga i förhållande till insatser enligt LSS (30,8 miljarder 2007) om man ser till antalet individer som får insatser.

LSS-kommittén redovisar i sitt slutbetänkande (SOU 2008:77) följande: LSS är avsedd att vara en s.k. pluslag till SoL. Skillnaderna mellan SoL och LSS har enligt kommittén på vissa punkter kommit att bli större än vad lagstiftaren förutsåg när handikappreformen genomfördes. En väl fungerande socialtjänst, som bidrar till att de handikappolitiska målen uppnås, är nödvändig för att stöd och service enligt LSS ska fungera väl. Risken är annars att de insatser som anges i LSS blir isolerade pelare som ensamma får bära upp alltför stora delar av de handikappolitiska ambitionerna. Det finns också en risk att SoL av en del kan komma att uppfattas som en minuslag till LSS.

Nationell psykiatrisamordnings utredning Ambition och ansvar (SOU 2006:100) har studerat insatsen boendestöd närmare. Boendestöd har successivt utvecklats under lång tid och på många håll etablerats som en särskild socialtjänstinsats ur både professionell och organisatorisk synpunkt (se tabell 6.4). De som arbetar med uppgiften betonar enligt Nationell psykiatrisamordning allt mer det unika i arbetet. Det upplevs som mer kvalificerat och mångfacetterat. Merparten av Sveriges kommuner har någon form av boendestödjarteam, som under dagtid ger stöd i den egna bostaden. I Sveriges officiella socialtjänststatistik definieras boendestöd som ett praktiskt och ett socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället.

### *Anhörigstöd*

Regeringen har satsat på att stödja kommunernas arbete med att utveckla varaktiga stödformer för personer som vårdar och stödjer närstående. Länsstyrelserna fördelar medlen och Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp utvecklingen av kommunernas anhörigstöd. Under 2007 och 2008 fördelades sammanlagt drygt 200 miljoner kronor.

Av Socialstyrelsen slutrapport, Kommunernas anhörigstöd, framgår att arbetet med att utveckla stödet till anhöriga främst har varit inriktat mot anhöriga till äldre och att landets kommuner är väl rustade för att kunna stödja denna anhöriggrupp. Det är betydligt ovanligare med stöd till anhöriga till yngre personer med funktionsnedsättning. Därför kommer det att krävas ett fortsatt utvecklingsarbete när det gäller personer med funktionsnedsättning. I den mån kommuner börjat rikta stöd till nya målgrupper är det främst anhöriga till personer med psykisk funktionsnedsättning som man vänt sig till. Ett annat exempel är syskon eller andra anhöriga till barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Arbetet med att stödja anhöriga måste enligt Socialstyrelsen integreras inom och mellan socialtjänstens olika verksamheter. Utvecklingen bör gå mot en bättre helhetssyn i arbetet med anhörigstöd.

Enligt en nyligen beslutad ändring i socialtjänstlagen gäller från och med den 1 juli 2009 att kommuner ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller de personer som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att informera om och utarbeta vägledning till stöd för tillämpningen av bestämmelsen. Därutöver ska man följa upp och utvärdera konsekvenserna av bestämmelsen.

### *Ej verkställda domar och beslut*

Det är av central betydelse att människor som beviljats en insats enligt SoL eller LSS också får del av insatsen. Så är inte alltid fallet. För domar enligt SoL och LSS som inte verkställts kan domstolar sedan den 1 juli 2002 döma ut en särskild avgift (en sanktionsavgift).

Sedan den 1 juli 2006 är kommunerna skyldiga att rapportera ej verkställda gynnande beslut enligt socialtjänstlagen. Rapportering ska ske en gång per kvartal till länsstyrelsen, de kommunala revisorerna och fullmäktige. Vidare gäller från samma datum att en sanktionsavgift kan dömas ut som ett yttersta påtryckningsmedel för att gynnande beslut enligt SoL ska verkställas inom skälig tid. Avgiften fastställs till lägst tio tusen kronor och högst en miljon kronor.

Sedan den 1 juli 2008 gäller motsvarande bestämmelser om rapporteringsskyldighet och sanktionsavgift även för beslut enligt LSS. Det är länsstyrelserna som hos domstol ansöker om en sanktionsavgift.

Antal ej verkställda domar och beslut har följts upp av länsstyrelserna. Uppföljningen visar följande:

- Antalet ej verkställda domar enligt LSS minskar och har mer än halverats jämfört med 2004 – från ca 110 år 2004 till ca 50 år 2008. I 10 län är alla domar verkställda och i övrigt handlar det i regel om enstaka domar per län. De flesta domarna avser personlig assistans och särskild boendeform. Antalet ansökningar om sanktionsavgift är få (10 enligt LSS) vilket enligt länsstyrelserna tyder på att domar verkställs och att bestämmelserna har haft effekt.
  - Antalet ej verkställda beslut enligt LSS har hittills endast mätts under två kvartal 2008. Antalet ej verkställda beslut var cirka 2 180 kvartal 3 och cirka 2 100 kvartal 4. Hälften av besluten som rapporterades in fjärde kvartalet var äldre än sex månader.
  - När det gäller ej verkställda domar enligt SoL är antalet i stort sett oförändrat för insatser till personer med funktionsnedsättning. Det finns endast en ansökan om sanktionsavgift.
  - När det gäller antalet ej verkställda beslut, enligt rapporteringsskyldigheten i SoL så har dessa ökat mellan fjärde kvartalet 2007 och fjärde kvartalet 2008. Det är dock stora skillnader mellan länen. Jämförelser tillbaka i tiden är svåra att göra eftersom mätuppgifterna skiljer sig åt.
- Antalet ansökningar om sanktionsavgift har sammantaget varit stort för ej verkställda beslut enligt SoL (611 fall under 2008). Ett mindre antal ansökningar avser personer med funktionsnedsättning.

#### *Utvärdering av rapporteringsskyldighet och sanktionsavgift enligt SoL*

Socialstyrelsen har utvärderat de nya bestämmelserna i SoL. Utvärderingen, som bygger på ett begränsat underlag, visar att bestämmelserna lett till att det har blivit bättre överblick, ordning och kontroll av besluten i kommunerna. Det har även bidragit till bättre kunskap om behoven och därmed möjlighet att förbättra situationen för dem som väntar på att få sina beslut verkställda. Det finns även tecken på att dokumentationen förbättrats. Kommunen måste t.ex. ha tillgång till dokumenterade faktauppgifter om det blir en ansökan i länsrätten. Men det är också en effekt av att kommunerna uppmärksammat behovet av en rättssäker handläggning. Kommunerna är överlag positiva till skyldigheten att regelbundet rapportera ej verkställda beslut. Man är däremot negativ till sanktionsavgiften.

Kommunerna gör en hel del för att komma tillrätta med väntetiderna. Man tillskapar t.ex. fler platser i särskilda boendeformer, satsar på rekrytering av kontaktpersoner och kontaktfamiljer, förbättrar handläggningen av ärenden, söker nya lösningar etc. Det är dock inte givet att kommunernas åtgärder för att komma tillrätta med resursbristerna alltid leder till förbättringar för den enskilde. Om det blir viktigare för kommunerna att verkställa insatserna i tid än att tillgodose behoven på ett optimalt sätt kan enskilda i stället missgynnas.

En del åtgärder har enligt Socialstyrelsen haft som huvudsakligt syfte att kommunen ska slippa att åläggas en sanktionsavgift. Här riskerar därför brukares och klienters rättssäkerhet att bli sämre. I vissa fall kan det leda till att man inte biståndsbedömer alla insatser eller att man genomfört som allmän praxis att avsluta ärenden om den enskilde tackar nej till ett erbjudande.

Ytterligare konsekvenser är att man gör tuffare och noggrannare behovsbedömningar och man inför tidsbegränsade beslut utan att se till konsekvenserna för individen. Det är dock enligt Socialstyrelsen svårt att uttala sig om dessa bieffekter enbart beror på anmälningsskyldigheten och sanktionsavgiften.

Ytterligare en bieffekt enligt Socialstyrelsen är att det utvecklas en acceptans för generella väntetider till vissa insatser. En 3-månadersgräns för rapporteringsskyldighet och domstolarnas resonemang kring tidsgränser för särskild avgift, som t.ex. väntetider på upp till sex månader till särskilt boende för äldre, kan bidra till detta.

### Assistansersättning till personlig assistans

#### *Antalet personer och antal timmar med assistans ökar*

Personlig assistans ska vara ett personligt utformat stöd som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer för att uppnå valfrihet,

flexibilitet och kontinuitet i stödet till den enskilde. Det är en behovsprövad insats som liksom andra individuella stödinsatser ska vara viktiga komplement till strukturinriktade och allmänt inriktade insatser för personer med funktionsnedsättning. Assistansersättning beviljas av Försäkringskassan och utgår till personer som har rätt till personlig assistans för sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan.

Såväl antalet personer som är berättigade till assistansersättning som antalet beviljade timmar per person har ökat markant sedan ersättningen infördes 1994. Antalet har ökat med cirka 6 000 personer sedan 2000 och antalet timmar med i genomsnitt cirka 20 timmar per vecka och person. Som en följd av detta har också kostnaderna ökat kraftigt. Samhällets totala kostnader för assistansersättning uppgick 2008 till 19,9 miljarder kronor. Kommunerna stod för 3,9 miljarder kronor och staten för 16 miljarder kronor.

**Tabell 6.5 Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och andel kvinnor och män som har assistans samt beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2000–2008**

År	Kostnad totalt (mdkr)	varav stat (mdkr)	varav kommun (mdkr)	Kostnadsökning jämfört med året innan (mdkr)	Kostnadsökning jämfört med året innan %	Antal personer med beviljad assistans för dec. månad	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för kvinnor	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för män
2000	7,0	5,3	1,7	1,0	17	9 700	86	85	88
2001	8,2	6,3	1,9	1,2	17	10 800	89	87	90
2002	9,8	7,5	2,2	1,6	20	11 600	92	90	94
2003	11,2	8,7	2,5	1,4	14	11 900	96	94	98
2004	12,8	10,0	2,7	1,6	14	12 800	99	96	101
2005	14,3	11,3	3,0	1,5	12	13 600	101	99	103
2006	16,0	12,8	3,2	1,7	12	14 300	104	101	106
2007	18,1	14,6	3,5	2,1	13	15 200	106	104	108
2008	19,9	16,0	3,9	1,8	10	15 500	108	107	110

Källa: Försäkringskassan

Antalet personer ökar i alla åldersgrupper men är mest framträdande i åldersgruppen 0–19 år och 60–64 år. Även antalet personer med assistansersättning över 65 år har ökat. Ökningen i den åldersgruppen kan i stor utsträckning förklaras av att fler ansöker om assistansersättning när de närmar sig 65 år. När bestämmelsen infördes om att äldre kunde behålla assistansersättningen efter att de fyllt 65 år, så gjordes även en beräkning att antalet personer med assistans och därmed kostnaderna antogs stiga ända fram till 2025. Därefter ska utvecklingen stabiliseras.

Det är stora skillnader mellan länen vad gäller antalet beviljade timmar. Gotland, Stockholm, Dalarna och Västernorrland har ett genomsnitt mellan 120–123 timmar medan Kronoberg, Örebro, Västmanland och Jönköping har ett genomsnitt mellan 91–95 timmar i veckan.

Regeringen har i regleringsbrevet för 2008 gett Socialstyrelsen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete i uppdrag att i samarbete med Försäkringskassan utarbeta ett vetenskapligt instrument som kan användas när behovet av personlig assistans ska bedömas. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2011. Genom att använda sig av ett standardiserat instrument kan risken för lokala variationer i bedömningen minska.

Av dem som får assistansersättning är 53 procent kvinnor och 47 procent män. Så har fördelningen sett ut under hela 2000-talet. För dem som är 65 år eller äldre är det fler kvinnor än män som får assistans. Kvinnor beviljas i genomsnitt färre timmar per vecka än män, 107 timmar mot 110 timmar. Skillnaden i antalet beviljade timmar per vecka mellan kvinnor och män har varit relativt konstant genom åren och legat i genomsnitt cirka 4 timmar mer för män.

När det gäller personlig assistans med assistansersättning anlitar omkring 40 procent av de assistansberättigade enskilda assistansanordnare. Antalet assistansanordnare har ökat snabbt och uppgick i slutet av 2006 till omkring 450 stycken enligt LSS-kommittén (SOU 2008:77).

#### *En viktig stödinsats för jämlika levnadsvillkor*

I årsredovisningen för 2008 redovisar Socialstyrelsen att personlig assistans är en insats med ett tydligt brukarperspektiv. I rapporten Personlig assistans enligt LASS ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv redovisar Socialstyrelsen vidare att personlig assistans i hög grad bidrar till att personer med omfattande funktionsnedsättning kan leva ett aktivt liv utifrån egna önskemål. Enligt rapporten skulle det dock, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, gå att få ut mer av resurserna. För detta krävs enligt Socialstyrelsen en helhetssyn på samhällets insatser, bättre samordning och samverkan. Det behöver också finnas en balans mellan individuellt utformade insatser och generella åtgärder.

Socialstyrelsen har i samarbete med forskare vid universitetet i Oxford tagit fram en serie systematiska forskningsöversikter om personlig assistans. Det finns få studier men de som finns visar att personlig assistans är en trygg insats. De som har personlig assistans är generellt mer nöjda med insatsen än de som får andra insatsformer. De översikter som gäller vuxna och äldre visar generellt att de som har personlig assistans får fler behov tillgodosedda än de som t.ex. har hemtjänst. Det finns dock enligt Socialstyrelsen ett stort behov av kontrollerade studier.

#### *En viss dämpning av kostnadsökningen för assistansersättning*

Statens kostnader för assistansersättning har ökat flera år i rad med en variation mellan 12–20 procent. Rätten att få behålla personlig assistans efter 65 år är enligt LSS-kommittén (SOU:2008:77) förmodligen det beslut som höjt kostnaderna mest under 2000-talet.



LSS-kommittén bedömde i delbetänkandet, Kostnader för personlig assistans (SOU 2007:73) att de flesta verksamheter med personlig assistans fungerade väl. Men det förekom att ersättningen utnyttjades genom att hela assistansersättningen inte användes för kostnader för personlig assistans eller att avsiktliga fel angavs i tidredovisningen. För att öka kontrollen och därmed motverka missbruk av assistansersättningen beslutade riksdagen om ändringar i lagen (1993:389) om assistansersättning. Dessa trädde i kraft den 1 juli 2008.

Under det sista året har statens kostnader ökat med 10 procent vilket innebär en viss dämpning i jämförelse med föregående år. Det är svårt att bedöma orsaken till detta. En förklaring kan vara att omfattningen av assistans kommit till en nivå som innebär att behovet av personlig assistans är tillgodosett för personer som har omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar. En annan förklaring kan vara att handlägningsrutinerna för bedömning av personlig assistans har blivit mer enhetliga genom att Försäkringskassan blivit en myndighet. Fortfarande handlar det emellertid om betydande kostnadsökningar och i krontal har assistansersättningen ökat med nästan 2 miljarder kronor under 2008. Försäkringskassan bedömer att den fulla effekten av lagändringarna kan komma att avspeglade sig i statistiken för 2009.

I Socialstyrelsens rapport Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv redovisas att en stor del av kostnadsökningen beror på att kostnader har omfördelats från andra insatser och verksamheter. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv har personlig assistans, enligt rapporten, inte bara ett stort värde för den enskilde utan dessutom är assistansen en kostnadseffektiv stödform.

### **Åtgärder för ökad kvalitet i insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning**

Under 2007 och 2008 har regeringen fördelat sammanlagt 1 miljard kronor till särskilda satsningar inom psykiatriområdet. Kommunerna har under denna period bl.a. fått 220 miljoner kronor för att utveckla sociala insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning i samband med att en ny reform om öppen psykiatrisk tvångsvård (prop. 2007/08:70) började gälla från den 1 september 2008. Prioriterade utvecklingsområden är bl.a. boendeformer, sysselsättning, särskilda resurspersoner, arbetsmetoder och kompetens.

Dessutom har den statliga tillsynen fått extra pengar för att granska vård- och stödinsatser till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Samordnad tillsyn mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan t.ex. genom både sin granskande och framåt-syftande roll bidra till att vård- och behandlingskedjor fungerar.

I lägesrapporten för 2008 redovisar Socialstyrelsen att det de senaste åren har skett en stark utveckling av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. En stor majoritet av kommunerna har t.ex. genomfört inventeringar av målgruppens behov och de flesta har tagit fram någon form av styrdokument. Det finns ett utbud av boende och sysselsättning, även om det är svårt att bedöma i vilken mån det motsvarar det faktiska behovet. Skillnaderna mellan kommunerna är däremot stora. I ett antal kommuner finns till exempel inga särskilda boenden för målgruppen. Siffrorna visar också att mindre kommuner inte gör inventeringar i samma utsträckning som de medelstora och stora kommunerna, och att de inte heller har styrdokument eller ett lika varierat utbud av insatser. Enligt Socialstyrelsen behöver därför mindre kommuner prioriteras i det fortsatta arbetet. Socialstyrelsen håller också för närvarande på med att utarbeta riktlinjer för psykosociala insatser.

I lägesrapporten Ny vårdform redovisar Socialstyrelsen i juni 2009 fortsatt positiva resultat. Kommunsatsningen används för fortsatt utbyggnad och förstärkning av sociala insatser. I kommuner pågår ett utvecklingsarbete med att etablera evidensbaserade arbetsmetoder. Det finns också en öppenhet för att utveckla arbetssätt när det gäller boendeformer t.ex. svikt- och krisplatser, mobila team och boendestöd. Vidare har sysselsättningsområdet fått mer uppmärksamhet. Kommunerna satsar även i hög utsträckning på kompetensutveckling för att kunna ge stöd på ett professionellt sätt. Strukturer för samarbete mellan kommuner och landsting utvecklas dessutom kontinuerligt, även om det finns problem kvar att lösa. De flesta kommuner har samverkansavtal med landstinget. Sammantaget är utvecklingen positiv.

Under 2009 har ytterligare 900 miljoner kronor fördelats till olika både pågående och nya utvecklingsområden inom skilda områden (se regeringens skrivelse 2008/09:185 En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning). Resultatet av denna satsning kommer att följas upp på olika sätt. Socialstyrelsen har bl.a. fått i uppdrag att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer m.m. samt att förbättra verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet.

Utförligare redovisning finns i avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

## Verksamhet med personligt ombud

Personliga ombud ska se till att kvinnor och män (18 år och äldre) som lever med en omfattande psykisk funktionsnedsättning får sina behov tillgodosedda och att deras insatser planeras, samordnas och genomförs. Verksamheten styrs genom ett regeringsbeslut. Kommunerna är huvudmän för personliga ombud men är inte skyldiga att tillhandahålla sådana. Däremot får kommuner som väljer att inrätta en ombudsverksamhet bidrag från staten. Bidraget täcker en del av kostnaden. Socialstyrelsen och länsstyrelserna följer, stödjer och utvecklar verksamheten på uppdrag av regeringen.

Personliga ombud har utvärderats och följts upp. Dessa utvärderingar och uppföljningar visar att ombudens arbete ger goda resultat. Ombuden ökar människornas möjligheter att få den vård och de insatser som de har rätt till. En utvärdering har också visat att ombudens arbete är samhällsekonomiskt lönsamt (SoS-rapport: Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud). Det är framför allt kostnaderna för sjukvården som avtar då behovet av psykiatrisk slutenvård minskar. I årsredovisningen för 2008 konstaterar Socialstyrelsen att personliga ombud stärker den enskildes självbestämmande, främjar möjligheterna till jämlika levnadsvillkor och ökar delaktigheten i samhället.

**Tabell 6.6 Utveckling av personliga ombud (PO), 2002-2008**

År	Antal kommuner med PO	Andel kommuner som har PO av samtliga, %	Antal verksamheter med PO	Antal PO	Antal aktuella personer med PO	Andel kvinnor med PO, %	Andel män med PO, %	Utbetalt till PO under hela året milj. kr
2002	213	73	80	203	1 200	–	–	59,6
2003	235	81	98	272	2 600	–	–	81,3
2004	231	80	101	286	3 200	53	47	85,2
2005	233	80	101	295	3 600	56	44	89,0
2006	238	82	101	295	5 500	53	47	89,2
2007	243	84	107	310	5 900	55	45	91,2
2008	250	86	109	323	6 000 <sup>1</sup>	– <sup>1</sup>	–	97,9

Källa: Socialstyrelsens uppföljningsrapporter

<sup>1</sup> Socialstyrelsens uppskattning av antalet. Antalet är inte könsuppdelat.

Satsbidraget till kommunerna har utökats 2007-2009. Det har lett till fler ombud, att fler kommuner kan tillhandahålla ombud och att fler personer får tillgång till ombud. För 2008 har Socialstyrelsen inte gjort någon ny data-insamling. Man gör bedömningen att det inte skett några större förändringar det senaste året och att cirka 6 000 personer finns i verksamheterna under ett år.

I den senaste uppföljningen (lägesrapport 2008 den 13 april 2009, dnr 72-1704/2002) redovisar Socialstyrelsen några tendenser. Ombudsverksamheterna möter ett stort antal yngre personer i utsatta situationer. Det är en grupp som riskerar att hamna i missbruk, kriminalitet och kanske hemlöshet. Ledningsgrupper och ombud har, enligt lägesrapporten, framhållit att det är viktigt att unga personer får ombud för att om möjligt förhindra traumatiska händelser och svåra psykiska problem. Enligt Socialstyrelsens bedömning skulle ett sådant preventivt arbets-sätt minska omfattningen av både stigmatisering och allvarlig psykisk ohälsa senare i livet.

En annan tendens som redovisas i lägesrapporten är att personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar liksom personer med psykisk funktionsnedsättning som har barn. För den förstnämnda gruppen saknas ofta kommunala resurser. Det redovisas även att personernas behov av hjälp är mer omfattande än tidigare. De vanligaste uppdragen rör ekonomi, boende och stöd i kontakter med myndigheter.

## **Bilstöd och komplement till färdtjänst**

### *Bilstöd*

Bilstöd utgår för anpassning och anskaffning av personbil, motorcykel eller moped. Fordonet ska fungera som ett hjälpmedel vid försörjning men också möjliggöra ett aktivt, självständigt och oberoende liv för människor med funktionsnedsättning. Ett väl fungerande bilstöd har därför stor handikappolitisk betydelse då det leder till ökad delaktighet och frihet för dem som inte kan nyttja allmänna kommunikationer.

Ett antal förändringar i bilstödet genomfördes den 1 januari 2007. Föräldrar till barn med funktionsnedsättning har t.ex. fått höjt grundbidrag för införskaffande av motorfordon (60 000 kronor i stället för 30 000 kronor), föräldrabegreppet i bilstödet har utvidgats till att omfatta även vårdnadshavare som inte är föräldrar samt personer som tagit emot barn för adoption eller för stadigvarande vård och fostran. Dessutom har tiden för nytt grund- och anskaffningsbidrag förlängts från sju till nio år.

Av statistiken från Försäkringskassan kan utläsas att förälder till barn med funktionsnedsättning påtagligt har ökat sin andel av beviljade bilstöd under 2007 och 2008. Även förälder med funktionsnedsättning som har barn under 18 år har ökat sin andel, om än i mindre omfattning.

Det totala antalet beviljade stöd har däremot minskat efter lagändringen och fortsätter att minska. Detsamma gäller kostnaderna. År 2008 beviljades cirka 1 550 bilstöd. Jämfört med 2000 är det en minskning med cirka 600 bilstöd och när det var som mest 2006 en minskning med cirka 1 100 bilstöd.

**Tabell 6.7 Antal personer som beviljats bilstöd 2000–2008, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper**

År	Kostnad (milj kr)	Antal beviljade bilstöd	Andel stöd till kvinnor	Andel stöd till män	Grupp 1 %	Grupp 2 %	Grupp 3 %	Grupp 4 %	Grupp 5 %
2000	209	2 130	48	52	40	9	23	1	27
2001	226	2 150	45	55	36	9	26	1	29
2002	212	2 200	45	55	34	9	26	1	30
2003	220	2 350	44	56	37	12	22	1	28
2004	225	2 230	46	54	37	13	22	1	27
2005	268	2 550	47	53	37	13	22	1	27
2006	254	2 670	48	52	40	14	22	1	22
2007	244	1 790	43	57	27	10	17	1	44
2008	202	1 550	43	57	22	10	17	3	48

Grupp 1: Funktionshindrad person under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig, genomgå arbetslivsriktad utbildning eller rehabilitering.

Grupp 2: Funktionshindrad person under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1 och som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning.

Grupp 3: Annan funktionshindrad person än tillhörande grupperna 1 och 2, som fyllt 18 men inte 50 år.

Grupp 4: Funktionshindrad förälder med barn under 18 år, om föräldern sammanbor med barnet.

Grupp 5: Förälder till funktionshindrat barn, om föräldern sammanbor med barnet.

Källa: Försäkringskassan

Kostnaderna har under 2000-talet varierat mellan cirka 270 och 200 miljoner kronor och har aldrig varit lägre än nu. År 2008 gick ca 32 procent av stödet till inköp av motorfordon vilket är en minskande andel. En allt större del av stödet går till anpassningen av motorfordon (68 procent 2008). Den genomsnittliga kostnaden per person för anpassning av motorfordon ligger strax över 97 000 kronor.

Lagändringarna har inneburit att många som skulle köpt bil under 2007 och 2008 har skjutit upp sitt inköp för att kunna få bilstöd. Efterfrågan förväntas öka igen 2009 och inom några år bör antalet bilstöd vara på ungefär samma nivå som innan regeländringarna.

En annan förändring som genomfördes 2007 var att all handläggning av ärenden om bilstöd koncentrerades till Försäkringskassans kontor i Västervik. En första uppföljning av denna förändring visar att koncentrationen lett till en ökad specialisering, högre effektivitet och bättre kvalitet i handläggningen.

#### *Komplement till färdtjänst*

Under tiden 1 juli 2007–30 juni 2010 pågår en försöksverksamhet med komplement till färdtjänst. Verksamheten är reglerad i lagen (2006:489) om försöksverksamhet med komplement till färdtjänst och innebär att en kommun ska kunna lämna ekonomiskt stöd till en kommuninvånare, som har en funktionsnedsättning, för att han eller hon ska kunna skaffa eller anpassa ett motorfordon. Ett villkor är bl.a.

att personen inte är berättigad till bilstöd. Sjutton kommuner deltar i försöksverksamheten. Syftet är att förbättra personens möjligheter att förflytta sig och att behovet av färdtjänst ska minska.

Deltagande kommuner har kommit olika långt med försöksverksamheten och de har olika ambitioner. För flera kommuner har det tagit tid att upprätta regelverk för försöket. Hitills är det drygt 30 personer som fått stöd genom försöksverksamheten. Regeringen avser att ge Vägverket i uppdrag att utvärdera verksamheten.

#### **Övriga satsningar inom området**

##### *Bostadsanpassningsbidrag*

Personer med funktionsnedsättning kan ha rätt till ekonomiskt bidrag för att anpassa sin bostad. Det ökar möjligheten till ett självständigt liv i ett eget boende. Det är kommunerna som enligt lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. beslutar om bidraget och som står för kostnaderna. Bidraget ska täcka skäligena kostnader för anpassningen.

**Tabell 6.8 Kostnader för och antal bostadsanpassningsbidrag 2000–2008**

År	Kostnad (milj kr)	Antal beviljade stöd	Genomsnittligt bidragsbelopp
2000	710	57 800	12 280
2001	782	57 400	13 620
2002	828	60 200	13 750
2003	823	60 600	13 580
2004	835	63 300	13 190
2005	857	64 700	13 250
2006	897	67 200	13 350
2007	958	72 700	13 180
2008	959	75 000	12 800

Källa: Boverket

Antal beviljade bidrag ökar stadigt och uppgick 2008 till ca 75 000. Kostnaderna för 2008 har däremot ökat endast marginellt jämfört med 2007 – med cirka 1 miljon kronor. De regionala skillnaderna mellan kommunerna är stora och beviljat belopp varierar mellan cirka 20 och 350 kronor per invånare. En stor del av bostadsanpassningarna görs hos äldre människor.

Merparten av bostadsanpassningsbidragen avser små belopp. Cirka 60 procent av bidragen var 2007 på mindre än 5 000 kronor. Cirka 2 procent översteg 100 000 kronor. Av de bostadsanpassningar som gjordes i hus byggda 1995 eller senare var den vanligaste åtgärden justering av trösklar. I övrigt förekom främst olika anpassningar i badrum och kök, dörrautomatik och montering av ramper.

Boverket har haft i uppdrag att utreda möjligheten till ett system med återanvändning av vissa anordningar finansierade med bostadsanpassningsbidrag. Boverkets förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### *Ledarhundar för synskadade*

Sedan den 1 januari 2006 gäller nya regler för inköp och placering av ledarhundar. Synskadades Riksförbund har ansvaret för att bedöma enskildas behov av ledarhund och lämplighet att handha en sådan hund. Kriterierna för att tilldelas ledarhund anges i lag. Beslut kan överklagas till förvaltningsdomstol. Hjälpmedelsinstitutet har i uppdrag att upphandla ledarhundar av fristående producenter.

Behovet av ledarhund tillgodoses bättre sedan lagen (2005:340) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till den ideella föreningen Synskadades Riksförbund började gälla. Kötiden

för att få ledarhund har minskat och antalet placerade hundar har ökat. Den nya ordningen har således lett till att fler personer som har en synskada, som innebär avsaknad av ledsyn, genom det utökade utbudet har fått förutsättningar för självständighet och självbestämmande. Drygt 40 ledarhundar köps nu in årligen för placering och kön för att få ledarhund har minskat från cirka 60 till cirka 20 personer. I dag är väntetiden för att få en ledarhund cirka ett halvår. Regeringen har i april 2009 beslutat att verksamheten ska utvärderas (se politikens inriktning).

#### *Försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel*

En försöksverksamhet med Fritt Val av hjälpmedel pågår sedan 2007 och ska avslutas i december 2009. Grunden för försöket är fritt val och eget ägande av hjälpmedel. Brukaren erbjuder en rekvisition från landstinget med anvisat belopp. Med rekvisitionen kan brukaren köpa sitt eget hjälpmedel och vid val av en dyrare produkt själv stå för merkostnaden. Tre landsting (Stockholm, Kronoberg och Sörmland) deltar i försöket. Informationsinsatser har genomförts till brukare, företag och forskare på såväl lokal som nationell nivå. En brukarfolder har tagits fram som praktiskt beskriver hur brukaren ska gå tillväga vid fritt val av hjälpmedel.

Hjälpmedelsinstitutet (HI), som ansvarar för projektet, redovisar i Rapport 2009 – delredovisning av försöksverksamhet Fritt val av hjälpmedel – att 393 personer använt Fritt Val t.o.m. maj 2009 och i slutet av juni var antalet uttagna rekvisitioner 514 stycken. I rapporten konstateras att en förklaring till att antalet rekvisitioner ökar är att kunskapen om försöket ökar och att urvalet av hjälpmedel som är möjliga att välja ökat under försöksperioden. Den största åldergruppen som tackat ja till att via Fritt val köpa sitt hjälpmedel är de som är 80 år eller äldre, drygt 40 procent. Åldersfördelningen varierar dock mellan landstingen. Stockholm har flest rekvisitioner i den äldsta åldergruppen. Kronoberg har en förhållandevis jämn åldersfördelning och Sörmland flest i åldergruppen 40–64 år. Kvinnorna dominerar totalt sett. I Stockholm är 70 procent kvinnor, i Sörmland 55 procent och i Kronoberg 34 procent. Vid starten av försöksverksamheten valde alla tre landsting att förskriva enklare hjälpmedel. Man har därefter successivt utökat sortimentet.

Rollator står för 32 procent av de uttagna rekvisitionerna t.o.m. maj 2009. Andra stora grupper är hjälpmedel i hygienutrymmen. Redan efter knappt tre månader, som det har varit möjligt att välja hörapparater i Stockholm, står hörapparatrekvisitionerna för närmare 25 procent av de totala antalet rekvisitioner. I Kronoberg har ganska många valt synhjälpmedel.

En brukarundersökning, för att bl.a. se hur brukarna uppfattar valfrihetssystemet, kommer att genomföras under hösten 2009. En slutrapport av försöket ska lämnas senast den 1 mars 2010.

Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund, som utvärderar försöksverksamheten, har i uppdrag att bl.a. belysa hur brukaren uppfattar valsystemet och hur brukarens livskvalitet påverkats.

#### 6.4.2 Analys och slutsatser

##### *Samspel mellan generella och individuella insatser*

Alla människor har lika rätt att bestämma över sina liv och att bli respekterade. För att kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning ska kunna uppleva delaktighet och jämlika levnadsvillkor krävs att funktionsnedsättningsperspektivet beaktas i statens, landstingens och kommunernas planering. Det gäller att vägen till bl.a. arbete och utbildning samt till den fysiska, kulturella och politiska miljön måste vara öppen för alla. Men det behövs även olika former av stöd som är anpassade efter individens förutsättningar och behov. Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) och socialtjänstlagen (2001:453), bilstöd, olika former av hjälpmedel och ekonomiska stöd m.m. är viktiga individuella stöd.

Både hur generella insatser och individuella stöd, liksom hur olika individuella stöd utformas och kompletterar varandra, har betydelse för om målet om delaktighet och jämlikhet kan uppnås. Det innebär att på samma sätt som ett tillgängligt samhälle torde minska behovet av individuella stöd, torde även en kombination av olika individuella stöd och ett flexibelt och en väl anpassad användning av dessa kunna leda till att stöden utnyttjas mer effektivt. De vägval som görs kan även ha samhällsekonomisk betydelse.

Det sker t.ex. en utveckling när de gäller hjälpmedel och IT som bör tas till vara och utnyttjas i ökad utsträckning som ett viktigt komplement till andra stöd. Regleringar av olika stöd kan i viss utsträckning också behöva ses över, analyseras, tydliggöras och anpassas till vår omvärld och den tid vi lever i. Den lagstiftning som reglerar stöden har som regel funnits i flera år och det som gällde då kanske inte alltid är relevant idag. Det kan även finnas behov av enbart förtydliganden. LSS-kommittén föreslår t.ex. att regeringen bör göra en samlad översyn av hur SoL fungerar som redskap för att uppnå de handikappolitiska målen, eftersom en stor del av verksamheten enligt LSS förutsätter en väl fungerande socialtjänst.

Den översyn och analys av LSS och LASS som LSS-kommittén nyligen genomfört liksom kommitténs förslag behöver också noga analyseras ur olika perspektiv men även vägas mot de synpunkter som lämnats av remissinstanserna.

##### *Mångfald och valfrihet*

Förutom att de olika individuella stödinsatserna måste vara av god kvalitet är det även viktigt att det finns en mångfald av aktörer och en möjlighet att kunna välja utförare. De individuella behoven ser olika ut och kräver olika anpassningar. Vad som är kvalitet för en person behöver dessutom inte vara det för en annan. Konkurrens bland utförare kan också stimulera kvalitetsutvecklingen och bidra till att det växer fram ett bredare utbud av insatser med olika inriktningar att välja mellan. Det kan t.ex. avse kulturella, idrottsliga, generationsanpassade eller andra intresseinriktade inslag. Parallellt med en sådan utveckling är det betydelsefullt att olika aktörer även genomför informationsinsatser som ger förutsättningar för brukare att känna till utvecklingen och de valmöjligheter som finns.

Många åtgärder genomförs nu inom välfärdsområdet för att öka mångfalden av utförare i syfte att öka valfriheten och att bredda utbudet för att stärka människans inflytande över sin vardag. I inledningen av 2009 trädde lagen om valfrihet i kraft. Den gör det möjligt för kommuner att starta valfrihetssystem för insatser som ges enligt SoL och LSS. För att stimulera utvecklingen av fler utförare och ett bredare utbud när det gäller sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, får kommuner som upphandlar externa platser eller startar ett valfrihetssystem för sysselsättning

statliga stimulansbidrag. Försöksverksamheten med Fritt Val av hjälpmedel är ytterligare en åtgärd i denna riktning liksom överenskommelsen om en dialog mellan regeringen, idéburna organisationer och Sveriges Kommuner och Landsting som slöts i oktober 2008. Dialogen utgår från att det i huvudsak är kommuner och landsting som ansvarar för välfärden men att ett gott samspel mellan offentlig sektor och civilt samhälle är centralt för en god samhällsutveckling.

Arbetet med att skapa mångfald och valfrihet har inletts genom att det tillkommit olika plattformar som ger goda förutsättningarna för det fortsatta arbetet.

#### *Kunskap, öppna jämförelser, normering och tillsyn*

Det finns en rad olika mer eller mindre traditionella stödinsatser inom socialtjänsten och olika LSS-verksamheter och det utvecklas hela tiden nya. Vi vet förhållandevis lite om kvalitén på och hur effektiva alla dessa stöd är. Kunskapen om de olika stöden och dess effekter för olika människor med skilda funktionsnedsättningar är bristfällig. Det finns därför ett behov av fortsatt kunskapsutveckling. För en sådan utveckling krävs bl.a. en målmedvetenhet och ett engagemang hos huvudmännen. Därför har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingått en överenskommelse om en plattform för evidensbaserad praktik i socialtjänsten. För personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd pågår även ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer för psykosociala insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det behövs också bättre kunskap om levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsens arbete med att utveckla ett system för att löpande beskriva levnadsförhållanden för personer med olika funktionsnedsättningar kommer att innebära en viktig förbättring av underlaget om levnadsvillkor.

För att den enskilde ska kunna välja och för att olika utförare av välfärdstjänster ska kunna jämföra sig med varandra krävs en öppen redovisning av verksamheternas innehåll, prestationer och särart. Det ska även leda till att insatsers kvalitet och effektivitet bättre anpassas till vad som efterfrågas och krävs för att svara mot god kvalitet. Inom psykiatriområdet har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att påskynda utveck-

lingen av grunddata och kvalitetsindikatorer m.m. samt att förbättra verksamhetsuppföljningen och möjligheter till öppna jämförelser som avser personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Inom socialtjänsten har Socialstyrelsen i juni 2009 fått ett uppdrag med liknande innebörd.

Tillsynen har stor betydelse för att se till att lagar, förordningar och föreskrifter efterlevs och att verksamheter är av god kvalitet. För att tillsynen ska vara effektiv behöver den vara frekvent, systematisk, enhetlig och bättre samordnad med tillsynen av hälso- och sjukvården. Nationella bedömningskriterier har utvecklats inom ett antal områden men behöver tas fram så att de täcker alla områden. Det saknas även normering inom många områden. Regeringen har därför beslutat att från och med den 1 januari 2010 förstärka tillsynen. Socialstyrelsen blir ny tillsynsmyndighet och får samtidigt utökade befogenheter och möjligheter att förbättra normeringen på området.

#### *Samverkan och samordning*

För att personer med omfattande funktionsnedsättning ska få det stöd samt den vård och rehabilitering eller habilitering som de behöver krävs samverkan mellan olika aktörer och att insatser från olika aktörer samordnas. Trots en rad åtgärder för att främja samverkan och trots att det finns många bra exempel på samverkan, t.ex. inom ramen för gemensamma team och finansiell samordning, så fungerar inte alltid samverkan och samordningen som det är tänkt. Det leder till att människor inte alltid får den hjälp som de behöver och att samhällets resurser inte utnyttjas effektivt. Samordning och samverkan kräver både tid, engagemang och mandat från samtliga inblandade för att fungera.

För att komma tillrätta med bristerna kommer regler att införas i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen om att landsting och kommun tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen och kommunen eller landstinget bedömer att en sådan plan behövs. För personer med psykisk funktionsnedsättning kommer det även att införas krav på att landsting och kommun ska ingå överenskommelse om samarbete.

Den personliga ombudsfunktionen för personer med psykisk funktionsnedsättning är välkänd och en förebild för många andra

verksamheter. Arbetet utgår från ett helhetsperspektiv. Ombuden ska sätta upp mål om hur svårigheter och hinder ska hanteras och förmedla hopp till personerna. De är viktiga och ändamålsenliga för att på ett individuellt och flexibelt sätt se till att den enskilde får det stöd han eller hon behöver och att berörda aktörer samordnar sina insatser. Ombuden är involverade i många sammanhang och kommer att få en allt viktigare roll i och med den nya öppna tvångsvårdsformen och när det införs krav på individuella planer.

#### *Anhörigas insatser*

En betydande del av allt stöd som ges till personer med funktionsnedsättning utförs av anhöriga. Detta får inte glömmas bort när det vidtas åtgärder för att utveckla kvalitén i det offentliga stödet. Att de anhörigas stöd fortsätter är viktigt både för de närstående och för samhället. Utan deras betydande insatser skulle det vara svårt att upprätthålla stödinsatser på den nivå som vi har i dag. Det är därför av stor betydelse att de i sin tur kan få stöd och känna uppskattning för de insatser som de utför. Det handlar också om behov av att vila, att få tid över för personliga angelägenheter och fortbilda sig för att kunna klara situationen på bästa sätt. För samhället är det också angeläget att stödja anhöriga för att förebygga att han eller hon själv ska behöva söka vård eller stöd. I socialtjänstlagen har nu förtydligats att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en person som har en funktionsnedsättning.

#### *Slutsats*

Det finns ett stort antal olika stöd och funktioner som är till för att flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning ska ha en möjlighet att uppnå jämlikhet och delaktighet. Hur kostnadseffektiva och ändamålsenliga alla dessa stöd och funktioner är tillsammans, eller var och ett för sig, finns det förhållandevis lite kännedom om. Det saknas i dag även möjligheter att mäta detta. Det finns också många andra faktorer som är viktiga att klara ut, t.ex. hur olika stöd och andra insatser förhåller sig till och samspelar med varandra eller hur olika huvudmän samverkar och agerar för att man ska få ut mesta möjliga av vad samhället erbjuder. Här återstår det mycket att göra. Tillgänglighetsarbetet fortsätter, en ökad mång-

fald av aktörer och fler valmöjligheter kan stimulera fram effektivare och bättre utformade stöd, samverkan över huvudmannaskapsgränser och individuella planer kan bidra till ett mer anpassat och samordnat stöd för den enskilde, ny kunskap kan bidra till mer rehabiliterande insatser, öppna jämförelser till ökad konkurrens och bättre kvalitet i insatserna etc. Politiken inom detta område måste vara långsiktig och präglas av en helhetssyn.

## **6.5 Revisionens iakttagelser**

Riksrevisionen har granskat statlig tillsyn av bostad med särskild service enligt LSS (RiR 2007:1 Framställning till riksdagen 2006/07:RRS24). Riksdagen har avstyrkt Riksrevisionens framställan med hänvisning till pågående arbete på området (bet. 2007/08:SoU1, rskr. 2007/08:87). I rapporten rekommenderar Riksrevisionen att regeringen överväger att vidta åtgärder för att åstadkomma en mer likvärdig tillsyn över hela landet och i det sammanhanget preciserar innebörden av Socialstyrelsens centrala tillsyn.

För att åstadkomma en mer likvärdig tillsyn har regeringen föreslagit och riksdagen beslutat att tillsynen över socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska flyttas över till Socialstyrelsen och samordnas med tillsynen av hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:160, bet. 2008/09:SoU22, rskr. 2008/09:259). Regeringen har därmed åtgärdat riksrevisionens rekommendation.

## **6.6 Politikens inriktning**

Regeringen kommer att fortsätta arbetet med att påverka utvecklingen så att personer som har en funktionsnedsättning, oavsett funktionsnedsättningens art och omfattning, får ökade möjligheter att delta i samhällslivet och arbetslivet samt att de får ökade möjligheter att påverka sin vardag och göra egna val.

Viktiga strategiska uppgifter är att fortsätta bekämpa och förebygga diskriminering, att påverka fördomsfulla attityder och att verka för ett samhälle som är tillgängligt för alla som bor



och verkar där. Politikens närmare inriktning för dessa uppgifter, som är av mer generell karaktär, beskrivs i avsnitt 5.6 Handikappolitik.

Ytterligare en strategisk uppgift för att fortsätta arbetet med att förbättra livsvillkoren för personer med funktionsnedsättning och skapa jämlikhet i levnadsvillkor är att ge människorna förutsättningar att bestämma över sitt eget liv. I detta arbete, och inom stora delar av välfärdsområdet, satsar regeringen på delaktighet och minskat utanförskap, öppna jämförelser och valfrihet, ökad kunskap, kompetens och evidens samt ett ökat utbud av externa aktörer och ett samarbete med den ideella sektorn. I fokus är framför allt de individuella stöden, t.ex. boende, sysselsättning, hjälpmedel, rehabilitering och andra typer av individanpassade stöd. Men det handlar även om att riva hinder, både i tanke och rent bokstavligt.

Arbetet kommer att ta tid och är långsiktigt. Det har inletts med bl.a. ett flertal beslut och uppdrag som berör många olika aktörer (se vidare Resultatredovisning, både inom detta område och området Handikappolitik). Åtgärderna kräver samarbete mellan stat, kommuner och landsting men också andra intressenter. De kräver kreativitet och nytänkande, att man sprider kunskap om bra insatser och att man tar till sig aktuell forskning och erfarenheter som ger resultat. Man måste också använda den breda kompetens som finns inom den ideella sektorn.

Den offentliga välfärden kommer däremot aldrig att täcka alla behov av individuellt stöd. Det är inte möjligt men det är inte heller önskvärt. Vänner och anhöriga till personer med funktionsnedsättning ställer upp och gör fantastiska insatser. Därför fortsätter regeringen satsa på att stödja personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som har en funktionsnedsättning (jmf. prop. 2008/09:82 och Budgetförslag inom utgiftsområde 8, Äldrepolitik).

Ideella organisationer är betydelsefulla både i sin traditionella egenskap av röstbärare men också som utförare av sociala tjänster. Även organisationerna är därför ett viktigt komplement till de offentliga insatserna och regeringen arbetar för att de ideella aktörerna ska kunna konkurrera på likvärdiga villkor med andra aktörer inom det sociala området. Regeringen har ingått en överenskommelse med idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting som rymmer

en åtgärdsplan från alla tre parter sida. I planen erkänns den ideella sektorns betydelse inom socialt arbete.

#### *Från ambition till handling – en politik för psykisk hälsa*

Regeringen gör omfattande satsningar inom psykiatriområdet och regeringens politik styrs enligt regeringens skrivelse En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (Skr. 2008/09:185) mot att personer med psykisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom ska tillförsäkras vård-, rehabiliterings- och sociala stödinsatser utifrån sina behov och med en ambitionsnivå som stämmer överens med senaste tillgängliga kunskap om vad som ger resultat. Innehållet i insatserna ska enligt skrivelsen präglas av evidens och hög kompetens, erfarenhet och individuell anpassning samt mångfald och god tillgänglighet. Politiken syftar till att stärka delaktigheten och valfriheten. Genom att brukare får inflytande över av vem och var de kan få sina behov av vård, rehabilitering och sociala stöd tillgodosedda kan valfriheten och delaktigheten öka. Möjligheten att välja bör underlättas genom att antalet aktörer utökas. Med hjälp av individuella planer och personliga ombud kan insatser samordnas och personer med funktionsnedsättning hitta rätt i utbudet av olika insatser. Det kan även leda till att insatser som är bättre utformade för olika funktionsnedsättningar och individuella behov kan utvecklas (se även stycket om fritt val på nästa sida).

I skrivelsen till riksdagen (Skr. 2008/09:185) anges övergripande syften med politiken inom bl.a. socialtjänstens områden. Dessa är

- att utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel ska vara varierat och anpassat för att möta de behov som personer med psykisk funktionsnedsättning har, och
- att personer med psykisk funktionsnedsättning i ökad utsträckning ska ges möjlighet att välja och ha inflytande över vem som ska utföra rehabiliterings- och stödinsatser liksom utformningen av dessa insatser.

(Läs mer i regeringens skrivelse En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning och under Politikens inriktning i avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik).

### *En stärkt tillsyn för bra kvalitet i socialtjänstens verksamheter*

Det är viktigt att personer med funktionsnedsättning får tillgång till de individuellt utformade stöd som de behöver enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Det är också väsentligt att stödinsatserna är av god kvalitet och att hanteringen av ärenden följer gällande lagstiftning och är rättssäker. Stödinsatser behöver vidare samordnas med vård- och rehabiliteringsinsatser från hälso- och sjukvården.

Regeringen bedömer att tillsynsreformen som träder i kraft den 1 januari 2010 kommer att få stor betydelse för utvecklingen av socialtjänsten mot verksamheter av god kvalitet. I tillsynen kommer att ingå att förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls i tillsynen och att kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps. Dessutom utvidgas tillsynsmyndighetens bemyndigande att meddela föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet och hälsa, från att endast ha omfattat äldre och personer med funktionsnedsättning till att omfatta även barn och unga, missbrukare samt personer som utsatts för brott och deras närstående. Tillsynsmyndigheten ges även utökade befogenheter att ingripa när verksamheter inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

Barnperspektivet i tillsynen kommer även att stärkas. I propositionen gör regeringen bl.a. bedömningen att verksamheter som riktar sig till barn och unga enligt LSS bör besökas för tillsyn minst två gånger per år, varav ett oanmält. Regeringen förordar, förutom en utveckling av systemtillsyn avseende lednings- och kvalitetsystem, dessutom en ökad användning av riskanalyser och frekvensmål i tillsynen.

Regeringen har i juni 2009 gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa, samt allmänna råd som närmare konkretiserar innebörden i kravet på god kvalitet i verksamheten och personal med tillräcklig utbildning och erfarenhet. Socialstyrelsen ska också utarbeta bedömningskriterier för tillsynen inom dessa områden. I arbetet med att utarbeta föreskrifter och allmänna råd ska Socialstyrelsen beakta behovet av samordnade och samverkande insatser från hälso- och sjukvård, socialtjänst eller LSS där detta är relevant.

### *Samverkan och samordning*

Regeringen fortsätter arbetet med att nå en ökad samverkan mellan kommuner och landsting – både generellt och i enskilda ärenden. En väsentlig del i detta arbete är att få till stånd en effektivare samordning av de insatser som ges. Det inkluderar, när det behövs och så långt det är möjligt, även andra myndigheters insatser. Förutom att den nya inriktningen på tillsynen kommer att ha en viktig uppgift i detta arbete så föreslår regeringen även en del andra satsningar.

Personliga ombud är en effektiv verksamhet som fortsätter (se resultatavsnittet). Under de senaste åren har antalet ombud ökat. Regeringen ökar därför anslaget med 10 miljoner kronor till 99,46 miljoner kronor per år.

Regeringen har vidare i proposition 2008/09:193 föreslagit regler om individuella planer och överenskommelser i både hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och i SoL. Om den enskilde samtycker till att en individuell plan upprättas räcker det att en av huvudmännen gör bedömningen att det behövs en plan för att skyldigheten ska inträda för båda. Den enskilde måste också ha samtyckt till detta. Av planen ska det bl.a. framgå uppgifter om vilka insatser som behövs. I planen ska också redovisas åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och landstinget.

Individuella planer gäller alla medan överenskommelser om samarbete gäller enbart personer med psykisk funktionsnedsättning. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en vägledning om vad överenskommelserna bör innehålla.

### *Fritt val*

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är en prioriterad och angelägen reform både inom äldreomsorgen och för det individuella stödet till personer med funktionsnedsättning. Regeringen bedömer att LOV:en kommer att göra det enklare för små företag och ideella företag att bli utförare av de tjänster som kommunen beslutar ska ingå i ett valfrihetssystem. Reformen kommer därmed att ge förutsättningar för en ökad mångfald av utförare och bättre valfrihet för den enskilde. Den kommer också att ge möjlighet till en sund kvalitetskonkurrens som driver på kvalitetsutvecklingen och ett varierat innehåll i insatserna. Regeringen kommer noga att följa utvecklingen av lagen.

Både Verket för näringslivsutveckling (numera Tillväxtverket) och Konkurrensverket har fått i uppdrag att genomföra informationsinsatser. Målet är bl.a. att underlätta tillämpningen av lagen för upphandlande myndigheter, att stimulera fler att etablera sig och att tillhandahålla lättillgänglig information om bestämmelserna. Målet är också att genom information och generell vägledning förebygga regelöverträdelser och verka för en enhetlig tillämpning av lagen. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp användandet av systemet. I ett första skede avsatte regeringen 280 miljoner kronor i ett stimulansbidrag till kommunerna för att förbereda och utveckla valfrihetssystem.

Regeringen fortsätter att stimulera kommuner som önskar förbereda och utveckla ett valfrihetssystem för insatser enligt SoL som riktar sig till äldre och personer med funktionsnedsättning. I juni 2009 utbetalades 25 miljoner kronor via Socialstyrelsen för detta ändamål.

#### *Fritt val av hjälpmedel*

Regeringen har drivit en försöksverksamhet för att prova system där den enskilde själv ska kunna välja hjälpmedel. Tanken är att personer med funktionsnedsättning ska få möjlighet att påverka valet av de produkter som de behöver för att fungera i vardagen. Förutom att ett system med fritt val skulle gynna brukarna av hjälpmedel, så skulle det även gynna företagen genom att de kan erbjuda lämpliga hjälpmedel utifrån den enskildes önskemål.

Försöksverksamheten har visat att det går att öppna för ökad valfrihet inom hjälpmedelsområdet och att det finns ett intresse av att införa en Fritt Val modell för hjälpmedel. De landsting som deltagit i försöket har till viss del hittat ett fungerande system men det kommer att krävas ytterligare beredning och analyser. Frågan om Fritt val inom hjälpmedelsområdet kommer att beredas vidare i Regeringskansliet.

#### *Sysselsättning*

Arbete, rehabilitering och sysselsättning har stor betydelse för att personer med funktionsnedsättning ska känna delaktighet och uppnå jämlikhet i levnadsvillkor. Arbetslinjen och satsningar på dem som står långt från arbetsmarknaden har därför fortsatt hög prioritet för regeringen (se även politikens inriktning för UO 9 Handikappolitik och UO 14 Arbetsmarknad och arbetsliv). Det är särskilt viktigt att unga

med funktionsnedsättning får chansen att tidigt komma in på arbetsmarknaden.

Även med ett gott näringsklimat kommer det att finnas personer med omfattande funktionsnedsättningar som kommer att ha särskilt svårt att komma ut på den ordinarie arbetsmarknaden. De som inte kan delta där bör erbjudas meningsfull individuellt utformad sysselsättning. Förutom olika arbetsmarknadsåtgärder kan det vara att delta i olika sysselsättningar som anordnas, upphandlas eller på annat sätt tillhandahålls via kommuner. Det kan också vara verksamheter som tillhandahålls av den ideella sektorn som t.ex. kooperativ, organisationer och fontänhus.

Även här bör valfriheten vara så stor som möjligt, med möjlighet för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga att påverka inriktningen på sysselsättningen. Genom att släppa in olika aktörer för att ordna daglig sysselsättning ökas valfriheten för de sysselsatta.

Som ett led i att stimulera denna utveckling får kommuner under 2009 ett stimulansbidrag (80 miljoner kronor) för att antingen upphandla externa sysselsättningsplatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, särskilt från sociala företag, eller erbjuda sysselsättning via ett valfrihetssystem. Syftet med bidraget är dels att få fram fler externa aktörer som tillhandahåller sysselsättning som är anpassad för målgruppen, dels att uppnå ökad valfrihet. Regeringen är även angelägen om att det bör finnas en koppling mellan den externa platsen och Arbetsförmedlingen i de fall övergång i arbete på arbetsmarknaden kan bli aktuellt.

Arbetsförmedlingen får under 2009 medel (50 miljoner kronor) för att i samverkan med Försäkringskassan upphandla rehabilitering och andra typer av stödtjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning. Syftet med uppdraget är att ge fler personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning rehabilitering, sysselsättning och arbete. Regeringen anser att det är angeläget att sociala företags möjligheter att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning tas tillvara.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan prövar i en försöksverksamhet alternativa insatser för långtidssjukskrivna. Försöksverksamheten bedrivs i Stockholm, Göteborg, Dalarna och Västerbotten under 2008 och 2009 (35 miljoner kronor per år). Syftet med försöks-

verksamheten är att se om man genom att anlita kompletterande aktörer snabbare och effektivare kan ge långtidssjukskrivna stöd för att återfå arbetsförmågan och erhålla ett reguljärt arbete. Sociala företags möjligheter att stödja långtidssjukskrivna ska så långt det är möjligt tas tillvara i försöksverksamheten.

Regeringen har också beslutat att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en vägledning för hur den dagliga verksamheten och dess samverkan med andra aktörer ska utformas, så att den grupp som står nära arbetsmarknaden får ökade möjligheter till lönearbete (Socialstyrelsens regleringsbrev för 2009). Uppdraget ska genomföras i samråd med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan och redovisas senast den 15 april 2010.

#### *Andra pågående utredningar och uppdrag samt utredningar som bereds*

Ett stort antal pågående uppdrag och utredningar berör personer med funktionsnedsättning, särskilt personer med psykisk funktionsnedsättning. Dessa finns redovisade i regeringens skrivelse 2008/09:185, som överlämnades till riksdagen i april 2009. Ytterligare ett antal som är viktiga för politikens inriktning är följande.

LSS-kommittén har utrett LSS och assistansersättningen och lämnat en rad förslag till förändringar av lagstiftningen. Betänkandet har remissbehandlats. Utredningens förslag bereds vidare inom Regeringskansliet.

Regeringen anser att det är viktigt att följa utvecklingen och analysera hur styrningen av assistansersättningen fungerar så att behovsbedömningen görs utifrån lagens intentioner om den enskildes möjlighet att leva ett självständigt och oberoende liv. I samband med ändringar i reglerna för assistansersättningen (prop. 2007/08:61, bet. 2007/08:SoU13, rskr. 2007/08:158) fick Försäkringskassan i uppdrag att undersöka vilka konsekvenser bestämmelsen om sex månaders avräkningsperiod får för personer som är egna arbetsgivare av personlig assistans och göra en bedömning om lagstiftningen, som trädde i kraft den 1 juli 2008, är ändamålsenlig. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 30 september 2009.

När frågan om nya regler för inköp och placering av ledarhundar beslutades så tillkännagav riksdagen att reglerna behövde utvärderas. I april 2009 fick en utredare i uppdrag att se över åtgärder för att stimulera

tjänstehundsaveln (dir. 2009:24). Utredningen har också i uppdrag att utvärdera om det nya systemet för inköp och placering av ledarhundar har fått avsedda effekter. Utredningen ska vara klar senast den 30 december 2009.

Kunskapsbasen för insatserna inom socialtjänsten är outvecklad. Det finns därför ett behov av insatser till stöd för en fortsatt kunskapsutveckling. Det är angeläget att statens bidrag sker på ett enhetligt och långsiktigt sätt och i nära samverkan med huvudmän och andra intressenter. Regeringen har därför träffat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting att under 2009 arbeta fram ett förslag till en plattform för samordnade och långsiktiga insatser till stöd för en evidensbaserad praktik i hela socialtjänsten. Hänsyn kommer samtidigt att tas till det arbete som pågår på annat håll, t.ex. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) som har i uppdrag att främja utvecklingen av metoder och arbetsformer i socialt arbete.

## 6.7 Budgetförslag

### 6.7.1 4:1 Personligt ombud<sup>10</sup>

**Tabell 6.9 Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud**

Tusental kronor				
2008	Utfall	99 869	Anslags-sparande	28 863
2009	Anslag	89 460 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	97 059
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>99 460</b>		
2011	Beräknat	99 460		
2012	Beräknat	99 460		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag till verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.

<sup>10</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:1 Personligt ombud

## Regeringens överväganden

Verksamhet med personligt ombud fyller en viktig funktion för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska bli delaktiga i samhället. Under 2007–2009 har Socialstyrelsen, utöver den ordinarie anslagsnivån, disponerat ytterligare 20 miljoner kronor per år för att tillsammans med länsstyrelserna erbjuda och stimulera kommuner att inrätta fler verksamheter med personligt ombud eller att utöka antalet ombud.

Då det tar tid att motivera, inrätta och rekrytera ombud har endast en del av anslagna medel förbrukats. Den ekonomiska situationen i kommunerna innebär dessutom, att även om kommuner vill inrätta ombudsverksamheter, så anser de sig inte ha råd med det i nuvarande ekonomiska läge. Men eftersom det anställts fler ombud under de senaste tre åren finns det samtidigt skäl att utöka anslaget mer långsiktigt.

Regeringen föreslår att anslaget ska ökas med 10 000 000 kronor per år. För att finansiera ökningen minskas det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* med motsvarande belopp.

**Tabell 6.10 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:1 Personligt ombud**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>89 460</b>	<b>89 460</b>	<b>89 460</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	10 000	10 000	10 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>99 460</b>	<b>99 460</b>	<b>99 460</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 99 460 000 kronor ska anvisas under anslaget 4:1 *Personligt ombud* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till vardera 99 460 000 kronor.

## 6.7.2 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet<sup>11</sup>

**Tabell 6.11 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet**

Tusental kronor

År	Utfall	2009	2010	2011	2012
2008	Utfall	250 350			
2009	Anslag	177 850 <sup>1</sup>			
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>227 850</b>			
2011	Beräknat	228 350			
2012	Beräknat	228 350			

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS),
- statsbidrag till tolktjänst,
- försöksverksamhet med service- och signalhundar, och
- information till kommuner och landsting om FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Statsbidrag till rådgivning och annat personligt stöd samt till tolktjänst utgår enligt finansieringsprincipen, dels för den utökade målgrupp som landstingen fick ansvar för när LSS trädde i kraft, dels för det utökade ansvar som landstingen samtidigt fick för tolktjänsten. Socialstyrelsen fördelar statsbidraget till landstingen.

Tolktjänsten innebär en skyldighet för landstingen att organisera, finansiera och tillhandahålla tolktjänst för vardagstolkning till döva, dövblinda m.fl.

Fram t.o.m. 2011 pågår en försöksverksamhet med service- och signalhundar.

## Regeringens överväganden

En ny fördelningsmodell för landstingens tolkverksamhet gäller från och med den 1 januari 2008. Modellen tar i högre grad hänsyn till

<sup>11</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:2 Vissa bidrag inom handikappområdet

landstingens faktiska kostnader för tolkverksamheten än tidigare. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utvärdera den nya fördelningsmodellen. Resultaten ska redovisas senast den 1 juli 2011.

Socialstyrelsen har också haft i uppdrag att kartlägga hur bestämmelserna om vardags-tolkning enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) tillämpas samt tydliggöra vad som ingår i den vardagstolkning som landstinget ska erbjuda barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade. Uppdraget redovisades den 31 december 2008 i rapporten "Begreppet vardagstolkning". Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Under tre år, 2009–2011, genomför regeringen en försöksverksamhet med service- och signalhundar. För detta ändamål avsätts 2 000 000 kronor per år. En försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel, som finansierats inom anslaget, upphör från och med 2010.

När LSS trädde i kraft fick fler personer tillgång till insatsen råd och stöd från landstinget än vad som gällde dessförinnan. Sedan 1994 kompenseras landstingen för detta. Socialstyrelsen har i utvärderingar och uppföljningar av LSS konstaterat att betydligt färre personer än förväntat har fått tillgång till insatsen råd och stöd.

Under 2008 minskade anslaget tillfälligt med 2 500 000 kronor och under 2009 med 60 000 000 kronor.

Sverige ratificerade FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning i december 2008. Regeringen avser att ge Handisam i uppdrag att informera i första hand kommuner och landsting om konventionen. För detta ändamål avsätts 2 000 000 kronor 2010 från detta anslag.

För att bidra till finansieringen av ökningen av det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 4:1 *Personligt ombud* minskas anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* med 10 000 000 kronor.

**Tabell 6.12 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>177 850</b>	<b>177 850</b>	<b>177 850</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	50 000	50 500	50 500
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>227 850</b>	<b>228 350</b>	<b>228 350</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 227 850 000 kronor ska anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till vardera 228 350 000 kronor.

### 6.7.3 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation<sup>12</sup>

**Tabell 6.13 Anslagsutveckling 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation**

Tusental kronor				
2008	Utfall	17 157	Anslags-sparande	2
2009	Anslag	31 017 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	30 270
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>31 296</b>		
2011	Beräknat	32 605 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	33 257 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 31 296 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 31 296 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för att finansiera bidrag

- till utrustning för elektronisk kommunikation och
- till Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor.

<sup>12</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Bidraget till utrustning för elektronisk kommunikation går till landstingen för inköp både av den kommunikationsutrustning som användarna behöver och, i de fall utrustningen ska användas av närstående, den utrustning som de behöver. Utrustningen ska ge personer som är döva, har en grav hörselskada, talskada eller språkstörning möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät. Socialstyrelsen meddelar grunder för fördelningen av statsbidraget. Antalet personer som har behov av utrustning för elektronisk kommunikation, behovet av utbyte av föråldrad utrustning och prisutveckling på ny teknik är de avgörande faktorerna som styr utgifterna inom anslaget. Landstingen är skyldiga att lämna underlag för granskning till Socialstyrelsen och Riksrevisionen.

Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor (Resurscenter Mo Gård AB) bildades 2003. Centret har ett avtal med staten och får bidrag för att ge stöd till landsting och kommuner i deras arbete med personer som är dövblinda. Statsbidraget uppgår till 6 529 000 kronor.

### Regeringens överväganden

Tekniken och den snabba teknikutvecklingen har stor betydelse för att villkoren för personer med funktionsnedsättning ska förbättras. Statsbidraget för elektronisk kommunikation ger unga och vuxna som är döva, dövblinda etc. möjlighet att kommunicera och utveckling av multimedia med möjlighet att överföra såväl ljud som bild och text ger ytterligare nya möjligheter till kommunikation. Men det gäller också att hjälpmedlen är kända, tillgängliga och användbara.

Hjälpmedelsinstitutet har regeringens uppdrag att i samråd med Post- och telestyrelsen genomföra en informationssatsning inom området elektronisk kommunikation som ska rikta sig till både brukare och förskrivare av hjälpmedel i landstingen. Bakgrunden till uppdraget är att området elektronisk kommunikation ofta är tekniskt komplicerat och kräver särskild kompetens som är svår att upprätthålla i alla landsting. Hjälpmedelsinstitutet kan även bidra till att förbättra förutsättningarna att få produkter och tjänster anpassade till brukarens behov av kommunikation. Uppdraget genomförs under 2009 och 2010 och 2 000 000 kronor har avsatts för denna satsning.

Det finns även behov av nya tekniska lösningar inom landstingets tolkverksamhet som ett komplement till den fysiska tolken. I Västerbottens läns landsting pågår för närvarande en verksamhet i mindre skala med skrivtolkning, vilket innebär att tolkning kan ske på distans och att tolken inte behöver finnas på plats. Regeringen bedömer att det är angeläget att fler landsting får möjlighet att vidareutveckla tekniken och avser att inom ramen för detta anslag under 2010 avsätta 2 000 000 kronor för att stimulera utveckling av skrivtolkning på distans inom den vardagstolkning som landstinget är skyldiga att erbjuda enligt 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Medlen ska även användas till att följa upp, dokumentera och sprida erfarenheter av verksamheten utifrån ett teknik- och brukarperspektiv. En förutsättning för att få del av medlen bör vara att det finns en koppling till det ovan nämnda uppdraget och att landstingen samarbetar med Hjälpmedelsinstitutet och Post- och telestyrelsen inom ramen för det uppdraget.

För att personer som är dövblinda ska få adekvat stöd behöver det enligt regeringens bedömning finnas en samlad kvalificerad kompetens inom området. Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor fyller denna funktion. För 2008 redovisar kunskapscentret en fortsatt ökad efterfrågan på sina tjänster. Det som efterfrågas är handledning i boenden för personer med medfödd dövblindhet och handledning i kommunikation samt andra utbildningsinsatser. Landstingsteamens medvetenhet och aktiva kunskapsökande har enligt centret ökat.

**Tabell 6.14 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>31 017</b>	<b>31 017</b>	<b>31 017</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	279	1 588	2 240
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>31 296</b>	<b>32 605</b>	<b>33 257</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 31 296 000 kronor ska anvisas under

anslaget 4:3 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 32 605 000 kronor respektive 33 257 000 kronor.

#### 6.7.4 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder<sup>13</sup>

**Tabell 6.15 Anslagsutveckling 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder**

Tusental kronor				
2008	Utfall	199 779	Anslags-sparande	33 408
2009	Anslag	247 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	220 886
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>256 000</b>		
2011	Beräknat	256 000		
2012	Beräknat	256 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används till att finansiera bilstöd till personer med funktionsnedsättning som har rätt till stödet. Bidrag kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag.

Antalet personer som har rätt till bilstöd, omfattningen av fordonets anpassningsbehov, prisutvecklingen på marknaden för anpassning av fordon samt inkomstutvecklingen är de faktorer som framför allt styr utgifterna.

#### Regeringens överväganden

Bilstödet, som beslutas av Försäkringskassan, är en viktig insats för att uppnå målen för handikappolitiken. Stödet ska göra det möjligt att leva ett självständigt och oberoende liv med arbete, sociala kontakter, offentlig och kommersiell service etc.

Den 1 januari 2007 förändrades delar av reglerna för bilstödet (se resultatavsnittet Bilstöd och komplement till färdtjänst). Bland annat höjdes grundbidraget för införskaffande av motorfordon till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning från 30 000 kronor till 60 000 kronor. Det har bidragit till att fler barnfamiljer får del av stödet.

<sup>13</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder

**Tabell 6.16 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>247 000</b>	<b>247 000</b>	<b>247 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volymer	9 000	9 000	9 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>256 000</b>	<b>256 000</b>	<b>256 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 256 000 000 kronor ska anvisas under anslaget 4:4 *Bilstöd till personer med funktionshinder* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till vardera 256 000 000 kronor.

#### 6.7.5 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning<sup>14</sup>

**Tabell 6.17 Anslagsutveckling 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor				
2008	Utfall	16 001 652	Anslags-sparande	-18 196
2009	Anslag	17 785 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	17 680 000
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>19 297 000</b>		
2011	Beräknat	20 575 000		
2012	Beräknat	21 890 000		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera kostnader för statlig assistansersättning. Assistansersättning lämnas till personer med omfattande funktionsnedsättning som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Personer som innan de fyllt 65 år beviljats assistansersättning får behålla ersättningen efter

<sup>14</sup> I statsbudgeten för 2009 betecknat som anslag 3:5 Kostnader för assistansersättning



fyllda 65 år. Antalet assistanstimmar får inte utökas därefter. Kommunen där den ersättningsberättigade är bosatt ersätter kostnaderna för de första 20 timmarna. Genom ersättningen avlastar staten kommunerna kostnader för mer omfattande insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning mätt i assistanstimmar per vecka och beviljad ersättning per timme är de faktorer som styr utgifternas storlek.

### Regeringens överväganden

Personlig assistans och assistansersättningen är en viktig reform som ger många personer med omfattande funktionsnedsättning möjlighet till ett bra liv med inflytande över sin vardag. Däremot har omfattningen av personlig assistans och kostnaderna för assistansersättningen underskattats. När assistansreformen infördes beräknades att varje person skulle beviljas i genomsnitt drygt 40 timmar i veckan och att cirka 7 000 personer skulle omfattas av insatsen. I december 2008 hade cirka 15 500 personer assistans med i genomsnitt 108 timmar.

I augusti 2008 överlämnade den parlamentariskt tillsatta LSS-kommittén slutbetänkandet *Möjlighet att leva som andra* (SOU 2008:77). Kommittén föreslår åtgärder som kan dämpa och stabilisera kostnadsutvecklingen och förslag om lämpliga former för tillsyn och tillstånd av enskild verksamhet med personlig assistans samt om ökad uppföljning och kontroll av assistansersättningen. Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Det pågår ett uppdrag inom vilket Socialstyrelsen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, i samarbete med Försäkringskassan, utarbetar ett vetenskapligt instrument som kan användas när behovet av personlig assistans ska bedömas (se även resultatavsnittet, *Assistansersättning till personlig assistans*).

Effekten av de lagändringar, som under 2008 infördes i lagen (1993:389) om assistansersättning för att öka kontrollen och motverka missbruk av ersättningen, har inte slagit igenom ännu. Försäkringskassan bedömer att den kan komma att avspeglade sig i statistiken för 2009, som redovisas under 2010.

**Tabell 6.18 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning**

*Tusental kronor*

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>17 785 000</b>	<b>17 785 000</b>	<b>17 785 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	921 000	1 417 000	2 026 000
Volym	591 000	1 373 000	2 079 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>19 297 000</b>	<b>20 575 000</b>	<b>21 890 000</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 297 000 000 kronor ska anvisas under anslaget 4:5 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 20 575 000 000 kronor respektive 21 890 000 000 kronor.



## 7 Äldrepolitik

### 7.1 Omfattning

Äldrepolitiken omfattar insatser som syftar till att ge äldre kvinnor och män förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Många av dessa insatser utförs inom ramen för en generell politik som riktar sig till fler målgrupper än äldre varför de ofta finansieras och redovisas i andra delar än under äldrepolitik. De insatser som i detta sammanhang redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommunerna ansvarar för inom ramen för äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen, (2001:453) och kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt insatser som utförs av myndigheter med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering, främst Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Staten lämnar ekonomiskt bidrag till kommunernas verksamhet inom ramen för utgiftsområde 25 Allmänna

bidrag till kommunerna. Under äldrepolitik redovisas medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt bidrag till vissa anhörig- och pensionärsorganisationer. År 2010 föreslås statens utgifter inom området uppgå till drygt 2 miljarder kronor.

### 7.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 7.1** Utgiftsutveckling Äldrepolitik

*Miljoner kronor*

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
<i>Äldrepolitik</i>						
5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	1 972	2 133	1 813	2 040	2 011	2 061
<b>Summa Äldrepolitik</b>	<b>1 972</b>	<b>2 133</b>	<b>1 813</b>	<b>2 040</b>	<b>2 011</b>	<b>2 061</b>

<sup>1</sup> Inklusiva tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

### 7.3 Mål

För 2009 gäller följande mål för äldrepolitiken. Äldre ska

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

### 7.4 Resultatredovisning

Resultatredovisningen görs i förhållande till gällande mål där arbetet inriktas främst på att genom olika insatser uppnå trygghet, inflytande och tillgång till god vård och omsorg.

Resultatavsnittet indelas i fyra delar – ett aktivt liv och inflytande över sin vardag, tillgång till god omsorg och vård, uppföljning och kontroll av kvalitet samt kunskapsutveckling, ledarskap och kompetens.

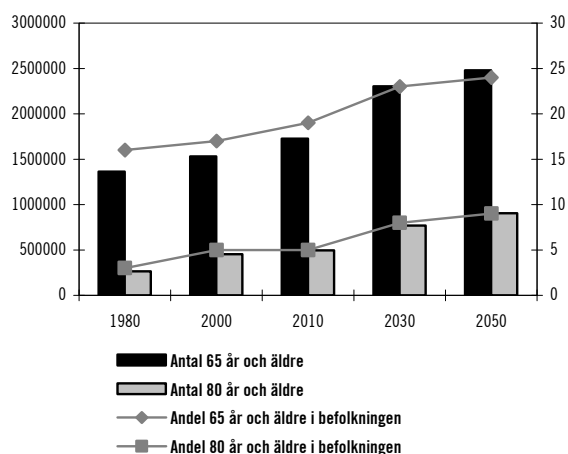
I analys och slutsatser görs en analys av de samlade insatserna i förhållande till vad som behöver utvecklas för att åstadkomma en god omsorg och vård om äldre kvinnor och män samt att öka individens inflytande över sin vardag.

### 7.5 Resultat

#### *Omfattningen av äldreomsorgen*

Under de senaste 50 åren har antalet personer som är 65 år eller äldre mer än fördubblats, och antalet beräknas fortsätta att öka fram till år 2050. Antalet personer som är över 80 år beräknas vara i det närmaste oförändrat den närmaste tioårsperioden för att sedan öka kraftigt från och med 2020. Behovet av äldreomsorg är relaterat till hälsotillståndet och till antalet personer över 80 år.

Diagram 7.1 Antal och andel äldre 1980–2050



Källa: Socialstyrelsen

Det totala antalet personer över 65 år som fått äldreomsorg i form av hemtjänst eller särskilt boende har varit cirka 240 000 per år under perioden 2000–2006. I oktober 2007 hade ungefär 249 000 personer någon av insatserna hemtjänst eller särskilt boende. År 2007 införde Socialstyrelsen ett nytt sätt att samla in statistik på äldreområdet. På sikt kommer förändringen att ge ett förbättrat underlag om socialtjänstens insatser för äldre kvinnor och män men det ger dock begränsade möjligheter att jämföra statistiken före och efter 2007.

**Tabell 7.2 Hemtjänst respektive särskilt boende. Insatser för personer 65 år och äldre, 2002–2008. Antal och andel kvinnor respektive män**

	Hemtjänst				Särskilt boende			
	Antal	Procent av befolkningen	Kvinnor (%)	Män (%)	Antal	Procent av befolkningen	Kvinnor (%)	Män (%)
2002	125 100	8,2	70	30	115 500	7,5	70	30
2003	128 000	8,3	70	30	110 900	7,2	70	30
2004	132 300	8,5	70	30	104 800	6,7	70	30
2005	135 000	8,6	70	30	100 400	6,4	70	30
2006	140 300	8,9	69	31	98 700	6,2	70	30
2007*	153 700	9,6	69	31	95 200	5,9	70	30
2008	152 900	9,3	68	32	94 200	5,7	70	30

\* Fr.o.m. 2007 ingår även personer som enbart har matdistribution och/eller snöröjning  
Källa: Socialstyrelsen

Tabellen visar en tydlig utveckling av att en allt större andel av äldreomsorgen bedrivs i det ordinära boendet med hemtjänst. Omfattningen av hemtjänst räknat i antal hemtjänsttimmar har dock varit relativt konstant sedan år 2000. Det innebär att mängden hemtjänst per person har minskat under samma period. Antalet platser i särskilt boende har minskat under perioden, men det statliga investeringsstödet för ny- eller ombyggnad av särskilt boende har beviljats för ca 4 700 lägenheter sedan juni 2007. Under perioden 2000–2007 ökade antalet seniorbostäder från 12 000 till 33 000. Det är inte ett biståndsbedömt boende och innebär inte någon kommunal service eller omsorg, utan kallas seniorboende för att det är avsett för äldre kvinnor och män.

**Tabell 7.3 Antal personer 65 år och äldre som beviljats vissa insatser enligt SoL den 30 juni 2008 samt antal personer 65 år och äldre som någon gång under juni månad 2008 erhöll kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL**

Insats	Kvinnor	Män	Totalt*
Trygghetslarm i ordinärt boende	108 966	39 918	148 930
Dagverksamhet	7 206	4 269	11 477
Korttidsvård/korttidsboende	6 156	5 795	11 954
Kontaktperson/kontaktfamilj	468	282	751
Kommunal hälso- och sjukvård	104 740	52 404	157 144

\* I totalen ingår även personer för vilka fullständigt personnummer saknas.  
Dessa personer kan inte fördelas utifrån kön.  
Källa: Socialstyrelsen

Utöver hemtjänst och särskilt boende omfattar kommunernas omsorg och vård också en rad andra insatser som framgår av tabellen ovan. Det är framför allt insatser som syftar till att förbättra äldre personers möjligheter att bo kvar i det ordinära boendet. Kommunerna ansvarar

för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och dagverksamheter (exkl. läkarinsatser). Därutöver har kommunerna möjlighet att, efter överenskommelse med landstinget, helt eller delvis överta ansvaret för hemsjukvården (exkl. läkarinsatser) i ordinärt boende. Så har skett i 171 av landets kommuner år 2008. Sedan 2002 har antalet personer 65 år och äldre med hemsjukvård i ordinärt boende ökat.

Andelen insatser inom äldreomsorgen som utförs av enskilda vårdgivare har ökat från 9,5 procent 2000 till 12 procent 2007. Det är något vanligare att särskilda boenden (14 procent) bedrivs i enskild regi än hemtjänst (11 procent).

De senaste tio åren har en utveckling skett i vissa kommuner där kommunerna tillhandahåller servicetjänster utan biståndsbedömning exempelvis ”fixartjänster”, gratis eller till subventionerad kostnad. Kommunerna erbjuder hjälp med olika enklare vardagssysslor, bl.a. för att förebygga fallskador bland äldre kvinnor och män, stödja äldre personer som bor kvar i det ordinära boendet och att ge hjälp av det slag som hemtjänsten inte längre utför. Genom införandet av lagen (2006:492) om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre har dessa tjänster reglerats.

Lagen (2007:346) om hushållsnära tjänster innebär en möjlighet att köpa skattereducerade tjänster av både service- och omvårdnadskaraktär på den öppna marknaden. År 2007 beviljades närmare 15 000 personer över 65 år avdrag för köp av hushållsnära tjänster, framför allt städtjänster. Det är enligt Socialstyrelsens bedömning för tidigt att säga i vilken utsträckningen denna möjlighet får konsekvenser för den offentliga äldreomsorgen.

**Tabell 7.4 Kommunernas kostnader för omsorg och vård om äldre, 2003-2008**

Miljarder kronor, 2007 års priser

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Förändring % 2003-2008 (fast pris)
Vård och omsorg i ordinärt boende	26,8	27,9	28,6	30,4	32,1	33,6	25
Vård och omsorg i särskilt boende	56,3	54,5	51,7	51,3	50,0	51,1	-9
Öppen verksamhet	1,6	1,6	1,4	1,4	1,4	1,4	-15
<b>Totala kostnader</b>	<b>84,8</b>	<b>84,1</b>	<b>81,8</b>	<b>83,2</b>	<b>83,5</b>	<b>86,1</b>	<b>2</b>

Källa: Socialstyrelsen. Siffrorna som redovisas för 2008 är preliminära.

Sett i fasta priser så har kommunernas totala kostnader för omsorg och vård om äldre kvinnor och män varit relativt konstanta sedan 2003. Kostnaderna för omsorgen och vården om äldre utgör drygt 20 procent av kommunernas samlade kostnader.

### Ett aktivt liv och inflytande över sin vardag

#### *Valfrihet inom äldreomsorgen*

Runt om i landet pågår en utveckling mot ökad valfrihet inom äldreomsorgen. År 2003 hade tio kommuner infört någon form av valfrihetssystem. År 2008 hade den siffran ökat till 35 kommuner enligt Sveriges Kommuner och Landsting. Det är framför allt inom hemtjänsten som valfrihetssystem har införts.

Regeringen har vidtagit en rad åtgärder för att stimulera utvecklingen mot ökad valfrihet inom omsorg och vård. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem trädde i kraft den 1 januari 2009. Den innebär att kommuner och landsting kan välja att införa ett system för fri etablering inom omsorg och vård. Syftet med valfrihetssystem är att äldre kvinnor och män och andra som har behov av omsorg och vård ska få större inflytande över sin egen vardag. Lagen är konstruerad för att göra det enkelt att etablera sig som leverantör till offentlig sektor, vilket förväntas gynna små företag och organisationer.

För att stödja utvecklingen av fria val inom äldreomsorgen och stödet till personer med funktionsnedsättning har regeringen avsatt totalt 300 miljoner kronor för perioden 2008-2009. Av dessa medel har 280 miljoner kronor utbetalats till kommuner som ansökt om bidrag för att förbereda eller utveckla ett valfrihetssystem. Våren 2009 hade 196 av landets 290 kommuner sökt och beviljats bidrag. Av de som hade ansökt om bidrag i november 2008 avsåg drygt

60 procent i första hand att införa valfrihetssystem inom hemtjänsten. Cirka 63 procent av kommunerna låg i mellersta Sverige, 19 procent i södra Sverige och resterande 18 procent i norra Sverige. Drygt hälften av kommunerna som ansökt om stimulansbidrag hade mindre än 30 000 invånare. Enligt en uppföljning som Socialstyrelsen genomfört avser 119 av kommunerna som fått stimulansbidrag att ta ställning för eller emot ett införande av valfrihetssystem under 2009 och 63 kommuner under 2010. Fler kommuner har ansökt om bidrag och därför har regeringen beslutat att omfördela 25 miljoner kronor från ej utnyttjade stimulansbidrag till vården och omsorgen om äldre personer. En nationell uppföljning av användandet av valfrihetssystem ska presenteras för regeringen i december 2010 [S2008/3609/ST (delvis)].

Sveriges Kommuner och Landsting har av regeringen beviljats 5 miljoner kronor för att ge råd och stöd till de kommuner som överväger eller beslutat införa valfrihetssystem. Projektet pågår under perioden september 2008 till december 2010.

För att främja en enkel och enhetlig tillämpning av lagen har Konkurrensverket fått i uppdrag att ta fram ett informationsmaterial som riktar sig både till upphandlande myndigheter, leverantörer och andra intressenter. Informationsmaterial finns nu i tryckt såväl som elektronisk form.

Enligt lagen om valfrihetssystem ska alla myndigheter som inrättat valfrihetssystem löpande annonsera i en nationell databas som drivs av Kammarkollegiet. I augusti 2009 hade 25 kommuner annonserat om valfrihetssystem inom äldreomsorgen. Under 2009 finansieras denna inom ramen för de 300 miljoner kronor som avsatts för 2008-2009. Kammarkollegiet har även fått i uppdrag att ta fram en vägledning för

offentlig upphandling inom vård och omsorg. Uppdraget ska redovisas den 1 mars 2010.

En förutsättning för att valfriheten ska öka inom äldreomsorgen är att det finns en mångfald av utförare. För att stimulera fler att etablera sig och verka som leverantörer inom omsorgs- och hälso- och sjukvårdssektorn har Tillväxtverket (tidigare Verket för näringslivsutveckling, Nutek) fått i uppdrag att informera om vad den nya lagen innebär. Målgruppen är potentiella och befintliga leverantörer av omsorg och vård. Tillväxtverkets uppdrag pågår under hela 2009 och avrapporteras 2010.

Nutek lämnade 2008 ett förslag till handlingsprogram för att främja entreprenörskap och förnyelse inom vården och omsorgen. Handlingsprogrammet omfattar bland annat förslag på satsningar för att öka export och internationisering, underlätta innovationer samt stimulera entreprenörskapsatsningar på gymnasie-, högskole- och universitetsutbildningar.

#### *Teknik för äldre*

Tillgång till bra teknik har stor betydelse för många äldre personers möjligheter att kunna klara sig själva trots funktionsnedsättningar. För att stimulera utvecklingen av teknik för äldre har regeringen satsat 22 miljoner kronor per år i projektet Teknik för äldre under åren 2007-2009. Projektet leds av Hjälpmedelsinstitutet och syftar till att ge bättre tillgänglighet till och bättre information om teknik för äldre – i boendet, i vardagen i allmänhet och som stöd för anhöriga. Behovsstudier i projektet har visat att målgrupperna tycker att det är svårt att hitta information om och att få tag i hjälpmedel som finns. Hjälpmedelsinstitutet har riktat stöd till utvecklingsarbeten, information om bra produkter och visningsmiljöer. Institutet har även öppnat en webbplats för enkel och snabb sökning av bra produkter.

Intresset för teknik för äldre har varit stort och många ansökningar om medel har lämnats in. Projektet ska utvärderas och redovisas till regeringen i mars 2010.

#### **Tillgång till god omsorg och vård**

##### *De äldres egna synpunkter på äldreomsorgen*

Resultaten från en nationell brukarundersökning ger en bild av kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre kvinnor och män. Social-

styrelsen har genomfört undersökningen på uppdrag av regeringen. Undersökningen omfattar ett urval av ca 140 000 personer som var 65 år och äldre och som hade hemtjänst eller bodde i särskilt boende i oktober 2007. Av dessa svarade 72 procent av brukarna inom hemtjänsten och 61 procent av de som bodde i särskilt boende antingen själva eller med hjälp av anhöriga. Undersökningen visar att brukarna generellt är nöjda med äldreomsorgen. De kvalitetsaspekter som får de högsta respektive lägsta omdömena är praktiskt tagit desamma oavsett boendeform.

De äldre personer som har hemtjänst ger hemtjänsten ett positivt omdöme i sin helhet. Högst omdöme får personalens bemötande, hjälpens omfattning och utförande samt vårdinsatserna. Äldre kvinnor och män är minst nöjda med social samvaro och aktiviteter, maten och informationen. Skillnaderna mellan kommunerna är påfallande stora inom dessa områden.

Äldre kvinnor och män som bor i särskilt boende ger högst omdöme avseende trygghet i boendet, bemötande, vårdinsatser och boendemiljö. Lägst omdöme får social samvaro och aktiviteter, mat och information. Det finns även här stora skillnader mellan kommunerna. Det gäller t.ex. uppfattningen om vårdinsatser och trygghet. Äldre personer med god hälsa är betydligt nöjdare med äldreomsorgen än de som har dålig hälsa.

Att utrymmet för individuella aktiviteter är begränsat, både i hemtjänsten och i särskilda boenden, framkommer även av Länsstyrelsernas tillsyn av äldreomsorgen (Socialtjänsten och de äldre, 2009). Länsstyrelserna konstaterar att äldre personers behov och önskemål gällande aktiviteter och vad som bidrar till en meningsfull tillvaro beaktas i liten utsträckning i granskade genomförandeplaner.

##### *Beslut som inte verkställs*

Länsstyrelsernas tillsyn visar att kommunernas riktlinjer för biståndsbedömning under de senaste tio åren gått mot att bli mer restriktiva och att i högre grad styra vad äldre kvinnor och män ansöker om och beviljas (Socialtjänsten och de äldre, Länsstyrelserna 2009). Socialstyrelsens bedömning är att detta riskerar att sätta den enskildes rättssäkerhet ur spel.

Socialnämnderna är sedan den 1 juli 2006, skyldiga att rapportera alla beslut som inte verkställts inom tre månader. Under hela 2007

hanterade länsstyrelserna sammanlagt mer än 10 000 rapporter om gynnande beslut om biståndsinsatser som ej verkstälts inom tre månader. De ärenden som länsstyrelserna har avslutat gäller till övervägande del ej verkställda beslut för äldre personer och framför allt insatsen särskilt boende.

Socialstyrelsens utvärdering av rapporterings-skyldigheten och den särskilda avgiften i socialtjänstlagen (*Ris och ros – En utvärdering av bestämmelserna om rapporteringskyldighet och särskild avgift i socialtjänstlagen, 2009*) visar att bestämmelserna har bidragit till ökad medvetenhet om rättighetslagstiftningen och lett till åtgärder till gagn för brukare och klienter. Problem med långa verkställighetstider har synliggjorts vilket i sin tur har påskyndat planeringen av utbyggnad av särskilda boendeformer. Enligt Socialstyrelsen har de nya reglerna även medfört vissa oönskade konsekvenser, som att kommuner har vidtagit åtgärder med huvudsakligt syfte att slippa åläggas särskild avgift.

#### *Stimulansbidrag till omsorg och vård om äldre personer ger positiva effekter*

Regeringen har sedan 2007 årligen avsatt ca 1,4 miljarder kronor till kommuner och landsting med avsikt att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre kvinnor och män. De sju prioriterade områdena är: läkartillgång, läkemedelsgenomgångar, demensvård, förebyggande arbete, socialt innehåll, rehabilitering samt kost och nutrition. Socialstyrelsen fördelar bidraget efter ansökan med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen och följer upp satsningen.

Socialstyrelsen har lämnat rapporten Stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Redovisning av 2007–2008 års medel. Alla landsting och nästan alla kommuner ansökte om stimulansbidrag. Starten av projekten har fördröjts beroende bland annat på rekryteringsproblem, långa planeringsprocesser samt att huvudmännen fortfarande använde tidigare stimulansbidrag.

Kommunerna har framförallt satsat på rehabilitering, demensvård och det sociala innehållet i omsorgen. Landstingen har framförallt satsat på rehabilitering, förstärkt läkartillgång, läkemedelsgenomgångar och demensvård. Både kommuner och landsting använder mest

stimulansbidrag till rehabilitering och demensvård.

Med stöd av stimulansbidraget har vårdbiträden, undersköterskor och nya yrkesgrupper som dietister och äldrepedagoger anstälts. Huvudmännen har startat närmare 3 000 projekt eller satsningar och vid årsskiftet 2008/09 pågick cirka 2 400 av dessa. De pågående projekten är relativt jämnt fördelade över alla aktuella områden.

En mindre del av projekten, 20 procent, berör enskilda vårdgivare. Socialstyrelsen skriver att orsaker till detta bl.a. är avsaknad av avtal med enskilda vårdgivare, att projekt i första hand ses som samverkansprojekt mellan huvudmännen och att det finns ett konkurrensförhållande mellan enskilda vårdgivare och kommunen.

Socialstyrelsens bedömning är att stimulansbidraget har varit ett stöd i kommunernas och landstingens lokala utveckling, både som smörjmedel i samarbetet och som ett sätt att få olika professioner att se och dra nytta av varandras kompetenser. Nya, kreativa idéer har fötts i enlighet med stimulansbidragets anda.

- Rehabilitering: Området rehabilitering har prioriterats mycket högt både av kommuner och landsting. Stimulansbidraget har framförallt använts till att utveckla samverkan mellan huvudmännen samt till att utbilda och handleda personal och att införa ett rehabiliterande förhållningssätt i arbetet med enskilda äldre personer. 84 av kommunerna och fem landsting har utvecklat ett gemensamt synsätt på rehabiliteringen, 108 kommuner och sju landsting har påbörjat ett sådant arbete. 64 kommuner och sju landsting har tagit fram rutiner för hemrehabilitering. Flertalet kommuner, 175 stycken, har genomfört eller påbörjat utbildningar inom rehabiliterande förhållningssätt för över 32 000 personer. Även 14 landsting har genomfört sådana utbildningar för nästan 3 000 personer. Vidare erbjuder 155 kommuner och 9 landsting regelbunden handledning medan 153 kommuner och 14 landsting avsätter tid för reflektion. Huvudmännen har ofta fördjupat sitt samarbete kring rehabiliteringen av äldre personer med stöd av stimulansbidraget. 78 av de projekt varav 68 i kommunerna och 10 i landstingen, inom området rehabilitering som avslutades



under 2008 har blivit en del av den ordinarie verksamheten.

- Kost och nutrition: Stimulansbidraget har framförallt använts till att utveckla kommunernas kompetens vad gäller kost och nutrition genom rekrytering av dietister, införa individuella kostprogram för att förhindra undernäring samt till att utveckla restaurangmiljön vid särskilt boende. Dietister saknades i nästan alla kommuner innan stimulansbidraget infördes. I slutet av år 2008 var över 130 dietister anställda av landets kommuners äldreomsorg. Dessutom har 141 kommuner och fem landsting inrättat kostombud med stöd av stimulansbidraget. Ett antal kommuner, 85 stycken, har inventerat hur många äldre personer som är undernärda i särskilda boenden och ytterligare 26 kommuner har påbörjat ett sådant arbete. Totalt har 18 600 personer utretts. I det ordinära boendet har 16 kommuner och fyra landsting genomfört motsvarande satsning för 4 300 äldre kvinnor och män. Den så kallade genombrottsmetoden används i flera kommuner för att förändra måltidsmiljön. Många kommuner har också uppmärksammat behovet av att se över hur maten till de äldre upphandlas. Omkring 23 000 personer i 160 kommuner och 13 landsting som arbetar inom äldreomsorgen har utbildats i kost och nutrition under åren 2007 och 2008. Av de kost- och nutritionprojekt som avslutades under år 2008 har 63 blivit ordinarie verksamhet varav 56 i kommuner och sju i landsting.
- Demensvård: För att utveckla demensvården har man startat eller utvecklat redan befintliga demensteam, genomfört utbildningar och förbättrat boendemiljön. Närmare 70 demensteam har startat under åren 2007 och 2008. Därutöver har 17 huvudmän börjat inrätta demensteam. Drygt 1 500 personer arbetar i teamen med stöd av stimulansbidraget. Demensteamet består vanligen av vidareutbildade sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal men det kan även ingå exempelvis kuratorer och läkare. Flera demensteam är samverkansprojekt mellan landsting och kommun. Stimulansbidraget ger huvudmännen möjlighet att utveckla nya arbetssätt. Demensprojekten står för 18 procent av

samtliga projekt som har blivit en del av huvudmännens ordinarie verksamhet. Andelen permanentade projekt är större i landstingen än i kommunerna. En rad olika utbildningar i demenskunskap och demensvård pågår. 165 huvudmän har genomfört utbildning i demenskunskap och 19 stycken har påbörjat en sådan utbildning. Det innebär att cirka 34 000 personer inom äldreomsorgen har utbildats.

- Läkemedelsgenomgångar: Inom området läkemedelsgenomgångar genomförs tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar samt stärker vård- och omsorgspersonalens kompetens kring äldre och läkemedel. Med stöd av stimulansbidraget har drygt 50 000 läkemedelsgenomgångar genomförts vid särskilda boenden i 89 kommuner och landsting och knappt 20 000 i ordinärt boende i 46 kommuner och landsting. Huvudmännen anser att tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar bland annat har ökat patienternas livskvalitet och förstärkt patientsäkerheten, att samverkan mellan huvudmännen har ökat men att mycket återstår innan alla äldre med behov får regelbundna läkemedelsgenomgångar. Cirka 18 600 personer som arbetar i särskilt boende och drygt 6 900 personer som arbetar inom hemtjänsten har fått utbildning i läkemedel för äldre. Några resultat från läkemedelsgenomgångar är att patienter och äldre personer mår bättre eller har fått högre livskvalitet, läkemedelskostnaderna har sänkts, antalet läkemedelsrelaterade problem har minskat, patientsäkerheten har förbättrats, personalens kunskapsnivå har höjts och biverkningar observeras bättre. Flera kommuner anger att det är problem med att många förskrivare inte kommunicerar med varandra. Att inte ha gemensamma journal-system eller läkemedelslistor är också bristfälligt. Den 1 juli 2008 trädde Patientdatalagen (2008:355) i kraft vilken ska göra det möjligt att dela patientinformation mellan olika vårdgivare.
- Sociala innehållet: Stimulansbidrag till det sociala innehållet har framförallt gått till att utveckla innehållet i vardagen i särskilda boenden, att starta träfflokaler ofta i samverkan med frivilligorganisationer samt till att genomföra utbildningar. Med stöd av

stimulansbidraget har kommunerna inventerat brister i den sociala miljön vid särskilda boenden. Som en följd av resultaten har kommunerna rekryterat specialistkompetens som äldrepedagoger eller engagerat vård- och omsorgspersonalen i genombrottsprojekt. Landstingen stödjer olika kulturaktiviteter riktade till äldre personer. Under åren 2007 och 2008 har 98 kommuner och landsting genomfört utbildningar i det sociala innehållet och 28 huvudmän har påbörjat sådana utbildningar, för 19 000 personer. 63 kommuner har utsett ombud med uppdrag att utveckla eller stödja det sociala innehållet i omsorgen. Även fem landsting har inrättat liknande befattningar. Över 100 kommuner har startat olika former av träfflokaler under de båda åren. Många kommuner samarbetar med frivillig- och pensionärsorganisationer.

- **Läkartillgång:** Läkarbemanningen vid särskilt boende och läkarstöd till personal som arbetar med äldre personer i ordinärt boende är områden som stimulansbidrag gått till. Vidare till att förbättra möjligheten för äldre patienter att få träffa samma läkare när de besöker vårdcentralen. 17 landsting och 18 kommuner har beviljats stimulansbidrag för att förstärka läkarnas medverkan i särskilt och i ordinärt boende. Huvudmännen har använt merparten av medlen till att förstärka eller stödja de kommunala äldreteam som arbetar med äldre patienter med mobila läkarresurser. Nio landsting har utbildat läkare i geriatrik och åldrande, ett landsting har påbörjat en sådan utbildning.
- **Förebyggande insatser:** När det gäller området förebyggande insatser har 172 kommuner och 14 landsting använt stimulansbidraget till att genomföra uppsökande verksamhet bland äldre personer, genomföra fallförebyggande insatser t.ex. "Fixar-Malte" samt till att starta hälsofrämjande insatser. Under åren 2007 och 2008 har 74 kommuner och nio landsting genomfört eller påbörjat utbildningar i fallprevention för närmare 14 000 personer resp. drygt 3 400 personer. 43 kommuner och sju landsting har kartlagt fallolyckor som rört över 60 000 äldre personer med stöd av stimulansbidraget. Minst 25 kommuner har

tillsatt avgiftsfria vaktmästartjänster liknande "Fixar-Malte". Under 2007 och 2008 har 102 000 äldre kvinnor och män över 75 år erbjudits hembesök, varav knappt 50 000 personer tackade ja. Kommunerna svarar för 41 000 av de besök som genomförts och landstingen för 8 000. De flesta kommuner och landsting har möjlighet att erbjuda tolk vid de förebyggande hembesöken. Av de personer som fått ett förebyggande hembesök har var femte, eller 9 600 personer, fått hjälp med nya kontakter när det gäller t.ex. aktiviteter, hjälpmedel och hemtjänst. 38 av de projekt som genomförts har blivit ordinarie verksamhet, varav 31 i kommuner och sju i landsting.

#### *Stöd till anhöriga har utvecklats*

År 2008 fanns totalt närmare 100 miljoner kronor i stimulansbidrag för att utveckla stödet till anhöriga som vårdar och stödjer närstående. Av dessa användes 5 miljoner kronor till Nationellt kompetenscentrum för anhörigfrågor och knappt 4 miljoner kronor till anhörig- och pensionärsorganisationer. Länsstyrelserna har efter ansökan från kommunerna fördelat bidraget. En femtedel av bidraget ska användas för att utveckla samverkan med frivilligorganisationer och ideella krafter. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp utvecklingen i kommunerna och har lämnat slutrapporten Kommunernas anhörigstöd.

Enligt Socialstyrelsen har stimulansbidraget fått en önskvärd spridning, eftersom nästan alla kommuner ansökt om medel. Praktiskt taget alla kommuner har ett utbud av olika former av avlösningsmöjligheter för anhöriga som vårdar närstående som avlösning via korttidsvård eller dagverksamhet och avlösning i hemmet. Därutöver finns också ett tämligen rikt utbud av olika former av personligt stöd, som samtalskontakter och s.k. anhöriggrupper.

Ideella och frivilliga organisationer har under perioden 2005 till 2008 blivit alltmer delaktiga i det samlade stödet till anhöriga. Nästan samtliga kommuner uppger ändå att det finns fortsatta utvecklingsbehov. Även resultatet från Socialstyrelsens öppna jämförelser tyder på en positiv utveckling av anhörigstödet. Där framgår att stödet till närstående genom avlösning ökade något mellan åren 2006 och 2007.

Socialstyrelsens slutsats är att landets kommuner är väl rustade för att kunna uppfylla den

nya bestämmelsen i socialtjänstlagen som föreslås i proposition Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående (prop. 2008/09:82) när det gäller att stödja anhöriga till äldre. Däremot krävs ett fortsatt utvecklingsarbete när det gäller lagens övriga målgrupper och samarbetet med hälso- och sjukvården. För att kunna följa lagens effekter krävs också en utveckling av sättet att samla in underlag i den officiella statistiken inom socialtjänsten, ett utvecklingsarbete som påbörjats av Socialstyrelsen.

#### *Tillgång till särskilt boende*

I juni 2008 bodde 94 200 personer i särskilt boende, enligt Socialstyrelsens lägesrapport Vård och omsorg om äldre 2008. Det var 1 000 personer färre än i oktober 2007. Sedan 2000 har antalet personer i särskilt boende minskat med 20 procent. Långa väntetider till permanent särskilt boende medför enligt Länsstyrelserna, att många vistas på korttidsvård i väntan på flytten.

Allt fler kommuner satsar dock på särskilda boendeformer, enligt rapporter från flera länsstyrelser. Kommunerna har även fortsatt arbetet med att bygga om särskilda boenden i syfte att förbättra standarden. Undersökningar av Sveriges Kommuner och Landsting visar att många kommuner bygger ut seniorbostäder. Andra namn på denna typ av boenden är t.ex. trygghetsboenden, mellanboenden, pensionärsboenden och satellitboenden. Enligt en undersökning som Sveriges Kommuner och Landsting gjorde 2008 fanns seniorbostäder i 184 kommuner och antalet seniorbostäder uppgick till 32 761.

Av 2009 års bostadsmarknadsenkät som Boverket genomfört framkommer att nära hälften av kommunerna bedömer att behovet av särskilt boende är täckt (172 kommuner 2006 och 118 kommuner 2008). Kommunerna har ökat sina planeringsaktiviteter för särskilt boende som en följd av införandet av rapporteringsskyldighet av och sanktionsavgifter för beslut som inte verkställs, enligt Länsstyrelserna.

Socialstyrelsen menar att personer som väntar på plats i särskilt boende tenderar att fylla allt fler platser i kommunernas korttidsvård. Korttidsvården har ofta lägre standard än vad som lämpar sig för en längre tids boende. Fler personer delar också på dagverksamhet vilket visas genom att varje person deltar i verksam-

heten mer sällan än tidigare. Beläggningen på korttidsplatser inverkar på möjligheterna att få plats för avlösning, rehabilitering eller för att få återhämta sig. Det leder i sin tur till en ökande belastning på hemtjänst och anhöriga.

Sedan den 1 juni 2007 har ett statligt investeringsstöd för nybyggnad av eller ombyggnad till särskilt boende för äldre kunnat sökas av kommunerna. Under 2008 ansökte kommunerna om totalt 302 miljoner kronor och ansökningar om 211 miljoner kronor beviljades stöd, enligt Boverkets uppgifter. De övriga ansökningarna är under beredning. Under 2008 utbetalades 111 miljoner kronor i stöd. Sedan investeringsstödet infördes och t.o.m. 30 juni 2009 har projekt med totalt 4 700 lägenheter beviljats stöd. Hittills har projekt med omkring 1 500 lägenheter färdigställts och fått stöd utbetalt. Eftersom processerna för planering och investering i särskilt boende är fleråriga har investeringsstödet ännu inte påverkat antalet platser i särskilt boende i någon större utsträckning.

#### *Hemsjukvård i kommunal resp. landstingens regi*

Allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i den enskildes hem och allt fler patienter får hemsjukvård. Uppskattningsvis får cirka 250 000 personer hälso- och sjukvårdsinsats genom hemsjukvård och av dessa är 87 procent över 65 år. År 2008 ansvarade 171 kommuner för hemsjukvården i det ordinära boendet (exkl. läkarinsatser). Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska landstingen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i särskilt boende och i det ordinära boendet i de kommuner som har detta ansvar.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, kartlagt hemsjukvårdens omfattning och kvalitet. I kartläggningen framkommer att tillgången till läkare och sjuksköterskor i många fall inte är tillräcklig. Resultaten tyder även på att vården inte ges på lika villkor då exempelvis patienterna har bättre tillgång till olika undersökningar och behandlingar i kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende. Patienterna har bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och i särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap. Socialstyrelsens uppfattning är dock att enbart förändringar

av huvudmannskapet inte löser hemsjukvårds-patientens alla behov av hälso- och sjukvård.

#### *Kommunal hälso- och sjukvård*

Kommunerna behöver utveckla mer systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete samt öka och vidmakthålla den medicinska kompetensen. Det är en generell iakttagelse i Socialstyrelsens tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården. (Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2008, Socialstyrelsen). Andra iakttagelser från tillsynen är bland annat fortsatta brister i läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård med påföljd att patienter tvingas söka sjukhusvård för tillstånd som hade kunnat behandlas i det ordinära eller särskilda boendet. Det finns behov av utveckling av tillämpliga rutiner för exempelvis avvikelshantering och risk- och händelsebedömningar. Sjukvården följer inte föreskrifterna om samverkan vid ut- och inskrivning av patienter i slutenvård vilket i vissa fall medfört negativa konsekvenser för patienterna när det gäller diagnos och behandling. Dokumentationskraven i både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på dubbel dokumentation. Vårdplaneringen görs i många fall inte kontinuerligt, läkare är sällan delaktiga i planeringen och den följs inte upp efter att en patient kommit till ett äldreboende.

#### *Omfattande läkemedelsanvändning bland äldre*

Introduktionen av nya läkemedel och behandlingsprinciper innebär större möjligheter att behandla de sjukdomar och besvär som äldre kvinnor och män drabbas av. Det medför samtidigt en betydande risk för läkemedelsproblem såsom biverkningar och läkemedelsinteraktioner (att läkemedel påverkar varandra). En särskilt utsatt grupp är sköra äldre personer som ofta är högkonsumenter av läkemedel. Samtidigt är de, på grund av ålder och sjukdom, mest känsliga för läkemedel. Många av dessa äldre personer återfinns i särskilt boende, där användningen av läkemedel ökat kraftigt, till i dag i genomsnitt tio preparat per person. En annan, växande grupp är multisjuka äldre personer i ordinärt boende, som i en rad undersökningar visats ha en lika omfattande läkemedelsanvändning som äldre personer i särskilt boende.

Socialstyrelsen konstaterar att 45 procent av kvinnorna och drygt 38 procent av männen i särskilt boende ordineras antidepressiva läkemedel, vilket är påfallande högre siffror än i

ordinärt boende. Även förskrivningen av lugnande läkemedel är påtagligt högre i särskilt boende. Resultaten ska ses i relation till att det här ofta är personer som är svårt sjuka och befinner sig i livets slutskede. En positiv utveckling som Socialstyrelsen lyfter fram inom området är att andelen äldre personer med läkemedelskombinationer som kan leda till den allvarligaste formen av interaktion (D-interaktion) har minskat något mellan 2005 och 2007 (Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre 2008).

Regeringen har vidtagit och vidtar en rad åtgärder för att öka patientsäkerheten inom läkemedelsområdet se vidare under avsnitt 3.9.4 Hälso- och sjukvårdspolitik. Regeringen har tillsatt en arbetsgrupp för läkemedelsfrågor som ska utarbeta en läkemedelsstrategi för att ta ett helhetsgrepp om läkemedelsfrågorna för att bland annat minska skador hos patienter. Arbetet kommer bland annat behandla frågor som rör äldres läkemedelsanvändning.

#### *Psykiisk ohälsa bland äldre*

Äldre drabbas i högre grad än andra åldersgrupper av psykiska besvär. Efter 65 års ålder löper människor fyra gånger högre risk att drabbas av depression. Mellan 300 och 400 personer över 65 år tar sitt liv varje år och män över 65 år har den högsta självmordsfrekvensen. Trots att relativt många äldre uppger någon form av psykisk ohälsa kan man anta att mörkertalet är stort. Äldres symtom vid t.ex. depressioner skiljer sig från yngres och de kan därför vara svåradiagnosticerade. Läkemedel är den dominerande behandlingsformen som erbjuds äldre i denna situation. I flera studier har rapporterats om överanvändning om psykofarmaka bland äldre (Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre 2007).

Psykologisk behandling av äldre är ovanlig. Socialstyrelsen gör bedömningen att det finns vetenskapligt stöd som visar att psykologisk behandling av depression, ångestbesvär och sömnproblem är effektiv för gruppen yngre äldre (65–79 år), men att det saknas undersökningar om effekter av sådan behandling av personer i de högre åldrarna (Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre 2008).

#### *Våld mot äldre kvinnor och män och mot personal i äldreomsorgen*

Övergrepp mot äldre kvinnor och män är ett tämligen utforskat och komplext problem.

Med våld mot äldre personer menar man både försummelse, vanvård och övergrepp. Personer med demenssjukdom tycks löpa högre risk än andra för att utsättas för vanvård. Risken är dubbelt så stor som för andra äldre personer, enligt en studie som Socialstyrelsen hänvisar till. Av de anhöriga som i olika undersökningar tillfrågats har 15–50 procent svarat att de begått någon form av vanvård/övergrepp gentemot en närstående med demenssjukdom. Det finns en ökad risk för vanvård och övergrepp om en familjemedlem vårdat under lång tid och upplever vårdrelaterad stress.

Förekomsten av vanvård och övergrepp i särskilda boendeformer för äldre kvinnor och män varierar i olika studier. En studie redovisar att ca 11 procent av personal som arbetar i kommunala särskilda boenden kände till vanvård/övergrepp och 2 procent hade själva utfört dessa handlingar. Hög arbetsbelastning, stressande arbetssituationer och negativ attityd till omsorgstagaren, liksom avsaknad av adekvat utbildning, kan öka risken för vanvård och övergrepp (Socialstyrelsen).

Arbetsmiljöverket konstaterar utifrån sina granskningar att mötet mellan personal och vårdgivare i hemtjänsten ofta är positivt och bidrar till motivation och arbetstillfredsställelse. Men det kan också innebära påfrestningar. Trånga utrymmen, otydliga förväntningar på arbetsinsats och arbetsmängd kan orsaka ohälsa för personalen. Enligt Arbetsmiljöverket har våld och hot mot personal i samband med arbetet minskat mellan 2006 och 2008.

## Uppföljning och kontroll

### *Öppna jämförelser*

Regeringen har gett Socialstyrelsen ett samlat uppdrag att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och att ta fram en handlingsplan för ökad tillgång till data av god kvalitet inom hela socialtjänsten, inklusive äldreomsorgen och hemsjukvården. Regeringens arbete inom detta område beskrivs samlat under avsnitt 8.4.1 Socialtjänstpolitik.

Socialstyrelsen har i uppdrag att i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet inom kommunernas omsorg och vård om äldre kvinnor och män samt landstingens hem-

sjukvård. Resultaten publiceras i elektronisk form på databasen Äldreguiden som nås via Socialstyrelsens hemsida. Äldreguiden är en vägledning för äldre personer, anhöriga och allmänhet som vill ha information om äldreomsorgen i kommunerna. Den innehåller bl.a. uppgifter om kvaliteten i äldreomsorgen från samtliga kommuner och stadsdelar. Nästan samtliga särskilda boenden i landet jämförs – såväl enskilda som kommunala, såväl för permanent boende som för korttidsvård. I den undersökning som presenteras hösten 2009 kommer även data på enhetsnivå för hemtjänst och dagverksamhet att redovisas.

Av uppgifter i Äldreguiden som avser hösten/vintern 2007/2008 framgår bl.a. att:

- Två av tre äldre personer som har äldreomsorg har varit delaktiga i att utforma en plan för genomförandet av hjälpen. De kommuner som ligger lägst har en andel på ca 10 procent och i de kommuner som ligger högst har alla äldre kvinnor och män varit delaktiga i genomförandeplanen. En högre andel äldre personer har varit delaktiga vid utformningen av genomförandeplanen i enskilda särskilda boenden än i kommunala. På riksnivå är skillnaden mellan enskilda och kommunala boenden 10 procent.
- Andelen äldre kvinnor och män som har matdistribution och som har möjlighet att välja mellan minst två maträtter ökade från 42 till 49 procent från föregående år.
- Av gällande biståndsbeslut följdes 14 procent upp under ett kvartal som studerats. I några kommuner följdes inga beslut upp och i andra över 80 procent.
- Uppsökande verksamhet nådde 4,3 procent av befolkningen som är 65 år och äldre 2007, vilket är en ökning jämfört med året före. Många kommuner rapporterar ingen uppsökande verksamhet alls och andra att de nått över 20 procent av befolkningen som är 65 år och äldre.

Inom ramen för uppdraget att utveckla öppna jämförelser har Socialstyrelsen, i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, tagit fram ett första förslag till nationella kvalitetsindikatorer. Indikatorerna berör bl.a. läkemedelsanvändning, palliativ vård samt förebyggande arbete avseende fallolyckor, under-

näring och trycksår. För de flesta indikatorerna saknas i dagsläget tillgång på data. Under 2009 undersöker Socialstyrelsen kommunernas förutsättningar att lämna in data om de framtagna indikatorerna.

#### *Tillsyn av äldreomsorgen*

Både kommuner och länsstyrelser bedriver tillsyn av äldreomsorgen. Socialstyrelsen ansvarar för tillsynen av den kommunala hälso- och sjukvården genom sina regionala enheter. Tillsynsaktiviteter görs både med anledning av anmälningar och på länsstyrelsernas respektive Socialstyrelsens egna initiativ. Länsstyrelserna har under 2008 gjort 701 verksamhetstillsyner, granskat 236 klagomålsärenden och gjort ett 25-tal kartläggningar. Samtal har förts med nästan 1 500 äldre och deras anhöriga och med cirka 3 300 anställda i olika funktioner. Granskning har skett av dokumentation i form av akter och genomförandeplaner, totalt cirka 4 750. Länsstyrelsernas samlade bild är att det pågår mycket positivt utvecklingsarbete. Statliga stimulansmedel till kommunerna har bidragit till detta. Tillsynen ger dock inte någon enhetlig bild av äldreomsorgen, det finns skillnader över landet men även inom en och samma kommun. Tillsynen har särskilt granskat kommunernas riktlinjer för biståndsbedömning, de äldres rättssäkerhet, inflytande och självbestämmande, integritet, tillgång till meningsfull tillvaro och möjligheter till aktivitet samt personalens kompetens och kommunernas kvalitetsarbete. Brister och utvecklingsområden redovisas. Uppföljningar av länsstyrelsernas tillsynsbeslut visar att i flertalet fall rättas brister till även om det ibland kan ta tid, som när en ny- eller ombyggnad av ett äldreboende behöver ske. Återföring av tillsynsresultat i dialogform med ledningen och uppföljande besök framhålls som viktiga moment för att uppnå följsamhet (Socialtjänsten och de äldre, Länsstyrelserna 2009). Iakttagelserna som gjorts inom ramen för tillsyn under 2007 och 2008 redovisas under olika sakområden.

För att åstadkomma en tydligare och effektivare tillsyn föreslår regeringen i propositionen Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (prop. 2008/09:160) att tillsynen inom socialtjänsten förs över till Socialstyrelsen och där samordnas med tillsynen av hälso- och sjukvården. Riksdagen har beslutat enligt regeringens

förslag. Den nya organisationen träder i kraft den 1 januari 2010.

#### *Lex Sarah*

I socialtjänstlagen finns en bestämmelse 14 kap. 2 § som allmänt kallas Lex Sarah. Den innebär att den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande i omsorgen ska anmäla detta till socialnämnden. Om inte förhållandet avhjälpas utan dröjsmål ska nämnden anmäla förhållandet till länsstyrelsen.

Det saknas en exakt siffra på nationell nivå över antalet Lex Sarah-anmälningar. För femton länsstyrelser som gjort en gemensam sammanställning noterades 739 anmälningar. Hur kommuner och enskilda verksamheter hanterar Lex Sarah-bestämmelsen har varit föremål för tillsyn i 565 fall och i 72 procent har länsstyrelserna meddelat kritik eller påtalat brister. Enligt Socialstyrelsen är anmälningar vanligare i särskilt boende än i ordinärt boende och görs oftare i kommunal verksamhet än i enskild verksamhet.

Socialstyrelsen har utarbetat nya föreskrifter och allmänna råd för Lex Sarah (SOSFS 2008:10). För att öka kunskaperna om Lex Sarah har Socialstyrelsen vidtagit en rad åtgärder. På Socialstyrelsens webbplats finns en särskild hemsida med frågor och svar om Lex Sarah. Hösten 2008 arrangerade Socialstyrelsen tillsammans med länsstyrelserna 16 konferenser om Lex Sarah runt om i landet. Vid konferenserna behandlades även Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2006:11) och handboken God kvalitet i socialtjänsten. Socialstyrelsen avser att publicera en handbok om tillämpning av Lex Sarah under hösten 2009.

I en departementspromemoria föreslås förändringar i Lex Sarah, vilket redogörs för under rubriken Revisionens iakttagelser se avsnitt 7.7.

#### **Kunskapsutveckling, ledarskap och kompetens**

##### *Ökad kompetensnivå och fler arbetsledare*

Antalet anställda inom omsorg och vård om äldre personer har minskat med nära sex procent från 249 000 personer till 233 000 personer mellan åren 2002 till 2008, främst i gruppen undersköterskor och vårdbiträden. Parallellt med denna utveckling har de anställdas utbildningsnivå höjts och sjukfrånvaro minskat.

Både antalet och andelen anställda med högskoleutbildning har ökat mellan 2002 och

2007, från 11 till 15 procent av arbetsstyrkan. Framförallt är det arbetsledare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster som blivit fler, medan antalet sjuksköterskor varit oförändrat. Under perioden 2002 till 2007 har antalet arbetsledare ökat med 27 procent, sjukgymnasterna med 45 procent och arbetsterapeuterna med 16 procent. I de sista beräkningarna ingår även personal som arbetar med personer med funktionsnedsättning.

I mediankommunen hade 76 procent av vård- och omsorgspersonalen i den kommunala omsorgen och vården om äldre yrkesförberedande utbildning år 2007, en ökning med 0,5 procentenheter jämfört med året innan enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser inom äldreomsorgen. I några kommuner och stadsdelar i storstäderna var andelen under 40 procent och i andra kommuner var andelen 100 procent. Andelen av personalen som har eftergymnasial utbildning inom omsorg och vård ökade något mellan 2006 och 2007, från 12 till 13 procent. Personalen i mindre kommuner har i allmänhet högre kompetensnivå än personalen i större kommuner. I redovisningen ingår inte timavlönad personal. I denna kategori har färre yrkesförberedande utbildning än bland de månadsanställda. Eftersom användandet av timavlönad personal är högre i storstäder så stärks bilden av att kompetensen bland personalen är högre i mindre kommuner om man räknar in timavlönad personal.

I december 2008 överlämnades betänkandet I den äldres tjänst, Äldreassistent – ett framtidstyrke (SOU 2008:126) till regeringen. Utredaren lämnar förslag på hur man ska få till stånd en förbättrad kompetens bland personalen i äldreomsorgen. Förslagen har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Samtidigt som kompetensnivån har höjts ser Länsstyrelserna i sin tillsyn av äldreomsorgen under 2008 brister i ledarskapet. De konstaterar att cheferna ofta har stora ansvarsområden med många underställda vilket påverkar deras möjligheter att stödja personalen och regelbundet vistas i den verksamhet som de har ansvar för att leda. (Socialtjänsten och de äldre, Länsstyrelserna, 2009). En enhetschef i mediankommunen hade 22 medarbetare år 2007, enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser inom äldreomsorgen. Skillnaderna mellan kommunerna var dock mycket stora, mellan 12 och 164 medarbetare per enhetschef. Antalet medarbetare per chef i särskilt boende var 37, vilket alltså är högre

än i äldreomsorgen i stort. Vid korttidsvård hade cheferna färre medarbetare, 27 medarbetare per chef i genomsnitt.

#### *Utvärdering av Kompetensstegen*

I och med utgången av 2008 avslutades Kompetensstegen. I budgetproposition för 2009 (prop. 2008/09:1) redovisades uppgifter kring deltagandet i denna satsning. Institutet för metoder i utveckling av socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen har redovisat en utvärdering av Kompetensstegen (Personalutbildning i äldreomsorg – blir den till nytta för de äldre?). Resultaten talar för att Kompetensstegen har haft betydelse för personalens kunskaper och färdigheter i tre av sex studerade områden, av totalt 33 kunskapsområden. Personal som utbildats i fallskadeprevention fick ökade kunskaper i ämnet. Personal som utbildats i munhälsa rapporterade att nya rutiner introducerats och att deras uppmärksamhet på munhälsa var större efter utbildningen. Dessutom visades i en studie att biståndshandläggare efter genomgången utbildning tenderade att oftare bevilja ansökningar om äldreomsorg. Några direkta effekter för äldre personer har inte konstaterats, vilket heller inte kan förväntas så nära inpå en utbildningsinsats. Även om utbildning leder till förbättrade kunskaper och färdigheter så förutsätter förändring av arbetsätt också planering, tydligt ledarskap och tillräckligt med tid för förändringsarbete, enligt IMS rapport. Kommunerna redovisar själva under 2009 sina erfarenheter och bedömningar av resultat och effekter av Kompetensstegen i den egna kommunen. Ett antal kommuner redovisar egna utvärderingar, vilka ibland genomförts i samverkan med högskolor eller FoU-enheter. Kommunernas slutredovisningar handläggs för närvarande inom Regeringskansliet.

#### *Nationella kompetenscentra*

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen utsett två nationella kompetenscentra, Svenskt demenscentrum och Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. Båda centrumen startade den 1 januari 2008. Deras uppgift är att skapa nationell överblick genom att samla in, strukturera och sprida kunskap och stimulera utvecklingsarbete inom respektive sakområde.

*Svenskt demenscentrum* som ligger i Stockholm utgörs av Stiftelsen Äldrecentrum och Stiftelsen Silviahemmet. Målsättningen är att vara en länk mellan forskning, praktik och

beslutsfattare och att utgöra navet i ett nätverk av FoU-verksamheter på demensområdet. Svenskt demenscentrum har inventerat behovet av kunskapsstöd, sprider kunskap och information bl.a. genom en webbportal, nyhetsbrev, artiklar i dags- och fackpress, genom att medverka i konferenser och att ha ett forskarnätverk.

*Nationellt kompetenscentrum Anhöriga* ligger i Kalmar och utgörs av Fokus Kalmar län, Anhörigas riksförbund, FoU sjuhärad, Hjälpmedelsinstitutet, Högskolan i Kalmar län, Landstinget Kalmar samt Länsamordnarna i Norrland. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga har fyra inriktningar: lättillgängliga kunskapskällor, kunskapsöversikter, kunskaps- och informationsspridning samt lärande nätverk. Anhörigcentrum har etablerat internationella kontakter bl.a. med Eurocarers och Internationella rådgivningsgruppen för anhöriga.

#### *Stöd till forskning och utveckling av äldres vård och omsorg*

Äldreomsorgen behöver ett långsiktigt stöd genom god forskning som kan bidra till att verksamheterna efterhand kan baseras på en bättre kunskapsgrund. Det statliga stödet har bidragit till att äldreforskningen har kunnat utvecklas. Den stabila infrastrukturen för äldreforskning har ökat möjligheterna att få stöd också av andra finansierare.

Regeringens riktade satsning på äldreforskning uppgick 2008 till 35 miljoner kronor, som fördelades efter utlysning av Forskningsrådet för Socialvetenskap och arbetsliv (FAS). FAS lämnade därutöver knappt 12 miljoner kronor av sitt forskningsanslag i stöd till forskning om åldrande och äldre under 2008. Sammantaget uppgick FAS stöd till äldreforskning under 2008 till knappt 47 miljoner kronor, vilket bl.a. fördelats till två nationella centrum för forskning kring åldrande och äldre och fleråriga programstöd. Stödet har i betydande grad förstärkt infrastrukturen för svensk forskning om äldre och åldrande, enligt FAS bedömning. Området innefattar hälsa och levnadsvillkor, äldreomsorgens förutsättningar och demografiska förändringar. FAS har i uppdrag att följa vissa andra finansierares satsningar inom bl.a. äldreområdet och redovisar att intresset för forskning inom äldreområdet har ökat markant under 2008. FAS redovisar att äldreforskning sammanlagt erhållit stöd om 100 miljoner kronor.

Den nationella studien SNAC, the Swedish National study on Ageing and Care inleddes efter ett statligt initiativ och har sedan 2000 samlat data om de äldres åldrande och omsorg och vård. Studien genomförs i fyra områden inom Stockholm, Skåne, Blekinge och Nordanstig. Statens stöd till delfinansiering av studien ökades 2009 till 14 000 000 kronor. Studien omfattar dels ett befolkningsperspektiv där förändringar i ett urval av den äldre befolkningen återkommande följs i fråga om hälsa och vårdbehov. Dels undersöks kontinuerligt hela den äldre befolkningens akuta och långvariga vårdkontakter.

Genom studiens omfattning och geografiska spridning skapas möjligheter till representativa bilder av äldres förhållanden och tidiga indikationer på förändringar. Studien innebär också att ett allt bättre underlag för kommande forskningsstudier och projekt skapas.

Socialstyrelsen fördelar stöd till delfinansiering för regional FoU-verksamhet. Stödet uppgår till 10 miljoner kronor per år och lämnades 2009 till 23 FoU-centrum. Positiva effekter av verksamheten som FoU-enheterna själva rapporterar om är t.ex. förändrad mediciner efter genomförda läkemedelsgångar, ökad samlad kunskap om den enskilde äldre personen som en effekt av förbättrad dokumentation och informationsspridning samt bättre rutiner för informationsöverföring. Centrumen har också noterat positiva effekter av FoU-insatser inriktade på att göra vardagen mera innehållsrik och individanpassad för äldre kvinnor och män. Även FoU-projekt för att utveckla maten och måltiden bedöms ha positiva effekter på äldre personers hälsotillstånd och välbefinnande men också på personalens arbetsförhållanden. Samarbetet mellan huvudmännen utvecklas genom samverkan i det gemensamma FoU-centrumet, men även som en följd av projektinsatser för förbättrad vårdplanering, försök med gemensam vårddokumentation eller personalutvecklingsinsatser.

Det statliga stödet har varit en förutsättning för utvecklingen av FoU-centrum inom äldreområdet. FoU-centrumen har utgjort en viktig länk i ett system både för utveckling av praktisk kunskap och spridning av kunskaper men också för återföring av erfarenheter genom strukturerade uppföljningar och utvärderingar. Socialstyrelsen pekar dock på ett antal hot mot FoU-enheterna i form av vikande deltagande



från landstingshuvudmannen, för små enheter med alltför snäv inriktning och kort planeringshorisont.

## 7.6 Analys och slutsatser

Det svenska välfärdssystemet och den positiva hälsoutvecklingen gör att vi nu lever längre än någonsin förr. Av personer över 65 år bor 93 procent fortfarande i ordinärt boende och av personer över 80 år klarar sig fortfarande över 60 procent utan vare sig hemtjänst eller särskilt boende. För de äldre personer som behöver stöd och omsorg ges den mesta hjälpen i hemmet. Även avancerad sjukvård kan ges i hemmet. Denna utveckling är positiv eftersom många äldre personer vill fortsätta att bo i sin hemmiljö så länge som möjligt. De flesta äldre kvinnor och män som får insatser av hemtjänsten eller bor i särskilt boende är nöjda med äldreomsorgen. De är nöjda med personalens bemötande, vårdinsatserna och känner sig trygga i det särskilda boendet. De är däremot mindre nöjda med möjligheten till social samvaro och aktiviteter, maten och informationen. En majoritet av de som har äldreomsorg deltar i planeringen av de insatserna de behöver.

Bilden av äldreomsorgens kvalitet är komplex. I många kommuner fungerar verksamheten väl och man arbetar aktivt med utveckling. Stimulansbidragen har bidragit till utvecklingsaktiviteter inom flera angelägna områden. Fleråriga statliga satsningar har lett till att anhöriga som vårdar eller stödjer närstående har fått större tillgång till och bättre stöd.

Förutsättningarna för att ge god omsorg och vård om äldre kvinnor och män har stärkts i vissa avseenden. Kompetensen hos personalen har ökat under senare år. Satsningar på forskning, utveckling och nationell uppföljning har bidragit till bättre förutsättningar för kunskap och systematiskt utvecklingsarbete. Det finns dock stora skillnader mellan kommunerna inom vissa områden som är centrala för äldreomsorgens kvalitet. Den uppföljning och tillsyn som har gjorts inom äldreomsorgen lyfter fram områden där åtgärder behövs för att förbättra kvaliteten. Inom dessa områden har regeringen för avsikt att fortsätta, utveckla eller initiera åtgärder.

### *Utveckling av bostäder och boende*

Regeringen ger hög prioritet till insatser för att kommunerna ska kunna erbjuda särskilt boende till alla som behöver det. Det är därför positivt att länsstyrelserna rapporterar att kommunerna har ökat sina planeringsaktiviteter för särskilt boende. Systemet med rapporteringsskyldighet av beslut som inte verkställts bidrar till kommunernas ökade aktivitet på området. Allt fler kommuner satsar på särskilda boendeformer och seniorbostäder. Det statliga investeringsstödet syftar till att skapa fler platser i särskilt boende. Det finns ett stort intresse för investeringsstödet och projekt med ca 4 700 lägenheter hade beviljats stöd i juni 2009. Det tar dock tid innan effekterna av stimulansbidraget syns i form av fler platser i särskilda boenden, eftersom processerna för planering och investering är fleråriga. Regeringen bedömer att det är angeläget att investeringsstödet fortsätter för att kommuner ska göra de investeringar som krävs för att tillgodose äldres behov av goda bostäder.

### *Äldres inflytande över sin vardag*

Ett mål för äldreomsorgen är att äldre kvinnor och män ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande över sin vardag. De ska bemötas med respekt. Enligt socialtjänstlagen ska socialnämnden verka för att äldre personer får ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Länsstyrelsernas tillsyn har visat att äldre personers inflytande över vilka insatser de beviljas ofta begränsas av kommunala riktlinjer för biståndsbedömningen. Restriktiva riktlinjer blir styrande för vad som beviljas i högre grad än den enskildes behov och önskemål. Planering av genomförandet av de beviljade insatserna brister alltför ofta vilket försämrar äldre personers möjlighet till inflytande över sin vardag.

Det finns också behov av att öka möjligheterna till social samvaro och aktiviteter. Det är ett av de områden som brukarna inom äldreomsorgen är minst nöjda med. Länsstyrelsernas granskning visar att äldre kvinnors och mäns behov av sociala aktiviteter bör beaktas i större utsträckning i genomförandeplanerna. Att behoven inte beaktas tillräckligt kan vara en följd av att många äldre personer inte är delaktiga i framtagandet av dessa planer.

### *Valfrihet för äldre kvinnor och män*

Möjligheten att ha inflytande över sin vardag stärks genom möjligheten att välja vem som ska ge service och den omsorg och vård som man

behöver. Regeringen bedömer att de insatser som har gjorts för att stimulera tillkomsten av valfrihetssystem inom äldreomsorgen till viss del redan har bidragit till att stärka individens inflytande.

Det finns ett stort intresse i både stora och små kommuner, spridda över hela landet att förbereda och utveckla valfrihetssystem. Det är regeringens bedömning att det statliga stimulansbidraget som har utbetalats till kommuner för att utreda förutsättningarna för och utveckla valfrihetssystem har stimulerat utvecklingen mot ökad valfrihet. Det återstår dock närmare 100 kommuner som ännu inte fått del av det statliga stimulansbidraget. Regeringen har därför beslutat att omfördela 25 miljoner kronor av ej utnyttjat stimulansbidrag om 1,4 miljarder kronor till kommuner som ansökt om bidrag för att förbereda och utveckla valfrihetssystem.

Regeringens satsning på öppna jämförelser inom äldreomsorgen innebär att öppen och lättillgänglig information om kvalitet tas fram. Äldreguiden på Socialstyrelsens webbplats riktar sig till äldre personer och kan bl.a. fungera som underlag för ett aktivt val av utförare.

#### *Stärkta förutsättningar för god kvalitet i vården och omsorgen om äldre personer*

Regeringen har genomfört en rad insatser för att främja de kommunala huvudmännens utveckling av god kvalitet i omsorgen och vården om äldre kvinnor och män.

Öppna jämförelser av kvaliteten i kommuner och hos olika utförare synliggör både bra och dåliga prestationer. Öppna jämförelser kan dock bli ännu mer relevanta och användbara, om indikatorer utvecklas för att spegla fler aspekter av kvalitet, samt om tillgången på data av hög kvalitet förbättras.

Den nationella strategin för kvalitetsutveckling inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården genom öppna jämförelser pekar ut färdriktningen för utvecklingen. Det är regeringens bedömning att uppdraget till Socialstyrelsen, att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser samt att förbättra tillgången på data inom socialtjänsten, kommer att resultera i ett effektivt instrument för kvalitetsförbättring av äldreomsorgen. Det kräver dock att resultaten analyseras och omvandlas till användbar kunskap. Det kräver även att det finns förutsättningar för att kunskapen kan implementeras i

det vardagliga arbetet inom omsorgen och vården.

Den nationella brukarundersökningen har bidragit till att uppmärksamma brister i kvalitet inom olika områden i äldreomsorgen. Tillsammans kan dessa redovisningar bidra till att skapa ett förändringstryck hos huvudmän och utförare.

Det statliga stimulansbidraget har bidragit till ökad aktivitet och utvecklingsarbete inom flera bristområden. Det är dock regeringens bedömning att incitamenten behöver stärkas för kommuner och landsting att komma till rätta med bristerna och nå bättre resultat.

Tillsynen utgår från lagar, normering och annan nationell vägledning. Socialstyrelsens uppdrag att normera om kvalitet inom socialtjänsten och att ta fram enhetliga bedömningskriterier för tillsynen kommer enligt regeringens bedömning att skapa bättre förutsättningar för tillsynen att fungera effektivt och enhetligt över hela landet. Det är angeläget för att alla ska kunna känna förtroende för att omsorgen och vården om äldre personer håller en tillräckligt hög kvalitet, oavsett var och av vilken utförare den bedrivs. Det skapar även en ökad tydlighet kring vad man kan förvänta sig av äldreomsorgen.

De statliga stimulansbidragen har genom kompetensutvecklingsinsatser bidragit till ökade kunskaper för vårdbiträden och undersköterskor både när det gäller grundläggande yrkeskunskaper och när det gäller specialistkunskaper. Utbildningsnivån har höjts i hela landet men skillnaderna är stora mellan olika kommuner. Den ökning av högskoleutbildad personal t.ex. dietister, arbetsterapeuter och demenssjuksköterskor som skett de senaste åren har kunnat ske bl.a. tack vare stimulansbidragen.

Socialstyrelsen konstaterar att förutsättningar för att de nya kunskaperna ska komma till användning är att bemanning motsvarar de äldres behov och att tydlig arbetsledning finns.

Med hjälp av stimulansbidragen för att utveckla stöd till anhöriga är aktivitetsnivån i kommunerna mycket hög. Stöd till anhöriga har varit främst inriktat mot anhöriga till äldre personer och i synnerhet till sammanboende makar eller partner. Stöd till anhöriga till yngre långvarigt sjuka eller anhöriga till yngre personer med funktionshinder är betydligt ovanligare. Här behövs ett fortsatt utvecklingsarbete. Det statliga stimulansbidraget till kommuner och landsting har lett till ökad aktivitet inom de

områden som regeringen pekat ut som mest angelägna. Det statliga stimulansbidraget till kommunernas stöd till anhöriga som vårdar eller stödjer närstående har betytt mycket för anhörigas möjligheter att få tillgång till stöd och avlösning i sin roll som vårdare eller stödjare.

För att tydliggöra socialnämndens ansvar att erbjuda stöd för personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder har en förändring införts i socialtjänstlagen (2001:453). Förändringen trädde i kraft den 1 juli 2009. Förändringen handlar inte om att tvinga närstående eller andra personer att utföra mer vård eller stöd, utan att underlätta för dem som av fri vilja utför sådana insatser. Regeringen lämnade ett förslag om denna förändring i proposition Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående (prop. 2008/09:82) som antogs av riksdagen den 13 maj 2009 (bet. 2008/09:SoU19, rskr. 2008/09:249). Socialstyrelsen har fått i uppdrag bland annat att informera om den ändrade bestämmelsen, utarbeta vägledning m.m. till stöd för tillämpningen av bestämmelsen samt att följa upp och utvärdera konsekvenserna av den ändrade bestämmelsen.

## 7.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har granskat om staten har skapat förutsättningar för god kvalitet och insyn i privat bedriven äldreomsorg (RiR 2008:21). Riksrevisionens samlade bedömning är att varken regeringen, Socialstyrelsen eller länsstyrelserna fullt ut har tagit sitt ansvar att inom sina respektive ansvarsområden skapa förutsättningar för god kvalitet och insyn i privat bedriven äldreomsorg. Det finns enligt Riksrevisionen en risk för att detta kan påverka kvaliteten i den privat bedrivna äldreomsorgen.

Riksrevisionen rekommenderar regeringen att föreslå författningsändringar så att anmälan av allvarliga missförhållanden (Lex Sarah) i privat bedriven verksamhet ska göras direkt till socialnämnden eller annan offentlig myndighet, se över systemet för tillstånd inom äldreomsorgen, utreda vilken rätt de privat anställda har att yttra sig om förhållandena på sin arbetsplats samt använda de förslag som utredningen för översyn av statistikinsamlingen avseende kommunal

ekonomi och verksamhet lämnar för att främja ökad effektivitet och produktivitet i äldreomsorgen.

Rekommendationerna till Socialstyrelsen gäller bl.a. att skaffa sig bättre kunskap om avtalen som kommunerna ingår med företag som bedriver äldreomsorg, utfärda föreskrifter om avtalens utformning och innehåll och att sammanställa vilka föreskrifter som gäller för privata utförare. Länsstyrelserna som utfärdar tillstånd för särskilt boende bör enligt Riksrevisionen utveckla rutiner för kompletta bedömningar samt följa upp om utförare följer det som utlovats i ansökan om tillstånd.

Beträffande anmälningar om allvarliga missförhållanden i enskild verksamhet ska socialnämnden informeras, både när anmälingen har tagits emot av den som är ansvarig för verksamheten och när utredningen med anledning av en anmälan har avslutats. I en departementspromemoria (Ds 2009:33) behandlas frågan om ändrade regler för skyldigheten att anmäla allvarliga missförhållanden. Syftet är att lagen ska bli ett mer ändamålsenligt och heltäckande verktyg för att komma till rätta med brister i verksamheten, att utveckla denna och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

Förslagen från utredningen för översyn av statistikinsamlingen avseende kommunal ekonomi och verksamhet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Socialstyrelsen arbetar, inom ramen för sitt uppdrag att följa upp användningen av valfrihetssystem, med att tydliggöra vilket regelverk som gäller för äldreomsorg i enskild regi och att följa upp kommunernas krav på kvalitet i sina förfrågningsunderlag.

Riksrevisionens styrelse har i en framställning till riksdagen (2008/09:RRS13) begärt tillkännagivanden om tillståndssystemet, anmälan om missförhållanden och uppföljning av kvalitet. Riksdagen har avstyrkt styrelsens framställning mot bakgrund av att det pågår arbeten för att utveckla, granska och kontrollera kvaliteten samt öka valfriheten inom äldreomsorgen såväl i enskild som i kommunal regi (bet. 2008/09:SoU22). Förslagen i propositionen om samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (prop. 2008/09:160) kommer också att bidra till kvalitetsförbättringar på de områden som tas upp i framställningen, bl.a. angående systemet för tillståndsgivning.

## 7.8 Politikens inriktning

Regeringens satsningar inom äldreområdet tar sin utgångspunkt i äldre personers önskan att ha makt och inflytande över sina liv. Därmed skapas förutsättningar för att kunna åldras i trygghet, med bibehållen värdighet och med en känsla av välbefinnande. Satsningarna innefattar också situationen för de anhöriga. Det är i det nära mötet mellan den äldre personen och dennes anhöriga och den professionella yrkesutövaren som kvalitet skapas. Regeringen menar att förbättrade förutsättningar för att den enskilde personen ska kunna utöva reell makt och inflytande i denna situation är grundläggande för att förbättra kvaliteten. Samtidigt behöver kommunernas och de privata utförarnas förutsättningar för att åstadkomma insatser med god kvalitet stödjas och utvecklas. En trygg och värdig äldreomsorg av god kvalitet och med betydande valfrihet för äldre kvinnor och män är utgångspunkten för regeringens åtgärder.

I och med medicinska framsteg inom hälso- och sjukvården ökar antalet personer som uppnår hög ålder trots allvarlig sjukdom. Under de sista åren i äldre människors liv finns i många fall ett stort behov av vård- och omsorgsinsatser där kommun och landsting måste samverka. För de mest sjuka äldre personerna krävs att vård- och omsorgsbehovet bedöms utifrån en helhetssyn på personens samlade livssituation, hennes eller hans olika behov, symptom och besvär.

För att äldre kvinnor och män som är i behov av äldreomsorg ska kunna bevara sitt självbestämmande och stärka sitt inflytande måste de ha tillgång till reella valmöjligheter. Regeringen stödjer införandet av valfrihetssystem i kommunerna för att bidra till utvecklingen av en äldreomsorg som tydligare utgår från individens behov och önskemål. Relevant och lättillgänglig information om alternativen är en förutsättning för att göra ett aktivt val. Därför satsar regeringen på att utveckla öppna jämförelser och bättre tillgång på data inom äldreomsorgen och hemsjukvården. För att uppnå målet om ökad valfrihet för personer i behov av vård och omsorg är det, enligt regeringens bedömning, angeläget att stärka företagandet inom vård och omsorg. Fler måste vilja och kunna etablera sig och verka som utförare. Regeringen bedömer att det handlingsprogram som Nutek tagit fram för ökat entreprenörskap kompletterar pågående

satsningar på mångfald inom vård och omsorg. Den 1 april 2009 övergick ansvaret för frågorna från Nutek till den nybildade myndigheten Tillväxtverket.

Det finns stora skillnader mellan kommunerna i kvaliteten i insatserna. Det gäller särskilt insatser till äldre personer med psykisk ohälsa. Ett torftigt socialt innehåll riskerar att öka ångesten, oron och orsaka depression som ytterst gör det omöjligt för äldre kvinnor och män att bo kvar hemma och försämrar livskvaliteten för den som bor i särskilt boendet. Regeringen avser att satsa på en stärkt värdegrund inom äldreomsorgen. Det är ett viktigt steg för att förverkliga målsättningen om att stärka äldres egenmakt. En individanpassad äldreomsorg som fokuserar på de äldres möjligheter till inflytande skapar förutsättningar för en ålderdom med trygghet, värdighet och välbefinnande. Regeringens föreslagna satsningar på en nationell värdegrund och utveckling av ledarskap samt genomförda förstärkning av anhörigstödet bidrar till att minska risken för att äldre kvinnor och män ska utsättas för vanvård och övergrepp. En utredning om yrkeskrav inom äldreomsorgen bereds vidare inom Regeringskansliet.

De statliga stimulansbidragen till kommuner och landsting bidrar till utvecklingen av god kvalitet. Regeringen har för avsikt att stärka incitamenten för kommuner och landsting att komma till rätta med de problem som finns och nå bättre resultat, genom att successivt övergå till ett prestationsbaserat stimulansbidrag.

I dag finns brist på särskilt boende för äldre personer. Regeringens investeringsstöd till byggande av fler platser inom särskilt boende stimulerar också utvecklingen av god kvalitet. Det bidrar även till att öka tryggheten och rättssäkerheten för den enskilde. Andra viktiga åtgärder inom äldreområdet är stimulansmedel för utveckling av stöd till anhöriga och stödet till utveckling av teknik för äldre.

För att försäkra sig om att de lagar som riksdagen beslutar om efterlevs betonar regeringen vikten av en effektiv tillsyn inom det sociala området. Regeringens ambition är att en ny och stärkt organisation för tillsyn ska vara ett effektivt instrument för att både förebygga och avhjälpa missförhållanden och för att pådriva kvalitetsarbete. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utarbeta föreskrifter, till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa, och allmänna

råd som konkretiserar innebörden i socialtjänstlagens krav på att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att det för utförandet av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (S2009/5080/ST). Enligt regeringens bedömning ger detta bättre förutsättningar för tillsynen att fungera effektivt.

Genom den nya diskrimineringslagen (2008:567) som trädde i kraft den 1 januari 2009 har ålder blivit en diskrimineringsgrund. En särskild utredare har fått i uppdrag att föreslå hur ett skydd mot diskriminering på grund av ålder ska införas på fler samhällsområden än i dag, bl.a. inom arbetslivet, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt varor, tjänster och bostäder (dir. 2009:72).

Regeringen satsar även på forskning, utveckling och kunskapsspridning. Nationellt kompetenscentrum för anhörig- respektive demensfrågor, regionala FoU-centrum, äldre-forskning och utveckling av öppna jämförelser är exempel på pågående satsningar som regeringen avser att fortsätta. Regeringen har även initierat ett arbete som syftar till att göra socialtjänsten, inklusive äldreomsorgen, mer evidensbaserad. Detta arbete beskrivs inom utgiftsområde 8 Socialtjänstpolitik. Vidare vill regeringen genomföra ett program för god äldreomsorg, vilket beskrivs nedan. Syftet med dessa satsningar är att ge kommunerna och de utförare de väljer att anlita bättre förutsättningar att ge insatser med god kvalitet och som motsvarar äldre kvinnors och mäns önskemål och behov.

#### *Utveckling av bostäder och boende*

I många kommuner saknas i dag möjligheter att möta äldre personers efterfrågan på anpassade lägenheter i det ordinära bostadsbeståndet. Regeringen vill verka för ett ökat utbud av bostäder som är lämpliga och attraktiva för äldre. Det behövs bostäder som erbjuder äldre över en viss ålder den trygghet de efterfrågar och som de kan få tillgång till när de själva önskar. Regeringen föreslår därför att investeringsstöd ska kunna lämnas till en ny boendeform för äldre – trygghetsbostäder för äldre. Målgruppen för trygghetsbostäder ska vara äldre personer över en viss ålder som vill ställa sig i kö till ett sådant boende. De som bor i trygghetsbostäder ska ha tillgång till gemensamhetslokal, personal och möjlighet till gemensamma måltider.

I många kommuner råder i dag brist på särskilt boende för äldre. Regeringen menar att det därför är angeläget att investeringsstödet till särskilt boende för äldre fortsätter. I dag satsar staten 500 miljoner kronor årligen på investeringsstöd för särskilt boende. Detta stöd föreslås fortsätta tills vidare och genom ett tillägg i förordningen (2007:159) om investeringsstöd till äldreboendestäder m.m. under åren 2009–2012 även omfatta trygghetsbostäder. Stödet blir därmed under denna period tillgängligt såväl för nybyggnad som för ombyggnad till särskilt boende eller trygghetsbostäder.

#### *Värdigt liv i äldreomsorgen*

Äldre personer som behöver omsorg och vård ska kunna fortsätta ha makt och inflytande över sina liv. Därigenom kan de fortsätta leva sina liv utifrån den hon eller han är och utan att behöva göra avkall på sin identitet. För att uppnå detta behöver äldreomsorgen utgå från att äldre människor ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Det innebär bl.a. en äldreomsorg som bistår med att organisera den äldres vardag så att den uppfattas så meningsfull som möjligt av den äldre. De äldre personernas och deras närståendes inflytande över vilka hjälpinsatser som behövs, hur de bör utföras, när och av vem eller vilka har grundläggande betydelse i detta sammanhang. Äldre personer ska bemötas på ett värdigt sätt. För att äldreomsorgen ska förändras i denna riktning behövs en gemensam och tydlig värdegrund. En utredning om värdigt liv i äldreomsorgen är under beredning i Regeringskansliet och regeringen avser att lämna en proposition till riksdagen.

För 2010 avsätts 90 000 000 kronor och för 2011 och 2012 80 000 000 kronor årligen för att stärka den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen. Det är regeringens bedömning att en nationell värdegrund utgör en plattform för fortsatta förbättringar av äldreomsorgen.

### *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre personer*

Regeringens syfte med stimulansbidrag till kommuner och landsting är att stödja huvudmännen i arbetet med att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kvinnor och män. Regeringen föreslår en successiv omläggning av nuvarande riktade statsbidrag inom äldreområdet till ett mer prestationsbaserat system. Syftet är stärka incitamenten för kommuner och landsting att komma till rätta med de problem och brister som finns. Kreativitet och nytänkande behöver stimuleras genom tydliga mål, stärkta incitament och ett förbättrat stöd i att ta tillvara på den kunskap som finns om effektiva metoder och arbetsätt. Det statliga stimulansbidraget kan bidra till stärkta incitament genom att kopplas till uppnådda förbättringar och nationella mål. Det är dock viktigt att de ändrade principerna för utbetalning av stimulansbidrag sker på ett sätt så att kommunerna har möjlighet att anpassa sin verksamhet successivt till de förändrade principerna. Att välja ut mått och indikatorer kräver noggrann eftertanke. Exakt hur bidraget ska utformas kommer en arbetsgrupp att utveckla närmare. Ett exempel på område där prestationskrav skulle kunna införas gäller äldres läkemedelsanvändning. Inom detta område är en förändring angelägen och möjlig, samtidigt som det finns förutsättningar att följa utvecklingen genom relativt god tillgång på data.

### *Ökad kunskap genom forskning och utveckling*

Ökad kunskap är en viktig förutsättning för att klara de utmaningar som vård och omsorg om äldre kvinnor och män står inför. I takt med att antalet äldre personer ökar och särskilt antalet äldre kvinnor och män i de högsta åldrarna, ställs krav på nya kunskaper. Kraven på kvalitet i verksamheten och att de offentliga resurserna används effektivt fortsätter att öka. Prioriteringsarbetet inom vården och omsorgen underlättas av strukturerad uppföljning och utvärdering. Ett ökande kunskapsinnehåll i verksamheterna bidrar också till att höja statusen för utbildning och arbete inom vård och omsorg om äldre kvinnor och män. Genom regeringens satsning på äldreforskning har Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) kunnat rikta långsiktiga stöd till forskningsmiljöer, till fleråriga programstöd samt på åtgärder för att möta generationsväxlingen inom forskarkåren de närmaste åren.

Tillgång till goda forskningsdata är en förutsättning för en kraftfull forskning inom äldreområdet. Förutsättningarna har förbättrats för den långsiktiga kunskapstillväxten inom området vård och omsorg om äldre personer. Swedish National Study of Aging and Care (SNAC) driver långsiktig uppbyggnad av områdesbaserade data och forskning om äldre kvinnors och mäns hälsa och vårdkonsumtion. Studien finansieras av staten och de lokala huvudmännen.

Regeringens stöd till FoU-enheter inom äldreområdet stärker kopplingen mellan de lokala verksamheterna och ett systematiskt utvecklingsarbete med stöd av aktuell och kritiskt prövad kunskap. FoU-enheterna stimulerar och främjar genom sin verksamhet vård- och omsorgspersonalens lärande i arbetet.

### *Utveckling av öppna jämförelser inom äldreomsorg och hemsjukvård*

Öppna jämförelser av kvalitet, resultat och effektivitet inom äldreomsorgen är ett värdefullt verktyg för kvalitetsförbättring. Det synliggör bra och dåliga prestationer, vilket skapar ett förändringstryck. Goda resultat kan analyseras och fler kan lära sig av framgångsrika metoder och sätt att organisera verksamheten. Regeringen fortsätter satsningen på att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser inom äldreomsorgen och hemsjukvården, med relevanta indikatorer på kvalitet och en bättre tillgång på data som gör det möjligt att följa utvecklingen. Satsningen beskrivs inom ramen för Socialtjänstpolitiken, se avsnitt 8.5.

### *Program för en god äldreomsorg*

En förbättrad statistik, uppföljning och möjlighet till jämförelser är viktiga förutsättningar för kvalitetsutvecklingen inom äldreomsorgen. Det behövs åtgärder för att stärka den kunskapsbaserade styrningen, förbättra uppföljning och kontroll av kvalitet, resultat och effektivitet inom äldreomsorgen. En mångfald av utförare är en förutsättning för valfrihet och kan även bidra till innovativa lösningar som främjar kvalitet och effektivitet. Denna utveckling kan med fördel stimuleras genom riktade satsningar, i samförstånd mellan staten och huvudmännen, för att stimulera olika former av utvecklingsarbete när det gäller hälso- och sjukvård och socialtjänst till äldre personer. Exempel på angelägna satsningar är att utveckla tillgången på data, kvalitetsindikatorer, termer och begrepp, informa-

tionsstruktur, att främja utvecklingen av entreprenörskap, mångfald av utförare och förnyelse inom vården och omsorgen, m.m. Regeringens ambition att successivt omvandla det nuvarande stimulansbidraget till ett mer prestationsbaserat bidrag förutsätter bättre tillgång på data om resultat och kvalitet inom äldreomsorgen och hemsjukvården. För att stödja kommunerna i deras arbete att förbättra och effektivisera nuvarande informationshantering bedömer regeringen att det kan finnas anledning att anpassa den nationella IT-strategin så att den i större omfattning innefattar den kommunala vården och omsorgen. IT-strategin beskrivs mer ingående i avsnitt 3.9.1 Hälso- och sjukvårdspolitik och behoven inom socialtjänsten i avsnitt 8.5 Socialtjänstpolitik.

Förutsättningarna att implementera den kunskap som genereras av bl.a. uppföljning och forskning varierar mellan olika kommuner och landsting. För att förbättra dessa förutsättningar vill regeringen stärka regionala strukturer för analys och implementering av evidensbaserade metoder och organisationssätt. Regeringen har nyligen undertecknat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om att gemensamt arbeta fram en nationell plattform för en evidensbaserad kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Denna plattform kommer att vara viktig för hur staten ska påverka äldreomsorgens kunskapsutveckling och också hur arbetet med att ta fram ett program för en god äldreomsorg ska gå till. Satsningen på evidensbaserad praktik redogörs för under avsnitt 8.5 Socialtjänstpolitik.

#### *Ökad valfrihet och mångfald*

Brukarnas fria val och inflytande över det stöd och den hjälp som socialtjänsten ger måste stärkas. En prioriterad fråga för regeringen är därför att stödja införandet av valfrihetssystem för att bidra till utvecklingen av en socialtjänst som tydligare utgår från individens behov och önskemål. En ökad valfrihet inom socialtjänsten leder till bättre möjligheter för individen att få sina behov och önskemål tillgodosedda. Genom att stimulera företagande och flexibla lösningar bidrar en ökad valfrihet också till att stärka den utvecklingskraft och tillväxtpotential som finns i gles- och landsbygder, små och medelstora städer samt storstadsområden.

En förutsättning för ökad valfrihet är att det finns många utförare att välja bland. Fler måste vilja och kunna etablera sig som leverantörer av den offentligt finansierade vården och omsorgen. Regeringen avser att genomföra ytterligare åtgärder för att främja entreprenörskap, en mångfald av utförare och förnyelse av välfärdssektorn inom vård och omsorg bl.a. utifrån det handlingsprogram som Verket för näringslivsutveckling (numera Tillväxtverket) lämnade 2008.

En annan förutsättning för att kunna välja är att det finns relevant och lättillgänglig information om de olika alternativen. Regeringen fortsätter att satsa på utvecklingen av öppna jämförelser som en kunskapskälla att basera sina val på. Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla den information som behövs ligger dock hos kommuner och landsting.

Kommuner som vill införa valfrihetssystem har möjlighet att under 2009 få del av ett statligt stimulansbidrag för att utreda förutsättningarna för och utforma ett valfrihetssystem i sin kommun. Denna satsning presenteras i resultatredovisningen i avsnittet om valfrihet inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen följer upp införandet av valfrihetssystemet och bidrar bl.a. med lättillgänglig information om vilka nationella regler som gäller för olika utförare. Sveriges Kommuner och Landsting har fått statliga medel för att tillhandahålla kunskap och stöd som behövs i processen att införa valfrihetssystem. Konkurrensverket har i uppdrag att bedriva tillsyn av att lagen om valfrihetssystem tillämpas på ett korrekt och enhetligt sätt. De kan även ge generell vägledning i hur kommuner och landsting kan utforma valfrihetssystem som inte missgynnar någon utförare.

#### *Vård- och omsorgsprogram för multisjuka äldre*

De mest sjuka äldre personerna har ett extra stort behov av en individanpassad, trygg, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg som fungerar över vårdgivar- och huvudmannaskapsgränser. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta ett vård- och omsorgsprogram (Nationella riktlinjer) för äldre personer med stora och sammansatta behov. Programmet ska ange vilken struktur, samverkan och insatser som krävs för att äldre personer med stora och sammansatta vård- och omsorgsbehov ska få samordnade och samverkande insatser från såväl hälso- och sjukvård som äldreomsorg.

*Läkemedelsanvändning bland äldre*

Det finns behov av en säkrare och effektivare läkemedelsanvändning inom äldreomsorgen. Introduktionen av nya läkemedel och behandlingsprinciper innebär större möjligheter att behandla de sjukdomar och besvär som äldre kvinnor och män drabbas av. Det medför samtidigt en betydande risk för läkemedelsproblem såsom biverkningar och läkemedelsinteraktioner. En viktig komponent för att komma till rätta med problematiken är att kunskapen om dagens läkemedelsanvändning ökar och att möjligheterna att följa upp medicinska mål blir bättre. Regeringen avser att överlämna en proposition till riksdagen med förslag som ger landstingen tillgång till krypterad data i syfte att förbättra möjligheterna till uppföljning av läkemedelsanvändningen. Se även utgiftsområde 9, avsnitt 3.11.5 Hälso- och sjukvård.

*Kommunalisering av hemsjukvården*

Drygt hälften av landets kommuner har genomfört en frivillig kommunalisering av hemsjukvården som inneburit en klar förbättring av vården. Det är dags för resten av landet att få ett enhetligt huvudmannaskap för den kommunala hälso- och sjukvården och hemsjukvården. Regeringen avser därför lämna förslag på hur en ökad kommunalisering av hemsjukvården kan gå till.

*Fortsatt satsning på teknik för äldre*

Regeringens satsning på utvecklingsprogrammet Teknik för äldre under åren 2007 till och med 2009 med 22 miljoner kronor per år har varit strategiskt viktig för att stimulera utvecklingen av teknik för äldre. De flesta personer i åldern 65–80 år klarar i dag av vardagsbehov utan samhällets stöd eller andra resurser. Behoven ökar för de personer som är över 80 år där större krav ställs på en tillgänglig bostad och närmiljö samt användarvänliga teknikstöd. Tillgängliga bostäder och bra teknikstöd kan bidra till höjd livskvalitet för äldre personer över 80 år och deras anhöriga. Det minskar sannolikt även efterfrågan på hemtjänst. Genom en fortsatt satsning på utveckling av teknik för äldre bedömer regeringen att effekterna av pågående projekt inom nuvarande program får större positiv verkan. Att fortsätta arbetet med att göra befintliga produkter tillgängliga på den öppna marknaden är väsentligt. Programmet är tänkt

att pågå under åren 2010–2012 och finansieras av statliga medel med 22 miljoner kronor per år.

*Ledarskap*

Centralt för en fungerande äldreomsorg är kunniga ledare som finns nära personalen och kan stödja, handleda och reflektera. Enligt länsstyrelsernas tillsyn finns brister i förutsättningarna för ett gott ledarskap i äldreomsorgen. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att konkretisera innebörden av socialtjänstlagens krav på god kvalitet och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Socialstyrelsen har genomfört ett pilotprojekt för att utveckla en nationell chefsutbildning inom äldreomsorgen. Utvärderingen av projektet visar på positiva resultat. En allt större del av äldreomsorgen produceras idag av ideella och privata vårdgivare. Regeringen avser att genomföra insatser för stödja huvudmännen i utvecklingen av ledarskapet i äldreomsorgen. Satsningen avser äldreomsorg som produceras i såväl privat, ideell och kommunal regi.

*Kunnig personal ger trygghet och värdighet*

Att bemötas med respekt av personal med rätt kompetens är avgörande för att äldre kvinnor och män i behov av omsorg och vård ska uppleva sin tillvaro som värdig och trygg. Personalens kompetens och engagemang är i detta sammanhang den viktigaste faktorn för kvalitet och trygghet inom äldreomsorgen. Det tidigare nämnda uppdraget till Socialstyrelsen innebär att myndigheten ska konkretisera innebörden i socialtjänstlagens krav på god kvalitet och att det för utförandet av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 § SoL). Socialstyrelsen gör det med hjälp av allmänna råd, föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet och hälsa samt genom att utarbeta bedömningskriterier för tillsyn. Regeringen anser att det är angeläget att stärka utvecklingen av ledarskap och kompetens inom äldreomsorgen, bl.a. med syfte att öka tryggheten och värdigheten för äldre kvinnor och män.



*Anhörigstöd*

För många äldre kvinnor och män är hjälpen från en anhörig en viktig förutsättning för att kunna bo kvar i det ordinära boendet. Många gånger upplever både den som ger och den som får hjälp en tillfredsställelse i detta men i vissa situationer kan dock uppgiften bli den anhörige övermäktig. Sådana situationer innebär också en ökad risk för att den äldre personen som behöver hjälp utsätts för övergrepp. Anhöriga måste känna förtroende för att äldreomsorgen har insatser att erbjuda när sådana behövs. Stöd till anhöriga måste kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet. Under det senaste decenniet har stimulansbidrag utgått till kommunerna för att utveckla stödformer för anhöriga. Utvärderingen visar att det har bidragit till utveckling av varaktiga stödformer. Kommunernas ansvar för att ge stöd till anhöriga har förtydligats genom en ändring i socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli 2009, i enlighet med regeringens förslag i prop. 2008/09:82. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utarbeta vägledning m.m. för tillämpning av den ändrade bestämmelsen i socialtjänstlagen om stöd till personer som vårdar närstående. Ett riktat stimulansbidrag för anhörigstödet fortsätter att utgå för 2010. Från och med 2011 kommer medlen att ingå i det generella statsbidraget till kommunerna, till följd av förtydligandet i lagstiftningen.

*Utveckling av det psykiatriska stödet för äldre personer*

Psykisk ohälsa bland äldre kvinnor och män är i dag vanligt förekommande. Personer över 65 år har fyra gånger högre risk att drabbas av depression. Dessutom ökar kroppsliga sjukdomar och demenssjukdomar risken för psykisk ohälsa. Gruppen äldre är den grupp som har flest antal självmord i Sverige. Socialstyrelsen bedömer att det finns vetenskapligt underlag för att från deras sida bedriva en offensiv vägledning för att utveckla det psykiatriska stödet för äldre personer när det gäller utveckling av samverkan mellan huvudmännen med särskild satsning på primärvården, kompetenshöjning och stimulansåtgärder. Regeringen avser därför ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en sådan vägledningsaktivitet.

*Förstärkt och samordnad tillsyn av vård och omsorg om äldre personer*

Regeringen anser att det är viktigt att tillsynen inom det sociala området utgör ett effektivt instrument som ser till att de lagar som riksdagen beslutar om efterlevs och att detta instrument fungerar i en lämplig och effektiv organisation som är enhetlig över landet. Regeringen har föreslagit en reform av tillsynsorganisationen. Grunden för reformen är att tillsynen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska slås ihop och samordnas i Socialstyrelsen, att barnperspektivet i tillsynen ska stärkas, att tillsynen ska tydliggöras och att ambitionsnivån och effektiviteten i tillsynen ska öka. Tillsynen har därför tillförts 30 miljoner kronor från och med 2009. I samband med reformen kommer Socialstyrelsen att överta ansvaret för den löpande tillsynen från kommunerna. Finansieringen av denna förändring motsvarar 32 miljoner kronor och kommer att regleras genom en förändring i nivån på utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*.

Socialstyrelsen ska, som ny samordnad tillsynsmyndighet, få i uppdrag att under tre år särskilt granska vård och omsorg om äldre kvinnor och män. De ska bl.a. fokusera på samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, kvaliteten i vården och omsorgen samt om personalen har tillräcklig utbildning och erfarenhet.

*Oberoende granskningsfunktion*

En oberoende granskningsfunktion kan genom analys och utvärdering stärka arbetet med öppna jämförelser av resultat, kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård. En arbetsgrupp har tillsatts på Socialdepartementet för att föreslå former och definiera uppgiften för en oberoende granskningsfunktion. Inrättandet av en granskningsfunktion för hälso- och sjukvården planeras att ske under 2010. Dess koppling till äldreomsorg och övrig socialtjänst kommer att beredas vidare.

## 7.9 Budgetförslag

### 7.9.1 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Anslaget omfattar medel för åtgärder inom äldreområdet såsom stimulansbidrag till kommunerna och landstingen för att utveckla äldreomsorgen inom vissa områden, stöd till kommunerna för införande av förslagen om en nationell värdegrund och investeringsstöd för att öka antalet platser i särskilt boende samt att ta fram nya boendeformer för ett tryggt boende för äldre. Genom anslaget finansieras även en satsning för att stärka anhörigstödet, bidrag till pensionärsorganisationer och anhörigorganisationer samt medel till olika insatser för att öka kunskapen inom området, vilka redogörs för under rubriken Regeringens överväganden.

**Tabell 7.5 Anslagsutveckling 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2008	Utfall	1 971 674		809 642
2009	Anslag	2 133 137 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 813 274
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 040 380</b>		
2011	Beräknat	2 011 380		
2012	Beräknat	2 061 380		

<sup>1</sup> Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

## Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att under anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 448 000 000 kronor under perioden 2010–2012.

Regeringen avser att besluta om bidrag för följande ändamål

- Nationellt kompetenscentrum för anhörig- respektive demensfrågor
- Utveckling av longitudinella områdesdata-baser
- Stöd till regionala forsknings- och utvecklingscentrum
- Investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende samt trygghetsboende för äldre

**Tabell 7.6 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2008	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
Ingående åtaganden	176 000	270 000	265 000	438 000	131 000
Nya åtaganden	220 000	230 000	392 000		
Infriade åtaganden	127 000	235 000	219 000	307 000	131 000
Utestående åtaganden	270 000	265 000	438 000	131 000	
<b>Erhållet/förslaget bemyndigande</b>	<b>530 000</b>	<b>1 367 000</b>	<b>448 000</b>		

## Regeringens överväganden

För 2010 beräknar regeringen följande:

- 981 243 000 kronor till i stimulansbidrag till kommuner och landsting för att utveckla vården och omsorgen om äldre.
- 500 000 000 kronor för investeringsstöd för nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende eller trygghetsboende för äldre.
- 299 850 000 kronor för vidareutveckling av stödet till dem som hjälper och vårdar närstående.
- 90 000 000 kronor för att stödja införandet av förslagen om en nationell värdegrund och värdegrundsmärkning.
- 22 000 000 kronor för att samordna satsningen Teknik för äldre.
- 35 000 000 för forskning om äldre, fördelas av Forskningsrådet för Socialvetenskap och arbetsliv (FAS).
- 10 000 000 kronor för Nationellt kompetenscentrum för anhörig- respektive demensfrågor.
- 5 000 000 kronor för årliga nationella brukarundersökningar inom vård och omsorg om äldre.
- 13 940 000 kronor för stöd till utveckling av longitudinella områdesdatabaser.
- 9 940 000 kronor i stimulansbidrag till FoU-centra inom äldreområdet.
- 7 916 000 kronor för statsbidrag till pensionärsorganisationer (förordningen, 2003:752, om statsbidrag till pensionärsorganisationer).
- 3 491 000 kronor för stöd till anhörigorganisationer.
- 2 000 000 kronor till Statistiska centralbyrån att användas för uppdrag att utöka antalet äldre personer i undersökningen om levnadsförhållanden (ULF).
- 50 000 000 kronor för en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om ett program för en god äldreomsorg.
- 5 000 000 kronor för insatser för att utveckla ledarskapet i äldreomsorgen.
- 5 000 000 kronor för ett uppdrag att utveckla det psykiatriska stödet för äldre.

Riksdagen beslutade i samband med budgetpropositionen för 2007 (prop. 2006/2007:1) att öka anslaget tillfälligt med 200 000 000 kronor under åren 2007–2009. Denna satsning upphör från och med 2010. I budgetpropositionen för 2009 (prop. 2009/2010:1) beslutade riksdagen om en särskild satsning på äldreomsorg som innebar en anslagsförstärkning för 2009 på 45 000 000 kronor. För 2010 föreslår regeringen att denna satsning utökas med 55 000 000 kronor. Under 2010 avser regeringen dessutom att stärka området ytterligare bland annat genom att genomföra ett program för en god äldreomsorg. Förstärkningen som regeringen föreslår innebär ett extra resurstillskott på 60 000 000 kronor för 2010 och 2011 och 110 000 000 kronor för 2012. För ändamålet att utveckla öppna jämförelser i äldreomsorg och övrig socialtjänst finns under 2009 anslagna medel på två anslag. För att få till stånd en samlad och förenklad finansiering av denna satsning föreslår regeringen att resurserna samlas på anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*. För ändamålet föreslår regeringen därför att minska detta anslag med 7 700 000 kronor och att anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen avser att under hösten 2009 lämna en proposition om politiken för den ideella sektorn, i vilken föreslås att det fr.o.m. 2010 genomförs ett tioårigt forskningsprogram om det civila samhället (se utgiftsområde 17, avsnitt 15.4.3). För att bidra till finansieringen av forskningsprogrammet föreslås att detta anslag minskas med 57 000 kronor för att tillföras utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 13:6 *Insatser för den ideella sektorn*.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2010 att anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskas med 92 757 000 kronor jämfört med 2009.

**Tabell 7.7 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>2 133 137</b>	<b>2 133 137</b>	<b>2 133 137</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-85 057	-114 057	-64 057
Överföring till/från andra anslag	-7 700	-7 700	-7 700
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 040 380</b>	<b>2 011 380</b>	<b>2 061 380</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 2 040 380 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 2 011 380 000 kronor respektive 2 061 380 000 kronor.

## 8 Socialtjänstpolitik

### 8.1 Omfattning

Socialtjänstpolitiken omfattar insatser inom områdena individ- och familjeomsorg samt statligt bedrivna ungdoms- och missbruksvård. Det innebär insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, t.ex. flickor och pojkar och familjer i socialt och ekonomiskt utsatta situationer, hemlösa, personer med missbruksproblem samt våldsutsatta kvinnor och deras barn. Ansvaret för att kvinnor och män, flickor och pojkar i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) på kommunen. Statens insatser inom socialtjänstpolitiken består främst av lagstiftning, tillsyn, uppföljning och utvärdering, vissa stimulansbidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av myndigheterna.

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den statligt bedrivna ungdoms- och missbruksvården som sker enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vård av unga enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård (LSU). Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet på socialtjänstens område. Från och med den 1 januari tar Socialstyrelsen över länsstyrelsernas tidigare tillsynsuppgifter inom området. Under socialtjänstpolitiken redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. År 2010 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till knappt 1 miljard kronor.

### 8.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 8.1** Utgiftsutveckling Socialtjänstpolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
<i>Socialtjänstpolitik</i>						
6:1 Statens institutionsstyrelse	792	792	739	807	839	850
6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	271	223	222	189	187	187
<b>Summa Socialtjänstpolitik</b>	<b>1 063</b>	<b>1 015</b>	<b>961</b>	<b>996</b>	<b>1 026</b>	<b>1 037</b>

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

### 8.3 Mål

Målet för politikområdet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

### 8.4 Resultat, analys och slutsatser

Följande redovisning innehåller resultaten av regeringens politik utifrån målen för politikområdet samt sammanfattande analyser och slutsatser utifrån resultaten. Avsnittet inleds med en gemensam redovisning av insatserna för ökad kunskaps- och kvalitetsutveckling inom socialtjänstens samtliga verksamhetsområden, äldreomsorg, stöd till personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg. Den följs av en redovisning av insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården, ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevården, hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden samt stöd och hjälp till brottsoffer.

#### 8.4.1 Kvalitetsutveckling inom socialtjänsten

##### *Öppna jämförelser*

Regeringen har under 2009 fortsatt att stödja utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänstens område. I juni 2009 fattade regeringen beslut om en samlad nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Strategin har tagits fram av en nationell samordningsgrupp med deltagande från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och FAMNA. Strategin ska bidra till ett nationellt system för öppna jämförelser som stärker medborgarnas ställning samt stödjer socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kvalitets- och effektivitetsutveckling.

Inom ramen för regeringens satsning på öppna jämförelser inom socialtjänsten har Socialstyrelsen fått ett antal uppdrag. Ett uppdrag gäller öppna jämförelser inom äldreomsorgen och hemsjukvården, vilket redovisas i kapitlet om Äldrepolitik. Ett annat avser öppna

jämförelser inom missbruks- och beroendevården, vilket redovisas under avsnittet Missbruks- och beroendevården. Jämförelserna finns tillgängliga i en nationell databas som nås via Socialstyrelsens hemsida.

I syfte att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänstens olika verksamhetsområden har regeringen givit ytterligare ett uppdrag till Socialstyrelsen, i vilket myndigheten ska samverka med Sveriges Kommuner och Landsting. Socialstyrelsen ska vidareutveckla indikatorer på kvalitet, resultat och effektivitet, öka tillgången på data, vidareutveckla terminologin och publicera jämförelser och analyser av resultaten på ett lättillgängligt sätt. I uppdraget ingår att utarbeta en femårig handlingsplan för detta arbete. Målet är att det ska finnas lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga kunskapsunderlag i form av öppna jämförelser av data. Kunskapsunderlagen ska stödja fria val, nationella såväl som verksamhetsnära beslut, förbättringsarbete och granskning av socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens hemsjukvård.

Regeringen tillsatte 2007 en utredning med uppdrag att särskilt analysera de juridiska förutsättningarna för ett nationellt system med öppna jämförelser, såväl inom socialtjänstens område som mellan socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter. Utredningen överlämnade i mars 2009 sitt betänkande Socialtjänsten Integritet – Effektivitet (SOU 2009:32) till regeringen med förslag på åtgärder för att förbättra statistiken och uppföljningen inom socialtjänsten. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

##### *Evidensbaserad praktik*

Kunskapsbasen för socialtjänstens insatser är i stora delar utvecklad. Det finns därför behov av insatser till stöd för en fortsatt kunskapsutveckling. Det är också angeläget att statens bidrag till kunskapsutvecklingen sker på ett mer enhetligt och långsiktigt sätt i nära samverkan med huvudmän och andra intressenter. I betänkandet Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten (SOU 2008:18) lämnade utredaren förslag till en gemensam långsiktig strategi för kunskapsutvecklingen i form av återkommande avtal mellan staten och de kommunala huvudmännen. Under 2009 har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting därför tagit ett gemensamt initiativ för att säkra kunskaps-

utvecklingen inom socialtjänsten. I ett första steg har en överenskommelse slutits om att skapa en struktur för framtida avtal för evidensbaserad praktik. Under 2009 ägnas arbetet enligt överenskommelsen åt att finna former för framtida avtal, prioritering av områden för framtida avtal samt en särskild kartläggning och analys av behovet av lokala och regionala strukturer för kunskapsutveckling.

#### 8.4.2 Den sociala barn- och ungdomsvården

##### Resultat

Den sociala barn och ungdomsvården regleras av bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Utöver att bedriva förebyggande verksamhet tillsammans med andra som arbetar med barn och unga ska socialtjänsten utreda barnets förhållanden och bedöma behovet av insatser. Vid behov ska socialtjänsten erbjuda adekvata insatser och i vissa fall ingripa oavsett samtycke.

**Tabell 8.2 Antal barn och unga (0–20 år) med insatser den 1 november 2004 och 2008**

	2004	2008	Förändring (procent) 2004–2008
<b>Öppenvårdsinsatser</b>	<b>28 610</b>	<b>28 070</b>	<b>-1,9</b>
varav flickor	12 930	12 640	-2,2
varav pojkar	15 680	15 430	-1,6
<b>Heldygnsinsatser</b>	<b>14 930</b>	<b>15 830</b>	<b>6</b>
varav flickor	6 980	7 230	3,6
varav pojkar	7 950	8 600	8,2
– varav i familjehem	10 890	11 340	4,1
varav flickor	5 270	5 480	4
varav pojkar	5 620	5 860	4,3
– varav i HVB	3 590	3 960	10
varav flickor	1 520	1 530	0,7
varav pojkar	2 070	2 430	17,4
– varav i annan placeringsform*	450	530	17,8
varav flickor	190	220	15,8
varav pojkar	260	310	19,2

\* Annan placeringsform består av placeringar i bl.a. hem med särskild tillsyn samt eget hem.

Källa: Socialstyrelsen

Ungefär 28 000 barn och unga hade beslutade öppenvårdsinsatser den 1 november 2008, vilket innebär en marginell minskning jämfört med 2004. Utgår mätningen istället från antalet barn och unga som någon gång under året fått en

öppenvårdsinsats framkommer det istället en ökning av öppenvårdsinsatserna med elva procent under samma period. Öppenvårdsinsatser erbjuds numera ofta i form av service, dvs. utan utredning och beslut om bistånd. Länsstyrelsernas nationella tillsyn visar att det i dag finns ett rikt och varierat utbud av öppna insatser i den sociala barn- och ungdomsvården. Ett av syftena med utbyggnaden av öppenvården har varit att minska behovet av placeringar på institutioner. Emellertid tyder utvecklingen av heldygnsvården på att kommunerna haft svårt att ersätta heldygnsvård med öppenvård. En anledning är att det för vissa allvarliga problem kan vara svårt att hitta alternativ till dygnsvård, exempelvis när barn och unga behöver komma ifrån sin hemmiljö. Även om utbyggnaden av öppna insatser inte självklart leder till att antalet placeringar minskar torde dock utbyggnaden av dessa innebära att kommunerna har fler alternativ att tillgå vid överväganden om insatser. Den relativt stora ökningen av antalet placerade pojkar i hem för vård och boende (HVB), som framgår av tabellen ovan, kan enligt Socialstyrelsens lägesrapport förklaras av att fler ensamkommande barn och unga kommit till Sverige.

Såsom konstaterades under avsnittet om öppna jämförelser pågår ett arbete med att säkerställa en god tillgång på data inom socialtjänsten och att utveckla indikatorer på kvalitet och effektivitet inom olika verksamhetsområden. De olika satsningarna inom ramen för den nationella strategin för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser omfattar även den sociala barn och ungdomsvården. Regeringen gav 2008 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett system för utvecklad statistikinsamling avseende insatser till barn och unga inom socialtjänsten samt utveckla kvalitetsindikatorer. Det är av stor vikt att underlaget för beskrivningar och uppföljningar av samhällets stödinsatser för barn och unga utvecklas både på nationell och lokal nivå. Av den delredovisning som Socialstyrelsen inkom med i juni 2009 framgår att myndigheten förespråkar en successiv utveckling av statistiken.

Med anledning av ett förslag om barns och ungas rätt till stöd och hjälp efter en avslutad placering utanför hemmet i propositionen Utveckling av den sociala barnvården (prop. 2006/07:129) fick Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta stöd till socialtjänsten. Uppdraget har i

juni 2009 redovisats i form av ett meddelandeblad. Där beskrivs bl.a. lagändringen, vilka insatser som kan komma ifråga, vilken kommun som är ansvarig för behövliga insatser och hur uppföljning av insatserna ska ske.

Socialtjänsten ansvarar för genomförandet av vissa påföljder för unga lagöverträdare. I november 2008 redovisade Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) en sammanställning av översikter om effekter på återfall i kriminalitet för unga lagöverträdare. Rapporten är en sammanställning av kunskap om verkningsfulla metoder som ryms inom ramen för påföljderna ungdomsvård och ungdomstjänst samt insatsen särskilt kvalificerad kontaktperson.

#### *Förstärkt tillsyn av HVB*

Som en del av regeringsuppdraget om en förstärkt tillsyn inom den sociala barn- och ungdomsvården under perioden 2006–2008 beslutade Socialstyrelsen och länsstyrelserna att i en nationell tillsyn granska alla privata och offentliga HVB som tar emot barn och unga som placeras ensamma samt alla sådana hem som tar emot barn och en eller båda föräldrarna. Det var första gången som en nationell tillsyn genomförts med gemensamma bedömningsinstrument för tillsyn av HVB för dessa målgrupper. Nytt var också att länsstyrelserna systematiskt frågat ett urval barn och unga samt barn och föräldrar om deras bild av det HVB där de var placerade.

I tillsynen granskades sammanlagt 397 HVB och 1 100 barn och unga från HVB lämnade synpunkter till länsstyrelserna. Länsstyrelserna bedömde att 61 hem uppfyllde alla uppsatta kriterier. Således behövde 85 procent av hemmen förbättras inom något område. Bland dessa hem fanns det allvarigare brister i en tredjedel. Länsstyrelsen riktade allvarlig kritik mot cirka 20 hem där bristerna i huvudsak handlade om dokumentation, kompetens och bemanning. I elva fall beslutade länsstyrelsen om förelägganden.

Tillsynen visar att HVB-verksamheterna behöver förbättra sina strategier när det gäller barnens säkerhet, barnens delaktighet, dokumentation, personalens utbildningsnivå, uppföljning och utvärdering av insatser samt kvalitetssystem för verksamheterna. Länsstyrelserna konstaterar också att socialnämnderna brister i sin del av ansvaret för att trygga och

säkra värden i HVB. Samverkan mellan socialtjänsten och hemmet är av stor betydelse för en framgångsrik behandling.

Ett uppföljningsarbete påbörjades redan under uppdraget och detta arbete pågår fortfarande med stöd av de medel regeringen avsatt t.o.m. 2010. I det fortsatta arbetet med att följa upp resultaten av tillsynen kommer länsstyrelserna och Socialstyrelsen att revidera kriterierna för tillsyn utifrån dessa resultat. Länsstyrelserna fortsätter tillsynen av verksamheterna under 2009 och Socialstyrelsen från och med 2010. Socialstyrelsen väger in resultaten i det pågående arbetet med kvalitetsindikatorer och avser även att se över sina föreskrifter och allmänna råd för HVB. Under 2009 upprättade Socialstyrelsen på regeringens uppdrag ett HVB-register. I registret finns bl.a. information om verksamhetens inriktning, typ av verksamhet, målgrupp och driftsform. Registret är offentligt och tillgängligt via Socialstyrelsens hemsida.

#### *Barnskyddsutredningen*

Barnskyddsutredningen har haft i uppdrag att se över bestämmelserna som gäller barn och unga i SoL och LVU och överväga om dessa bestämmelser ska sammanföras till en lag. Utredningen överlämnade i juli 2009 sitt betänkande (SOU 2009:68) Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU). Utredningen föreslår en sammanslagen lag om stöd och skydd för barn och unga som innehåller såväl nya som förändrade bestämmelser. Ett antal nya bestämmelser föreslås när det gäller barnavårdsutredningar, barn som placeras utanför det egna hemmet samt avseende kompetenskrav för socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning i den sociala barn- och ungdomsvården. Utredningen remissbehandlas för närvarande och kommer därefter att beredas vidare i Regeringskansliet.

#### *Statligt bedriven ungdomsvård*

Beläggningen inom den ungdomsvård som SiS tillhandahåller vid de särskilda ungdomshemmen har legat på en relativt jämn nivå under perioden 2004–2008. Under 2008 var i genomsnitt 555 barn och ungdomar intagna på någon av SiS 31 institutioner. Flickor utgjorde 36 procent av antalet intagna. Den genomsnittliga beläggningen uppgick till 91 procent. Antalet ungdomar som har kunnat placeras omgående minskade dock från 80 procent till 69 procent samma period. Detta kan i huvudsak förklaras av



att antalet platser inom ungdomsvården har minskat samtidigt som antalet vårddygn per ungdom ökat. Väntetiderna är generellt sett längre för flickor än för pojkar.

Vid årsskiftet avslutades projektet Motverka våld och gäng (MVG). Syftet med projektet har varit att de ungdomar som deltog i projektet skulle uppnå positiva och bestående förändringar i sin livssituation, bryta umgänget med kriminella kamrater och förbättra sin skolgång. Projektet syftade också till att utveckla effektiva samarbetsformer mellan den unge, socialtjänsten och ungdomshemmet. Under projekttiden har 15 kommuner medverkat, företrädesvis från storstadsregionerna. Enligt SiS slutredovisning resulterade vårdkedjearbetet i kortare vårdtider vid institution. De deltagande kommunerna ökade antalet placeringar med drygt 40 procent och kommunerna använde de erhållna subventionerna till nya placeringar och öppenvårdsinsatser. Vid en sexmånadersuppföljning bedömde kommunernas socialtjänst att andelen ungdomar som hade problem med kriminalitet och missbruk hade minskat. Vid sexmånadersuppföljningen gick nästan 80 procent av ungdomarna i skolan trots omfattande skolproblem och skolk innan placeringen.

#### *Sluten ungdomsvård*

2008 hade sju av SiS särskilda ungdomshem platser för sluten ungdomsvård för unga lagöverträdare. Totalt avtjänade 76 ungdomar sluten ungdomsvård. Av dessa var tre flickor. Antalet intagna var under året i genomsnitt 62 ungdomar. Över en femårsperiod har det genomsnittliga antalet intagna minskat med cirka en fjärdedel. SiS har under perioden även minskat antalet platser avsedda för sluten ungdomsvård.

För varje ungdom som döms till sluten ungdomsvård ska det finnas en behandlingsplan. Målen i behandlingsplanen var 2008 helt eller i stort sett uppfyllda för 66 procent av ungdomarna vilket är en liten förbättring jämfört med tidigare år. Att målen inte uppfylldes i samtliga fall berodde bland annat på att den unga återfallit i missbruk i samband med oönskad vistelse utanför institution eller under avvikning eller att den unge inte varit villig att ta emot behandling. Cirka 40 procent av ungdomarna som frigavs under året ingick i en planerad vårdkedja med insatser efter frigivning. Under

en femårsperiod har antalet avvikningar minskat från 32 stycken 2004 till åtta stycken 2008.

Regeringen har låtit utreda frågan om hur utslussningen från sluten ungdomsvård kan förbättras, bland annat mot bakgrund av att risken för återfall är stor vid övergången mellan institution och frihet. Förslag för att förbättra utslussningen presenterades i promemorian Förbättrad utslussning från sluten ungdomsvård och ändrade gallringsregler i belastningsregistret (Ds 2009:9). För att förbättra utslussningen föreslås att arbetet inför frigivningen från sluten ungdomsvård ska intensifieras och struktureras. Promemorian har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### **Analys och slutsatser**

Den sociala barn- och ungdomsvården har genomgått stora förändringar sedan 1990-talet. Det finns mycket som tyder på att den sociala barn- och ungdomsvården i dag möter en bredare målgrupp till följd av förändringar i samhället och synen på socialtjänsten. Utvecklingen har framförallt skett inom öppenvården som inriktats på att bygga upp resurser lokalt för att minska beroendet av institutionsvård. Institutionsvården har delvis ersatts av familjehemsvård, särskilt i form av tillfälliga placeringar i jourhem. De öppna insatserna har blivit mer differentierade och mer professionaliserade och samma barn kan få hjälp genom flera olika insatser. Mindre kommuner samverkar i större utsträckning med varandra för att kunna erbjuda ett större urval öppenvårdsinsatser.

Barnperspektivet har också fått ökat genomslag inom den sociala barn- och ungdomsvården. Barn kommer till tals i större utsträckning och utredningarna har blivit bättre sedan allt fler kommuner genomför BBIC-systemet (Barns behov i centrum) för utredning, planering och uppföljning. Arbetet har också blivit mer kunskapsbaserat. Det framförs dock fortfarande kritik från bl.a. tillsynsmyndigheter, i forskningsrapporter, från barnrättsorganisationer och enskilda. Kritiken handlar t.ex. om brister i handläggningen, ansvarstagande och skydd av barn, skillnader mellan kommuner, bristande delaktighet och tillämpning av barnperspektivet samt kompetensbrister i socialtjänsten.

När tillsynsreformen inom det sociala området träder i kraft den 1 januari 2010 ska

Socialstyrelsen som tillsynsansvarig myndighet initiera arbetet med att integrera ett barnrättsperspektiv i tillsynen och utveckla metoder för tillsynen som rör barn och unga. En ny rätt att tala med barn och unga i tillsynen införs också. Vidare ska det ske tillsyn av HVB för barn och unga minst två gånger om året och oftare om det behövs. Minst ett besök ska vara oanmält. Samtal ska föras med barn och unga vid besöken under förutsättning att barnet inte kan ta skada av samtalet. Samtalen ska vara frivilliga för barn och unga och ske med respekt för deras integritet. Regeringen bedömer att dessa nya former för att bedriva tillsyn inom den sociala barn- och ungdomsvården kommer att bidra till högre kvalitet i verksamheterna och ökad rättssäkerhet för barn och ungdomar.

Det finns fortfarande brister vad gäller statistik och informationssystem inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det saknas exempelvis årlig nationell statistik om anmälningar, ansökningar och skälen till dessa. För att kunna följa utvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården är det viktigt att utvecklingen av statistiken fortsätter och att den anpassas efter olika intressenters behov. Regeringen har initierat ett flertal satsningar som sammantaget bidrar till bättre möjligheter att följa den sociala barn- och ungdomsvården. Den nationella strategin för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och underliggande uppdrag till Socialstyrelsen om att utveckla öppna jämförelser inom bl.a. den sociala barn- och ungdomsvården bidrar till förbättrade möjligheter att följa verksamheten. Ett annat viktigt initiativ i sammanhanget är regeringens uppdrag till Socialstyrelsen om utvecklad statistikinsamling avseende insatser för barn och unga.

Beläggningen vid de särskilda ungdomshemmen låg under första delen av 2009 på en fortsatt hög nivå men SiS har framhållit att efterfrågan är svårbedömd och att det finns anledning att ha beredskap för att efterfrågan kan komma att minska under andra hälften av året. Angelägna utvecklingsområden inom den statliga ungdomsvården är skolverksamhet, dokumentation och samverkan med placerande kommuner. I myndighetens verksamhetsplan beskriver myndigheten hur områdena ska utvecklas framöver. Myndigheten ska också ta fram en strategisk plan som ska skapa

förutsättningar för en mer långsiktig planering och styrning av verksamheten. I samband med MVG-projektet har SiS fått kunskap och erfarenhet om vad som krävs för att få vårdkedjor att ge resultat samt förkorta vårdtiderna vid institution. Myndigheten bedriver ett aktivt utvecklingsarbete för att erfarenheterna från projektet ska tas tillvara i den ordinarie verksamheten och för att utveckla samverkan med placerande kommuner.

### 8.4.3 Ekonomiskt bistånd

#### Resultat

Skälen till att människor behöver ekonomiskt bistånd är både strukturella och individuella. En av de viktigaste faktorerna är läget på arbetsmarknaden. När arbetslösheten är hög stiger biståndsmottagandet, liksom det sjunker vid högkonjunktur och låg arbetslöshet. Dock saknas en samlad nationell kunskap om ekonomiskt bistånd, t.ex. vilka insatser som ges och vad de ger för resultat. I många kommuner och på Socialstyrelsen pågår emellertid ett arbete med att utveckla ett bedömningsinstrument som syftar till ett strukturerat arbetssätt för bedömning av vilken insats som bör ges en brukare för att stärka självförsörjningen. Socialstyrelsen arbetar också med att öka kunskapen om ekonomiskt bistånd genom att utveckla statistiken. En sådan utvidgning av den officiella statistikinsamlingen kommer att öka möjligheten att på nationell nivå följa och analysera förändringar av befolkningens behov av bistånd, orsaker och hur människor rör sig mellan olika ersättningssystem.

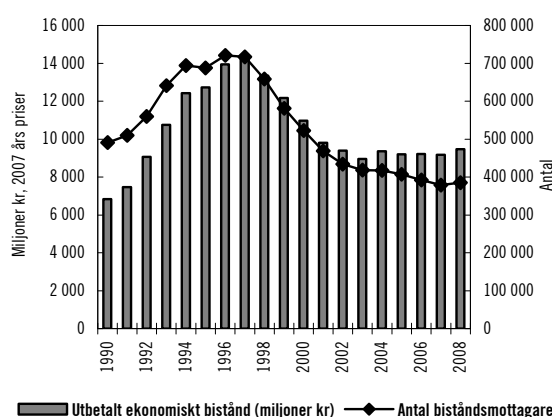
Av länsstyrelsernas tillsynsrapport (2008) framgår att allt fler kommuner har blivit bättre på att beakta barnperspektivet vid handläggning av ekonomiskt bistånd. Det gäller bl.a. barnfamiljer som beviljas ekonomiskt bistånd under lång tid och barnfamiljer som riskerar att bli vräkt från sina bostäder. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande brister. Vanliga brister är att det inte framgår av dokumentationen hur barnperspektivet har beaktats och att kommunerna inte gör barnkonsekvensanalyser på det sätt och i den utsträckning som de borde. I tillsynsrapporten uppmärksammades även att kommunala riktlinjer i ett flertal kommuner tycktes ha minskat eller försvårat

möjligheterna att anpassa insatserna till individuella behov och därmed begränsat den enskildes rättigheter. Iakttagelserna ska dock tolkas med försiktighet då de inte bygger på ett representativt urval utan på ett fåtal kommuner under 2006 och 2007.

Sedan 2004 kan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och hälso- och sjukvård samverka genom att bilda samordningsförbund enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam). Syftet är att personer med behov av samordnad rehabilitering ska uppnå eller förbättra arbetsförmågan. Det finns numera drygt 80 samordningsförbund i 166 kommuner. En enkät från Sveriges Kommuner och Landsting visar att många kommuner är beredda att gå ytterligare ett steg och genomföra en större organisationsförändring. Närmare 90 procent av de svarande kommunerna är positiva till att samorganisera sig lokalt med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Antalet biståndsmottagare ökade under 2008 för första gången sedan 1990-talets mitt och uppgick till ca 385 000 (4,2 procent av befolkningen). Jämfört med 2007 var detta en ökning med 1,5 procent av antalet biståndstagare. Vid en jämförelse med 1996, då antalet biståndsmottagare var som högst, har antalet dock minskat med drygt 50 procent. Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra utlänningar) steg med ca tre procent under 2008 och var då de högsta på sex år, mätt i fasta priser. Utbetalningarna 2008 uppgick till 9,5 miljarder kronor. Utbetalningarna fortsatte att öka under första kvartalet 2009 jämfört med samma kvartal 2008. Uppgången var 13 procent i fasta priser. Utbetalningar till flyktingar var oförändrade och istället ökade utbetalningar till personer födda i Sverige. De flesta kommuner uppvisar ökningarna men variationerna är stora mellan kommunerna. Orsaken till att ekonomiskt bistånd ökar för första gången sedan mitten av 1990-talet är en högre arbetslöshet. För personer som inte etablerat sig på arbetsmarknaden och därför inte kvalificerat sig för olika socialförsäkringar kan ekonomiskt bistånd vara den enda försörjningskällan vid arbetslöshet eller sjukdom.

Diagram 8.1 Ekonomiskt bistånd 1990-2008



En dryg tredjedel av samtliga biståndsmottagare har långvarigt bistånd (10 månader eller mer under ett kalenderår) och omkring två tredjedelar av de långvariga biståndsmottagarna är födda utomlands. Det är något fler män än kvinnor som får ekonomiskt bistånd. Ensamstående mödrar och unga (18–24 år) födda utomlands är överrepresenterade bland biståndshushållen. Exempelvis hade 20 procent av alla ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd någon gång under 2008. Genomsnittligt utbetalt belopp och antal biståndsmånader var under 2008 de högsta sedan 1990. I genomsnitt fick biståndsmottagarna bistånd i 6,1 månader och biståndsbeloppet uppgick i genomsnitt till 7 200 kronor per månad. Andelen barn som lever i familjer med bistånd uppgick till 4,2 procent. Skillnaderna är stora mellan kommunerna.

Tabell 8.3 Andel biståndsmottagare (inkl. introduktionsersättning) av befolkningen i vissa grupper 2008, procent

	År 2008
Ensamstående män utan barn (18–64 år)	8
Ensamstående kvinnor utan barn (18–64 år)	10
Ensamstående kvinnor med barn	20
Ensamstående män med barn	6
Unga 18–24 år födda i Sverige	6
varav kvinnor	6
varav män	5
Unga 18–24 år födda utomlands	23
varav kvinnor	22
varav män	23
<b>Samtliga hushåll</b>	<b>6</b>

## Analys och slutsatser

Biståndstagandet har successivt ökat sedan hösten 2008 och utvecklingen är starkt sammanlänkad med utvecklingen på arbetsmarknaden. Under perioden 2006–2008 var utvecklingen på arbetsmarknaden mycket positiv. Denna utveckling bröts dock hösten 2008 då den finansiella krisen bidrog till en snabb försämring av arbetsmarknadsläget. Försämringen har fortsatt under det första halvåret 2009. Antalet sysselsatta har minskat, arbetslösheten har ökat och antalet varsel om uppsägning har legat på en fortsatt hög nivå. Den kraftigt försämrade konjunkturen bedöms leda till en fortsatt ökning av arbetslösheten under fortsättningen av 2009 och under 2010. Det är därför troligt att utbetalningarna av ekonomiskt bistånd kommer att öka den närmast tiden till följd av lågkonjunkturen.

Målet för regeringens politik är att få fler i arbete och att minska utanförskapet. För att åstadkomma det har regeringen genomfört reformer för att förbättra arbetsmarknadens funktionssätt och öka drivkrafterna att arbeta.

Regeringen presenterade i propositionen Åtgärder för jobb och omställning (prop. 2008/09:97) ett antal insatser för att möta den finansiella krisen och konjunkturedgången. Satsningarna uppgick till sammanlagt 8,4 miljarder kronor. I samband med 2009 års ekonomiska vårproposition föreslog regeringen ytterligare åtgärder för att möta krisen. För att mildra de negativa effekterna på sysselsättningen och välfärdens kärna föreslog regeringen ett ökat stöd till kommunsektorn. På längre sikt gynnas de med låga inkomster mest eftersom fler kommer in på arbetsmarknaden och färre får bidrag.

Det finns ett behov av att snabbt kunna följa utvecklingen av ekonomiskt bistånd för att kunna bedöma vad olika politiska beslut och strukturella förändringar får för effekter. Genom Socialstyrelsens pågående arbete med utveckling av det statistiska underlaget kommer tillgången till information om vilka insatser som ges till personer som söker bistånd att öka och ge en bättre kunskapsbas på området.

## 8.4.4 Missbruks- och beroendevården

### Resultat

Kommunernas ansvar för att en person med missbruk får den hjälp och det stöd han eller hon behöver regleras i socialtjänstlagen och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Det totala antalet inskrivningar i institutionsvård var under 2008 knappt 31 500. 76 procent av inskrivningarna gällde män. Knappt 28 000 individuellt behovsprövade öppna insatser genomfördes av socialtjänstens individ- och familjeomsorg under 2008. Av dessa var cirka 69 procent insatser till män med missbruksproblem. Den 1 november 2008 hade cirka 21 000 personer någon form av insats inom den kommunala missbruks- och beroendevården.

**Tabell 8.4 Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2004 och 2008**

	2004	2008	Förändring (procent) 2004–2008
Bistånd som avser boende	6 154	6 022	-2
<i>varav kvinnor</i>	1 437	1 405	-2
<i>män</i>	4 717	4 617	-2
Individuellt behovsprövad			
öppenvård	11 931	12 264	+3
<i>varav kvinnor</i>	3 606	3 763	+4
<i>män</i>	8 325	8 501	+2
Heldygnsvård	3 238	2 972	-8
<i>varav kvinnor</i>	814	810	0
<i>män</i>	2 424	2 162	-10
– <i>varav vård enligt LVM</i>	206	268	+30
<i>av kvinnor</i>	66	105	+60
<i>män</i>	140	163	+16
<b>Totalt antal personer med insats</b>	<b>21 323</b>	<b>21 258</b>	<b>0</b>
<i>varav kvinnor</i>	5 857	5 978	-2
<i>män</i>	15 466	15 280	0

Källa: Socialstyrelsen

En jämförelse mellan 2004 och 2008 visar att det totala antalet insatser för personer med missbruk är i stort oförändrat. Däremot har fördelningen mellan olika typer av insatser förändrats. Under perioden har öppenvårdsinsatserna ökat samtidigt som heldygnsvården och bistånd som avser boende minskat.

Missbruks- och beroendevården har uppmärksammas av regeringen under flera år och har fått ta del av särskilda statliga satsningar. Under perioden 2005–2007 satsade regeringen 400 miljoner kronor för att stödja utvecklingen av vården av personer med ett tungt missbruk. Sedan Socialstyrelsen publicerade nationella

riktlinjer för missbruks- och beroendevården 2007 har flera aktiviteter genomförts för att stödja kommuner och landsting att implementera dessa i sin verksamhet. I april 2008 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om stöd till implementering av riktlinjerna samt stöd till utveckling av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. I september 2008 hade Sveriges Kommuner och Landsting inlett ett utvecklingsarbete i sju län. En ny överenskommelse om fortsatt utvecklingsarbete ingicks för 2009. För detta ändamål avsatte regeringen 30 miljoner kronor. En vetenskaplig utvärdering är kopplad till överenskommelsen med återkommande delrapporter samt en slutrapport i mars 2012.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen 2008 varierar missbruks- och beroendevårdens kvalitet bland landets kommuner. Mindre kommuner har svårare att leva upp till kvalitetskriterierna än större kommuner. Exempelvis kan majoriteten av de större kommunerna erbjuda insatser anpassade för olika klientgrupper utifrån kön och ålder medan endast var femte kommun med mindre än 15 000 invånare kan erbjuda detta. Samverkan tycks förekomma i lägre grad bland de mindre kommunerna. För att stärka kvalitet och likvärdighet i de vård- och behandlingsinsatser som kommuner och landsting tillhandahåller beslutade regeringen i april 2008 om en ökad och utvecklad tillsyn av missbruks- och beroendevården under perioden 2008–2010. Regeringen avsatte för ändamålet totalt 40 miljoner kronor.

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla öppna jämförelser inom bl.a. missbruks- och beroendevården. I juni 2009 presenterades en nationell databas med uppgifter om kvaliteten inom missbruks- och beroendevården från landets kommuner och landsting på sammanlagt åtta olika områden. Bland annat finns uppgifter om i vilken utsträckning kommunerna eller landstingen erbjuder olika öppenvårdsinsatser, möjligheten för klienter att få vård inom rimlig tid, i vilken utsträckning kommunerna och landstingen samarbetar med andra aktörer samt möjligheten att hitta information om kommunernas missbruksvård. Inom vissa områden kan man se stora regionala skillnader. En rapport med analyser av jämförelsernas innehåll ska presenteras senast den 30 oktober 2009.

Läkemedelsassisterad behandling för personer med opiatberoende fortsätter att öka. Drygt 3 000 personer fick antingen metadon eller buprenorfin någon gång under 2007. Av dessa var 28 procent kvinnor och 72 procent män. Under de första tio månaderna 2008 har antalet personer som fått denna typ av läkemedel ökat ytterligare. Trots ökningen finns regioner som saknar läkare med rätt att ordinera läkemedelsassisterad behandling. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att det finns stora regionala skillnader i vad mån personer med opiatberoende får läkemedelsassisterad behandling. Socialstyrelsen har i uppdrag att se över riktlinjerna för denna typ av behandling. Uppdraget ska avrapporteras den 31 december 2009. Trots att förskrivningen av läkemedel mot alkoholberoende har ökat under de senaste åren bedömer Socialstyrelsen att denna typ av behandling inte används i en omfattning som motsvarar behoven. Likaså visar Socialstyrelsens öppna jämförelser att det finns regionala skillnader när det gäller denna typ av behandling mot alkoholberoende.

I departementspromemorian *Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet* (Ds 2009:19) lämnas förslag på hur kunskapsutveckling, lagstiftning samt utveckling av vård och stöd bör förstärkas för att uppnå en alkohol- och narkotikafri graviditet. Departementspromemorian har remissbehandlats och förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### *Statligt bedriven missbruksvård*

Antalet platser på LVM-hem har uppvisat en svag ökning över en femårsperiod och uppgick 2008 till 350 platser. Från 2004 fram till och med 2006 ökade också antalet intagna män men därefter har antalet minskat. För antalet intagna kvinnor inträdde minskningen ett år senare. SiS stängde under 2008 en av de fyra vårdenheter som bedrev så kallad § 27-verksamhet för klienter för vilka det är svårt att finna fungerande alternativa placeringar för vård i annan form. Klienterna på dessa enheter har ofta allvarliga psykiska problem i kombination med missbruksproblem. SiS har under första halvåret 2009 konstaterat en fortsatt minskning i efterfrågan på LVM-platser och tagit beslut om att avveckla ett LVM-hem på grund av överutbud.

Samtliga klienter anvisades plats vid LVM-hem samma dag som ansökan inkommit. Många klienter har allvarliga psykiska störningar i

kombination med missbruk och samtliga hem har därför bland annat tillgång till psykiatriker. SiS har uppmärksammat att de kvinnor och män som vårdas vid LVM-hemmen har svårt att få sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda av hälso- och sjukvården och SiS har därför verkat för särskilda avtal som reglerar samarbetet mellan LVM-hemmen och landstingens psykiatriska vård.

Den vård som bedrivs vid LVM-hemmen för att få klienten motiverad till vård i frivilliga former bör ingå i en långsiktig vårdkedja. Sedan 2005 har SiS, på regeringens uppdrag, bedrivit vårdkedjeprojektet Ett kontrakt för livet. Regeringen beslutade i december 2008 att projektet skulle fortsätta även under 2009. Inom ramen för projektet erbjuds alla klienter en planering som omfattar LVM-tiden och tiden efter utskrivning. En gemensam överenskommelse mellan den enskilde, socialtjänsten och SiS ligger till grund för en långsiktig vård som omfattar LVM-tiden och sex månader därefter. När överenskommelsen har träffats får kommunen en subvention av vård enligt 27 § LVM. Under de år som satsningen pågått har cirka 1 950 överenskommelser träffats och den statliga subventionen till kommunerna har uppgått till cirka 200 miljoner kronor fram t.o.m. 2008, och 30 miljoner kronor avsattes för 2009. SiS slutredovisning av uppdraget visar att Ett kontrakt för livet lett till en positiv utveckling för många klienter.

### Analys och slutsatser

Missbruks- och beroendevården är inne i ett utvecklingsskede i och med kunskapsutvecklingen om verk samma behandlingsmetoder som ägt rum under senare år.

Regeringen bedömer att överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till en kunskapsbaserad praktik bidrar till denna positiva utveckling. Trots en positiv utveckling finns fortfarande regionala skillnader i tillgång till vissa insatser. Utvecklingen av öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten. Likaså bidrar den förstärkta tillsynen av både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser till att skapa ökad likvärdighet och bättre förutsättningar för att komma tillrätta med eventuella

brister. Utvecklingen ställer delvis nya krav på kommuner och landsting. Regeringen har därför beslutat om en översyn av missbruks- och beroendevården för att bl.a. tydliggöra huvudmännens ansvar och uppdrag och även överväga eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen. Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010 (dir. 2008:48, S 2008:04).

Insatserna ingår i en strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården som sträcker sig fram t.o.m. 2010. Regeringen bedömer att insatserna sammantaget kommer att bidra till att uppnå strategins målsättningar om förbättrad kvalitet, ökad likvärdighet samt ökad tillgång till insatser för grupper som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda.

Angående den statliga missbruksvården har efterfrågan på platser på SiS LVM-hem fortsatt att minska under våren 2009. Myndigheten har uppmärksammat att efterfrågan kan fortsätta att minska framöver och tagit hänsyn till detta i sin verksamhetsplanering. SiS konstaterar i sin utvärdering av vårdkedjesatsningen Ett kontrakt för livet att projektet har haft positiva effekter i form av förbättrad samverkan mellan klienter, socialtjänst och SiS. Det nära samarbetet har bidragit till en positivare syn på LVM-vården i kommunerna. Det totala antalet intagna ökade med en fjärdedel och fler akut placerade blev kvar för fortsatt vård än vad som var fallet åren innan satsningen. Fler klienter än tidigare har tagit del av strukturerad eftervård.

### 8.4.5 Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

#### Resultat

Hemlöshet är både ett strukturellt och ett individuellt problem som kräver lösningar av många samverkande aktörer. Arbetslöshet, brist på utbildning, segregation, missbruk, psykisk sjukdom och fattigdom är många gånger orsaker bakom hemlösheten. Ett av de mest effektiva sätten att motverka hemlöshet är ett väl fungerande vräkningsförebyggande arbete. Som en del av ett regeringsuppdrag har Socialstyrelsen i samråd med Kronofogdemyndigheten i maj 2008 publicerat en vägledning till stöd för kommunerna i det vräkningsförebyggande arbetet. För att kunna följa utvecklingen har Kronofogdemyndigheten i uppdrag att utveckla

statistik över antalet vräkningar där det går att se hushållets sammansättning. Under 2008 genomfördes cirka 3000 vräkningar vilket är en minskning med cirka 200 jämfört med 2007. Av dessa var det drygt 700 vräkningar som berörde barn.

I februari 2007 beslutade regeringen om en strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2007–2009. Den senaste kartläggningen av hemlösheten i Sverige genomfördes under en mätvecka år 2005. Omkring 17 800 personer var hemlösa då mätningen genomfördes, vilket var en ökning sedan 1999 med 2 000–3 000 personer. Socialstyrelsen har under åren 2005–2007 fördelat 30 miljoner kronor till lokala utvecklingsprojekt för att förebygga hemlöshet och förbättra situationen för hemlösa personer. En utvärdering av projektet kommer att lämnas 2010.

Många personer befinner sig utanför den ordinarie bostadsmarknaden på grund av att de inte blir godkända som hyresgäster. Av Socialstyrelsens lägesrapport framgår att kommunernas individ- och familjeomsorg allt oftare får gå in som garant och tillhandahåller bostäder med specialkontrakt till hushåll med svag förankring på bostadsmarknaden. Utvecklingen tyder på en successiv utökning av denna s.k. sekundära bostadsmarknad men statistik saknas. Socialstyrelsen har i samverkan med Boverket genomfört en studie av den sekundära bostadsmarknaden som rapporterades i januari 2009. Studien visar att sju av tio kommuner i landet upplåter bostäder på detta sätt, oftast via socialtjänsten. Det handlade om uppskattningsvis 11 000 lägenheter under 2007.

### Analys och slutsatser

Att öka kunskaperna och utveckla metoder är centralt för att motverka hemlöshet. Det gäller till exempel vilka metoder som är verksamma för att slussa in kvinnor och män på den ordinarie bostadsmarknaden, exempelvis boendetrappor och lågtröskelboenden. Socialstyrelsen fick därför i uppdrag av regeringen att i samråd med Boverket genomföra en kunskapsöversikt om effekten av olika metoder. Uppdraget rapporterades i januari 2009 och en slutsats som dras i rapporten är att en så permanent boendelösning som möjligt – kompletterad med individuellt stöd – är viktig. Boendeprogrammet ”Bostad

först” är den modell som enligt studierna är den mest lovande för fortsatt granskning och utvärdering. Den modell som är vanligast i Sverige, boendetrappmodellen, är inte effektutvärderad. Socialstyrelsen menar dock inte att det finns grund för att avfärda denna modell utan att det behövs ytterligare studier utifrån ett svenskt perspektiv.

Det är viktigt att fortlöpande kunna följa utvecklingen av hemlösheten. Socialstyrelsen fick därför i uppdrag att ta fram en plan för detta. Planen som lämnades i december 2008 visar att hemlösheten är komplex. En rad myndigheter publicerar i dag statistik men Socialstyrelsen menar att ingen av dessa källor ger en heltäckande bild av hemlöshetsituationen.

Det behöver också utvecklas statistik över den sekundära bostadsmarknaden. I september 2007 presenterade Boverket och Socialstyrelsen en plan för kartläggning av den sekundära bostadsmarknaden och myndigheterna kommer att vart tredje år kartlägga den sekundära bostadsmarknaden.

En orsak till hemlöshet kan vara brister i vård och omsorg för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar. Regeringen har gjort en omfattande satsning på att utveckla psykiatri och har i en skrivelse presenterat sin politik för denna grupp (skr. 2008/09:185)

Antalet verkställda vräkningar har sjunkit från cirka 5 000 till 3 000 mellan åren 2000 och 2008. Barn är särskilt utsatta vid vräkningar. Den vräkningsförebyggande vägledning som Socialstyrelsen tagit fram tillsammans med Kronofogdemyndigheten kommer att utgöra ett värdefullt stöd för kommunerna. Kronofogdemyndighetens utvecklade statistik där det på kommunnivå framgår hur många hushåll som drabbats av vräkning och antalet barn i hushållet, skapar goda möjligheter för att utveckla och följa upp ett sådant arbete.

#### 8.4.6 Stöd och hjälp till brottsoffer och deras anhöriga

##### Resultat

###### *Våldsutsatta kvinnor och deras barn*

Regeringen genomför under mandatperioden en satsning inom socialtjänstens område för att stärka stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn och stödja utvecklingen av insatser riktade till våldsutövande män. I satsningen ingår stärkt lagstiftning, statliga utvecklingsmedel och en rad uppdrag till ansvariga myndigheter för att stödja samverkan och stärka kunskaps- och kvalitetsutvecklingen inom området. Satsningen ingår i regeringens övergripande handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (skr. 2007/2008:39).

Den 1 juli 2007 skärptes socialtjänstlagen (2001:543) så att socialnämndens ansvar för att ge stöd och hjälp till våldsutsatta kvinnor och deras barn framgår tydligare. Som ett komplement till lagändringen och en stimulans för dess genomförande har regeringen under åren 2007-2009 avsatt särskilda utvecklingsmedel som kan sökas av kommunerna för det lokala kvinnofridsarbetet. Förutom verksamhet i egen regi förväntas kommunerna att med hjälp av utvecklingsmedlen stödja ideella organisationers ordinarie verksamhet samt stimulera nya ideella organisationer att starta verksamhet. Under 2007 och 2008 var det 260 kommuner som sökte, var medsökande eller som angavs som samarbetspartner i någon annan kommuns ansökan om utvecklingsmedel. Den vanligaste insatsen som beviljades medel var kortare utbildningar, följt av utveckling av metoder och arbetssätt samt förebyggande arbete exempelvis i form av informationsverksamhet. Många aktiviteter syftade också till att förbättra stödet till barn genom kris- och stödsamtal samt gruppverksamheter. 19 nya kommunala tillfälliga boenden och 12 nya kommunala kriscentra planerades att starta med stöd av utvecklingsmedlen. Elva av de planerade boendena ska anpassas till de särskilda behov som kvinnor med funktionsnedsättning eller missbruksproblem kan ha.

Länsstyrelserna har under perioden juli 2007–december 2008 på regeringens uppdrag tagit initiativ till och på olika sätt givit stöd till samordning av frågor som syftar till att motverka mäns våld mot kvinnor. Samtliga

länsstyrelser har genomfört aktiviteter som syftar till samordning av arbetet med stöd till våldsutsatta kvinnor, insatser för barn som bevittnat våld samt insatser mot hedersrelaterat våld. I stort sett alla länsstyrelser har också genomfört aktiviteter som syftar till samordning i arbetet med våldsutövande män. På många håll har man också samordnat frågor som berör skyddat boende samt insatser för särskilt utsatta grupper. Vilka aktörer som engagerats i samordningen har varierat mellan länsstyrelserna men bland dessa fanns exempelvis kvinno- och tjejourer, socialtjänsten, andra kommunala förvaltningar, polis, brottsofferjour, hälso- och sjukvården samt kriminalvården.

Länsstyrelserna har också regeringens uppdrag att förstärka tillsynen av kommunernas arbete när det gäller våldsutsatta kvinnor och deras barn. Tillsammans med Socialstyrelsen har länsstyrelserna tagit fram gemensamma tillsynskriterier för att bedöma kommunernas verksamheter på ett likartat sätt. Kriterierna utgår från lagstiftningen och övrig normering på området. Resultaten av den förstärkta tillsynen kommer att redovisas i en rapport till regeringen den 1 december 2009.

I syfte att stärka kunskapen inom området och ge underlag till förslag till åtgärder som förebygger att kvinnor utsätts för brott av närstående har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag redovisat förslag till ett system för utredningar avseende kvinnor som avlidit med anledning av brott i nära relationer. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Regeringen anser att det finns skäl att fortsatt stödja utvecklingen av insatser och behandling för våldsutövande män och har därför initierat en utvärdering av de befintliga verksamheterna. Utvärderingen som ska redovisas senast i juli 2010 är en utgångspunkt för regeringens fortsatta åtgärder för att stimulera utvecklingen av metoder och arbetssätt för socialtjänstanknutna verksamheter med våldsutövande män.

Våldsutsatta kvinnor och barn och andra grupper som behöver skyddat boende flyttar ibland tillfälligt till en annan kommun. Det kan då uppstå tvister mellan hemkommunen och vistelsekommunen om ansvar och kostnader för de stödinsatser som behövs från socialtjänsten. Regeringen har låtit utreda denna och andra frågor som rör ansvarsfördelningen mellan kommuner inom socialtjänstens område. I april 2009 överlämnade utredningen sitt betänkande



Ingen får vara Svarte Petter (SOU 2009:38) till regeringen. Betänkandet har remitterats och kommer att beredas inom Regeringskansliet.

#### *Prostitution och människohandel för sexuella ändamål*

Socialtjänsten kan utgöra en viktig aktör då det gäller att möjliggöra för personer som befunnit sig i prostitution och människohandel att komma ur sin situation och ta kontroll över sitt eget liv. Därför är det viktigt att det finns en god kunskap om problematiken kring prostitution och människohandel bland dem som inom ramen för sitt arbete kommer i kontakt med dessa personer. Regeringen har mot denna bakgrund givit Socialstyrelsen i uppdrag att arbeta med kunskaps- och verksamhetsutveckling. Bl.a. ska ett utbildningsmaterial tas fram som riktar sig till personal inom socialtjänst, hälso- och sjukvården, skyddade boenden och på ungdomsmottagningar. Även vid SiS särskilda ungdomshem och behandlingshem för vuxna missbrukare möter personalen personer som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål. Regeringen har därför givit SiS i uppdrag att förstärka arbetet med denna målgrupp inom sin verksamhet. Uppdragen som ska slutföras under 2010 utgör åtgärder inom ramen för regeringens handlingsplan mot prostitution och människohandel (skr. 2007/08:167).

Regeringen finansierar sedan 2008 projekt- och administrationskostnader för Aktionsgruppen mot människohandel inom Östersjöstaternas råd i syfte att stödja det internationella samarbetet mot människohandel. Aktionsgruppen är ett regionalt samverkansorgan för elva länder i Östersjöområdet, Norge och Island samt EU-kommissionen. Fokus för gruppens arbete är sociala frågor och preventivt arbete i form av utbildning för att möjliggöra tidig identifiering av offer samt skydd och stöd till dem som utsatts.

#### **Analys och slutsatser**

Att ge stöd och hjälp till brottsoffer kan vara en svår uppgift för kommunernas socialtjänst. De som är särskilt utsatta, dvs. våldsutsatta kvinnor och deras barn och unga som är utsatta för hedersrelaterat förtryck, lever ofta under svåra förhållanden och har komplexa hjälpbehov.

Insatser kan behövas från flera olika samhällsaktörer vilket ställer krav på samverkan mellan socialtjänst, rättsväsende, hälso- och sjukvård, ideella organisationer och andra samhällsaktörer. Regeringens breda satsning inom området innefattar bland annat åtgärder för bättre samverkan samt stärkt kunskaps- och verksamhetsutveckling. Regeringen bedömer att dessa åtgärder sammantaget kommer att leda till en positiv utveckling.

Samverkan är också av särskild betydelse då det gäller frågor som rör prostitution och människohandel. Såväl nationell som internationell samverkan är viktig i dessa sammanhang. Det är viktigt att det finns en beredskap hos de sociala myndigheterna och rättsväsendet för att kunna erbjuda skydd och stöd till dessa utsatta människor. Regeringens insatser på området syftar till att bredda och fördjupa samverkan och kunskapen inom området så att förutsättningarna för att hjälpa de drabbade förbättras och det förebyggande arbetet stärks.

### **8.5 Revisionens iakttagelser**

Riksrevisionen som granskat årsredovisningen för Statens institutionsstyrelse, har inte haft invändningar i myndighetens revisionsberättelse för 2008

### **8.6 Politikens inriktning**

#### *Kvalitetsutveckling inom socialtjänsten*

Det har under senare år skett en positiv utveckling av socialtjänsten där ökat fokus har legat på kunskapsutveckling och ökad kvalitet, effektivitet och resultat i handläggning och insatser. Samtidigt har utvecklingen varit fragmentiserad och det har saknats samordning mellan de olika initiativ som tagits. Det har uppmärksammat att arbetet inom socialtjänsten i för liten utsträckning har bedrivits utifrån kunskap om effekten av olika insatser, arbetssätt och metoder. Det har också saknats ändamålsenliga jämförelser av verksamheterna som kan ligga till grund för kvalitetsutveckling och brukarval. Utvecklingen av informationsförsörjningen har saknat en sammanhållen strate-

gisk inriktning anpassad för kommunernas förutsättningar.

Regeringens ambition inom socialtjänstens område är att stödja huvudmännen och verksamhetsansvariga i arbetet med att svara upp mot förväntningarna på en kunskapsbaserad socialtjänst där kvalitet, effektivitet och resultat är de centrala ledorden. Det handlar om att skapa förutsättningar för utveckling av den sociala verksamheten hos kommuner med vitt skiftande förutsättningar. För att uppnå bestående förändringar måste arbetet bedrivas långsiktigt och involvera de centrala aktörerna liksom företrädare för huvudmännen och verksamhetsansvariga. Regeringen har tagit initiativ inom tre områden som identifierats som strategiskt viktiga för socialtjänstens utveckling. En överenskommelse har tecknats med Sveriges kommuner och landsting om stödjandet av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Under 2010 kommer arbetet att bedrivas utifrån parternas överenskommelse. Under 2009 fick Socialstyrelsen i uppdrag att intensifiera arbetet med öppna jämförelser och under nästkommande år fortsätter utvecklingen i enlighet med Strategin för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Regeringen gör också bedömningen att det finns stora möjligheter för kommunerna att förbättra och effektivisera nuvarande informationshantering och att genom samverkan se till att kostnaderna för framtida IT-stöd hålls nere.

#### *Öppna jämförelser*

Öppna jämförelser av kvalitet, resultat och effektivitet inom socialtjänsten är ett kraftfullt verktyg för kvalitetsförbättring. Jämförelserna ger beslutsfattare, profession, brukare och övriga medborgare insikter i hur socialtjänsten fungerar och kan förbättras. Jämförelserna synliggör bra och dåliga prestationer, vilket skapar ett förändringstryck. Goda resultat kan analyseras och fler kan lära sig av framgångsrika metoder och sätt att organisera verksamheten. I den mån brukarna har möjlighet att välja utförare av de insatser som de beviljats kan öppna jämförelser ge information om de olika alternativen. Regeringen har gett Socialstyrelsen en rad olika uppdrag för att utveckla öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamhetsområden. Uppdragen beskrivs närmare under avsnitt 8.4.1 Kvalitetsutveckling inom socialtjänsten. Målet är att det

ska finnas lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga kunskapsunderlag i form av öppna jämförelser av data. Kunskapsunderlagen stödjer fria val, nationella såväl som verksamhetsnära beslut, förbättringsarbete och granskning av socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens hemsjukvård. Öppna jämförelser ska ge information om resultat, kvalitet och effektivitet och redovisas på ett sådant sätt att jämförelser blir möjliga mellan olika kommuner, landsting och andra utförare, både på övergripande nivå och på enhetsnivå. Arbetet bedrivs i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting.

Regeringen har antagit en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Strategin är framtagen av en arbetsgrupp bestående av Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Vårdföretagarna och FAMNA. För den fortsatta satsningen på att utveckla öppna jämförelser avser regeringen att avsätta 12,7 miljoner kronor för 2010 från anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* Den nationella strategin klargör riktningen för den fortsatta utvecklingen av öppna jämförelser. Den nationella strategin och övriga åtgärder inom området är ett prioriterat arbete.

#### *En evidensbaserad praktik*

Socialtjänsten präglas av att kunskapsbasen för insatserna är outvecklad. Det finns därför behov av insatser till stöd för en fortsatt kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har därför undertecknat en överenskommelse om att arbeta gemensamt för att förbättra förutsättningarna för en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Regeringen avser att avsätta 5 miljoner för 2010 och 15 miljoner för 2011 från anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för detta arbete. En projektgrupp arbetar för att under året bland annat ta fram underlag för prioriteringar av hur avsatta medel för 2010 ska användas. Områden som nämns i överenskommelsen är bland andra utbildningssatsningar, bättre tillgång till information om forskning och annan kunskap och analys av brukares och brukarföreträdarens roll i den evidensbaserad praktiken på lokal och nationell nivå.

*IT*

Sedan 2006 finns en nationell IT-strategi för vård och omsorg som har tagits fram av regeringen tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Carelink och Apoteket AB. Den nationella IT-strategin innehåller en gemensam vision om hur sektorns informationsförsörjning bör fungera. Strategin har antagits av samtliga landsting. Hittills har tyngdpunkten i arbetet legat på den landstingsbedrivna hälso- och sjukvården. För att stödja kommunerna i deras arbete att förbättra och effektivisera nuvarande informationshantering bedömer regeringen att det kan finnas anledning att anpassa den nationella IT-strategin så att den i större omfattning innefattar den kommunala vården och omsorgen.

*Utvecklad tillsyn*

Den statliga tillsynen är ett av de viktigaste instrumenten för att se till att rättssäkerheten och kvaliteten inom socialtjänsten garanteras för dem som är beroende av dessa samhällsinsatser. Staten har ett ansvar för att genom bl.a. tillsyn säkerställa efterlevnaden av de lagar, förordningar och föreskrifter som riksdag, regering och myndigheter beslutat om för de huvudmän och utförare – såväl offentliga som privata – som ansvarar för uppgifter och verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den sociala tillsynen berör i hög utsträckning människor som av olika skäl är särskilt utsatta men också deras anhöriga. Det är därför viktigt att tillsynen fungerar på ett trovärdigt och rättssäkert sätt. Människor som erhåller vård och behandling, omvårdnad och andra stödinsatser är ofta i ett starkt beroendeförhållande till dem som arbetar i verksamheterna. Insynen i verksamheterna och vad som händer i dessa under olika delar av dygnet är starkt begränsad. Många förmår inte att hävda sina egna intressen eller föra sin egen talan. Ansvariga för verksamheter och lagstiftning har ett särskilt ansvar att se till att de som finns i verksamheterna inte blir utsatta för skador och kränkningar och att det stöd, den vård, behandling och omsorg som ges är säker och av god kvalitet samt att personal har den erfarenhet och kompetens som behövs och inte är olämplig för uppgiften.

Den 20 maj 2009 beslutade riksdagen om propositionen Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (prop. 2008/09:160) om en helt ny organisation av tillsynen över socialtjänsten där länsstyrelsernas nuvarande sociala tillsyn förs över till Socialstyrelsen och samordnas med hälso- och sjukvårdstillsynen från och med den 1 januari 2010. Tillsynen över SiS enligt socialtjänstlagens bestämmelser blir en ny uppgift för Socialstyrelsen. Dessa förändringar ska ge förutsättningar för en effektiv och tydlig tillsyn av såväl socialtjänsten och verksamheter enligt LSS som hälso- och sjukvården.

För att tillsynen ska bli mer enhetlig över landet är det också viktigt att Socialstyrelsen utarbetar bedömningskriterier för tillsynen. Det gäller inte minst bestämmelserna i socialtjänstlagen (3 kap. 3 § SoL) som anger att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att det för utförandet av uppgiften ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska dessutom systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Regeringen har därför givit Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta bedömningskriterier för tillsynen som närmare konkretiserar innebörden i dessa bestämmelser.

Regeringen bedömer att tillsynsreformen ska ge förutsättningar för en effektiv och tydlig tillsyn av såväl socialtjänsten och verksamheter enligt LSS som hälso- och sjukvården. Regeringen gör vidare bedömningen att tillsynsreformen kommer att innebära att en gemensam tillsyn mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter kommer att underlätta granskningar som syftar till att komma åt brister i vårdkedjan, i samarbetet mellan landsting och kommun, och i gränsområden som berör både vården och socialtjänstens ansvar och där människor riskerar att inte få den hjälp de behöver. Kostnaderna för genomförandet ryms inom befintliga anslagsramar. Dessutom tillförs anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* 30 miljoner kronor i syfte att höja ambitionsnivån och effektiviteten i tillsynen. Regeringen bedömer också att sammanslagningen av tillsynen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten kommer att bli mer kostnads-effektiv än den nuvarande ordningen.

*Oberoende granskningsfunktion*

En oberoende granskningsfunktion kan genom analys och utvärdering stärka arbetet med öppna jämförelser av resultat, kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård. En arbetsgrupp har tillsatts på Socialdepartementet för att föreslå former och definiera uppgiften för en oberoende granskningsfunktion. Inrättandet av en granskningsfunktion för hälso- och sjukvården planeras att ske under 2010. Dess koppling till äldreomsorg och övrig socialtjänst kommer att beredas vidare.

*Dialog med ideell sektor*

Under hösten 2007 bjöd regeringen in idéburna organisationer verksamma inom det sociala området till en dialog i syfte att utveckla relationen mellan staten och den ideella sektorn. Dialogen resulterade i att en överenskommelse kunde slutas mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting i oktober 2008. Denna överenskommelse, som innehåller centrala principer, åtaganden och åtgärder som vardera part ska genomföra, är ett viktigt första steg mot tydligare relationer och nya former för samråd mellan den offentliga och den ideella sektorn inom det sociala området. Enligt överenskommelsens principer är den ideella sektorns självständighet central, samtidigt som vägar för ett bättre tillvaratagande av kunskapen och engagemanget inom den ideella sektorn kan utvecklas. En partssammansatt arbetsgrupp har skapats för att följa upp överenskommelsen och genomförandet av de åtgärder som formulerats där. Uppföljningsarbetet kommer bl.a. att omfatta årliga dialogkonferenser, uppföljningsrapporter och tematiska studier. För 2010 avser regeringen att avsätta 1 300 000 kronor från utgiftsområde 17, anslag 13:6 *Insatser inom den ideella sektorn* samt 650 000 kronor från anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* och 650 000 kronor från anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* Sammantaget avser regeringen således att avsätta 2 600 000 kronor för detta arbete.

Regeringen avser att överlämna en proposition om politiken för den ideella sektorn under hösten 2009. I propositionen kommer regeringen att föreslå ett nytt mål för politiken för den ideella sektorn. Utgångspunkten för det nya målet som föreslås är den ideella sektorns centrala roll i demokratin. Propositionen kom-

mer också att beskriva ett system för uppföljning av politiken och den ideella sektorns villkor. Den kommer också att behandla ett antal områden som är av särskild vikt för sektorn, bl.a. inrättandet av ett tioårigt forskningsprogram om det civila samhället samt utveckling av statistiken om den ideella sektorn.

*Ekonomiskt bistånd*

Det krävs insatser inom olika politikområden för att stärka människors förmåga till självförsörjning. Regeringen utökar bl.a. resurserna inom arbetsmarknadspolitiken. Därigenom möjliggörs under 2010 förstärkta insatser för dem som är korttidsarbetslösa men även för dem som står långt från arbetsmarknaden. Insatser som aviserats i denna proposition är bl.a. fler platser i arbetspraktik och coaching samt en nyaktiveringsinsats inom statlig och kommunal verksamhet. En lag om försöksverksamhet med prestationsbaserad stimulansersättning inom svenskundervisning för invandrare (Sfi-bonus) införs den första oktober 2009 i 13 kommuner. Bonusen undantas vid prövning av rätten till ekonomiskt bistånd. Försöket syftar till att undersöka om ökade ekonomiska incitament kan leda till att fler elever klarar sina Sfi-studier snabbare. Målgruppen för försöket är invandrare, som folkbokförts i Sverige första gången mellan den 1 juli 2009 och den 30 juni 2010 och som deltagit i undervisning i svenska för invandrare (Sfi) i någon av försökskommunerna. Försöket omfattar dock inte arbetskraftsinvandrare eller gäststuderande. Inom Regeringskansliet bereds också ett nytt förslag avseende nyanlända invandrades arbetsmarknadsetablering. Syftet med förslaget är att underlätta och påskynda etableringen i Sverige och att införa en statlig ersättning till nyanlända invandrare som deltar i introduktionsprogram. Därmed riktas betydande insatser till dem som drabbas hårdast av lågkonjunkturen.

*Stöd och skydd för barn och unga*

De barn och unga som är i behov av insatser från socialtjänsten tillhör i många fall de mest utsatta och sårbara i vårt samhälle. Det är därför av särskild vikt att fortsatt stärka stödet och skyddet för dessa barn och unga. Den 1 januari 2010 träder tillsynsreformen i kraft (se tidigare avsnitt om Utvecklad tillsyn). Vad som särskilt berör den sociala barn- och ungdomsvården är att ett barnrättsperspektiv integreras i tillsynen. När samhället griper in i barns, ungdomars och

deras föräldrars liv tar det på sig ett stort ansvar. Det måste ställas höga krav på säkerhet och kvalitet i insatserna och på att beslut hanteras på ett rättssäkert sätt. Tillsynen spelar i det sammanhanget en viktig roll såväl när det gäller tillsyn som kunskapsförmedling och vägledning. De särskilda medel om 10 miljoner kronor per år för stärkt tillsyn av den sociala barn- och ungdomsvården kommer att utgå även under 2010. Det handlar bl.a. om att följa upp de iakttagelser som gjorts av tillsynen under perioden 2006–2009. Medel finns avsatta för detta ändamål på anslag 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*

Den sociala barn- och ungdomsvården utgör en viktig del av regeringens satsning på öppna jämförelser (se tidigare avsnitt om öppna jämförelser). Målsättningen är att de öppna jämförelserna ska möjliggöra bättre uppföljning på lokal och nationell nivå av de verksamheter som riktas till barn och unga samt också ligga till grund för jämförelser verksamheter emellan. Under 2010 kommer Socialstyrelsen att intensifiera arbetet med att utveckla öppna jämförelser.

Barnskyddsutredningen lämnade sitt betänkande Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU) (SOU 2009:68) i juli 2009. Utredningen föreslår att bestämmelserna till stöd och skydd för barn och unga i SoL sammanförs med bestämmelserna i LVU till en ny lag. Den nya lagen får ett tydligt barnrättsperspektiv genom att åtgärder med stöd av lagen ska utgå från vad som är bäst för barnet. Ett antal nya bestämmelser föreslås när det gäller barnavårdsutredningar, barn som placeras utanför det egna hemmet samt gällande kompetenskrav för socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning i den sociala barn- och ungdomsvården. Betänkandet är remitterat och kommer därefter att beredas vidare i Regeringskansliet.

I propositionen Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. (prop. 2006/07:129) aviserades att villkoren för familjehemsföräldrars ersättning från arbetslöshetsförsäkringen skulle ses över. I en proposition senare i höst kommer regeringen att föreslå att från den 1 januari 2010 ska tid då en sökande på socialnämndens begäran varit hindrad att arbeta för att ta emot barn i familje- eller jourhem enligt socialtjänstlagen och LSS få räknas som överhoppningsbar tid högst fem år

(se vidare Utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv och avsnitt 3.6 Politikens inriktning).

#### *Missbruks- och beroendevården*

Sedan 2008 har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingått årliga överenskommelser om stöd till implementering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Överenskommelserna är en del av regeringens strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården, som sträcker sig t.o.m. 2010. Regeringen avser att ingå en ny sådan överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting för 2010 om fortsatt stöd till implementering av de nationella riktlinjerna. Syftet med överenskommelsen är att bygga upp det kvalificerade stöd som kommuner och landsting behöver för att utveckla sitt arbete i linje med aktuell kunskap och att skapa en organisatorisk struktur för erfarenhetsutbyte, främjande av samverkan mellan kommuner, landsting och lokala FoU-enheter, högskolor och universitet. Under 2010 avser regeringen att avsätta 15 000 000 kronor på anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* och 14 550 000 kronor på anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för detta ändamål. En annan del i regeringens strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården är ett gemensamt uppdrag till Socialstyrelsen och länsstyrelserna att under 2008–2010 genomföra en fördjupad tillsyn av både socialtjänstens och landstingens verksamhet, vilket är avgörande för att se hela vårdkedjan. I uppdraget ingår bl.a. att utveckla brukar- och patientperspektivet i tillsynen. För 2010 avser regeringen att avsätta 10 000 000 kronor på anslaget 2:7 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* för detta ändamål. En slutredovisning av uppdraget ska lämnas till Socialdepartementet senast den 1 mars 2011.

I juni 2009 presenterade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården på sin webbplats. Uppgifterna som presenteras är ett led i arbetet med att ta fram en modell som gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten inom missbruks- och beroendevården. Ambitionen är att webbplatsen ska utvecklas både till form och innehåll.

Ansvar för missbruks- och beroendevården åvilar i dag både kommuner och landsting samtidigt som staten ansvarar för den missbruksvård som sker enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Detta överlappande ansvar innebär en risk att de personer som har ett sammansatt behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård faller mellan stolarna. Därför beslutade regeringen i april 2008 om en översyn av lagstiftningen på området (dir. 2008:48). Uppdraget innebär bl.a. att tydliggöra huvudmännens ansvar och uppdrag samt överväga eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen. Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010.

*Europeiska året för bekämpning av fattigdom och social utestängning*

År 2010 är utsett till det Europeiska året för bekämpning av fattigdom och social utestängning. Temaåret syftar till att bekräfta och stärka det politiska åtagande som EU gjorde i samband med lanseringen av Lissabonstrategin om att vidta åtgärder för att på ett avgörande sätt försöka utrota fattigdom. Varje medlemsstat ska sammanställa ett nationellt program där det framgår vilka mål som finns uppsatta och aktiviteter som ska genomföras. Såväl framtagning av programmet och genomförandet av temaåret ska ske i nära samråd med dem som berörs av fattigdom och utestängning, deras organisationer och andra aktörer i det civila samhället. Regeringen har utsett Svenska ESF-rådet till genomförandeorgan. I juni 2009 skickades det svenska programmet till Europeiska kommissionen. Tre övergripande mål har satts upp för temaåret; kunskaps- och opinionsbildning, mobilisering av och stöd till frivillighetsorganisationer i kampen mot fattigdom samt att ge berörda människor en röst och möjlighet att ta sig ur fattigdom och utanförskap. Regeringen avser att avsätta 1 886 000 kronor på anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för temaårets genomförande. Kommissionen avser att avsätta motsvarande belopp för detta ändamål.

*Hemlöshet*

Kunskapen om hemlöshet har ökat de senaste åren genom de uppdrag regeringen har lämnat till olika myndigheter och det utvecklingsarbete som har satts i gång till följd av regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. En viktig del i strategin är målet att barn inte ska drabbas av vräkning. Arbetet med strategin sträcker sig fram t.o.m. 2009. En utvärdering mot uppsatta mål ska lämnas till regeringen senast den 1 juli 2010.

*Stöd till brottsoffer och deras anhöriga*

Att bekämpa våld mot kvinnor är en fortsatt högt prioriterad fråga för regeringen. De insatser som genomförs på området följer inriktningen i handlingsplanen för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (skr. 2007/08:39). Det är ännu för tidigt att påvisa resultaten av regeringens initiativ under mandatperioden för att stärka stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn. Den närmaste tiden är det således angeläget att följa implementeringen av de insatser som genomförs på området och stimulera den kunskaps- och verksamhetsutveckling som sker.

Kampen mot människohandel måste föras på bred front. Regeringen har därför valt att sätta fokus på de gränsöverskridande och tvärpolitiska aspekterna av människohandeln under Sveriges ordförandeskap i EU. Regeringen vill bredda perspektiven och fördjupa det europeiska samarbetet på området. När det gäller det nationella arbetet mot prostitution och människohandel påbörjades genomförandet av handlingsplanen mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål (skr. 2007/08:167) under hösten 2008. På socialtjänstens område genomförs insatser för att stärka det förebyggande arbetet och öka skyddet och stödet till utsatta. Genomförandet av insatserna i handlingsplanen kommer att fortsätta under mandatperioden.

## 8.7 Förslag till författningsändringar

### 8.7.1 Förutsättningar och villkor i förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området

**Regeringens förslag:** Regeringen ska kunna göra de förändringar i förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området som den finner lämpliga.

**Skälen för regeringens förslag:** I budgetpropositionen för år 1999 (utg. område 9 anslag B 10) föreslog regeringen nya riktlinjer för fördelning av statsbidrag till frivilligorganisationerna på det sociala området. Regeringen anförde att det är angeläget att det frivilliga sociala arbetet stärks och effektiviseras samtidigt som de organisationer som är verksamma inom området måste ges respekt och frihet att arbeta efter sina förutsättningar. Syftet med statsbidraget är att stödja organisationerna i deras arbete med att förstärka och komplettera de samhällsinsatserna. Riksdagen godkände riktlinjerna (bet. 1998/99:SoU1, rskr. 1998/99:104), vilka gäller fr.o.m. den 1 januari 1999. Regeringen beslutade den 29 januari 2009 att ge Statskontoret i uppdrag att se över de förutsättningar som ges och villkor som ställs i förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Statskontoret ska även lämna förslag på hur likvärdiga villkor för erhållande av statsbidrag till organisationer som verkar inom det sociala området kan uppnås. Villkoren ska vara likvärdiga oavsett om organisationen arbetar med ett specifikt sakområde eller om den har ett brett tvärsektorielt verksamhetsområde och oavsett om området i dag regleras i förordning.

Statskontoret beslutade den 29 juli 2009 att till Socialdepartementet överlämna rapporten Bidrag till ideella organisationer på det sociala området (2009:16).

Statskontoret bedömer att det huvudsakliga problemet i förordningen och hanteringen är den svaga kopplingen till mål och resultat. Statskontoret anser också att Socialstyrelsens hantering av statsbidraget måste bli mer förutsägbar och transparent. Socialstyrelsen behöver t.ex. utfärda föreskrifter som stöd och vägledning i bidragsgivningen och tydligt kommunicera hur man bedömer ansökningar samt bli mer aktiv i sin kontroll och uppföljning av statsbidraget.

Statskontoret bedömer i sin rapport att kravet om att en ideell organisation ska bedriva frivilligt arbete huvudsakligen inom något av de områden som anges i förordningen kan tas bort. Organisationer som har en för samhället relevant verksamhet inom det sociala området riskerar annars att vara exkluderade från att få bidrag bara för att de bedriver verksamheter som inte huvudsakligen riktar sig mot de fastställda områdena. Statskontorets bedömning är vidare att det finns ytterligare ändamål som kan läggas till bidraget.

Statskontoret gör bedömningen att resultatstyrningen av statsbidraget behöver öka genom att mål sätts upp och att de används vid bedömningen av ansökningarna. Regeringen delar Statskontorets bedömning att resultatstyrningen av detta statsbidrag, som huvudsakligen är ett verksamhetsbidrag, bör öka.

## 8.8 Budgetförslag

### 8.8.1 6:1 Statens institutionsstyrelse

**Tabell 8.5 Anslagsutveckling 6:1 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor				
2008	Utfall	791 948	Anslags-sparande	11 101
2009	Anslag	791 607 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	738 651
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>806 796</b>		
2011	Beräknat	838 789 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	850 004 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 812 283 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 816 903 tkr i 2010 års prisnivå.

Statens institutionsstyrelse (SiS) är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i ungdomsvård, sluten ungdomsvård och missbrukarvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring två tredjedelar med avgifter, medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag.

**Tabell 8.6 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader <sup>1</sup>	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2008	0	1 280 666	2 071 428	-790 762
Prognos 2009	0	1 230 500	1 986 678	-756 178
Budget 2010	0	1 240 948	2 047 744	-806 796

1. Kostnaderna som redovisas är totalkostnader för både avgiftsfinansierad samt anslagsfinansierad verksamhet.

**Tabell 8.7 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2008 (varav tjänsteexport)	29 603	29 603	0
Prognos 2009 (varav tjänsteexport)	9 091	9 091	0
Budget 2010 (varav tjänsteexport)	10 000	10 000	0

### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Statens institutionsstyrelse (SiS) har i uppdrag att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom SiS verksamhetsområde. Regeringen föreslår därför att riksdagen bemyndigar regeringen att under 2010 för anslaget 6:1 *Statens institutionsstyrelse* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 000 000 kronor under perioden 2010–2013.

**Tabell 8.8 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2008	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012–2013
Ingående åtaganden	0	0	2 000	2000	
Nya åtaganden	0	2 000	2 000		
Infriade åtaganden	0	0	2 000	2000	
Utestående åtaganden	0	2 000	2 000		
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>		



## Regeringens överväganden

**Tabell 8.9 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 6:1 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>791 607</b>	<b>791 607</b>	<b>791 607</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	29 534	56 329	62 807
<b>Beslut</b>			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt <sup>3</sup>	-14 345	-9 147	-4 410
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>806 796</b>	<b>838 789</b>	<b>850 004</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning

<sup>3</sup> Övergångseffekten till följd av kostnadsmässig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt.

Regeringen föreslår att 806 796 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Statens institutionsstyrelse* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 838 789 000 kronor respektive 850 004 000 kronor.

## 8.9 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

**Tabell 8.10 Anslagsutveckling 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

År	Utfall	270 763	Anslags-sparande	6 861
2008	Utfall	270 763	Anslags-sparande	6 861
2009	Anslag	223 481 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	222 058
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>189 045</b>		
2011	Beräknat	187 385		
2012	Beräknat	187 385		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget omfattar medel till utveckling av socialt arbete, höjd ambitionsnivå för den sociala tillsynen, medel för att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten, bidrag till statistiska undersökningar, bidrag till organisationer som arbetar för utsatta barn och deras familjer, bidrag till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn samt medel för andra insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor.

## Regeringens överväganden

Under anslaget ryms en rad insatser i regeringens satsning för att stimulera kommunerna till ett arbete som innebär ökad kvalitet i socialtjänsten. Dessa insatser följer i huvudsak tre spår där det ena spåret är inriktat på att stärka tillsynen av socialtjänsten och dess olika aktörer. Det andra spåret handlar om att öka enskilda människors möjlighet att utifrån god och lättillgänglig information kunna värdera och jämföra socialtjänstens insatser. I det tredje spåret är ansatsen att säkerställa att de arbetsmetoder som används inom socialtjänsten vilar på en solid vetenskaplig grund. De olika spåren är i hög grad beroende av varandra och ger tillsammans bra förutsättningar för att öka kvalitén i socialtjänstens insatser.

För 2010 beräknar regeringen följande:

- 10 000 000 kronor för fortsatt förstärkning av tillsynen över den sociala barn- och ungdomsvården.
- 14 550 000 kronor i stöd till dels implementering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, dels utveckling av en organisatorisk struktur för erfarenhetsutbyte genom avtal med Sveriges kommuner och landsting..
- 5 000 000 kronor för evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.
- 12 700 000 kronor för att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser inom äldreomsorgen och socialtjänstens övriga verksamheter.
- 109 000 000 kronor för regeringens insatser för våldsutsatta kvinnor och deras barn.
- 27 044 000 kronor för bidrag till organisationer på det sociala området enligt förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området.
- 1 980 000 kronor för utveckling av den sociala välfärdsstatistiken.
- 6 235 000 kronor till Statistiska centralbyrån för statistiska levnadsundersökningar.
- 1 886 000 kronor för finansiering av aktiviteter i samband med det Europeiska året för bekämpning av fattigdom och social utestängning.

- 650 000 kronor för samverkan med idéburna organisationer.

För ändamålet att utveckla öppna jämförelser i äldreomsorg och övrig socialtjänst finns under 2009 anslagna medel på två anslag till en sammanlagd summa av 17 700 000 kronor. På anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* finns 10 000 000 kronor avsatta för en särskild satsning på öppna jämförelser. För 2010 föreslår regeringen att 5 000 000 kronor avsätts inom ramen för den särskilda satsningen. På anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* finns 7 700 000 kronor avsatta under 2009 för att utveckla öppna jämförelser inom äldreomsorgen. Regeringen föreslår att summan ska vara oförändrad under 2010. För att få till stånd en samlad, förenklad och ändamålsenlig finansiering av öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamheter bör resurserna till ändamålet samlas på anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*. Därmed föreslår regeringen en omdisponering av resurserna som innebär att anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med 7 700 000 kronor och att anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskas med motsvarande belopp. Sammantaget innebär regeringens förslag att det avsätts 12 700 000 kronor för ändamålet under 2010. Anslaget ökas därför med 2 700 000 kronor. Från och med den 1 januari 2010 samlas den sociala tillsynen i Socialstyrelsen och blir därmed en ordinarie verksamhet i myndighetens löpande arbete. Regeringen föreslår därför en omdisponering inom utgiftsområdet av resurserna som innebär att anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* ökas med 30 miljoner kronor och att anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med motsvarande belopp. Verksamheten som bedrivs vid Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) är en integrerad del av Socialstyrelsen. Eftersom kostnaderna för verksamheten är löpande och till

stor del är personalkostnader så bör verksamheten finansieras via Socialstyrelsens förvaltningsanslag som årligen räknas upp bland annat med hänsyn till beräknade förändringar av personalkostnader. Regeringen föreslår mot bakgrund av det att anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* ökas med 6 300 000 kronor och att detta anslag minskas med 7 000 000 kronor.

Regeringen avser att under hösten 2009 lämna en proposition om politiken för den ideella sektorn, i vilken föreslås att det fr.o.m. 2010 genomförs ett tioårigt forskningsprogram om det civila samhället (se utgiftsområde 17, avsnitt 15.4.3). För att bidra till finansieringen av forskningsprogrammet föreslås att detta anslag minskas med 136 000 kronor för att tillföras utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 13:6 *Insatser för den ideella sektorn*. Sammantaget innebär detta att anslaget minskas med 34 436 000 kronor för 2010 jämfört med 2009.

**Tabell 8.11 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>223 481</b>	<b>223 481</b>	<b>223 481</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-42 136	-43 796	-43 796
Överföring till/från andra anslag	7 700	7 700	7 700
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>189 045</b>	<b>187 385</b>	<b>187 385</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 189 045 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 187 385 000 kronor för vardera år.

## 9 Barnrättspolitik

### 9.1 Omfattning

Regeringens politik för barnets rättigheter syftar till att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen). För att förtydliga detta syfte beslutade regeringen i budgeten för 2009 att i fortsättningen rubricera området som barnrättspolitik i stället för som tidigare barnpolitik. Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år. Barnrättspolitik är sektorsövergripande eftersom barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik liksom alla verksamheter som berör barn. För att barnkonventionens intentioner ska realiseras krävs insatser inom politiken på områden där barn är berörda. Barnrättspolitik omfattar också vissa särskilda frågor som rör internationella adoptioner.

Inom ramen för barnrättspolitikens område finns myndigheterna Barnombudsmannen och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Barnombudsmannen har till uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen, driva på genomförandet utifrån Sveriges åtagande enligt barnkonventionen och bevaka efterlevnaden av konventionen. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor beslutar om auktorisation av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner samt utövar tillsyn över dessa sammanslutningar. Vidare ansvarar myndigheten för information i frågor om internationella adoptioner.

Vid sidan av området barnrättspolitik lämnas bidrag till kostnader för internationella adoptioner under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

### 9.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 9.1** Utgiftsutveckling inom utgiftsområde Barnrättspolitik

*Miljoner kronor*

	Utfall 2008	Budget 2009 <sup>1</sup>	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012
<i>Barnrättspolitik</i>						
7:1 Barnombudsmannen	18	18	17	18	18	19
7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	12	12	12	15	15	15
7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	9	12	12	16	14	14
<b>Summa Barnrättspolitik</b>	<b>39</b>	<b>41</b>	<b>40</b>	<b>49</b>	<b>47</b>	<b>47</b>

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

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

### 9.3 Mål och den nationella strategin

#### *Mål*

Målet för barnrättspolitikerna är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till trygghet och utveckling samt delaktighet och inflytande. Målet är beslutat av riksdagen (prop. 2002/03:1, utgiftsområde 9, bet. 2002/03:SoU1, rskr. 2002/03:81).

#### *Den nationella strategin*

Målet för barnrättspolitikerna återspeglar grundprinciperna i barnkonventionen. För att genomföra barnkonventionen har riksdagen i mars 1999 antagit en strategi – Strategi för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171). Målet i strategin är att barnets rättigheter och intressen ska genomsyra allt beslutsfattande som rör barn, med utgångspunkt i barnkonventionen. Beslutsfattare och andra som arbetar med frågor som rör barn ska ta hänsyn till de mänskliga rättigheter varje flicka och pojke har.

### 9.4 Resultatredovisning

I mars 2008 lämnade regeringen skrivelsen Barnpolitiken – en politik för barnets rättigheter (skr. 2007/08:111) till riksdagen. I skrivelsen lämnar regeringen en redogörelse för inriktningen beträffande politiken för barnets rättigheter och för prioriteringarna under de närmaste åren. Regeringen redogör i skrivelsen för hur politiken på området ska utformas för att stärka barnets rättigheter och tillämpningen av barnkonventionen utifrån följande prioriterade områden:

- ett förstärkt strategiskt arbete,
- stöd i föräldraskapet,
- bekämpandet av våld mot barn, och
- främjandet av barns psykiska hälsa.

Barnrättspolitikerna är ett tvärsektoriellt område inom statsbudgeten vilket innebär att insatser för att förverkliga barnkonventionen genomförs inom flera områden och av många olika aktörer i samhället. Såväl statliga myndigheter som kommuner och landsting bidrar genom sina verksamheter till att uppfylla målet för politiken. Fri-

villigorganisationers insatser spelar en viktig roll som komplement till de insatser som utförs av offentliga huvudmän för att säkerställa och stärka barnets rättigheter. I det följande redovisas resultaten under de fyra ovan nämnda av regeringen prioriterade områdena.

#### 9.4.1 Ett förstärkt strategiskt arbete

Regeringens mål är att ha en struktur och organisation för barnrättspolitikerna som ger bästa möjliga förutsättningar för att genomföra barnkonventionen och främja barnets rättigheter och intressen. För att barnkonventionen ska få ökat genomslag i samhället och för att nå barn och unga behöver beslutsfattare och yrkesverksamma vars arbete rör barn bl.a. systematiskt inhämta barns och ungas åsikter och ta tillvara deras erfarenheter i frågor som berör dem. Det är också viktigt att ha tillgång till underlag om hur barnets rättigheter tillgodoses inom olika områden, få reda på brister, följa upp tillämpning av lagstiftning som rör barn och utvärdera hur barnkonventionsarbetet fortskrider.

Regeringen har därför ökat fokus på uppföljnings- och utvärderingsverksamheten. Det gäller särskilt verksamheter inom kommuner och landsting i relation till de åtaganden som finns enligt barnkonventionen om enskilda barns rättigheter, och i förhållande till svensk lagstiftning.

#### *Nytt uppdrag till Barnombudsmannen*

I Barnombudsmannens uppdrag ingår dels att följa lagstiftningen och dess tillämpning, dels att uppmärksamma att myndigheter, kommuner och landsting i övrigt förverkligar barnkonventionen i sin verksamhet. Enligt regeringens skrivelse Barnpolitiken – en politik för barnets rättigheter (skr. 2007/08:111) bör uppföljnings- och utvärderingsverksamheten vara en viktig utgångspunkt för såväl Barnombudsmannens uppdrag att företräda barns och ungas rättigheter och intressen som för att driva på och bevaka tillämpningen av barnkonventionen. Från och med 2009 har Barnombudsmannens uppföljnings- och utvärderingsansvar förtydligats i instruktionen för myndigheten. Regeringen har också givit Barnombudsmannen i uppdrag att ta fram förslag till hur det strategiska arbetet ska följas upp utifrån regeringens skrivelse. Barnombudsmannens förslag kommer att ingå som ett underlag till regeringens plan för uppföljning

och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen i Sverige.

#### *Indikatorer*

I regeringens skrivelse till riksdagen Utveckling av den nationella strategin för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter (skr. 2003/04:47) aviserade regeringen sin avsikt att påbörja ett arbete med att utveckla indikatorer för att mäta effekterna av insatser för att förverkliga barnkonventionen och följa upp barnpolitiken. Den 21 april 2005 tillsattes en arbetsgrupp med uppgift att utveckla indikatorer för att mäta och följa upp insatser inom barnpolitiken (S 2005:B). Arbetsgruppen överlämnade sin slutrapport Ett uppföljningssystem för barnpolitiken i februari 2007 (Ds 2007:9). Arbetsgruppen har tagit fram ett förslag till uppföljningssystem för att mäta effekterna av gjorda insatser för att förverkliga barnkonventionen och följa upp barnpolitiken. Slutrapporten har remissbehandlats och frågan bereds inom regeringskansliet.

#### *Statistik om barn och deras familjer*

Statistiska Centralbyrån (SCB) har haft i uppdrag av regeringen att ta fram en årlig demografisk basstatistik om barn och deras familjer. Statistiken omfattar barns levnadsförhållanden ur olika perspektiv, bl.a. inom områdena befolkningsförändringar, boende och familjeekonomi. SCB tar också vart tredje år på uppdrag av Barnombudsmannen fram rapporten Upp till 18 med statistik som beskriver barns levnadsförhållanden i siffror generellt och över tid. Den är en uppslagsbok med fakta om barns och ungas liv. Statistiken kommer från myndigheter, internationella organ och forskningsrapporter.

#### *Insatser för att stärka barnets rättigheter*

Under 2008 har medel från anslaget Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter fördelats till bl.a. Europarådet för en konferens om barnets rättigheter, Karolinska universitetssjukhuset för att driva ett pilotprojekt för att förebygga våld mot spädbarn, till Stiftelsen Allmänna Barnhuset, det kommunala Partnerskapet för barnkonventionen och till BRIS (Barnens Rätt i Samhället). Flera av de projekt som fått medel under 2008 har återkommande karaktär, som medel till SCB för framtagning av statistik om barn och deras familjer, stöd till uppbyggnad och drift av Barn-

rättsakademien vid Örebro universitet samt medel till samarbetet för utsatta barn inom ramen för Östersjöstaternas Råd. Med medel från barnanslaget har regeringen anordnat Barnrättsforum 2008. Några av dessa satsningar beskrivs nedan samt under avsnittet Bekämpandet av våld mot barn.

Regeringen har arbetat för att stärka det internationella samarbetet och engagemanget kring barnrättsfrågorna. Under det svenska ordförandeskapet i Europarådets ministerkommitté var en av de svenska prioriteringarna att stärka arbetet för barnets rättigheter. Regeringen genomförde som ett led i detta arbete en högnivåkonferens i Stockholm i samarbete med Europarådet i september 2008. Vid konferensen diskuterades det svenska förslaget till en Europarådsstrategi för barnets rättigheter. Strategin som ska gälla mellan 2009 och 2011 har därefter antagits av Europarådet.

I samband med att Sverige innehar ordförandeskapet i EU:s ministerråd under det andra halvåret 2009 förbereds ett högnivåmöte med fokus på barnets rättigheter och det fortsatta arbetet inom ramen för den informella grupp för barnfrågor inom Europa som har etablerats mellan medlemsstaterna.

UNICEF Sverige fick under 2007 medel för att ta fram en svensk handbok om genomförandet av barnkonventionen. Handboken, som överlämnades till regeringen under 2008, är avsedd att bidra till att skapa en samstämmighet om uttolkningen av konventionen och vad som krävs för att leva upp till konventionens åtaganden. Ett särtryck ur handboken som behandlar tre av konventionens centrala bestämmelser och som riktar sig till beslutsfattare inom framför allt kommuner och landsting har tagits fram under 2008.

Regeringen har vidare beviljat medel till Plan Sverige för att i samarbete med bl.a. World Childhood Foundation, UNICEF Sverige, Barnombudsmannen och flera frivilligorganisationer sprida kunskap om konventionen om barnets rättigheter under barnkonventionens jubileumsår 2009.

Regeringen ser det som angeläget med erfarenhetsutbyte och utvecklingsarbete på lokal nivå och har under 2008 beviljat ekonomiskt stöd till Partnerskap för barnkonventionen. Partnerskapet bildades av ett antal kommuner med sikte på att förbättra det egna kommunala arbetet för att förverkliga barnkonventionen

samt att sprida erfarenheter till andra kommuner.

I december 2008 ratificerade Sverige FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Konventionen, vars syfte är att undanröja hinder för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta sina mänskliga rättigheter, innehåller en särskild bestämmelse om barn.

#### *Resultat av frivilliga insatser*

Det arbete som bedrivs av frivilligorganisationer är viktigt för att barnkonventionen ska få ett brett genomslag i samhället. Många organisationer har ett stort kunnande och engagemang som kompletterar det offentliga insatser. Vissa organisationer arbetar brett med olika frågor som rör barnets rättigheter, medan andra fokuserar på en eller ett par särskilda frågeställningar. Barnkonventionen är ett av de områden som är prioriterade i Allmänna Arvsfondens arbete och flera projekt som fått stöd rör därmed barnets rättigheter. Under 2008 beslutade Arvsfondsdelegationen om att bevilja drygt 80 miljoner kronor till 90 projekt inom verksamheter för barn i åldrarna upp till 12 år.

### 9.4.2 Stöd i föräldraskapet

Regeringen antog i slutet av mars 2009 en nationell strategi för föräldrastöd som baseras på de förslag som lämnats i betänkandet Föräldrastöd – en vinst för alla (SOU 2008:131). Den nationella strategin för utvecklat föräldrastöd är ett led i regeringens samlade långsiktiga satsning på att främja psykisk hälsa och att förebygga psykisk ohälsa bland barn och ungdomar. Strategin ska inspirera kommuner att utveckla stöd- och hjälpinsatser till föräldrar i deras föräldraskap. Se vidare avsnittet 4.4.2 Folkhälsa.

Regeringen har vidare givit BRIS ekonomiskt stöd i arbetet med att skapa en interaktiv webbplats för att ge råd och stöd till föräldrar. Syftet är att föräldrar, t.ex. vid konflikter med barnet eller om barnet utsätts för mobbning, snabbt ska kunna få rådgivning och hjälp. Om föräldrar får stöd i krisartade situationer kan det förhindra att barn utsätts för våld eller kränks på andra sätt.

### 9.4.3 Bekämpandet av våld mot barn

Regeringen anser att det är angeläget att stärka barns skydd mot alla former av våld och har därför gjort ett antal satsningar.

Regeringen anordnade under 2008 ett Barnrättsforum med fokus på våld mot barn, där aktörer från både myndigheter och frivilligsektorn samlades för att utbyta erfarenheter. Barnrättsforum 2008 utgör en utgångspunkt för regeringens fortsatta arbete med att ta fram ett underlag för att ge en samlad bild av regeringens insatser för att bekämpa våld mot barn i olika sammanhang.

Regeringen har beviljat medel till projekt för att förebygga våld mot barn i olika sammanhang. Regeringen har under 2008 uppmärksammat att det s.k. agaförbudet under 2009 har varit i kraft i 30 år och intensifierat arbetet med att motverka våld mot barn i olika sammanhang genom att bevilja medel till Rädda Barnen för att i samarbete med Socialdepartementet ta fram en skrift om Sveriges erfarenheter av förbudet.

Regeringen har också beviljat medel till Karolinska universitetssjukhuset för att, i samarbete med Stockholms läns landsting, driva det 3-åriga pilotprojektet Mental vaccination för att förebygga våld mot spädbarn. Under 2008 har mödra- och barnavårdspersonal utbildats inom ramen för projektet. Information har börjat spridas till föräldrarna. En utvärdering av hur effektiv informationen är görs inom projektet. Projektet syftar också till att skapa förutsättningar för att andra landsting ska kunna ta efter och vidta egna insatser inom området.

#### *Sexuell exploatering av barn*

I december 2007 beslutade regeringen om en uppdaterad nationell handlingsplan mot sexuell exploatering av barn. Regeringens mål, som framgår av handlingsplanen, är att inget barn i Sverige ska utsättas för sexuell exploatering, att inga barn i andra länder ska utsättas för sexuell exploatering av personer från Sverige, att barn som drabbas av sexuell exploatering ska få det stöd och den hjälp de behöver och att Sverige ska bidra till ett effektivt internationellt samarbete i frågan. I handlingsplanen presenteras ett antal åtgärder som regeringen vill initiera för att ytterligare driva på arbetet med att förebygga och bekämpa sexuell exploatering av barn. Bland de åtgärder som hittills har genomförts kan nämnas att regeringen har beviljat Stiftelsen

Allmänna Barnhuset medel för att fortsätta sprida kunskap om sexuell exploatering av barn till relevanta yrkesgrupper och lämna förslag på hur ett samlat ansvar ska organiseras för att hålla kunskap och information inom området uppdaterad och tillgänglig. Uppdraget rapporterades till regeringen i december 2008. Regeringen har också inlett en dialog med berörda aktörer inom resenäringen och aktörer med ansvar för turistutbildningar om hur sexuell exploatering av barn i samband med turism och resande ytterligare kan förebyggas och bekämpas. Vidare kan nämnas att den 1 juli 2009 infördes ett nytt brott i brottsbalken – kontakt med barn i sexuellt syfte. Den nya straffbestämmelsen tar sikte på kontakter med barn under 15 år, t.ex. på Internet, som riskerar att leda till sexuella övergrepp vid ett sammanträffande med barnet.

#### *Säkrare Internet för barn och unga*

För de allra flesta barn och unga är de digitala och interaktiva medierna en självklarhet. Via Internet kan barn och unga exempelvis ta del av en rad rättigheter. De kan ta del av information, uttrycka sina åsikter och delta i samhällsdebatten, och får möjlighet till kreativitet och eget skapande inom många uttrycksformer. De digitala och interaktiva medierna öppnar nya möjligheter och ger tillgång till en värld av information och erfarenheter. Fördelarna är stora och barns kontaktnät är idag mångdubbelt större, både geografiskt och socialt än för bara tio år sedan. Det finns även avigsidor, exempelvis barns och ungas utsatthet för mobbning och andra övergrepp via Internet och mobiltelefoner. Även om detta inte är några nya fenomen så har Internet medfört en anonymisering som gör att övergreppen kan pågå med Internet som bas och meddelandet snabbt kan nå ut till en stor mängd mottagare. Trakasserier på Internet kan därför uppfattas som mycket skrämmande. Eftersom de digitala och interaktiva medierna ändå har en verklig fördel för barn och unga är det samhällets skyldighet att hålla denna miljö säker för barn och unga.

I Sverige har den statliga kommittén Medierådet en viktig roll när det gäller dessa frågor. Medierådet har i uppgift att följa utvecklingen av barns och ungas mediesituation, bl.a. med fokus på Internet och digitala medier, och arbeta förebyggande för att minska riskerna för skadlig mediepåverkan.

Det finns ett stort engagemang för dessa frågor hos många aktörer. Men det saknas samordning och samarbete mellan de olika instanserna för att möta riskerna med Internet för barn och unga. En gemensam bild och samling kring frågan förstärker effekten av alla goda initiativ. Socialminister Göran Hägglund bjöd därför, som ett led i regeringens arbete för att skydda barn mot sexuella övergrepp och minska deras utsatthet på Internet, den 19 november 2008 in olika företag inom IT- och telekombranschen för att diskutera hur Sverige kan bli bättre på att skydda barn på Internet. Syftet var att flera aktörer tillsammans ska bidra till skapande av ett säkrare Internet för barn och unga. Kulturminister Lena Adelsohn Liljeroth medverkade också vid mötet. Ett uppföljande möte ägde rum i april 2009 och denna gång inbjöds, förutom olika företag inom IT- och telekombranschen, även myndigheter och organisationer som ansvarar för frågor som rör barn och unga, till samråd om säkrare Internet för barn och ungdomar.

Regeringen har vidare som ett led i satsningen för en säkrare mediemiljö för barn och unga beviljat medel till föreningen Nya Surfa Lugnt – Föreningen för Surfa Lugnt för att arbeta med att få till stånd en mer effektiv koordinering av det arbete som såväl offentlig och ideell sektor som näringsliv bedriver i syfte att minska barns och ungas utsatthet i de digitala och interaktiva medierna. Resultatet av insatserna kommer att återrapporteras under våren 2010.

#### **9.4.4 Främjandet av barns psykiska hälsa**

Barn har enligt barnkonventionen rätt till bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa. Förutsättningarna för en god hälsa grundläggs tidigt i barndomen, och de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna inom hälso- och sjukvården är därför viktiga, liksom en väl fungerande skolhälsovård och elevhälsa. Generellt sett är hälsoläget gott bland barn i Sverige. Det är emellertid oroväckande att allt fler barn mår psykiskt dåligt och inte får det stöd de behöver.

Hälsofrämjande insatser riktade till barn och ungdomar har prioriterats av regeringen. Den viktigaste målgruppen är barn och ungdomar som riskerar att utveckla eller som har en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, men också barn och ungdomar som tydligt

påverkas av att någon förälder har en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2009 och skrivelsen En politik för personer med psykiskt sjukdom och psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185) föreslagit och aviserat insatser för cirka 900 miljoner kronor per år 2009–2011 för att stärka vård och sociala stödinsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Riksdagen har beslutat enligt regeringens förslag för 2009. Insatser riktade till barn och unga utgör ett av fyra prioriterade delområden och här görs insatser bl.a. för att stärka första linjens vård och omsorg och för att förbättra tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri. Se vidare avsnittet 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

#### 9.4.5 Övriga sakpolitiska insatser

##### *Internationella adoptionsfrågor*

Riksdagen beslutande den 25 mars 2009 om vissa ändringar i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling efter förslag av regeringen i propositionen Vissa internationella adoptionsfrågor (prop. 2008/09:109, bet. 2008/09:SoU10, rskr. 2008/09:205). Lagändringarna innebär bl.a. att kravet på balans i storlek mellan de auktoriserade sammanslutningarna, det s.k. balanskravet, avskaffas, att sammanslutningarna kan söka auktorisation för viss del av ett land eller viss adoptionskontakt, att bedömningen av en sammanslutnings sidoverksamhet ska göras i samband med auktorisationen för visst land eller viss del av ett land. Vidare ska det stå klart att det vid auktorisation för ett annat land eller viss del av ett land ska beaktas om sammanslutningen kommer att förmedla adoptioner på ett sak-kunligt och omdömesgillt sätt, utan vinstintresse och med barnets bästa som främsta riktmärke. Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2009.

Regeringen beslutade vidare i oktober 2008 att avsluta det avtal, som trädde i kraft den 1 maj 2004, om ömsesidigt samarbete när det gäller adoptioner (SÖ 2004:6) mellan Sveriges och Vietnams regeringar. Anledningen var bl.a. att det framkommit att Vietnam inte har en adoptionslagstiftning som i tillräcklig grad beaktar de grundläggande principerna för adoption som uttrycks i barnkonventionen och i 1993 års

Haagkonvention rörande internationella adoptioner.

I betänkandet Modernare adoptionsregler (SOU 2009:61) som överlämnats till regeringen i juli 2009 föreslår 2008 års adoptionsutredning bl.a. ändringar som syftar till att säkerställa barnets bästa i situationer där en adoption inte sker genom en auktoriserad sammanslutning (enskild adoption). Förslagen innebär att regelverket kring enskilda adoptioner stramas upp och görs mer enhetligt än idag. Vidare föreslås att möjligheten att få tillstånd till enskild adoption begränsas till att gälla släktingbarn eller situationer där det finns ett nära personligt förhållande mellan sökanden och barnet. Det ska också prövas att den tilltänkta adoptionen är till barnets bästa. Utredningen föreslår vidare att det i socialtjänstlagen införs en uttrycklig bestämmelse som reglerar sökandens ålder vid ansökan om medgivande om att få ta emot ett barn för adoption.

##### *Barns situation i ett internationellt perspektiv*

Internationella jämförelser visar att de svenska barnen har en högre grad av välbefinnande jämfört med barn i andra länder. Denna bild bekräftas av en aktuell rapport från OECD om barnets välbefinnande i Europa i (An Index of Child Well-Being in Europe, Bradshaw & Richardson 2009) där Sverige hamnar på andra plats efter Nederländerna, se tabell 9.2. I studien som omfattar de 27 länderna i Europeiska unionen samt Norge och Island görs en jämförelse av barns välbefinnande. Undersökningen bygger på 43 indikatorer. Rangordningen baseras på sju olika områden: hälsa, subjektivt välbefinnande, personliga relationer, materiella resurser, utbildning, beteende och risker, boende och miljö. Några slutsatser som dras i denna rapport är att det finns positiva samband mellan barns välbefinnande och utgifterna för familjeförmåner och tjänster och BNP per capita samt ett negativt samband med ojämlikhet och inget samband med förekomsten av splittrade familjer.



**Tabell 9.2 Rangordning av barns välbefinnande i EU27 samt Norge och Island**

Länder	Rangordning
Nederländerna	1
Sverige	2
Norge	3
Island	4
Finland	5
Danmark	6
Slovenien	7
Tyskland	8
Irland	9
Luxemburg	10
Österrike	11
Cypern	12
Spanien	13
Belgien	14
Frankrike	15
Tjeckien	16
Slovakien	17
Estland	18
Italien	19
Polen	20
Portugal	21
Ungern	22
Grekland	23
Storbritannien	24
Rumänien	25
Bulgarien	26
Lettland	27
Litauen	28
Malta	29

Källa: OECD

#### 9.4.6 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Sju sammanslutningar har under 2008 haft auktorisation av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) för att förmedla internationella adoptioner i sammanlagt 35 länder. Under året förmedlades totalt 610 barn – 320 flickor och 290 pojkar – genom dessa sammanslutningar i jämförelse med 681 barn året innan.

Myndigheten har utarbetat en tillsynsplan för 2008 och har tagit fram tillsynsrapporter för de fem sammanslutningar som haft auktorisation

under hela 2008. Som ett led i sin tillsyn har myndigheten besökt Bolivia, Indien och Kirgizistan och bl.a. analyserat kostnadsutvecklingen i dessa länder. Myndigheten har även besökt Vietnam. MIA har också genomfört en enkät bland familjer som fick barn för adoption genom adoptionssammanslutningarna. Myndigheten har under året genomfört utbildningsinsatser för berörda yrkesgrupper, bl.a. hos länsstyrelser och kommuner. MIA har under 2008 påbörjat arbetet med att i samverkan med adoptionsorganisationerna, närmare analysera biståndsprojektens relation till förmedlingsverksamheten. Underlaget för dessa analyser är bl.a. riktlinjer som tagits fram av Sida i samarbete med MIA.

MIA har, med särskilda medel från regeringen, gett en barn- och familjeforskare vid Linköpings universitet i uppdrag att ta fram en skrift om de internationella adoptionernas historia. Skriften ska redovisas till regeringen senast den 31 augusti 2010.

MIA pekar på att adopterade som kom till Sverige under 1970- och 1980-talen har behov av att få information om sitt ursprung och önskar hjälp med uppgifter genom MIA och adoptionsorganisationerna. MIA framhåller dock att när antalet adoptioner sjunker minskar också adoptionsorganisationernas resurser att hantera de adopterades frågor.

I samband med att det finns färre barn för adoption från de redan etablerade ursprungsländerna ökar de auktoriserade sammanslutningarnas ansökningar om auktorisation för nya länder. Detta har i sin tur ställt ökade krav på tillsynsverksamheten hos MIA och bl.a. ökat behovet av tillsynsresor.

Dessutom ser MIA att allt fler barn som kommer till Sverige idag för adoption har behov av olika former av särskilt stöd och andra insatser. Eftersom de barn som är tillgängliga för internationell adoption i allt större utsträckning är äldre än tidigare och fler har någon sjukdom eller funktionsnedsättning kan behovet antas öka än mer. Detta ställer också ökade krav på andra aktörer i t.ex. kommuner och landsting och på yrkesverksamma som möter adopterade och deras familjer.

#### 9.4.7 Barnombudsmannen

Att genomföra barnkonventionen är ett långsiktigt och mycket omfattande uppdrag där Barn-

ombudsmannen har en avgörande roll i att bevaka och driva på genomförandet. För att lyckas krävs ett samarbete med andra viktiga aktörer. Barnombudsmannen har genomfört olika insatser under 2008 såsom utbildningar, utveckling av metoder för barnkonsekvensanalyser, utökad samarbete med andra aktörer samt bevakningsarbete av statliga myndigheter, kommuner och landsting. Resultaten visar att det finns ett fortsatt behov av stöd när det gäller förverkligandet av barnkonventionens intentioner på alla nivåer i samhället. Det finns ett behov av skriftligt material, kompetensutveckling samt stöd i arbetet med att genomföra barnkonsekvensanalyser. Barnombudsmannen lyfter också fram behovet av att fördjupa och konkretisera diskussionen kring barns och ungas rätt till inflytande i olika sammanhang.

Barnombudsmannen har under 2008 fortsatt sitt utvecklingsarbete kring Nöjt Barnindex (NBI) på lokal nivå, samt ett utvecklingsarbete kring barnkonsekvensanalyser i praktiken. Som ett led i arbetet med att driva på genomförandet av barnkonventionen har Barnombudsmannen bl.a. utifrån sitt stödmaterial Rustad för revision genomfört utbildningsinsatser för revisorer på kommunal nivå liksom stöd- och utbildningsinsatser för länsstyrelser. Vidare har Barnombudsmannen följt upp de revisioner som genomförts.

## 9.5 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för 2008 avseende Barnombudsmannen och MIA.

Riksrevisionen granskade 2004 om den tidigare regeringen och de statliga myndigheterna har följt strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (RiR 2004:30). Riksdagen har mot bakgrund av granskningen bifallit en framställan (framst. 2004/05:RRS19) från Riksrevisionens styrelse och givit regeringen tillkänna att regeringen ska återkomma med förslag till mer precisa mål knutna till strategin samt förbättra sin redovisning av utfallet i förhållande till strategin (bet. 2005/06:SoU5, rskr. 2005/06:137). Regeringskansliet bereder frågan. Se avsnitt 9.4.

## 9.6 Politikens inriktning

Barnrättspolitikerna ska verka för att ett barnrättsperspektiv ska genomsyra politiken på alla områden inom statsbudgeten där barn är berörda, liksom alla verksamheter som berör barn. Barn lever i en verklighet som ständigt förändras och som också ställer beslutsfattarna inför nya frågor och utmaningar. Det finns många goda exempel på strategiskt utvecklingsarbete i form av utbildningar och informationsinsatser för att öka kunskapen om barnets rättigheter på kommunal, landstings- och myndighetsnivå. Barnombudsmannens kartläggningar liksom andra uppföljningar visar dock att kunskapen om hur konventionen ska tillämpas behöver utvecklas. Regeringens barnrättspolitik ska uppmuntra, uppmärksamma och vid behov stödja de initiativ och processer som på bästa sätt stärker denna utveckling med barnets rättigheter som grund.

För att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen vill regeringen inför de närmaste årens arbete särskilt prioritera följande områden:

- ett förstärkt strategiskt arbete för att genomföra barnkonventionen, innefattande förstärkt uppföljning, samordning och kompetensutveckling i syfte att förbättra tillämpningen av barnkonventionen,
- stöd i föräldraskapet, innefattande generella stöd- och utbildningsinsatser för föräldrar med barn i olika åldrar och med olika förutsättningar och behov,
- bekämpandet av våld mot barn, innefattande åtgärder för att bekämpa alla former av våld mot barn, samt
- främjandet av barns psykiska hälsa, innefattande åtgärder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga.

### 9.6.1 Ett förstärkt strategiskt arbete

Regeringen presenterade 2008 i skrivelsen Barnpolitiken – en politik för barnets rättigheter (skr. 2007/08:111) en plan för uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen i Sverige. Som en följd av detta har regeringen förtydligat Barnombudsmannens ansvar för uppföljning och utvärdering, eftersom denna verksamhet är en viktig utgångspunkt för såväl Barnombudsmannens uppdrag att företräda

barnets rättigheter och intressen som för att driva på genomförandet av barnkonventionen. Regeringen har också givit Barnombudsmannen i uppdrag att ta fram förslag på hur det strategiska arbetet ska följas upp utifrån ovan nämnda skrivelse. Barnombudsmannens förslag kommer att ingå som ett underlag för regeringens fortsatta utveckling av uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen i Sverige.

En central uppgift för barnrättspolitikerna är att ge en helhetsbild av barns levnadsvillkor och följa hur insatser på olika områden tillsammans påverkar utvecklingen av dessa villkor. Regeringen bedömer att det finns ett behov av att utveckla indikatorer och statistisk information för uppföljning av barnrättspolitikerna. Regeringen planerar därför att ta fram indikatorer och statistik för att bättre kunna följa upp måloppfyllelsen samt öka kunskapen om tillämpningen av barnkonventionen på nationell, regional och kommunal nivå. I detta arbete ingår också att identifiera kunskapsluckor inom ett antal områden för att möjliggöra jämförelser mellan kommuner och mellan landsting. Det förslag till uppföljningssystem som presenterades i departementspromemorian Ett uppföljningssystem för barnpolitiken (Ds 2007:9) bör utgöra ett viktigt underlag i det fortsatta arbetet.

### 9.6.2 Stöd i föräldraskapet

Varje barn har rätt till omvårdnad och omsorg och att i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar få växa upp under goda och trygga förhållanden. Föräldrarna är i regel de viktigaste personerna i barnets liv, och har huvudansvaret för barnets omvårdnad, uppfostran och utveckling. Samhällets uppgift är att garantera, stödja och vid behov komplettera föräldrarnas insatser så att barnets rättigheter och intressen tas tillvara under barnets hela uppväxt. Regeringen har därför lagt fram en nationell strategi för en kvalitetshöjande kompetensuppbyggnad och utveckling av samhällets stöd och hjälp till föräldrar. Statens folkhälsoinstitut har härvid fått en viktig roll i att följa och samordna utvecklingen i kommuner och landsting med nära anknytning till forskningen inom området.

I olika situationer, exempelvis vid konflikter med barnet eller om barnet utsätts för mobbing, kan föräldrar behöva snabb rådgivning och hjälp. Regeringens bidrag till BRIS för att skapa

en interaktiv webbplats för att ge råd och stöd till föräldrar är en åtgärd i detta sammanhang. Vidare avser regeringen att ge lämplig aktör i uppdrag att ta fram information för föräldrar och blivande föräldrar om barnets rättigheter, samt information om det s.k. agaförbudet. Informationen ska också göras tillgänglig på andra språk.

### 9.6.3 Bekämpandet av våld mot barn

Barn har rätt till skydd mot alla former av fysiskt och psykiskt våld – såväl inom som utanför familjen. Staten har ett ansvar för att garantera denna rättighet för varje flicka och pojke som lever i vårt land. Trots många olika åtgärder och verksamheter för att motverka våld mot barn utsätts barn dagligen för våld i olika sammanhang – i hemmet, i skolan, på gatan och på andra platser. Den senaste nationella kartläggningen av våld mot barn som genomfördes 2006 bekräftade att vissa bakgrundsfaktorer, exempelvis svag familjeekonomi, ökar risken för barn att utsättas för kroppslig bestraffning. Kartläggningen visar också att barn med funktionsnedsättning löper ökad risk. Regeringen kommer att ta fram ett underlag som ger en samlad bild av regeringens insatser för att bekämpa våld mot barn i olika sammanhang. Regeringen avser därefter att återkomma i frågan om hur det fortsatta arbetet på området ska bedrivas.

Regeringen har sedan införandet av det s.k. agaförbudet 1979 vid olika tillfällen beviljat medel för att låta undersöka barns och vuxnas erfarenheter av och attityder till kroppslig bestraffning av barn. Undersökningar där barn tillfrågats om aga i hemmen saknas före 1994. Därefter visar undersökningar att antalet skolbarn som anger att de blivit slagna minskat från 35 procent till 13–14 procent. Utifrån föräldraintervjuer som gjorts 1980, 2000 och 2006 kan man konstatera att kroppslig bestraffning av grövre art, att slå med knytnävar eller något föremål, har minskat väsentligt. Få vuxna är positiva till kroppslig bestraffning och det har skett en kraftig och kontinuerlig minskning avseende såväl positiva attityder till våld mot barn som förekomsten av kroppslig bestraffning under lång tid.

Den senaste undersökningen genomfördes 2006 av Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstads universitet i samarbete med Statistiska

Centralbyrån. När det gäller fysiskt våld framkommer dock en bild som tyder på att förekomsten av kroppslig bestraffning inte längre fortsätter att minska. I vissa avseenden finns en rapporterad ökning jämfört med undersökningarna 2000. Detta gäller såväl andelen föräldrar som knuffat, huggit tag i eller ruskat om sitt barn som andelen föräldrar som slagit sitt barn. Regeringen har för avsikt att följa upp med ytterligare en kartläggning samt kunskapshöjande insatser under 2010 och 2011.

Regeringen har nyligen beviljat ytterligare medel till Karolinska universitetssjukhuset för år två av pilotprojektet Mental vaccination. Syftet med projektet är att förebygga våld mot spädbarn.

#### *Säkrare Internet för barn och unga*

Barns och ungdomars trygghet är en viktig fråga för regeringen. Ett sätt att skydda barn och unga i de digitala och interaktiva medierna är att ge en förbättrad och riktad information till såväl barn som vuxna kring dessa medier. En ökad medvetenhet hjälper barn och unga att undvika risker och fallgropar och ger dem de fördelar som de digitala och interaktiva medierna erbjuder. Regeringen anser att det är angeläget att ha en fortsatt dialog med berörda aktörer.

### **9.6.4 Främjandet av barns psykiska hälsa**

Förutsättningarna för en god hälsa grundläggs tidigt i barndomen, och det är därför viktigt att så tidigt som möjligt identifiera och hantera psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. I det sammanhanget vill regeringen också betona vikten av en väl fungerande första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar som lider av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom samt satsningen på en förstärkt vårdgaranti inom barn och ungdomspsykiatri. Under 2009 har också regeringen avsatt cirka 270 miljoner kronor för insatser som syftar till att stärka barns och ungdomars psykiska hälsa. Regeringen fortsätter sin satsning på barn och ungdomar med psykisk ohälsa, bl.a. genom att främja samarbetet mellan landsting och kommuner i första linjens vård och omsorg (se avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik). Regeringen har i skrivelsen En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185) till riksdagen redogjort för vilka initiativ som tagits

och som kommer att tas i syfte att stärka barns hälsa.

### **9.6.5 Internationellt samarbete**

Det är också viktigt med ett internationellt samarbete och engagemang kring barnrättsfrågorna. Under det svenska ordförandeskapet i Europarådets ministerkommitté var en av de svenska prioriteringarna att stärka arbetet för barnets rättigheter. Den Europarådsstrategi för barnets rättigheter, som regeringen tog initiativ till under 2008, ska gälla mellan 2009 och 2011. Den är en viktig utgångspunkt för det kommande samarbetet kring barnrättsfrågor i samband med att Sverige innehar ordförandeskapet i EU:s ministerråd under andra halvåret 2009. Sverige kommer i samband med detta att anordna ett möte med fokus på barnets rättigheter och intressen, inom ramen för den informella grupp för barnfrågor inom Europa som har etablerats mellan medlemsstaterna. Vidare kommer Sverige att implementera de EU-gemensamma riktlinjerna om barnets rättigheter samt barns situation i väpnade konflikter under det svenska ordförandeskapet.

### **9.6.6 Det nationella samarbetet kring barnets rättigheter**

I slutet av 2007 lämnade regeringen Sveriges fjärde rapport om genomförandet av barnkonventionen till FN:s barnrättskommitté. Rapporten har innevarande år granskats av barnrättskommittén. Kommittén har i vissa delar berömt Sverige för arbetet med barnkonventionen, men är också kritisk inom vissa områden. Regeringen kommer att inleda en dialog med berörda parter kring dessa frågor. Bland annat kommer frågan om barnkonventionen i förhållande till svensk lagstiftning och praxis att diskuteras.

## 9.7 Budgetförslag

### 9.7.1 7:1 Barnombudsmannen

**Tabell 9.3 Anslagsutveckling 7:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

År	Slagslag	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008	Utfall	17 648	-360	
2009	Anslag	17 586 <sup>1</sup>		16 681
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>18 242</b>		
2011	Beräknat	18 417 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	18 518 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusiv tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 18 242 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 18 242 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för Barnombudsmannens förvaltningskostnader. Barnombudsmannen ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen samt driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i samhället. Barnombudsmannen ska särskilt uppmärksamma att lagar och författningar samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och vid behov föreslå författningsändringar.

### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 9.4 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt-kostnad)
Utfall 2008 (varav tjänsteexport)	3 197	3 197	0
Prognos 2009 (varav tjänsteexport)	3 300	3 300	0
Budget 2010 (varav tjänsteexport)	3 400	3 400	0

Avgiftsintäkterna omfattar ett internationellt projekt om barns rättigheter.

Barnombudsmannen får disponera intäkterna.

### Regeringens överväganden

Barnombudsmannen har ett brett uppdrag att företräda barnets rättigheter och intressen, driva på genomförandet av barnkonventionen och bevaka efterlevnaden av konventionen. En sammanfattande bedömning av Barnombudsmannens verksamhet för 2008 är att mål och återrappor-

teringskrav i regleringsbrevet i allt väsentligt är uppfyllda.

Regeringen konstaterar i skrivelsen om politiken för barnets rättigheter (skr. 2007/08:111) att uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen behöver förbättras och förstärkas. Från och med 2009 har Barnombudsmannens uppföljnings- och utvärderingsansvar förtydligats i instruktionen för myndigheten. Regeringen har också givit Barnombudsmannen i uppdrag att ta fram förslag till hur det strategiska arbetet ska följas upp utifrån regeringens skrivelse. Regeringen bedömer att detta gör Barnombudsmannen mer kraftfull som språkrör för barnets rättigheter och intressen och skapar förutsättningar för ett bättre genomslag av barnkonventionens tillämpning på kommunal och statlig nivå.

**Tabell 9.5 Härledning av anslagsnivå 2010–2012, för 7:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>17 586</b>	<b>17 586</b>	<b>17 586</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	656	831	932
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>18 242</b>	<b>18 417</b>	<b>18 518</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisad medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 242 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Barnombudsmannen* för 2010. För 2011 beräknas anslaget till 18 417 000 kronor och för 2012 beräknas anslaget till 18 518 000 kronor.

## 9.7.2 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

**Tabell 9.6 Anslagsutveckling 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

2008	Utfall	11 685	Anslags-sparande	208
2009	Anslag	11 701 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	11 627
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>14 593</b>		
2011	Beräknat	14 691 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	14 767 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 14 593 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 14 593 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslaget används för förvaltningskostnader för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Anslaget används även för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och till de adopterades organisationer. MIA ansvarar för vissa frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner. MIA är centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

### Regeringens överväganden

MIA arbetar aktivt med tillsyn över och uppföljning av de auktoriserade adoptionssammanslutningarna, följer upp kostnadsutvecklingen och adoptionsverksamheten i olika ursprungsländer samt utbildar olika yrkeskategorier i Sverige och bedriver informationsverksamhet. En sammantagen bedömning av myndighetens verksamhet är att mål och återrapporteringskrav i regleringsbrevet i allt väsentligt är uppfyllda utifrån de resurser myndigheten har disponerat.

Regeringen bedömer att MIA:s tillsynsverksamhet behöver utökas med hänsyn till att förutsättningarna inom adoptionsverksamheten förändras. Nya ursprungsländer tillkommer i samband med att adoptionsverksamheten minskar i redan befintliga adoptionsländer. Utvecklingen i utlandet blir alltmer komplicerad, vilket påverkar behovet av tillsynsresor och underlag för auktorisationsbeslut hos MIA. Regeringen anser vidare att MIA bör ha möjlighet att utveckla stö-

det till adopterade som söker information om sin bakgrund och om förhållandena i ursprungsländerna samt för förbättrad information och utbildningsinsatser till socialsekreterare och andra yrkesverksamma som arbetar med adoptionsfrågor.

**Tabell 9.7 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>11 701</b>	<b>11 701</b>	<b>11 701</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	392	473	536
Beslut	2 500	2 517	2 530
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>14 593</b>	<b>14 691</b>	<b>14 767</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2009 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 14 593 000 kronor anvisas under anslaget för 7:2 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2010. För 2011 beräknas anslaget till 14 691 000 kronor och för 2012 beräknas anslaget till 14 767 000 kronor.

## 9.7.3 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige<sup>15</sup>

**Tabell 9.8 Anslagsutveckling 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

2008	Utfall	9 178	Anslags-sparande	7
2009	Anslag	11 961 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	11 672
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>16 461</b>		
2011	Beräknat	13 961		
2012	Beräknat	13 961		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>15</sup> "Konventionen om barnets rättigheter" är det officiella namnet på vad som i olika sammanhang benämns som "FN:s konvention om barnets rättigheter."

Anslaget används för insatser för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen. Det handlar om utbildning, informationsspridning, kunskapsinsamling och metodutveckling samt uppföljningar och utvärderingar av genomförda insatser på området. Vidare används anslaget för insatser som främjar och skyddar barnets rättigheter inom olika områden.

Regeringen bedömer att det finns behov av att öka kunskapen om tillämpningen av barnkonventionen på nationell, regional och kommunal nivå och avser att ta initiativ till att utveckla indikatorer och statistisk information för uppföljning av barnrättspolitiken. Bl.a. avser regeringen att under 2009 lämna ett uppdrag till SCB om att följa utvecklingen av vårdnadsbidraget. För sådana insatser föreslår regeringen i tilläggsbudget (prop. 2008/09:99) att anslaget ökas med 3 000 000 kronor för innevarande år.

### Regeringens överväganden

Regeringen har i mars 2008, i skrivelsen Barnpolitiken – en politik för barnets rättigheter (skr. 2007/08:111) redogjort för inriktning och prioriteringar under de kommande åren för barnrättspolitiken. I skrivelsen presenterar regeringen fyra särskilt prioriterade områden där regeringen avser att genomföra insatser för att stärka barnets rättigheter och intressen (se avsnitt 9.4).

Regeringen bedömer att uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen behöver förbättras och utvecklas. Genom förbättrad uppföljning och utvärdering kan brister i

hur barnets rättigheter säkerställs synliggöras och de insatser som behövs för att stärka genomförandet av barnkonventionen kan identifieras. Som ett led i regeringens arbete för att stärka barns skydd mot alla former av våld avser regeringen vidare att skapa förutsättningar för att flera aktörer ska kunna bidra till arbetet som syftar till att bekämpa våld mot barn.

**Tabell 9.9 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>8 961</b>	<b>8 961</b>	<b>8 961</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	7 500	5 000	5 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>16 461</b>	<b>13 961</b>	<b>13 961</b>

<sup>1</sup> Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2008 (bet. 2008/09:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 16 461 000 kronor anvisas under anslaget 7:3 *Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige* för 2010. För 2011 och 2012 beräknas anslaget till 13 961 000 kronor för respektive år.





# 10 Forskning under utgiftsområde 16

## Utbildning och universitetsforskning

### 10.1 Resultatredovisning

Inom området verkar myndigheten Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS. Den forskning som FAS stödjer har myndigheten valt att dela in i sex huvudområden; arbete och hälsa, arbetsorganisation, arbetsmarknad, folkhälsa, välfärd och omsorg samt sociala relationer. Under 2008 fördelade FAS ca 399 miljoner kronor i forskningsstöd. Dessa medel ska fördelas utifrån urvalskriteriet vetenskaplig kvalitet, men rådet ska även beakta samhällsrelevans inom dess ansvarsområden.

FAS har ett relativt högt söktryck och beviljningsgraden har under 2008 varierat mellan åtta och 15 procent, beroende på huvudområde. Manliga sökanden svarar för drygt 50 procent av inkomna projektansökningar och har en något högre beviljningsgrad, 54 procent, jämfört med kvinnliga sökanden. Skillnader i beviljningsgrad mellan män och kvinnor varierar relativt stort mellan olika huvudområden. FAS har en jämställdhetskommitté med uppdrag att särskilt uppmärksamma genus- och jämställdhetsfrågor.

FAS har särskilda medel för forskning om äldre och åldrande om 35 miljoner kronor årligen. FAS har även sedan 2008 ett uppdrag att stödja forskning om kvinnors hälsa genom ett särskilt forskningsprogram. Under 2008 fördelade FAS sammanlagt 88 miljoner kronor för en fyraårsperiod till projekt, forskarnätverk och gästforskare för detta ändamål.

Med anledning av den i den forsknings- och innovationspolitiska propositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50) aviserade förstärkningen av FAS verksamhet har rådet tilldelats ökade anslagsmedel för forskning för perioden 2009-2012, bland annat för att stärka forskningen inom arbetslivsområdet. Satsningen på arbetslivsforskningen ska bland annat ge FAS möjlighet och ansvar för att fylla en sammanhållande roll för svensk arbetslivsforskning, och för att utveckla och stärka forskningsområden som ledarskap samt arbetsorganisation i relation till företagets effektivitet. Därtill ska ökade finansiella resurser läggas på forskning om alkohol, narkotika och tobak. FAS har även uppdragits att använda delar av sitt ökade forskningsanslag för att bygga upp ett tvärvetenskapligt forskningsprogram på det multidisciplinära kunskapsområdet företagshälsovård.

FAS samverkar aktivt med de övriga tre statliga forskningsfinansiärerna, bland annat bedriver man gemensamt utvecklings- och analysarbete i skilda frågor. Med Vinnova har FAS ett regelbundet samarbete inom arbetslivsforskningens område. FAS och Vetenskapsrådet samverkar i den särskilda satsningen på kvinnors hälsa.

FAS har under året arbetat för att främja det internationella arbetet främst genom deltagande i EU:s ramprogram för forskning och utveckling och aktiviteter inom ramen för European Science Foundation.

FAS arbetar aktivt med olika former av forskningskommunikation för att sprida resultat av den forskning man finansierar till relevanta grupper och aktörer i samhället. Under året har FAS bland annat genomfört ett flertal konferenser i samarbete med andra myndigheter och aktörer, som ett led i rådets arbete med att främja dialogen mellan forskare och praktiker. Under 2008 har FAS även gett ut två kunskapsöversikter i rådets populärvetenskapliga pocketserie.

## 10.2 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar vad gäller FAS årsredovisning för 2008.

## 10.3 Budgetförslag

### 10.3.1 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

**Tabell 10.1 Anslagsutveckling 8:1 Forskningsrådet för arbetslivet och socialvetenskap: Förvaltning**

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2008		24 809		0
2009	Anslag	24 260 <sup>1</sup>		23 674
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>25 175</b>		
2011	Beräknat	25 381 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	25 516 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt tillägsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tillägsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 25 175 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 25 175 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslagets ändamål är att finansiera förvaltningskostnader för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

## Regeringens överväganden

Regeringen anser att FAS fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret och att rådet uppfyllt de mål som finns för myndigheten. På grund av kommande pensionsavgångar är nyrekryteringar att vänta i framtiden. Det är viktigt att FAS noga planerar för dessa så att viktig kompetens och erfarenhet tas tillvara.

Anslaget har för perioden 2010-2012 beräknats enligt följande.

**Tabell 10.2 Härledning av anslagsnivån 2010-2012, för 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning**

Tusental kronor

	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>24 260</b>	<b>24 260</b>	<b>24 260</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	915	1 121	1 256
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>25 175</b>	<b>25 381</b>	<b>25 516</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 25 175 000 kronor anvisas år 2010 under anslaget 8:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*. För åren 2011 och 2012 beräknas anslaget till 25 381 000 kronor respektive 25 516 000 kronor.

### 10.3.2 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

**Tabell 10.3 Anslagsutveckling 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning**

Tusental kronor

År	Utfall	345 036	Anslags-sparande	-104
2008	Utfall	345 036	Anslags-sparande	-104
2009	Anslag	392 275 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	382 702
<b>2010</b>	<b>Förslag</b>	<b>392 900</b>		
2011	Beräknat	398 524 <sup>2</sup>		
2012	Beräknat	411 420 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2009 (prop. 2008/09:49, bet. 2008/09:FiU14, prop. 2008/09:97, bet. 2008/09:FiU18, prop. 2008/09:99, bet. 2008/09:FiU21, prop. 2008/09:124, bet. 2008/09:FiU40) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 392 900 tkr i 2010 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 403 270 tkr i 2010 års prisnivå.

Anslagets ändamål är att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

Med anledning av regeringens strategiska satsning på vårdvetenskap ökar anslaget 3:1 *Vetenskapsrådet: Forskning och forskningsin-formation*, under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning med 20 miljoner kronor från och med 2010. Anslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg minskas med motsvarande belopp.

#### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Den forskningsverksamhet som FAS finansierar ges i form av fleråriga stödformer. Det innebär att myndigheten behöver göra åtaganden för en längre period än kommande budgetår. Rådets bemyndigande syftar till att möjliggöra sådana satsningar. Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att under 2010 för ramanslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 758 000 000 kronor efter 2010.

**Tabell 10.4 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2008	Prognos 2009	Förslag 2010	Beräknat 2011	Beräknat 2012–
Ingående åtaganden		616 000	758 000	758 000	400 000
Nya åtaganden		523 000	400 000	0	0
Infriade åtaganden		381 000	400 000	358 000	400 000
Utestående åtaganden		758 000	758 000	400 000	0
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>		<b>758 000</b>	<b>758 000</b>		

## Regeringens överväganden

FAS är ett sektorsforskningsråd som tillkommit för att möta de särskilda kunskapsbehov som finns inom välfärds- och arbetslivsområdena. Rådet ska fördela forskningsmedel inom sina områden med utgångspunkt i vetenskaplig kvalitet men även beakta samhällsrelevansen. Rådet ska även göra strategiska satsningar inom områden där särskilda behov föreligger. Regeringen ser positivt på den samverkan FAS har med andra aktörer samt den ökande aktiviteten på det internationella området.

År 2010 får FAS disponera en anslagspost på anslag 3:1 *Särskilda jämställdhetsåtgärder*, under utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet, om 30 000 000 kronor för forskning om kvinnors hälsa. Till anslagsposten har knutits ett bemyndigande som möjliggör beslut om stöd till forskning som innebär utgifter efter budgetårets utgång. Rådet får även rekvirera 30 000 000 kronor för forskning om äldre och åldrande från anslag 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*, under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Dessutom utbetalas 5 000 000 kronor till området från samma anslag. Beslut om stöd till forskning som innebär utgifter efter budgetårets utgång ingås med stöd av bemyndigandet till anslag 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*.

Anslaget har för perioden 2010-2012 beräknats enligt följande.

**Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2010–2012, för 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning**

Tusental kronor			
	2010	2011	2012
<b>Anvisat 2009<sup>1</sup></b>	<b>392 275</b>	<b>392 275</b>	<b>392 275</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	6 080	11 782	14 130
Beslut	-5 455	-5 533	5 015
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>392 900</b>	<b>398 524</b>	<b>411 420</b>

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 392 900 000 kronor anvisas år 2010 under anslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*. För åren 2011 och 2012 beräknas anslaget till 398 524 000 kronor respektive 411 420 000 kronor.