

Sveriges strategirapport för social trygghet och social delaktighet

2008 – 2010



REGERINGSKANSLIET

Den här publikationen kan beställas från
Socialdepartementet på regeringens webbplats
www.regeringen.se, avdelningen Publikationer,
per telefon 08-405 10 00 eller brev till Social-
departementet, 103 33 Stockholm.

Artikelnummer S2008.028

Sveriges strategirapport
för social trygghet
och social delaktighet

2008 – 2010

Innehåll

1. Gemensam strategi för social trygghet och social delaktighet.....	3
1.1 Utvärdering av den sociala situationen	4
1.2 Strategisk ansats och övergripande målsättningar	8
1.3 Övergripande budskap.....	11
2. Nationell handlingsplan för social delaktighet 2008–2010	13
2.1 Uppföljning av nationell handlingsplan 2006–2008	14
2.2 Prioriterade målsättningar för perioden 2008–2010.....	19
2.3 Öka äldres möjlighet till social delaktighet	19
2.4 Minska utanförskapet bland unga	21
2.5 Minska frånvaro från arbetslivet på grund av ohälsa.....	24
2.6 Fortsätta stärka grupper i särskilt utsatta situationer	26
2.7 Bättre styrning	28
3. Nationell strategi för pensioner.....	33
3.1 Svenska pensioner	34
3.2 Rimliga och hållbara pensioner i ett moderniserat system	36
3.3 Rimliga pensioner	39
3.4 Finansiell hållbarhet.....	43
3.5 Aktuell utveckling.....	45
4. Nationell strategi för hälso- och sjukvård samt äldreomsorg	49
4.1 Inledning	50
4.2 Hälso- och sjukvård	50
4.3 Äldreomsorg.....	56
Bilaga 1. Hälso- och sjukvård – kompletterande bakgrund	64
Bilaga 2. Indikatorer för social delaktighet, hälso- och sjukvård samt äldreomsorg	66
Bilaga 3. Bidrag från Nätverket mot socialt utanförskap	83

1

Gemensam strategi
för social trygghet
och social delaktighet

Inom ramen för den öppna samordningsmetoden samarbetar EU:s medlemsländer sedan år 2000 kring frågor om att bekämpa fattigdom och social utestängning, verka för hållbara och rimliga pensioner samt en hållbar och tillgänglig hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Av slutsatserna från Europeiska rådets möte i Lissabon framgår att modernisering och förbättring av den sociala tryggheten är ett viktigt steg för att kunna uppnå de övergripande Lissabonmålsättningarna.

Kommissionen presenterade 2003 ett förslag som syftade till att strömlinjeforma samarbetet på det sociala området. Förslaget innebär att de tre ovan nämnda arbetsområdena slås samman, samtidigt som de specifika aspekterna för varje område får utvecklas ytterligare. Enligt det nya förslaget ska en gemensam strategirapport utarbetas på det sociala området istället för som tidigare olika rapporter. Den förevarande rapporten ger möjlighet att ta ett helhetsgrepp och se hela socialpolitiken samlat. Den nya modellen för samarbete innebär att rapporteringen förenklas och att mer kraft läggs på utbyte av erfarenheter, vilket är själva grunden för samarbetet inom ramen för den öppna samordningsmetoden.

Nya gemensamma mål har antagits för arbetet. Dessa bygger vidare på de tidigare mål som fastställdes i Nice och Laeken och utgör en grund för utarbetandet av nationella strategier för social trygghet och social sammanhållning. De övergripande målen för arbetet är att:

- a) Främja social sammanhållning och lika möjligheter för alla genom tillräckliga, tillgängliga och finansiellt hållbara, anpassningsbara och verkningsfulla sociala trygghetssystem och politiska riktlinjer för social sammanhållning
- b) Främja effektivt och ömsesidigt samspel mellan Lissabonstrategins målsättningar om ökad ekonomisk tillväxt, fler och bättre arbetstillfällen och ökad so-

cial delaktighet och med EU:s strategi för hållbar utveckling

- c) Stärka styrelseformerna och öppenheten samt uppmuntra de berörda parterna att delta i utformningen, genomförandet och övervakningen av politiken.

Den nationella strategirapporten för social trygghet och social delaktighet är den andra i sitt slag och kommer att omfatta en tvåårsperiod. Socialdepartementet har haft ansvaret för utarbetandet av rapporten. Dispositionen utgår från de riktlinjer som fastställts av Kommittén för social trygghet. Inför arbetet med rapporten konstaterades att förutsättningarna för de olika delområdena skiljer sig åt och detta är något som återspeglas i riktlinjerna för rapporten.

Arbetet med strategirapporten startade med ett informations- och samrådsmöte med företrädare för ideella organisationer, myndigheter och arbetsmarknadens parter. Mötet var mycket värdefullt och gav upphov till flera goda idéer som tagits till vara i arbetet med rapporten.

1.1 Utvärdering av den sociala situationen

Under 2007 mattades tillväxten i den svenska ekonomin, bl.a. till följd av en svagare internationell utveckling. Under 2008 och 2009 väntas BNP-tillväxten uppgå till omkring 2 procent per år, vilket kan beskrivas som en mild konjunkturavmattning. De offentliga finanserna är dock fortsatt starka.

Under 2007 ökade sysselsättningen med 2,4 procent. Sysselsättningstillväxten var särskilt stark i grupper med svag ställning på arbetsmarknaden, t.ex. ökade antalet sysselsatta ungdomar med 8,8 procent och antalet sysselsatta utrikes födda med 6,2 procent. Den kraftiga sysselsättningstillväxten var en följd av högkonjunkturen men indikerar även att regeringens politik varit framgångsrik.

Efter den starka utvecklingen på arbetsmarknaden 2007 väntas en lugnare utveckling framöver. De reformer som regeringen har genomfört i form av bl.a. sänkt inkomstskatt och sänkta ersättningsnivåer i arbetslöshetsersättningen bedöms bidra positivt till sysselsättningsökningen under hela perioden 2007–2011. Även Nystartsjobben bidrar positivt till sysselsättningstillväxten.¹ Sammantaget väntas sysselsättningen öka med 49 000 personer under perioden 2008–2009.

Under många år har sjukfrånvaron samvarierat med sysselsättningstillväxten. Trots att sysselsättningsgraden nu har ökat under två år har sjukfrånvaron fortsatt att minska. De av regeringen genomförda förändringarna av

sjukförsäkringen i kombination med Försäkringskassans striktare rutiner bedöms ha haft en dämpande effekt på sjukfrånvaron.

Minska utanförskapet

Att minska utanförskapet och få fler i arbete är avgörande för att nå en hög välfärd och är därmed regeringens övergripande samt viktigaste mål. Det preliminära utfallet för 2007 visar att personer (mätt som helårsekivalenser) som får sin försörjning från system som rör ohälsa, arbetslöshet eller försörjningsstöd minskade med hela 121 000 personer. Trots den starka utvecklingen bedömer regeringen att det krävs fortsatta insatser för att varaktigt höja sys-

TABELL 1. EU:S SYSSELSÄTTNINGSMÅL OCH SVERIGES RESULTAT 2007 (PROCENT)

	Totalt	Män	Kvinnor	Äldre (55–64 år)
Sysselsättningsgrad, 15–64 år	74,2	76,5	70,2	70,0
EU:s mål 2010	70,0		60,0	50,0

Källa: Eurostat.

TABELL 2. NATIONELL SYSSELSÄTTNING OCH ARBETSLÖSHET 2007 (PROCENT)

	Totalt	Män	Kvinnor	Ungdomar (15–24 år)		
				Totalt	Män	Kvinnor
Sysselsättningsgrad 15–74 år	66,7	69,5	63,0	41,9	41,6	42,2
Arbetslöshet, 15–74 år	6,1	5,9	6,5	19,2	18,7	19,8
Arbetslöshet, 16–64 år (tidigare definition) ²	4,6	4,6	4,7	11,7	11,9	11,4

Källa: SCB.

¹ Nystartsjobben reducerar arbetskraftskostnaden via en kreditering på arbetsgivarens konto. Nystartsjobben riktas till personer som uppburit arbetslöshetsersättning, sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd i mer än ett år.

² I den tidigare definitionen av arbetslöshet ingår enbart de *öppet arbetslösa* och inte de *heltidsstuderande som söker arbete*. Åldersgruppen är 16–64 år.

selsättningen och minska utanförskapet. Reformstrategin för fler i arbete och minskat utanförskap vilar på tre ben:

- Bättre drivkrafter för arbete
- Enklare och mindre kostsamt att anställa
- Enklare och mer lönsamt att starta och bedriva företag.

Regeringen ser särskilt allvarligt på att vissa grupper i befolkningen i högre utsträckning än andra befinner sig i utanförskap. Regeringens politik syftar därför till att öka sysselsättningen i synnerhet bland dessa grupper med en svag ställning på arbetsmarknaden, t.ex. ungdomar, äldre, utrikes födda och deltidsarbetande kvinnor.

För att finansiera framtidens välfärd är det nödvändigt att fler får arbete och att antalet arbetade timmar ökar. En hög sysselsättningsgrad är en förutsättning för en hög tillväxt och en generös välfärdspolitik. Med arbete och egen försörjning ökar den enskildes trygghet och frihet. Utmaningen inför framtiden är att skapa förutsättningar som gör att människor vill och har möjlighet att arbeta. Arbetslinjen är därför en överordnad princip i regeringens ekonomiska politik.

Alltför många människor lämnar arbetslivet i förtid på grund av sjukdom. Under de senaste åren har olika åtgärder vidtagits för att minska sjukfrånvaron. I februari 2008 hade antalet utbetalda sjukpenningdagar minskat med 50 procent jämfört med år 2002, antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning har sjunkit något men är fortsatt högt. Regeringen har satt igång ett brett reformeringsarbete inom sjukförsäkringen så att den ger ökade drivkrafter och möjligheter för återgång i arbete.

Fler äldre och fler barn

Varje år får fler och fler svenskar möjlighet att uppleva sin hundraårsdag. År 2007 fanns det 1 458 personer, 1 188 kvinnor och 225 män, som var minst 100 år. År 2007 var medel-

livslängden för kvinnor 82,9 år och för män 78,9 år (SCB). Medellivslängden kommer att fortsätta öka och ökningen kommer att vara större för män än för kvinnor. Det betyder att år 2020 kommer Sverige ha en större andel äldre i befolkningen, och skillnaden i medellivslängden mellan könen kommer att vara mindre. De äldre är i de flesta fall friska allt längre. Det är en fantastisk utveckling, men det finns fortfarande problem. Många äldre kvinnor och män har knappa ekonomiska resurser och fortfarande är inte omsorgen om alla äldre tillräckligt bra. Många anhöriga, inte minst kvinnor, bär ett stort ansvar för sina närstående. Om tio till femton år kommer därutöver antalet äldre över 80 år och behoven av äldreomsorg att öka än mer. Dessutom kommer behoven att se väldigt olika ut – allt ifrån friska äldre som bara behöver lite extra hjälp i hemmet, till äldre med omfattande hjälpbehov.

Regeringen bedömer att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kvinnor och män behöver höjas. Det förebyggande arbetet, det medicinska omhändertagandet och det sociala innehållet behöver förbättras. Regeringens långsiktiga äldrepolitik bygger på att äldre och deras anhöriga ska kunna känna trygghet, att den vård och omsorg som ges ska motsvara rimliga krav på kvalitet och värdighet samt att den enskildes valmöjligheter ökas. Den långsiktiga utvecklingen av kvalitet ska stödjas genom bland annat systematisk användning av öppna jämförelser mellan vårdgivare och genom utveckling och användning av relevanta indikatorer inom området.

Barnafödandet påverkar befolkningsutvecklingen och är därmed central för tillväxten i framtiden. Under 1990-talet sjönk antalet födda barn i Sverige. År 1999 vände nedgången och antalet födda har sedan dess stigit varje år. År 2007 föddes i genomsnitt 1,88 barn per kvinna. Prognosen för den summerade fruktsamheten år 2008 är 1,90 barn per kvinna.

Fattigdomsutvecklingen

Begreppet fattigdom är mångfacetterat och svårdefinierat. Det kan till exempel gälla tillgången till materiella resurser för att uppfylla de mest grundläggande behoven för överlevnad. Som utvidgat begrepp kan det även innefatta immateriella tillgångar som exempelvis utbildning och socialt kapital. I detta avsnitt belyses enbart ekonomisk fattigdom.³

I EU-sammanhang definieras ”risk för fattigdom”, som andelen av befolkningen som har en disponibel inkomst som ligger under 60 procent av medianen i landet.⁴ Risk för fattigdomen, eller som det också benämns, relativ fattigdom, är ett mått på hur ojämnt inkomsterna är fördelade inom landet och beaktar alltså inte landets allmänna nivå. Däremot visar det vilka inkomster olika grupper har i förhållande till normalbefolkningen. Ett annat sätt att mäta fattigdomen är att utgå från en absolut inkomstgräns. Med ett sådant tröskelvärde sätts gränsen för fattigdom vid en beslutad inkomstnivå som kan anses vara ett minimum för att försörja en familj med mat, bostad, kläder, medicinska behov m.m.

I Sverige har den relativa fattigdomen utvecklats på ett annat sätt än den absoluta fattigdomen⁵. Från 1994 har den relativa fattigdomen ökat på grund av att inkomstskillnaderna har ökat, dvs. förvärvsinkomsterna har ökat i snabbare takt bland medel- och höginkomsttagare än bland låginkomsttagare. År 2006 var den relativa fattigdomen nästan 11 procent. Till skillnad från den relativa fattigdomen har andelen personer med inkomster under det absoluta fattigdomsstrecket minskat sedan mitten av

1990-talet och var 4,5 procent år 2006. Även andelen personer som mottar ekonomiskt bistånd har minskat med drygt 44 procent under de senaste tio åren och biståndstagandet är nu lägre än vad det var vid 90-talets ingång. Emellertid är det långvariga ekonomiska biståndstagande bland ungdomar i det närmaste oförändrat.

Såväl den relativa som den absoluta fattigdomen varierar i olika grupper i befolkningen. År 2006 var andelen fattiga ungefär tre gånger så stor bland utrikes födda som bland personer som var födda i Sverige och denna relation har varit konstant under 2000-talet. Detta gäller såväl den relativa som den absoluta fattigdomen. Men i takt med att arbetsmarknadssituationen förbättras för utrikes födda minskar även andelen fattiga. Även bland personer med funktionsnedsättningar återfinns stora grupper i en utsatt ekonomisk situation. Ett av skälen är att många aldrig haft möjlighet att komma in på arbetsmarknaden utan är hänvisade till ett livslångt beroende av de sociala trygghetsystemen.

I jämförelse med övriga EU-länder har Sverige en jämn inkomstfördelning. I Sverige har transfereringar en stor omfördelningseffekt framförallt därför att barnfamiljer får jämförelsevis höga ersättningar. År 2006 levde drygt 6 procent eller 130 000 av alla barn i Sverige i familjer vars disponibla inkomst låg under det absoluta fattigdomsstrecket vilket kan jämföras med 18 procent under mitten av 90-talet. Även andelen barn i hushåll som mottar ekonomiskt bistånd, som är ett annat mått på ekonomisk utsatthet, har minskat rejält. Endast 6 procent av alla barn bor i hushåll som tar emot ekonomiskt bistånd, vilket är

³ När man försöker belysa olika befolkningsgruppers ekonomiska situation har såväl inkomster som förmögenheter betydelse. I denna rapport finns dock bara inkomstmått varför vi får en ofullständig bild av den ekonomiska situationen. Det är t.ex. fullt möjligt att ha en låg inkomst och en hög förmögenhet, dvs. att en person blir klassificerad som ekonomiskt utsatt utan att egentligen vara det.

⁴ Begreppet ekvivalerad betyder att man i beräkningarna tar hänsyn till antalet hushållsmedlemmar samt de stordriftsfördelar som stora hushåll kan antas ha.

⁵ Framställningen bygger på SCB:s undersökningar om hushållens ekonomi. SCB:s ekvivalensskala har använts.

en halvering från början av 90-talet. Den relativa barnfattigdomen visar däremot på en annan utveckling. År 2006 bodde cirka 15 procent av alla barn i familjer som kan sägas vara relativt fattiga. Denna andel har ökat under de senaste decennierna.

Barns levnadsstandard varierar kraftigt beroende på vilken familjetyp de tillhör. Störst är fattigdomen bland barn vars båda föräldrar är utrikes födda. Bland dessa hushåll är cirka 20 procent fattiga enligt det absoluta fattigdomstrecket. Emellertid har fattigdomen bland barn med utrikes födda föräldrar halverats sedan början av år 2000. Barn i familjer med en ensamstående förälder har en avsevärt sämre ekonomisk situation än barn med föräldrar som bor tillsammans. Detta gäller oavsett om föräldern är inrikes eller utrikes född. För ensamstående personer med barn har den relativa fattigdomen ökat från 11 procent i början av 90-talet till över 20 procent år 2006.

Studier har visat att länder, såsom Sverige och de nordiska länderna, med en välutbyggd generell välfärd tenderar att ha lägre ekonomisk utsatthet. För dessa länder spelar de offentliga tjänsterna en viktig roll bakom den låga andelen ekonomiskt utsatta barn. Även kvinnlig förvärvsfrekvens i kombination med offentlig barnomsorg är en viktig förklaring till den relativt låga andelen ekonomiskt utsatta ensamförälderfamiljer.

Utvecklingen av ekonomisk utsatthet bland barn och ekonomiskt utsatta barns levnadsförhållanden påverkas av utvecklingen inom ett antal olika politikområden såsom integrationspolitik, arbetsmarknadspolitik, socialtjänstpolitik, familjepolitik och utbildningspolitik. För de mest utsatta grupperna, ensamstående mammor och familjer med utrikes födda föräldrar, handlar det således om en kombination av insatser inom flera politikområden.

1.2 Strategisk ansats och övergripande målsättningar

Den svenska sociala modellen kännetecknas av en generell välfärdspolitik och en aktiv arbetsmarknadspolitik. Den övergripande målsättningen för politiken under perioden 2008–2010 handlar om att skapa fler arbetstillfällen och minska utanförskapet. Fram till 2010 väntas utanförskapet minska med över 190 000 personer.

1.2.1 Den generella välfärden är grunden för social trygghet och social delaktighet

Mål: Främja social sammanhållning och lika möjligheter för alla genom tillräckliga, tillgängliga och finansiellt hållbara, anpassningsbara och verkningsfulla sociala trygghetssystem och politiska riktlinjer för social sammanhållning

Det svenska välfärdssystemet omfattar allmän hälso- och sjukvård och social omsorg, socialförsäkringar som ger ekonomisk trygghet vid sjukdom, handikapp, ålderdom och till barnfamiljer samt ett grundläggande kompletterande skydd i form av ekonomisk bistånd.

Det svenska välfärdssystemet är generellt och omfattar hela befolkningen. Det finansieras via obligatoriska avgifter och skatter. Detta innebär att alla är med och betalar till välfärden och att alla får del av den, inte bara de som har störst behov. Ett generellt system har stora omfördelade inslag som utjämnar ekonomiska resurser och levnadsförhållanden. Det omfördelar dels mellan olika grupper i samhället, dels bidrar det till att jämna ut individernas inkomster mellan olika skeden i livet. Den generella välfärden rymmer självklart också stöd till de mest utsatta grupperna i samhället. Sådana kompletterande stöd måste även fortsättningsvis vara starka.

Arbetslinjen är en viktig princip i den generella väl-

färdspolitiken. Arbete är grunden för välfärd och ger även möjlighet till personlig och social utveckling liksom social delaktighet i samhället. Arbete eller utbildning är alltid att föredra framför bidrag. En lång period av arbetslöshet leder till utanförskap och bristande delaktighet i samhället. Grunden för regeringens arbetsmarknadspolitik är insatser för att främja arbets- och kompetenslinjen och att få en mer flexibel arbetsmarknad genom ökad anställningsbarhet hos dem som är utan arbete samt att skapa trygghet vid omställning. Det är en grundläggande rättvisefråga att både kvinnor och män ska ha samma möjligheter att delta i arbetslivet och att de ska delta på lika villkor. Enligt jämställdhetslagen ska arbetsgivaren underlätta för både kvinnliga och manliga arbetstagare att förena förvärvsarbete och föräldraskap.

En modern familjepolitik

Den generella välfärden syftar till att skapa lika möjlighet för alla och att skapa jämställdhet mellan män och kvinnor. Den svenska familjepolitiken bidrar till att ge föräldrar möjlighet att förena familjeliv och arbetsliv. Föräldraförsäkringen tillsammans med en barnomsorg som utgår från barnfamiljers olika önskemål och behov, ger både män och kvinnor möjlighet att förena familj och arbete. Detta bidrar till en ökad jämställdhet. Sverige har högt kvinnligt arbetskraftsdeltagande samtidigt som födelsetalen är relativt höga. Arbetskraftsdeltagandet bland kvinnor med små barn är också högre än i de flesta andra länder i Europa.

En stödjande familjepolitik som inkluderar ett barnperspektiv och en utvecklad jämställdhetspolitik är grundläggande faktorer som främjar familjers trygghet och välbefinnande såväl socialt som ekonomiskt. Detta tillsammans med hög sysselsättning skapar gynnsamma förutsättningar för ett ökat barnafödande. Genom att stöden till barnfamiljerna utformas med utgångspunkt i den så kallade arbetslinjen kommer merparten av barn-

familjernas inkomster från egna arbetsinkomster. Förutsättningarna att kunna försörja en familj är därför ytterst beroende av sysselsättningsutvecklingen. Föräldraförsäkringen täcker föräldrars inkomstbortfall när de är hemma med barn. Genom denna konstruktion bidrar föräldraförsäkringen till att förstärka normen att en fast inkomst förbättrar förutsättningarna för barnafödande.

Den svenska familjepolitiken ger i internationell jämförelse mycket omfattande stöd till barnfamiljer och har därmed effekt på de materiella förutsättningarna för att skaffa barn, både genom direkta bidrag och genom att underlätta för föräldrar att kombinera arbete och familj.

En modern familjepolitik måste utgå från att familjer är olika, har olika önskemål och behov men är lika mycket värda. Regeringen vill att familjepolitiken ska syfta till att förstärka föräldrars makt över sin livssituation och öka familjernas valfrihet. Regeringen vill minska den nationella politiska styrningen till förmån för familjens eget fria val. I syfte att öka familjens val har regeringen den 1 juli 2008 infört en möjlighet för kommunerna att tillhandahålla ett vårdnadsbidrag. Vårdnadsbidraget gör det möjligt med en mjukare övergång mellan föräldraledighet och arbete. Vårdnadsbidraget kan man söka för barn som fyllt 1 år men inte 3 år och som är folkbokfört i den aktuella kommunen. Vårdnadsbidraget får utbetalas till vårdnadshavare som bor och är folkbokförd med barnet.

Regeringen införde samtidigt ytterligare en familjepolitisk reform. Jämställdhetsbonusen ska förbättra förutsättningarna för jämställdhet vad gäller såväl föräldraledighet som deltagande i arbetslivet. Jämställdhetsbonusen ska vara ett incitament för föräldrarna att dela föräldraledigheten så jämt som möjligt mellan sig. Jämställdhetsbonusen ska beräknas från hur ett barns föräldrar fördelar föräldraledigheten med föräldrapenning. De föräldrar som delar helt lika på föräldraledigheten genom att ta ut lika många föräldrapenningdagar var får maximal bonus under förutsättning att de arbetar när den andra föräld-

ern tar ut föräldrapenning. Föräldrar som har gemensam vårdnad om ett barn har rätt till jämställdhetsbonus.

Den svenska välfärdspolitiken står inför en rad utmaningar. Framför allt handlar det om att öka sysselsättningsnivån och minska utanförskapet. För att möta denna utmaning måste alla resurser på arbetsmarknaden tas tillvara. Det handlar om att få fler personer i arbete och att få fler att arbeta längre, skapa flexibla arbetstillfällen och att minska sjukfrånvaron. Det är också viktigt att stimulera barnafödande genom att ytterligare förbättra möjligheterna att förena familj och arbete liksom att stärka stödet till föräldrarna i deras föräldraskap. Beträffande hälso- och sjukvårdsområdet handlar det om ett mer effektivt resursutnyttjande inom vården, både vårdens effektivitet och produktivitet måste förbättras.

1.2.2 Samspelet med Lissabonstrategin och EU:s strategi för hållbar utveckling

Mål: Främja effektivt och ömsesidigt samspel mellan Lissabonmålsättningarna om ökad ekonomisk tillväxt, fler och bättre arbetstillfällen och ökad social delaktighet och med EU:s strategi för hållbar utveckling

Ett av syftena bakom förslaget att strömlinjeforma samarbetet på det sociala området var att förstärka den sociala dimensionen av Lissabonstrategin. Samverkan mellan ekonomisk, social-, och sysselsättningspolitik är nödvändig för att Lissabonmålsättningarna ska kunna uppnås. Samspelet mellan den reviderade Lissabonstrategin och tillämpningen av den öppna samordningsmetoden på det sociala området måste vara ömsesidig. Åtgärder för social trygghet måste utformas så att de bidrar till ekonomisk tillväxt och sysselsättning samtidigt som åtgärder för tillväxt och sysselsättning i sin tur måste stödja de sociala målen. Det svenska pensionssystemet är ett exempel på när

denna dynamiska växelverkan fungerar väl. Incitament för arbetstagare att arbeta längre bidrar till ekonomisk tillväxt. Det svenska pensionssystemet är livsinkomstbaserat. Detta innebär att ju längre man arbetar, desto högre blir pensionen. Samtidigt är pensionssystemet kopplat till den demografiska och ekonomiska utvecklingen, genom att inkomstpensionen dels är kopplad till medellivslängden och dels indexeras i förhållande till den allmänna löneutvecklingen.

De satsningar som regeringen gör för att stärka de grupper som har svårast att få arbete har också stor betydelse för att förebygga social utestängning. Drygt 1,1 miljon personer av Sveriges befolkning är födda utomlands. Sverige är rikt på språkkunskaper samt erfarenheter och kunskaper om olika kulturer. Denna tillgång måste tas tillvara. Arbete, utbildning och icke-diskriminering är grunden i integrationspolitiken. Idag är integrationen på arbetsmarknaden långt ifrån tillräcklig då sysselsättningen bland utrikesfödda är betydligt lägre än för inrikesfödda. År 2005 var 62 procent av alla utrikesfödda i yrkesverksam ålder sysselsatta, 59 procent av kvinnorna och 65 procent av männen. Utrikesfödda är också överrepresenterade bland långtidsarbetslösa. Regeringen genomför generella insatser för att öka sysselsättningen och bekämpa långtidsarbetslösheten, vilket har skapat nya möjligheter för utrikesfödda. Utöver dessa generella insatser har också särskilda insatser för att förbättra möjligheterna till utbildning och arbete för kvinnor och män med utländsk bakgrund införts.

Hållbar utveckling är ett övergripande mål för regeringens politik. Alla beslut ska utformas så att de beaktar ekonomiska, sociala och miljömässiga konsekvenser. Arbetet med hållbar utveckling bygger på insikten om att tillväxt och välfärd bara kan upprätthållas om investeringar sker i de gemensamma resurser som utgör grunden för samhällsekonomin. Grunden i det nya allmänna pensionssystemet är att det ska vara finansiellt och politiskt stabilt och hållbart.

Strömlinjeformningen av EU:s samarbete på det sociala området har skapat möjlighet att se samlat på välfärdspolitiken. Det gör den sociala dimensionen tydligare. Detta är en förutsättning för att nå Lissabonstrategins målsättningar om ekonomisk tillväxt, sysselsättning och social delaktighet liksom målsättningarna om hållbar utveckling.

1.3 Övergripande budskap

Den generella välfärdspolitiken utgör grunden för att skapa social sammanhållning och lika möjligheter för alla. En välfärdspolitik som omfattar alla har bäst förutsättningar att långsiktigt skapa tillräckliga, tillgängliga och finansiellt hållbara trygghetssystem. Det ger goda fördelnings-effekter samtidigt som det får hög legitimitet eftersom alla som bidrar till systemet också får del av det.

Detta är också grunden för alla tre områden i den nationella strategirapporten. Det allmänna pensionssystemet

liksom hälso- och sjukvård och äldreomsorg omfattar hela befolkningen på lika villkor. Den generella välfärdspolitiken skapar grunden för att förebygga fattigdom och social utestängning och utgör därmed basen för den svenska handlingsplanen för social delaktighet. Den generella välfärden bidrar till att minska klyftorna mellan olika grupper i samhället, men den måste kompletteras med riktade stöd till de mest utsatta för att kunna nå social delaktighet som omfattar alla.

Vikten av ett högt arbetskraftsdeltagande löper som en röd tråd genom de olika delarna av rapporten. En hög sysselsättning är en förutsättning för att kunna behålla ett generöst och finansiellt hållbart välfärdssystem. Arbetslinjen är därför ett viktigt inslag i den generella välfärdspolitiken. Eget arbete skapar de bästa möjligheterna att påverka den egna ekonomiska situationen. Arbete och utbildning är grunden för människors personliga och sociala utveckling och utgör en viktig grund för delaktighet i samhället.

2

Nationell handlingsplan för social delaktighet 2008 – 2010



Inom ramen för samarbetet mellan EU:s medlemsländer för att förebygga fattigdom och social utestängning har medlemsländerna 2001, 2003 och 2006 utarbetat nationella handlingsplaner för att bidra till att uppfylla de mål som Europeiska rådet i Nice 2000 fastställde för området. Målen är att:

- underlätta deltagande i sysselsättning och allas tillgång till resurser, varor, tjänster och rättigheter
- förebygga risken för utestängning
- agera för de mest utsatta samt
- mobilisera samtliga relevanta aktörer

I avsnitt 2.1 görs en uppföljning av utvecklingen mot de mål som formulerades i den svenska handlingsplanen för perioden 2006–2008. I avsnitt 2.2 presenteras de fyra prioriterade målsättningar regeringen ställt upp för det fortsatta arbetet för social delaktighet under 2008–2010. I avsnitt 2.3 till 2.6 beskrivs de åtgärder som regeringen beslutat om för att nå dessa målsättningar. I avsnitt 2.7 redogörs för de processer som svarar mot det gemensamt uppsatta målet om god styrning. I bilaga 1 anges utvecklingen av de indikatorer som valts för att följa upp de prioriterade målsättningarna.

2.1 Uppföljning av nationell handlingsplan 2006–2008

I den förra handlingsplanen för social delaktighet lyfte regeringen fram fyra prioriterade målsättningar, nämligen att främja arbete och utbildning för alla, öka integrationen, motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden samt stärka grupper i särskilt utsatta situationer. Nedan ges en bild av utvecklingen inom dessa områden.

2.1.1 Sysselsättningen ökar och sjukfrånvaron minskar

Sammantaget visar uppföljningar att regeringens politik för full sysselsättning har varit framgångsrik. Sysselsättningen ökar främst bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Stora delar av landet har fått del av denna positiva utveckling och ökningen omfattar hälften av länen i både södra och norra Sverige liksom de tre storstadskommunerna. Andelen personer som är långtidsarbetslösa har minskat från 1,2 procent år 2004 till 0,8 procent år 2007. Även bland unga (15–24 år) har arbetslösheten minskat, men den är fortfarande högre än i befolkningen som helhet och uppgick 2007 till 19,2 procent. Utrikes födda ungdomar är en grupp som har det särskilt svårt att komma in på arbetsmarknaden. I denna grupp var 28 procent arbetslösa 2007. Även personer med funktionsnedsättning har svårt att komma in på arbetsmarknaden.

Sjukfrånvaron fortsätter att minska. Antalet kvinnor respektive män med sjukpenning har minskat med ca 50 procent sedan den högsta nivån i slutet av 2002. Antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning minskar dock endast långsamt och har under 2006 och 2007 varit konstant.

Insatser för att minska utanförskapet

Nystartsjobben infördes i januari 2007 och i april 2008 hade cirka 15 500 personer fått ta del av insatsen. Åtgärden riktas till långtidsarbetslösa, sjukskrivna, personer som haft skyddat arbete vid Samhall, nyanlända invandrare samt personer som dömts till fängelse och är beviljade vistelse utanför anstalt alternativt är villkorligt frigivna. En tredjedel av personerna med nystartsjobb är utrikes födda. Nystartsjobben har även visat sig vara en bra insats för att hjälpa personer med funktionsnedsättning in på arbetsmarknaden. Drygt 14 procent av alla nystartsjobb har gått till personer med funktionsnedsättning.

Jobbgarantin för ungdomar infördes den 3 december 2007 och riktar sig till ungdomar mellan 16 och 24 år som har varit inskrivna som arbetssökande på Arbetsförmedlingen i tre månader. Syftet med jobbgarantin är att arbetslösa ungdomar så snabbt som möjligt ska få arbete som motsvarar deras arbetsförmåga eller påbörja/återgå till en utbildning inom det reguljära utbildningssystemet. Under perioden december 2007 till och med juni 2008 har drygt 17 000 personer påbörjat programmet. Av dessa har cirka 5 000 personer lämnat garantin för ett arbete. Relativt få har lämnat programmet för studier, men detta kommer sannolikt att ändras under hösten 2008. Den 30 juni 2008 var cirka 10 300 personer inskrivna i jobbgarantin för ungdomar. Av dessa var 46 procent kvinnor och 54 procent män. Cirka 17 procent av deltagarna var utrikes födda och 9 procent hade en funktionsnedsättning.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att få in fler personer med funktionsnedsättning på arbetsmarknaden. Under mandatperioden satsar regeringen närmare 1 000 miljoner kronor extra på Samhall och lönebidrag. För 2008 är tillskottet 558 miljoner kronor, vilket motsvarar drygt 2 000 lönebidragsplatser och cirka 1 000 platser i Samhall.

Jobb- och utvecklingsgarantin, som riktar sig till dem som stått utanför arbetsmarknaden under lång tid, har inneburit en långsiktig förbättring för deltagarna. Sedan jobb- och utvecklingsgarantin startade i juli 2007 och till och med juni 2008 har drygt 67 000 personer börjat programmet medan drygt 24 000 har lämnat. Cirka två tredjedelar av dem som lämnat garantin har fått någon form av arbete eller börjat annan utbildning än arbetsmarknadsutbildning. Av deltagarna var nära hälften 50 år eller äldre. Drygt en fjärdedel var utrikes födda och en tredjedel hade någon funktionsnedsättning.

Utbildningsnivån stiger

Sveriges befolkning har ett mycket högt studiedeltagande vilket är ett resultat av ett flertal stora satsningar på ut-

bildning under de senaste decennierna. Antalet elever i gymnasieskolan har ökat kontinuerligt sedan 2000. Numera går de allra flesta elever vidare till gymnasieskolan efter grundskolan. Mer än en femtedel av befolkningen i åldern 25–64 år har minst treårig eftergymnasial utbildning medan 16 procent endast har förgymnasial utbildning. Andelen personer i åldern 20–24 år med minst gymnasieutbildning är 85 procent bland männen och 89 procent bland kvinnorna. En oroväckande utveckling är emellertid att andelen 18–24-åringar som lämnat skolan med högst grundskoleutbildning har ökat bland både kvinnor och män mellan 2000 och 2007.

Under 1990-talet byggdes högskoleutbildningen ut och andelen med påbörjade högskolestudier till och med 25 års ålder ökade från 37 till 44 procent under åren 1998–2005. Andelen kvinnor med påbörjad högskoleutbildning har ökat mer än andelen män.

Insatser för att minska sjukfrånvaron

Under 2006–2008 införde staten ekonomiska incitament för landstingen att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet inom hälso- och sjukvården, den s.k. sjukvårdsmiljarden. Satsningen innebär att landstingen får dela miljarden i förhållande till sänkningen av sjukfrånvaron i respektive län. Generellt bedöms denna satsning ha varit framgångsrik. Från landstingens, läkarnas och Försäkringskassans sida finns därför intresse för en fortsatt satsning av sådant slag.

Tydligare krav på försäkringsadministrationen, attitydpåverkan via informationskampanjer och utbildning av läkare bedöms vara insatser som medverkat till den minskade sjukfrånvaron. En åtgärd som bedöms mycket värdefull för att förbättra sjukskrivningsprocessen är införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet för läkare.

2.1.2 Ökad sysselsättning har bidragit till ökad integration

Den svenska integrationspolitiken ska bidra till att uppnå det överordnade politiska målet att bryta utanförskapet. Uppföljningar visar att den ökade sysselsättningen i mycket hög utsträckning gällt den utrikes födda befolkningen. Nästan hälften av ökningen av sysselsättningen under det första halvåret 2008 svarar utrikes födda för. Gruppen har dock fortfarande betydligt lägre sysselsättning än inrikes födda.

Sverige har just nu den högsta invandringen sedan mätningarna påbörjades år 1875. År 2007 bosatte sig närmare 100 000 personer i Sverige. Den största andelen av de som söker sig till Sverige idag är flyktingar och anhöriginvandrare.

Sedan regeringsskiftet har flera reformer genomförts som bedöms öka bland annat utrikes föddas deltagande på arbetsmarknaden. Det handlar om instegs- och nystartsjobb, jobbavdrag samt jobbgarantin för ungdomar. I samband med budgetpropositionen för 2009 kommer regeringen att presentera en sammanhållen strategi för integrationspolitiken fram till 2010. Den innebär att fortsätta arbetet med generella åtgärder mot utanförskap och att stärka utrikes föddas position på arbetsmarknaden. Att motverka all form av diskriminering har fortsatt hög prioritet som en viktig del av regeringens arbete med att uppfylla de mänskliga rättigheterna.

Fler personer i arbete och fler startar företag

Flera satsningar pågår för att säkra att nyanlända personer tidigt erbjuds arbetslivsinriktade insatser, att dessa sker parallellt med undervisning i svenska (SFI) och att de nyanländas kunskaper och erfarenheter bättre tas tillvara. Försöksverksamhet för vissa nyanlända har pågått i tre län till och med juni 2008 med Arbetsförmedlingen som sammanhållande myndighet och enligt en första delrapport förbättras möjligheterna att få ett arbete. I juli 2007 inför-

des s.k. instegjobb som vänder sig till nyanlända och deras anhöriga. Genom instegsjobben stärks incitamenten för arbetsgivare att anställa, för kommuner att tidigt erbjuda effektiv SFI och för individen att parallellt med SFI-studierna söka sig ut på arbetsmarknaden.

Regeringens satsningar på företagande bland utrikes födda har bidragit till att nyföretagandet bland personer med utländsk bakgrund har ökat stadigt de senaste åren. Idag drivs cirka en femtedel av alla nystartade företag av personer med utländsk bakgrund.

Utveckling i stadsdelar med utbredd utanförskap

Erfarenheterna från regeringens lokala utvecklingsarbete i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö, som redovisades i handlingsplanen för år 2003–2005, har förts vidare till fler kommuner. En förordning om urbant utvecklingsarbete (SFS 2008:348) har beslutats för att skapa en gemensam struktur för det urbana utvecklingsarbetet i stadsdelarna. I strukturfondsprogrammen för 2007–2013, däribland det nationella socialfondsprogrammet, kommer insatser att kunna göras i stadsdelar med beaktande av de lokala utvecklingsavtalen.

2.1.3 Viktigt att fortsätta följa utvecklingen av hemlösheten

Den senaste kartläggningen av hemlösheten i Sverige genomfördes under en mätvecka 2005. Omkring 17 800 personer var hemlösa då mätningen genomfördes, vilket var en ökning sedan 1999. Tre fjärdedelar av dessa var män och en fjärdedel var kvinnor. Mellan 1999 och 2005 ökade andelen kvinnor och andelen personer födda utanför Sverige. Kartläggningen 2005 visade att personer födda utanför Sverige var överrepresenterade i gruppen.

Sedan 2001 har antalet vräkningar minskat med en tredjedel. År 2007 verkställdes 3 200 vräkningar och 85 procent av dessa berodde på att hyresgästen inte betalat

sin hyra. I denna statistik ingår både bostäder och andra lokaler. Det pågår en omfattande statistikutveckling inom hemlöshetsområdet som innebär att utvecklingen från och med 2009 kommer kunna följas på ett mer tillfredställande sätt än idag. Särskilt angeläget är det att kunna följa utvecklingen av antalet vräkningar för att på kommunnivå kunna se hur många hushåll som vräks och hur många barn som drabbas. Under första halvåret 2008 fanns 393 barn i hushåll som blev vräkta. Ur statistiken går det ännu inte att utläsa om detta är en ökning eller minskning eftersom den fördjupade statistikinsamlingen påbörjades 2008.

Insatser för att underlätta för enskilda att etablera sig på bostadsmarknaden

För att underlätta för enskilda med exempelvis betalningsanmärkning eller utan fast anställning/fast inkomst att etablera sig på bostadsmarknaden har regeringen infört kommunala hyresgarantier. Garantin innebär att ett statligt bidrag ges till kommuner som går i borgen för enskilda hushålls hyra. Få kommuner har ansökt om hyresgarantier och det återstår att se om fler kommuner ansöker under 2008. Regeringen har även infört en statlig s.k. förvärvsgaranti som omfattar räntebetalningar för förstagångsköparens köp av bostad. Syftet är att ge stöd till hushåll som vill köpa en bostad men som har svårt att få bostadslån trots att de har en långsiktig betalningsförmåga.

Diskriminering på bostadsmarknaden

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO) har under åren 2006–2008 prioriterat diskriminering på bostadsmarknaden. Under 2006 fick DO in 60 anmälningar om diskriminering på bostadsmarknaden och år 2007 ökade anmälningarna till drygt 90.

2.1.4 Behov av fortsatta insatser för att stödja grupper i särskilt utsatta situationer

Den generella välfärdspolitiken är grunden för att skapa en samhällsgemenskap som inrymmer alla människor. Med den generella välfärdspolitiken kan klyftorna minska mellan olika grupper i samhället. För att samhällets resurser även ska nå dem som befinner sig i en särskilt utsatt situation behöver den generella välfärdspolitiken kompletteras med riktade insatser. Den förra handlingsplanen lyfte särskilt upp insatser för barn och unga, för våldutsatta kvinnor och deras barn liksom för flickor och pojkar och unga kvinnor och män som utsatts för hedersrelaterat våld. Även insatser för personer med missbruks- eller beroendeproblem och personer med psykiska funktionsnedsättningar togs upp.

Den sociala barn- och ungdomsvården har stärkts

Den sociala barn- och ungdomsvården är en viktig resurs som omfattar förebyggande arbete, tidiga insatser och olika former av öppna insatser som t.ex. enskilt samtalsstöd, socialpedagogisk insats, skolsocial insats och kvalificerat nätverksarbete som riktar sig till barn och familjer. Den 1 november 2007 hade ungefär 28 000 barn och unga en eller flera öppenvårdsinsatser och cirka 14 000 barn och unga var placerade i heldygnsvård.

Under senare år har en rad insatser genomförts för att öka kvaliteten i den sociala barn- och ungdomsvården. Handläggnings- och dokumentationssystemet Barns behov i centrum (BBIC) har fått en allt bredare användning vilket bidragit till större nationell enhetlighet och beslutsunderlag där barnens situation och behov lyfts fram på ett bättre sätt. För att tidigt uppmärksamma och kunna ge barn och unga rätt stöd är samverkan mellan socialtjänsten och andra verksamheter nödvändig. Socialstyrelsen, Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen har tagit fram en strategi för samverkan som vänder sig till verksamheter för barn och unga. Förutom ett antal lag-

ändringar för ökat skydd och stöd för barn och unga som trädde i kraft den 1 april 2008 har regeringen tillsatt en utredning för att ytterligare förtydliga samhällets skydd och stöd till barn i socialt utsatta situationer. Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande i juni 2009.

Behov av fortsatta insatser för våldsutsatta kvinnor och deras barn

Långsiktigt och uthålligt arbete krävs för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. Polisanmälda brott mot kvinnor har ökat både när det gäller misshandel och grov kvinnofridskränkning. Kunskapen om omfattningen och utvecklingen av mäns våld mot kvinnor har ökat under de senaste åren. I en rapport från 2007 framkom att 1,8 procent av kvinnorna i åldern 16–79 år själva uppger att de varit utsatta för misshandel någon gång under senaste året. Av dessa beräknas över 70 procent ha blivit utsatta för våld av en närstående person eller en bekant. Sedan början av 1990-talet har andelen kvinnor som uppger att de varit utsatta för våld eller hot ökat. År 2007 anmäldes 26 857 misshandelsbrott mot kvinnor som är 15 år och äldre. Undersökningar visar att kvinnor med funktionsnedsättning är särskilt utsatta för våld och övergrepp.

Alkohol- och narkotikamissbruket drabbar enskilda och samhället i stort

I Sverige har cirka 100 000 personer ett tungt alkohol- eller narkotikamissbruk. Missbruk är ett komplext problem med stora konsekvenser för såväl drabbade individer som familjer och samhället i stort. Alkoholmissbruket dominerar även om utvecklingen går mot ett ökat blandmissbruk där såväl alkohol-, narkotika, dopnings- och läkemedelsmissbruk kan ingå. Männerna dominerar både när det gäller alkohol- och narkotikamissbruk. Antalet personer som fått insats för missbruk av kommunen har varit relativt konstant under den senaste femårsperioden. Däremot

har institutionsvården minskat och ersatts av vård i öppna former.

Personer med psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar

I Sverige uppskattas idag runt 30 procent av befolkningen lida av någon form av psykisk ohälsa, allt från lättare sjukdomstillstånd som oro och ångest till allvarigare sjukdomstillstånd, som exempelvis psykos. Antalet personer med oro och ångest har ökat sedan början av 1990-talet. Ökningen gäller generellt i befolkningen, men är störst bland unga kvinnor i åldern 16–34 år. Bland äldre kvinnor har andelen med lättare psykisk ohälsa varit konstant hög sedan 1980. De allvarigare sjukdomarna har inte ökat nämnvärt över tid.

Antalet vårdtillfällen inom den öppna psykiatriska hälso- och sjukvården ökade under perioden 2001–2006. För kvinnor ökade antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare från drygt 5 000 till cirka 8 500 medan motsvarande antal för män var från cirka 4 500 till drygt 6 500. Antalet vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården låg konstant på cirka 1 000 kvinnor respektive män per 100 000 invånare under perioden.

2.1.5. Allt fler äldre

Sedan den förra handlingsplanen har den demografiska utvecklingen kommit alltmer i fokus. Under de senaste 50 åren har antalet personer som är över 65 år eller mer nästan fördubblats, från 770 000 till 1,5 miljoner personer och ökningen väntas fortsätta. Även andelen personer som är över 65 år ökar och 2030 beräknas drygt var femte svensk vara ålderspensionär, alltså över 65 år. Förändringar i behovet av äldreomsorg är inte så starkt kopplat till antalet personer över 65 år utan kopplingen är till förändringar av antalet personer som är över 80 år. Om tio till femton år kommer antalet äldre över 80 år och därmed behoven

av äldreomsorg att öka markant. Bland de äldre har den relativa fattigdomen legat relativt konstant under 2000-talet samtidigt som den absoluta fattigdomen successivt minskat. År 2006 hade endast två procent av personerna över 65 år en inkomst som understeg den absoluta fattigdomsgränsen. Med en allt större andel äldre följer att äldre kvinnors och mäns hälsa och välbefinnande är, och kommer i än högre grad att bli, av central betydelse för hela samhällets utveckling.

2.1.6 Förstärkt lagstiftning mot diskriminering

Att motverka all form av diskriminering har fortsatt hög prioritet som en del av regeringens arbete med att uppfylla de mänskliga rättigheterna. Ombudsmännens arbete mot diskriminering har effektiviserats och lagstiftningen mot diskriminering har fått större genomslag. Under våren 2008 överlämnade regeringen propositionen Ett starkare skydd mot diskriminering (prop. 2007/08:95) med förslag på en ny diskrimineringslag och en ny lag om Diskrimineringsombudsmannen. Den nya lagen mot diskriminering omfattar samtliga diskrimineringsgrunder och träder i kraft den 1 januari 2009.

2.2 Prioriterade målsättningar för perioden 2008–2010

Regeringen bedömer att de viktigaste målsättningarna under 2008–2010 för att bekämpa fattigdom och social utestängning är att

- öka äldres möjlighet till social delaktighet,
- minska utanförskapet bland unga,
- minska frånvaron från arbetslivet på grund av ohälsa och
- fortsätta stärka grupper i särskilt utsatta situationer.

Målsättningarna för det fortsatta arbetet bygger på analyser av utvecklingen inom de områden som prioriterades i förra handlingsplanen och uppföljningar av de satsningar som genomförts. I den gemensamma rapporten om social trygghet och delaktighet i EU som kommissionen tagit fram anges ett antal centrala utmaningar för Sverige, som också utgör viktiga utgångspunkter för det fortsatta arbetet. Dessa utmaningar är att fortsätta minska gapet mellan inrikes- och utrikesfödda på arbetsmarknaden samt att vända den ökande ungdomsarbetslösheten, att få personer med sjuk- och aktivitetsersättning åter i arbete samt att minska inflödet till dessa ersättningar.

Arbetet syftar till att uppnå de gemensamma mål som EU:s medlemsstater kommit överens om:

- Att försäkra alla tillgång till resurser, rättigheter och tjänster som krävs för deltagande i samhället, förebygga utestängning och bekämpa all form av diskriminering som leder till utestängning.
- Att försäkra aktiv social delaktighet för alla, både genom att främja deltagande på arbetsmarknaden och genom att bekämpa fattigdom och social utestängning.

2.3 Öka äldres möjlighet till social delaktighet

Som redan nämnts lägger regeringen särskild vikt vid det faktum att antalet och andelen äldre personer i befolkningen kommer att öka. Det fordras kraftfulla åtgärder inom många olika politikområden för att möta de förändringar som en åldrande befolkningen innebär under de närmaste decennierna. Samhället blir mer beroende av de insatser som den äldre delen av befolkningen kan bidra med bland annat inom arbetslivet. Det är viktigt att den generella politiken inom olika områden speglar de behov som befolkningen har samtidigt som det är viktigt att inse att den kommunala äldreomsorgen är och kommer fortsätta att vara en avgö-

rande garant för att säkerställa trygghet och delaktighet för den äldre befolkningen. Frågor som värdighet, valfrihet och samverkan mellan aktörer för att sätta den äldres behov i centrum är centrala för en positiv utveckling.

För många äldre är det positivt att kunna fortsätta delta i arbetslivet eftersom det ger möjlighet till såväl arbetsgemenskap som en ökad ekonomisk trygghet. Ett tillgängligt samhälle har stor betydelse för att öka äldres möjlighet till social delaktighet.

2.3.1 Regeringens insatser inom generella politikområden

För att göra det mer attraktivt att anställa äldre personer har den särskilda löneskatten slopats för personer som är äldre än 65 år. Nystartsjobb som infördes den 1 januari 2007 är än mer förmånligt för personer mellan 55 och 65 år eftersom de har rätt till nystartsjobb under dubbelt så lång tid som de varit frånvarande arbetslivet, dock längst tio år eller tills de fyller 65. Personer som fyllt 65 år får dessutom ett högre jobbskatteavdrag än andra arbetstagare. Den 1 januari 2009 införs en diskrimineringslag som innehåller ett skydd mot åldersdiskriminering i arbetslivet vilket idag saknas i svensk rätt.

Regeringen har gett Statens Folkhälsoinstitut i uppdrag att presentera konkreta förslag på aktivitetsprogram anpassade för äldres behov, samt att ta fram förslag på hur man skapar mötesplatser inom närområdet som främjar fysisk aktivitet och goda matvanor bland äldre och som minskar isolering och stillasittande.

Att ha en trygg ekonomi är viktigt för alla och särskilt viktigt för de äldre eftersom de som regel har mindre möjligheter än förvärvsaktiva att påverka sin ekonomi. I strategirapporten om pensioner beskrivs detta mer utförligt. Regeringen kommer i höstens budgetproposition ta ytterligare steg för att förbättra de ekonomiska villkoren för i första hand de sämst ställda pensionärerna.

Ett viktigt arbete för en trygg ålderdom är att tillförsäkra att samhällets fysiska utformning skapar förutsättningar för förändrade behov. Detta gäller såväl den byggda miljön och kollektivtrafik som tillgång till service och information. Bristande tillgänglighet i samhället leder till att personer som föds med eller förvärvar en funktionsnedsättning idag inte har samma möjligheter som andra att göra sina egna val. Enligt Statens folkhälsoinstitut är det också ett skäl till att ohälsan bland personer med funktionsnedsättning är avsevärt större än bland befolkningen i övrigt. En statssekreteraregrupp har tillsatts med uppgift att gemensamt skynda på utvecklingen vad gäller tillgänglighet. Ett samarbete har även etablerats med Sveriges Kommuner och Landsting. Under 2008 avser regeringen i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting besluta om en strategi för ökad tillgänglighet. Syftet är att göra en kraftsamling kring de strategiska frågorna i arbetet för tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning för att nå de uppsatta målen i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken till 2010. Frågor kring tillgänglig kollektivtrafik, att undanröja enkelt avhjälpta hinder i den fysiska miljön samt arbetet med tillgänglig offentlig förvaltning står i fokus för strategin.

2.3.2 Äldreomsorgen – central för äldres sociala delaktighet

Det pågår ett flertal initiativ för att förbättra äldreomsorgen och för att ge äldre människor en större möjlighet till ett gott liv som de själva kan påverka. Bland annat bereds för närvarande förslag om fritt val av utförare inom äldreomsorgen, förslaget om en nationell värdegrund för äldreomsorg och förslag om stärkt stöd till anhöriga. Dessutom bidrar regeringen genom stimulansmedel till att stärka det förebyggande arbetet och arbetet med det sociala innehållet i äldreomsorgen. Mer om dessa olika initiativ presenteras i strategirapporten för hälso- och sjukvård och äldreomsorg (avsnitt 4.3.2 respektive 4.3.3).

2.3.3 Indikatorer och uppföljning

- Andelen sysselsatta bland äldre uppdelat på män och kvinnor (Eurostat)
- Andelen med psykisk ohälsa bland äldre uppdelat på män och kvinnor (SCB)
- Andelen med svåra besvär av långvarig sjukdom bland äldre uppdelat på män och kvinnor (SCB)
- Andelen relativt respektive absolut fattiga bland personer som är 65 år eller äldre (Eurostat)

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet inom kommunernas vård och omsorg om äldre samt landstingens hemsjukvård. I uppdraget ingår bl.a. att utveckla nationella kvalitetsindikatorer för att följa upp och värdera hur vården och omsorgen fungerar. Målet är att de samlade resultaten ska:

- vara möjliga att jämföra mellan olika kommuner och landsting,
- vara tillgängliga för medborgare, personal och beslutsfattare,
- ge en nationell bild av vården och omsorgen om äldre,
- kunna användas i verksamheternas eget förbättringsarbete,
- fungera som underlag för den nationella styrningen av vården och omsorgen om äldre, samt
- fungera som ett underlag för brukarnas fria val av utförare.

Socialstyrelsen har lämnat en första delrapport i juni 2008 och en slutredovisning kommer att ske den 31 december 2009.

2.3.4 Ansvariga för genomförande av åtgärder

Arbetsförmedlingen är den statliga myndighet som ansvarar att skapa en väl fungerande arbetsmarknad för att uppnå de arbetsmarknadspolitiska målen. Försäkringskassan administrerar socialförsäkringen där pensionerna ingår.

Ansvar för tillgänglighetsfrågor delas mellan olika sektorer enligt den så kallade ansvars- och finansieringsprincipen som innebär att varje sektor i samhället ska utforma och bedriva sin verksamhet så att den blir tillgänglig för alla medborgare, inklusive personer med funktionsnedsättning.

Kommunerna ansvarar enligt socialtjänstlagen för äldreomsorgen. Det innebär en skyldighet att erbjuda omsorg och särskilt boende till äldre personer som har behov av stöd. Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet på socialtjänstens område och länsstyrelserna ansvarar för den operativa tillsynen.

2.4 Minska utanförskapet bland unga

Tidigare avslutade unga vuxna sin utbildning och trädde in i arbetslivet vid en lägre ålder än vad de gör idag. Tiden det tar för unga att få förankring och etablera sig i samhället har numera inte bara blivit längre utan också mer oförutsägbar och skiljer sig från andra åldersgruppers villkor. Ungas etablering i vuxenlivet är problematiskt på en rad centrala områden som t.ex. när det gäller arbetsmarknad, försörjning och hälsa. Unga har därmed i många avseenden sämre förutsättningar att påverka sina liv och sin vardag. Men ungdomar är ingen homogen grupp och deras villkor och framtidsmöjligheter påverkas av en rad faktorer som t.ex. socioekonomisk bakgrund, kön och nationell bakgrund. Även om utvecklingen gått åt rätt håll på flera områden, t.ex. ökar ungas valdeltagande, andelen unga som utsatts för brott har minskat och sysselsättningen har ökat, innebär ett utanförskap för stora delar

av ungdomsgruppen långsiktiga negativa effekter och det är angeläget att förbättra villkoren generellt och dessutom minska skillnaderna inom gruppen.

Ungdomsarbetslösheten har minskat något under senare år, men är fortfarande hög och högre än EU-snittet. År 2007 var ungdomsarbetslösheten 19 procent i Sverige jämfört med 15 procent i EU 27. För att underlätta ungdomars arbetsmarknadsetablering satsar regeringen såväl på utbildningsområdet som på arbetsmarknadsområdet.

2.4.1 Insatser för att underlätta ungdomars arbetsmarknadsetablering

I linje med regeringens generella satsning inom arbetsmarknadspolitik för att stärka arbetslinjen och öka sysselsättningen i befolkningen har regeringen genomfört en rad reformer för att intensifiera kampen mot ungas utanförskap på arbetsmarknaden (se avsnitt 2.1.1). Jobbgarantin erbjuder arbetslösa ungdomar mellan 16 och 24 år i första hand intensifierat stöd med fördjupad kartläggning, studie- och yrkesvägledning samt jobbsökaraktiviteter med coaching. Efter en inledande period kan matchningsinsatserna förstärkas med insatser som praktik eller utbildning. Detta kombineras med ekonomiska incitament i form av nedtrappade ersättningar. Nedsättning av sociala avgifter samt nystartsjobb innebär sänkta lönekostnader för arbetsgivare som anställer ungdomar. Under hösten 2008 avser regeringen att ta ytterligare ett steg genom att föreslå en utvidgning av reformen till att dels omfatta fler åldersgrupper, dels en kraftfullare nedsättning. Insatser för att unga människors arbetsförmåga ska tas tillvara på bästa sätt presenteras i avsnitt 2.5.4.

Ungdomar är också prioriterade inom ramen för det nationella strukturfondsprogrammet för regional konkurrenskraft och sysselsättning. Det övergripande målet för programmet är ökad tillväxt genom en god kompetensförsörjning samt ett ökat arbetskraftsutbud. Europeiska

socialfonden bidrar med cirka 6,2 miljarder kronor under programperioden 2007–2013. Nationell medfinansiering med samma belopp tillkommer. Programmet syftar bland annat till att underlätta ungas etablering i arbetslivet samt förebygga att unga hamnar i utanförskap.

Regeringen satsar också medel för att stimulera kunskaps- och metodutveckling när det gäller hur unga föräldrars återinträde i arbete och utbildning kan stimuleras samt för att analysera ungdomars levnadsvillkor och upplevelse av sin situation i ett antal utanförskapsområden med särskild inriktning på arbete och utbildning.

I syfte att öka drivkraften för ungdomar i familjer som mottar ekonomiskt bistånd att ta arbete, har riksdagen beslutat att ungdomars inkomster från feriearbete undantas vid prövning av rätten till ekonomiskt bistånd.

2.4.2 Genomgripande utbildningssatsningar är angelägna

Utbildning har en avgörande betydelse för arbetsmarknadsetablering och en ökad utbildning ger fler människor makt över den egna vardagen och möjlighet att påverka och forma sina egna liv. Regeringen avser att genomföra en genomgripande gymnasiereform med start hösten 2011 i syfte att dels klara näringslivets behov av utbildad arbetskraft, dels att på ett bättre sätt få utbildningen att svara mot individens intressen och behov. Gymnasieskolan ska därför utvecklas mot flera alternativa studieformer och innehålla utbildningsvägar både för elever som vill gå vidare till eftergymnasial utbildning och för elever som vill gå direkt ut i yrkeslivet. Redan hösten 2008 inleds en försöksverksamhet med gymnasial lärlingsutbildning omfattande 5 000 elevplatser.

Utöver detta syftar regeringens utbildningssatsningar i att minska utslagningen från gymnasieskolan. Det är skolans uppgift att ge möjlighet till alla elever att klara kunskapsmålen och att pojkar och flickor ska kunna verka

på lika villkor. För att ge alla elever likvärdiga möjligheter har regeringen också särskilda satsningar för att förbättra utbildningsvillkoren i utsatta områden. En särskild nationell strategi för utbildning av nyanlända barn och ungdomar har tagits fram. Vidare satsas extra medel för att svenskutbildningen ska utvecklas för utrikes födda i syfte att påskynda möjligheten till arbete och utbildning. Även satsningar i form av kompletteringsutbildningar när det gäller invandrade akademiker med utländsk utbildning har initierats i syfte att underlätta inträdet på arbetsmarknaden.

Regeringen anser att det är av största vikt att alla elever ges förutsättningar att klara skolans mål. Tidig upptäckt och tidiga åtgärder ökar möjligheterna att förebygga svårigheter. Regeringen har därför föreslagit flera insatser som syftar till att öka måloppfyllelsen. Skolan ska ha tillgång till kompetens som kan ge individanpassad hjälp till elever som behöver särskilt stöd och regeringen har därför beslutat att en ny speciallärarutbildning ska utformas för att fylla detta behov. Ett särskilt statsbidrag för att stärka basfärdigheterna läsa, skriva och räkna införs också under hösten 2008.

Regeringen anser också att det är av stor vikt att elevernas resultat följs upp och utvärderas. Som ett led i detta arbete kommer mål i svenska, svenska som andraspråk och matematik i årskurs 3 att införas från hösten 2008. Nationella prov i årskurs 3 i dessa ämnen kommer vidare att införas från 2009. Skolverket har också fått i uppdrag att föreslå nationella prov i kemi, fysik och biologi i årskurs 9.

I budgetpropositionen 2008 har regeringen också föreslagit en översyn av samtliga kursplaner utifrån betänkandet Tydliga mål och kunskapskrav i grundskolan (SOU 2007:28). Denna översyn föreslås påbörjas under 2008. Dessutom har en särskild utredare i uppdrag att se över lärarutbildningen. Utredningen kommer att lämna förslag den 15 november 2008.

Vidare fastslår regeringen vikten av att alla har rätt till

en trygg skolmiljö. Därför satsar regeringen medel som syftar till att stärka skolpersonalens kunskaper om hur mobbing uppstår, förebyggs och förhindras.

Regeringen kommer under 2008-2010 att genomföra en särskild satsning om 110 miljoner kronor på jämställdhet i skolan. I satsningen ingår bland annat att inrätta en jämställdhetsdelegation för skolan. Delegationen ska analysera könsskillnaderna i utbildningsresultat, utvärdera metoder för att bryta traditionella könsroller samt föreslå lämpliga insatser. Lärare och annan skolpersonal ska erbjudas fortbildning om könsroller, hederstraditioner samt och sex- och samlevnadsundervisning. Myndigheten för skolutveckling ska stödja elevhälsan för att motarbeta psykisk ohälsa. Få män utbildar sig till lärare och därför ska Högskoleverket analysera orsakerna till detta och föreslå åtgärder.

2.4.3 Satsningar för att förbättra ungdomars hälsa

Trots att folkhälsan har förbättrats för befolkningen som helhet har ungdomars och unga vuxnas psykiska ohälsa ökat. Skärkt oroande är den psykiska hälsan bland tonårsflickor och unga kvinnor. Regeringen har under 2007 genomfört stora satsningar inom psykiatriområdet. Hälften av de satsade 500 miljoner kronorna gick till att förstärka barn- och ungdomspsykiatrin. Regeringens satsning inriktas främst på förbättrad tillgänglighet, utbildningssatsningar och kvalitetshöjningar inom vården. I syfte att öka kunskapen om effektiva metoder när det gäller förebyggande arbete, tidig upptäckt och tidigt stöd har ett utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa inrättats. En utförligare beskrivning av insatser för att förbättra den psykiatriska vården för barn och unga beskrivs i Nationell strategi för hälso- och sjukvård samt äldreomsorg.

2.4.4 Indikatorer och uppföljning

- Andelen sysselsatta och arbetslösa bland unga (15–24 år) uppdelat på män och kvinnor (Eurostat)
- Andelen som uppnått minst gymnasienivå (20–24 år) samt andelen som har lämnat utbildningen (18–24 år) och som har högst grundskola uppdelat på män och kvinnor (Eurostat)
- Andelen relativt respektive absolut fattiga bland unga i åldern 20–29 år uppdelat på män och kvinnor (SCB)
- Andelen unga (20–24 år) med ekonomiskt bistånd uppdelat på män och kvinnor (Socialstyrelsen)
- Andelen unga (16–24 år) med psykisk ohälsa uppdelat på kvinnor och män (SCB)

2.4.5 Ansvariga för genomförande av åtgärder

Arbetsförmedlingen är den statliga myndighet som ansvarar för att skapa en väl fungerande arbetsmarknad för att uppnå de arbetsmarknadspolitiska målen. Statens skolverk är den centrala förvaltningsmyndigheten som styr och granskar det svenska utbildningssystemet och ska således se till att regeringens utbildningspolitiska mål uppfylls. Ungdomsstyrelsen är den statliga myndighet som har till uppgift att ta fram och förmedla kunskap om ungdomars levnadsförhållanden, följa upp riksdagens och regeringens mål för den nationella ungdomspolitiken och stödja kommunerna i deras ungdomspolitiska arbete.

2.5 Minska frånvaro från arbetslivet på grund av ohälsa

Det är av största vikt att så många personer som möjligt kan försörja sig genom eget arbete. Under de senaste åren har både den kortare sjukfrånvaron och antalet sjukpenningfall som varar mer än ett år minskat, men samtidigt kvarstår problemet att alltför många som blir sjukskrivna förblir det under lång tid och ofta hamnar i permanent

utanförskap. Det är därför angeläget att åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser för att individernas arbetsförmåga i högre utsträckning ska tas tillvara. De som redan är långtidssjukskrivna eller har aktivitetsersättning eller sjukersättning måste också om möjligt stödjas till återgång i arbete.

Som tidigare beskrivits kvarstår problemet att de som blir sjukskrivna förblir det under lång tid och ofta hamnar i permanent utanförskap. Detsamma gäller personer i sjuk- och aktivitetsersättning. Därför fortsätter och förstärker regeringen under 2008–2010 sitt arbete för att minska sjukfrånvaro och öka återgången till arbete. Detta kräver nya lösningar och förhållningssätt. Aktiva rehabiliteringsinsatser och förbättrat stöd kombinerat med individens motivation och engagemang är avgörande för att återgång i arbete ska lyckas. Ju längre tid en person är sjukskriven, desto mindre är sannolikheten att han eller hon kan komma tillbaka till arbete. Tidiga insatser är därför särskilt viktiga. Dessutom krävs en nära anknytning till arbetsmarknaden för att insatser som stödjer återgång i arbete ska bli framgångsrika. Sjukförsäkringen måste också bli mer förutsägbar och ge bättre drivkrafter för återgång i arbete. De åtgärder som genomförs för att skapa fler vägar till arbete förväntas medföra en betydande minskning av antalet personer som uppstår ersättning inom sjukförsäkringen under de närmaste åren.

2.5.1. Reformerad sjukskrivningsprocess

Den 1 juli 2008 infördes en rehabiliteringskedja med fasta tidpunkter för prövning av arbetsförmågan. Bedömningsgrunden för rätten till sjukpenning har kopplats till dessa tidpunkter. Därmed bryts den nuvarande situationen där sjukskrivningsprocessen många gånger går för långsamt och där den rehabiliteringspotential som inledningsvis funnits riskerar att gå förlorad. Det är viktigt att de fall där det aktuella arbetet inte längre går att förena med en

sjukdom tidigt uppmärksammas och att sjukskrivningen i dessa fall blir början på en omställningsprocess. Försäkringskassans uppgift är att underlätta omställningen till nytt arbete när så behövs och samarbetet med Arbetsförmedlingen kommer därför också att stärkas. Dessutom föreslås en lagstadgad rätt till ledighet för att pröva ett annat arbete. Det grundläggande syftet med ledighetsrätten är att underlätta för sjukskrivna att återgå i arbete.

2.5.2 Förbättrad rehabilitering

Regeringens avsikt är att införa stödinsatser till de försäkrade som underlättar och stärker insatserna i den reformerade sjukskrivningsprocessen. En sådan insats avser en vidareutveckling av företagshälsovården så att den kan utgöra första linjens sjukvård för de anställda. Därmed kan företagshälsovården utöver det förebyggande arbetet också bidra med stöd i rehabiliteringsåtgärderna. Dessutom föreslås att en rehabiliteringsgaranti införs för medicinsk rehabilitering. Den garantin avses inledningsvis med början under 2008 gälla de stora diagnosgrupperna diffus smärta i rygg och nacke och lättare psykiska besvär som ångest och depression. Den mer långsiktiga utformningen av garantin kommer att utformas under 2009 med stöd av förslag från en särskild utredning. Under perioden 2008–2010 har regeringen avsatt sammanlagt 3,4 miljarder kronor till hälso- och sjukvården för det vidareutvecklade arbetet inom företagshälsovården och till den medicinska rehabiliteringen inom landstingen.

2.5.3 Ökad möjlighet att pröva arbete för personer med sjukersättning

Under innevarande år kommer regeringen även att lämna förslag till riksdagen om ändringar i reglerna om sjukersättning. Syftet är att öka tryggheten för en försäkrad som har sjukersättning men som vill pröva att arbeta. Det ska

således både löna sig och vara lätt att utnyttja även en begränsad arbetsförmåga för den som uppbär sjukersättning. De nya reglerna kommer särskilt gynna den som har en partiell sjukersättning vilket oftare gäller kvinnor än män. Att fler kvinnor kan ta ytterligare steg ut i arbetslivet ökar i sin tur jämställdheten mellan kvinnor och män.

2.5.4 Ungas arbetsförmåga ska tas tillvara

I syfte att minska utanförskapet bland unga har regeringen tillsatt en särskild utredare för att göra en översyn av aktivitetsersättningen. Utredarens huvuduppgift är dels att förbättra regelverket för aktivitetsersättningen så att unga människors arbetsförmåga tas till vara på bästa möjliga sätt, dels att föreslå hur reglerna för aktivitetsersättning ska kunna anpassas till planerade förändringar för sjukpenning och sjukersättning.

2.5.5 Rehabilitering i sociala företag

Regeringen har beslutat om att satsa 35 miljoner kronor till en försöksverksamhet med alternativa aktörer inom rehabiliteringen där sociala företag kan spela en viktig roll. Försöksverksamheten riktar sig till personer som varit sjukskrivna i mer än två år, personer med tidsbegränsad sjukersättning samt personer med aktivitetsersättning.

2.5.6 Enhetligt arbetsförmågebegrepp

Regeringen har också tillsatt en särskild utredare för att bl.a. beskriva och analysera begreppet arbetsförmåga och presentera en enhetlig begreppsapparat samt enhetliga bedömningskriterier och metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. Utgångspunkten är att individens funktionstillstånd ska tillmätas större betydelse vid bedömning av arbetsförmåga.

2.5.7 Indikatorer och uppföljning

- Antal personer med sjukpenning på hel- och deltid uppdelat på kvinnor och män (Försäkringskassan)
- Antal personer med sjuk- och aktivitetsersättning på hel- och deltid uppdelat på kvinnor och män (Försäkringskassan)

2.5.8 Ansvariga för genomförande av åtgärder

Försäkringskassan är den statliga myndighet som har ansvar för socialförsäkringen. Försäkringskassans huvudsakliga uppgifter är att handlägga enskilda ärenden inom socialförsäkrings- och bidragssystemen. I uppdraget ingår också att medverka till att arbetsförmågan hos enskilda tas tillvara så att förutsättningarna till försörjning via eget arbete ökar.

2.6 Fortsätta stärka grupper i särskilt utsatta situationer

För att bekämpa utanförskapet behöver fortsatt uppmärksamhet riktas mot de grupper som har ett särskilt behov av samhällets stöd. Det handlar om att skapa långsiktiga evidensbaserade åtgärder som utgår från den enskilda individens behov och önskemål. Våld mot kvinnor är ett omfattande samhällsproblem som regeringen valt att ta ett helhetsgrepp om. Att bekämpa missbruket innebär att bekämpa utanförskapet eftersom det finns ett tydligt samband mellan tungt missbruk och social utslagning såsom hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning samt både fysisk och psykisk sjukdom. Missbruk är ett folkhälsoproblem som inte bara drabbar den missbrukande personen utan i hög grad även hans eller hennes familj. Barnen är särskilt utsatta. Därför är insatser för att öka kvalitet, likvärdighet och för att möta behoven hos särskilt utsatta missbrukare fortsatt angelägna.

Hemlösheten lyftes särskilt fram i den förra handlings-

planen och regeringen presenterade en strategi som syftar till att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden som sträcker sig till och med 2009. Att motverka hemlöshet kräver uthålliga och samordnade insatser och därför utgör hemlösheten ett prioriterat område även i denna handlingsplan. Orsakerna bakom såväl missbruk som hemlöshet är komplexa och kan sökas på såväl individ- som på samhällsnivå. Det har blivit alltmer tydligt att personer med psykisk sjukdom har en ökad risk att hamna i såväl missbruk som hemlöshet. Regeringen avser därför att stärka såväl psykiatrin som övriga insatser för personer med psykisk sjukdom. Den psykiatriska hälso- och sjukvården är en prioriterad fråga för regeringen och 500 miljoner kronor har satsats årligen under 2007 och 2008. Stora delar av dessa satsningar har riktats mot kompetenshöjningar för personal inom såväl den psykiatriska hälso- och sjukvården som inom socialtjänstens verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning samt för att öka tillgång till psykiatrisk vård för barn och unga.

Sociala tjänster av god kvalitet har stor betydelse för att hindra att människor i utsatta situationer hamnar i permanent utanförskap. Statens insatser för att främja kvalitetsutvecklingen handlar om att ge stöd till kunskaps- och metodutveckling, möjliggöra öppna jämförelser mellan utförare och mellan kommuner och att stärka den enskilda individens valmöjligheter. Staten avsätter även stimulansmedel för olika ändamål för att bistå huvudmännen i deras utvecklingsarbete.

2.6.1 Stärkt stöd till våldsutsatta kvinnor och deras barn samt hedersrelaterat våld

Den 1 juli 2007 trädde en ändring i 5 kap. 11 § socialtjänstlagen i kraft som förtydligar socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor. Ändringen innebär att socialnämnden särskilt ska beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan vara i behov av stöd och hjälp.

I november 2007 presenterade regeringen också en handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (Skr 2007/08:39). Regeringen redovisar huvuddragen i arbetet för att bekämpa sådant våld under mandatperioden. Handlingsplanen omfattar en mängd åtgärder, inom olika politikområden, vilka kommer att utvecklas och preciseras efter hand. Handlingsplanen omfattar även ett stort antal konkreta åtgärder inom olika politikområden och en rad uppdrag har getts till olika aktörer i syfte att bygga en heltäckande struktur kring våldsutsatta kvinnor och deras barn. Problematiken med hedersrelaterat våld och förtryck, som drabbar främst flickor och unga kvinnor men även pojkar och unga män, omfattas av dessa åtgärder, men uppmärksammas också särskilt. Insatserna i handlingsplanen handlar om skydd och stöd, stärkt förebyggande arbete, stärkt kvalitet och effektivitet i rättsväsendet, insatser riktade till våldsutövare samt ökad samverkan och ökad kunskap. Sammanlagt satsar regeringen drygt 800 miljoner kronor på genomförandet av handlingsplanen under mandatperioden.

2.6.2 Satsningar på förstärkt vård för personer med missbruk eller beroende och deras närstående

År 2008 beslutade regeringen om en strategi för utvecklingen av missbruks- och beroendevården som sträcker sig till och med 2010. Tre insatsområden har identifierats: Förbättrad kvalitet, Ökad likvärdighet och Ökad tillgång till insatser för grupper som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda.

En av de strategiskt viktigaste insatserna för att öka kvaliteten är att främja utvecklingen av en mer evidensbaserad missbruks- och beroendevård i enlighet med Socialstyrelsens nyligen publicerade nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Regeringen ger Sveriges

Kommuner och Landsting (SKL) rollen som motor i implementeringen av riktlinjerna genom en överenskommelse mellan staten och SKL.

För att säkerställa likvärdighet och rättssäkerhet har Socialstyrelsen och länsstyrelserna fått i uppdrag att under åren 2008–2010 gemensamt genomföra en fördjupad tillsyn av missbruks- och beroendevården i hela landet. Brukar- och patientperspektivet utvecklas i tillsynen och former för brukarmedverkan prövas.

Det finns grupper som har svårt att få sina behov av missbruksbehandling tillgodosedda. Många kvinnor med missbruk befinner sig i en livssituation som ökar risken för att utsättas för våld och de kan ha svårare att få hjälp jämfört med andra våldsutsatta kvinnor. Därför har regeringen tagit initiativ till att öka kunskapen inom missbruks- och beroendevården om våldsutsatthet för att bättre kunna möta kvinnors specifika behov. Genom utvecklingsmedel och kunskapsutveckling vill regeringen utveckla insatser bland annat riktat till barn till föräldrar med missbruksproblem.

För att säkerställa att personer med missbruk eller beroende får rätt insats vid rätt tidpunkt och av rätt vårdgivare har regeringen beslutat om en utredning med uppdrag att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar och uppdrag och överväga eventuella behov av förändringar i lagstiftningen.

Personer med missbruk, liksom personer som är hemlösa, lider ofta av psykisk ohälsa. De satsningar som regeringen genomför inom ramen för den psykiatriska hälso- och sjukvården samt socialtjänstens verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar kommer även dessa personer till del. Sammanlagt har en miljard kronor satsats på att förbättra vården för personer som lider av psykisk ohälsa.

2.6.3 Fortsatt arbete för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Under 2008 publiceras flera underlag som utgör ett stöd för ett förbättrat arbete mot hemlöshet. I maj publicerade Socialstyrelsen och Kronofogdemyndigheten en vägledning för det vräkningsförebyggande arbetet. Dessutom kommer det i december 2008 att publiceras en kunskaps-sammanställning över verksamma metoder när det gäller olika typer av boendeinsatser. Inom Kronofogdemyndigheten pågår ett arbete med att utveckla statistiken så att det på kommunnivå framgår hur många hushåll som blivit vräkta. Denna statistik kommer att utgöra ett viktigt underlag för det fortsatta arbetet.

En annan viktig del i hemlöshetsstrategin är de medel som regeringen avsatt för att stödja kommunerna i deras utvecklingsarbete. Utvecklingsmedlen kan bland annat användas för att nå de mest utsatta t.ex. genom uppsökande arbete med kompetens från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och frivilligorganisationerna. Personliga ombud kan vara en länk mellan det uppsökande fältarbetet och myndighetskontakterna. Ombuden kan bland annat hjälpa till att lösa bostadssituationen i samband med utskrivning från den slutna vården.

Det är oerhört viktigt att kunna följa utvecklingen av hemlösheten. Därför kommer Boverket och Socialstyrelsen att vart tredje år kartlägga den sekundära bostadsmarknaden med start 2008. I december samma år kommer berörda myndigheter att lämna ett samlat förslag på hur hemlösheten kontinuerligt ska mätas.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) driver, som nämnts i uppföljningsavsnittet, sedan år 2006 ett särskilt arbete inriktat på utsatta gruppers tillgång till bostadsmarknaden och sambandet mellan segregation och diskriminering. Projektet har ett könsperspektiv och undersöker om etnisk diskriminering på bostadsmarknaden slår olika mot män respektive kvinnor. DO följer också hur diskrimineringen slår mot ungdomar med annan etnisk bakgrund än svensk.

2.6.4 Indikatorer och uppföljning

- Polisanmäld misshandel riktad mot kvinnor samt grov kvinnofridskränkning (Brottsförebyggande rådet)
- Antal personer med insats inom missbruksvården den 1 november uppdelat på kvinnor och män (Socialstyrelsen)
- Antal inkomna anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen (DO) om diskriminering på bostadsmarknaden (DO)
- Antal vräkningar uppdelat på typ av hushåll och antal barn i hushållet (Kronofogdemyndigheten fr.o.m. 2009)
- Antal personer som befinner sig i en hemlöshetssituation uppdelat på kvinnor och män (Socialstyrelsen)

2.6.5 Ansvariga för genomförande av åtgärder

Ansvar för att kvinnor och män, flickor och pojkar i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar på kommunen. Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den statligt bedrivna ungdoms- och missbruksvården som sker utan den enskildes samtycke. Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet på socialtjänstens område tillsammans med länsstyrelsen.

2.7 Bättre styrning

I avsnittet redogörs för de processer som svarar mot det gemensamt uppsatta målet om god styrning:

- Att arbetet för social delaktighet är väl koordinerat och effektivt, involverar alla samhällsnivåer och relevanta aktörer inklusive människor med erfarenhet av fattigdom, är integrerat i alla relevanta politikområden inklusive den ekonomiska politiken samt i programmen för strukturfonder (särskilt Europeiska socialfonden).

2.7.1 Dialog kring strategirapporten

Arbetet med att ta fram Sveriges strategirapport för social trygghet och social delaktighet 2008–2010 inleddes med en hearing med berörda organisationer och myndigheter. Syftet var att inhämta synpunkter på de övergripande prioriteringar som regeringen avsåg att lyfta fram i strategirapporten. Organisationerna har även fått möjlighet att skicka in skriftliga synpunkter och kommentarer. Några organisationer menade att denna hearing inte gav möjlighet till en verklig dialog. Regeringen ser det som angeläget att ta del av organisationernas synpunkter på innehåll och prioriteringar i strategirapporten och formerna för detta kan behöva utvecklas ytterligare. Det är dock ännu viktigare att det finns en struktur för en kontinuerlig dialog med olika intressenter i ordinarie beredningsrutiner. Olika former av samrådsförfarande med berörda intressenter är därför en naturlig del i Regeringskansliets och myndigheternas arbete.

2.7.2 Samråd när politiken utformas och genomförs

Samråd och remissförfarande i samband med utredningar

Utredningsväsendet är en central del av regeringens arbete. Redan då en fråga utreds är det av stor vikt att ha en bred samverkan med berörda intressenter. I utredningsdirektiv anger regeringen ofta att samråd ska ske exempelvis med representanter för olika brukarintressen. Genom att beakta olika intressen redan då en fråga utreds skapas goda förutsättningar för att de förslag som utredningen lämnar är väl övervägda och förankrade bland dem som berörs.

När utredningen lämnat sitt betänkande skickas det ut till organisationer, myndigheter, rättsinstanser etc. för att de ska få möjlighet att lämna sina synpunkter. Remissinstansernas åsikter sammanställs och utgör sedan ett viktigt underlag för den fortsatta beredningen av förslagen.

Myndigheternas arbete

Det stora flertalet av de politiska initiativ som presenteras under avsnitt 2.3 till 2.6 genomförs av myndigheter eller av kommuner och landsting.

Regeringen styr myndigheternas arbete genom årliga regleringsbrev och genom särskilda uppdrag. De uppgifter som myndigheterna har fått i regleringsbrev återrapporteras till regeringen i årsredovisningen, med information om bl.a. kostnader, intäkter och resultat. Utifrån årsredovisningarna kan regeringen följa upp och utvärdera myndigheternas verksamhet. De uppdrag som myndigheterna har fått genom särskilda regeringsbeslut återrapporteras i särskild ordning.

När regeringen utformar ett uppdrag anges ofta att samråd ska ske med de grupper som på olika sätt berörs. Ett exempel på samverkan är genomförandet av regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. I förberedelsearbetet genomförde regeringen en hearing med en bred samling intressenter från nationella myndigheter, länsstyrelser, kommuner och bostadsmarknadens organisationer såväl fastighetsägare, hyresgäster och organisationer som representerar nätverket mot socialt utanförskap. På så sätt kunde strategin förankras och utformas i enlighet med de synpunkter som framfördes. Socialstyrelsen fick i uppdrag att genomföra strategin och för detta inrätta en nationell styrgrupp med berörda myndigheter samt Sveriges Kommuner och Landsting. Styrgruppen har tillsatt en referensgrupp med representanter från bland annat frivillig- och brukarorganisationer för att de utifrån sina målgruppers intressen ska kunna följa och påverka arbetet.

Samrådsorgan inom Regeringskansliet

Regeringen försöker mobilisera samtliga aktörer i arbetet mot ekonomisk och social utsatthet genom att uppmuntra och stödja tillskapandet av lokala processer som syftar till social delaktighet i partnerskap mellan kommuner, myn-

digheter och organisationer. Regeringens egen modell för samråd är avsedd att ge legitimitet till samrådsformer på lokal och regional nivå samt att utgöra ett gott exempel på hur detta arbete kan gå till.

Det var mot bakgrund av 2003 års nationella handlingsplan som regeringen beslutade att det ska finnas en delegation för brukarinflytande i sociala utvecklingsfrågor inom Socialdepartementet med folkhälso- och socialtjänstministern som ordförande. Delegationen har nu funnits i fem år och består av representanter utsedda av organisationsnätverket Nätverket mot socialt utanförskap samt en representant vardera från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Delegationens arbete är inriktat på särskilt utsatta grupper. Teman för delegationens möten beslutas gemensamt och delegationen är därmed ett forum där frågor som är aktuella för såväl organisationerna som regeringen diskuteras och belyses utifrån brukares perspektiv. Förutom att vara ett samrådsorgan anordnar delegationen även seminarier kring aktuella ämnen, som exempelvis socialt företagande. Seminarierna, som från början framförallt syftade till att ge möjlighet till erfarenhetsutbyte mellan brukar- och andra intresseorganisationer inom socialtjänstens område, har även kommit att bli en kanal för att föra fram brukarperspektivet på en mer övergripande nivå till handläggare och beslutsfattare inom kommuner, nationella myndigheter och inom regeringskansliet.

Brukardelegationen är inte det enda samrådsorgan som finns inom Regeringskansliet. Handikappdelegationen och Pensionärskommittén är andra exempel inom det sociala området som fungerar på liknande sätt.

Ny modell för samverkan mellan staten och kommunerna och landstingen

Inom socialtjänstens område prövar regeringen en ny modell som innebär att staten och Sveriges Kommuner och Landsting ingår en överenskommelse om gemensamma

prioriteringar på nationell och lokal nivå för att stödja kunskapsutvecklingen och få till stånd en mer kunskapsbaserad verksamhet. Både huvudmännen och staten behöver göra långsiktiga och strategiska insatser som är samordnade. För 2008 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått en överenskommelse om gemensamma insatser och prioriteringar för att utveckla missbruks- och beroendevården.

Överenskommelse mellan regeringen och idéburna organisationer inom det sociala området

Regeringen menar att det idéburna engagemanget inte fått den uppmärksamhet det har förtjänat. Den ökade kunskapen om den sociala ekonomin under 1990-talet och regeringens strävan att öka mångfalden och valfriheten i samhället har bidragit till att synliggöra detta engagemang. Därför har regeringen, Sveriges Kommuner och Landsting och idéburna organisationer inom det sociala området i en bred dialog tagit fram ett förslag till överenskommelse som innebär en ömsesidig avsiktsförklaring. Huvudmålet med överenskommelsen är att stärka de idéburna organisationernas självständiga och oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare, samt att stödja framväxten av en betydligt större mångfald av utförare och leverantörer inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Under hösten 2008 förväntas regeringen fatta beslut om överenskommelsen. Därefter inbjuds organisationerna att var för sig ansluta sig till överenskommelsen.

I överenskommelsen föreslås ett antal övergripande principer. En sådan är principen om dialog. De åtgärder som föreslås handlar om att ta tillvara och undersöka möjligheterna att eventuellt utvidga den ideella sektorns deltagande i redan existerande delegationer, att bjuda in Sveriges Kommuner och Landsting att delta i möten mellan staten och den ideella sektorn, att i utredningsdirektiv ange vikten av att inhämta den ideella sektorns synpunkter samt att i den statliga tillsynen över socialtjänsten

uppmärksamma hur samverkan sker med den ideella sektorn. En uppföljning av överenskommelsen ska göras kontinuerligt.

2.7.3. De perspektiv som alltid ska genomsyra politiken

Ett flertal av de politikområden som har betydelse för social delaktighet är sektorsövergripande, vilket innebär att målen för dessa politikområden ska beaktas i regeringens arbete liksom genomsyra alla samhällssektorer. Exempel

är integrationspolitiken, jämställdhetspolitiken, handikappolitiken samt barnets rättigheter enligt FN:s barnkonvention. Man kan se dessa sektorsövergripande politikområden, s.k. mainstreamingområden, som ett uttryck för att kvinnor och män, flickor och pojkar oavsett etnisk bakgrund eller funktionshinder, ska inkluderas i den politik som förs på nationell, regional och lokal nivå. När dessa mål beaktas i beslutsfattande på alla nivåer, får även målen för social delaktighet ett brett genomslag i svensk politik.

3

Nationell strategi för pensioner



3.1 Svenska pensioner

Huvudparten av svenska pensionärs inkomster kommer från det allmänna pensionssystemet. Vid sidan av dessa inkomster får nästan alla en tjänstepension. Utöver den allmänna pensionen och tjänstepensionen står det sedan individen fritt att komplettera dessa försäkringar med privat pensionssparande.

För dem som inte själva tjänat ihop till en rimlig inkomstrelaterad pension utbetalas en garantipension. För dem som inte kvalificerar sig för en tillräcklig stor garantipension finns ett äldreförsörjningsstöd. De som behöver kan också beviljas ett inkomstprövat bostadstillägg. Detta grundskydd syftar till att ge pensionärerna en rimlig levnadsstandard och en konstant köpkraft över tiden. Utöver pensionssystemets förmåner finns dessutom andra offentliga tjänster och förmåner som syftar till att göra det möjligt för de äldre att upprätthålla en god levnadsstandard.

3.1.1 Den offentliga pensionen

Pensionsrätt tillgodoräknas med 18,5 procent av den pensionsgrundande inkomsten under hela livet i enlighet med den så kallade livsinkomstprincipen, där varje inbetald krona i avgift ger en motsvarande pensionsrätt. För personer födda före 1954 gäller vissa övergångsbestämmelser. När en pensionssparare avlider fördelas kvarvarande medel på spararens konto till övriga sparare i form av arvvinster.

Den fasta avgiften om 18,5 procent av den pensionsgrundande inkomsten inbetalas till viss del av den försäkrade och till viss del av arbetsgivaren. Den försäkrade betalar en allmän pensionsavgift på 7 procent av bruttointkomsten upp till ett tak på 8,07 inkomstbasbelopp. Arbetsgivarens avgiftsinbetalning till pensionssystemet, ålderspensionsavgiften, uppgår till 10,21 procent av lönesumman och betalas på inkomster upp till 8,07 inkomstbasbelopp. Härtill kommer en skatt på inkomster över 8,07 inkomstbasbelopp. Skatten, som utgår med samma procenttal som

arbetsgivarens pensionsavgift, går till statsbudgeten och har inget samband med ålderspensionssystemet.

Förutom inkomst av förvärvsarbete är även ersättningar för förlorad inkomst vid bl.a. sjukdom, arbetslöshet, och föräldraledighet pensionsgrundande. Motsvarigheten till den avgift som arbetsgivaren skulle ha betalat finansieras av statsbudgeten. Dessutom ger, utöver verkliga inkomster, även vissa fiktiva inkomster pensionsrätt. I ett livsinkomstbaserat pensionssystem finns nämligen behov av särskild kompensation i pensionshänseende för sådan frånvaro från arbetsmarknaden som inte rimligen bör slå igenom som minskad pensionsrätt. Därför tillräknas vissa grupper i samhället en kompletterande pensionsrätt, ett så kallat pensionsgrundande belopp. De pensionsgrundande beloppen utges till fyra grupper: småbarnsföräldrar, värnpliktiga, studerande och personer med sjuk- och aktivitetsersättning. Avgifterna för dessa belopp finansieras helt med allmänna skattemedel.

Den inkomstrelaterade pensionen, inkomst- och premiepensionen, kan tas ut tidigast från 61 års ålder. Den årliga pensionen ökar ju senare personen väljer att pensionera sig. Pensionsrätter kan tjänas in hur länge som helst, och någon bestämd pensionsålder finns inte. Enligt lagen om anställningsskydd har en arbetstagare rätt att stanna kvar i sin anställning till fyllda 67 år. Pensionen kan tas ut med 25, 50, 75 eller 100 procent. Om individen fortsätter att arbeta efter att pension börjat lyftas intjänas ny pensionsrätt, oavsett ålder.

Avgiftsinbetalningen sker till två olika delar av pensionssystemet vilka tillsammans utgör den allmänna inkomstgrundade pensionen. Merparten, 16 procentenheter av den pensionsgrundande inkomsten, går till fördelningssystemet, dvs. ett system där de yrkesverksamma inbetalda avgifter betalar samma års pensionsutbetalningar, och ger en motsvarande pensionsrätt. Intjänade pensionsrätter i fördelningssystemet räknas årligen upp med förändringen av genomsnittsinkomsten i samhället.

Vid pensioneringen beräknas pensionens årsbelopp genom att individens samlade pensionskapital delas med ett delningstal. Detta grundas i huvudsak på årskullens statistiskt antagna återstående medellivslängd och en tänkt framtida årlig tillväxt av genomsnittliga löner på 1,6 procent. Effekten av att beräkna delningstalet med en framtida förskottstillväxt är att pensionen initialt blir högre än vad den annars skulle ha varit. En annan effekt av detta är att den årliga indexeringen inte blir lika hög som den genomsnittliga inkomstillväxten eftersom detta förskott redan är inräknat.

De resterande 2,5 procentenheterna av pensionsavgiften fonderas i premiepensionssystemet, ett premiere-servssystem, på ett individuellt premiepensionskonto, i de fonder den försäkrade väljer. Storleken på premiepensionen beror på inbetalda avgifter, den avkastning som de valda fonderna gett och vid vilken ålder man väljer att ta ut pensionen.

Den som av olika skäl inte får en tillräckligt stor pension från det allmänna ålderspensionssystemet får ett grundskydd, som betalas ut i form av garantipension eller äldreförsörjningsstöd, ibland kompletterat med bostadstillägg. Till skillnad från ålderspensionssystemet som är avgiftsfinansierat och ligger vid sidan av statsbudgeten, är grundskyddet skattefinansierat. Därmed kan nivåförändringar till följd av politiska prioriteringar i framtiden bli aktuella. Gemensamt för de olika formerna av grundskydd är att de kan betalas ut tidigare från 65 års ålder.

Garantipensionen räknas av mot annan pension från det svenska ålderspensionssystemet samt mot jämförbar utländsk allmän pension, men reduceras inte av löneinkomster, kapitalinkomster, tjänstepensioner eller privata pensionsförsäkringar.

Bostadstillägg till pensionärer är ett inkomstprövat tillägg till pensionen som påverkas av bostadskostnaden, inkomsten och förmögenheten. Bostadstillägget uppgår till 93 procent av bostadskostnaden upp till 5 000 kro-

nor per månad för ensamstående. Bostadskostnaden för en person som är gift eller sambo beräknas till hälften av parets gemensamma bostadskostnad dvs. upp till 2 500 kronor per månad. Det högsta bostadstillägg som kan betalas ut är således 4 650 kronor per månad. Bostadstillägget minskas enligt särskilda regler beroende på individens och eventuell makes förmögenhet, pensionsinkomster, kapitalinkomster, eventuella förvärvsinkomster m.m. Beloppet är skattefritt.

För den som inte varit bosatt i Sverige tillräckligt lång tid kan endast reducerad garantipension betalas ut. För att inte dessa personer ska bli långsiktigt beroende av socialtjänstens försörjningsstöd finns ett yttersta skyddsnet i form av äldreförsörjningsstödet. Äldreförsörjningsstödet är ett inkomstprövat stöd som är avsett att garantera en skälig levnadsnivå för personer som är 65 år eller äldre. Beloppet är skattefritt.

3.1.2 Tjänstepension och privat pensionssparande

En mycket stor andel av löntagarna, uppskattningsvis runt 90 procent, omfattas av någon form av tjänstepensionsförsäkring. De fyra största avtalsområdena försäkrar ca 80 procent av löntagarna. Tjänstepensionsavtal ingås i allmänhet genom kollektivavtal mellan arbetsmarknadens parter, och binder samtliga parter som omfattas av avtalet. Lagstiftningen ställer inte några särskilda krav på pensionsavtalens innehåll. Förmånsbestämda lösningar har tidigare dominerat marknaden, men nu syns en tydlig trend mot avgiftsbestämda tjänstepensioner.

För löntagare med inkomster upp till intjänandetaket i socialförsäkringen innebär avtalsförsäkringarna normalt en komplettering av den allmänna ålderspensionen, medan den för inkomstdelar över intjänandetaket i det allmänna systemet utgör det huvudsakliga försäkrings-skyddet.

Utöver inkomstpension och tjänstepension är det möjligt att komplettera med privat pensionssparande. Det privata pensionssparandet, i försäkring eller på pensionsparkonto, skiljer sig från annat privat sparande genom att det finns en skattemässig avdragsrätt.

3.1.3 Andra förmåner

Det finns andra system och förmåner som bidrar till de äldres välfärd och som är av stor betydelse vid bedömningen av vad som är en rimlig nivå för pensionerna. Äldreomsorgen är kraftigt subventionerad och äldreomsorgsmottagare betalar endast en liten del av den verkliga kostnaden. Kommunen erbjuder färdtjänst till dem som p.g.a. funktionshinder inte kan resa med kollektivtrafik. Genom denna service kan personer med funktionshinder resa med taxi eller specialanpassade fordon till priser som ligger på samma nivå som priserna för kollektivtrafiken.

När det gäller hälso- och sjukvård, tandvård och läkemedel finns särskilda högkostnadsskydd som gör att patienten bara betalar avgifter eller kostnader upp till en viss summa.

3.2 Rimliga och hållbara pensioner i ett moderniserat system

Det allmänna pensionssystemet är uppbyggt för att vara finansiellt hållbart. Pensionen kan aldrig bli högre än vad systemet kan klara av. Det innebär att det alltid är pensionärerna och pensionsspararna (morgondagens pensionärer) som bär den ekonomiska risken – på samma sätt som gäller vid privat pensionssparande.

3.2.1 Utvecklingen i förhållande till uppsatta mål 2005–2008

3.2.1.1 Främjandet av längre arbetsliv

Människorna av idag är friskare och lever längre än någonsin tidigare i historien. Detta är en av de moderna samhällets största triumfer. Men den allt längre medellivslängden har inte avspeglats i ett längre arbetsliv. Med stigande realinkomster har individerna förkortat sin arbetstid de senaste hundra åren. Denna arbetstidsförkortning har bl.a. tagits ut i mer semester, kortare arbetspass, längre helger och tidigare pensionering. En allt större del av livet i ålderspension i kombination med allt färre i arbetsför ålder leder till att allt färre ska försörja allt fler. Detta är vad som normalt skapar problem för de allmänna pensionssystemens finanser. Det svenska systemet är dock självreglerande och klarar sina finanser. Däremot leder färre i arbete och ett kortare arbetsliv till lägre pensioner och andra samhällsekonomiska problem.

Tabell 3 visar Statistiska centralbyråns prognos på den förväntade återstående medellivslängden vid 65 år uppdelad på födelseår. Behövlig pensionsålder är den pensionsålder som behövs för att alla årskullar ska få samma månatliga pension. Tabellen visar också den förväntade tiden som pensionär och detta jämförs med dem födda 1930. Det visar sig att även om man arbetar längre för att kompensera för effekten av ett allt längre liv, så kommer ändå alla att vara ålderspensionärer allt längre.

I det allmänna pensionssystemet är livsinkomstprincipen grundläggande. I ett livsinkomstbaserat system påverkar hela livets inkomster pensionen, dvs. ju mer man arbetar och bidrar, desto högre blir pensionen. Rätt till inkomstpension och premiepension tjänar individen in oavsett ålder givet att inkomsten överstiger det intjänandegolv som är satt till gränsen för deklarationsplikt. Om en pensionär som tagit ut sin pension fortsätter att yrkesarbeta kommer pensionen att uppdateras två år efter

TABELL 3. MEDELLIVSLÄNGD OCH PENSIONSÅLDERN

Årskull född år	... fyller 65 år	Förväntad livs- längd vid 65	Behövlig pensionsålder	Tid som pensionär	Tid som pensionär jämfört med 1930
1930	1995	82 år 5 mån	65 år	17 år 5 mån	0
1938	2003	83 år 4 mån	65 år 8 mån	17år 8 mån	+3 mån
1940	2005	83 år 7mån	65 år 9 mån	17år 10 mån	+5 mån
1945	2010	84 år 3 mån	66 år 3 mån	18 år	+7 mån
1950	2015	84 år 10 mån	66 år 7 mån	18 år 3 mån	+10 mån
1955	2020	85 år 3 mån	66 år 11 mån	18 år 4 mån	+11 mån
1960	2025	85 år 7 mån	67 år 2 mån	18 år 5 mån	+1 år
1965	2030	85 år 11 mån	67 år 5 mån	18 år 6 mån	+1 år 1 mån
1970	2035	86 år 3 mån	67 år 7 mån	18 år 8 mån	+1 år 3 mån
1975	2040	86 år 7 mån	67 år 10 mån	18 år 9 mån	+1 år 4 mån
1980	2045	86 år 10 mån	68 år	18 år 10 mån	+1 år 5 mån
1985	2050	87 år	68 år 2 mån	18 år 10 mån	+1 år 5 mån
1990	2055	87 år 1 mån	68 år 2 mån	18 år 11 mån	+1 år 6 mån

Källa: Försäkringskassan 2008.

intjänandeåret med hänsyn till den nyintjänade pensionsrätten. Det går alltså att påverka sin pension med fortsatt arbete även efter det att man övergått i ålderspension. Ett pensionssystem baserat på livsinkomstprincipen ger goda incitament till att arbeta.

Arbetslivets längd

En krona som betalas in till systemet tidigt i livet ligger kvar länge och förräntas under fler år än en krona som betalas in senare i livet. Att individer börjar arbeta tidigare är både bra för individens egen pension, samhällsekonomi och pensionssystemet. En individ som påbörjar sitt arbetsliv tidigare kan också förväntas kunna gå i pension tidigare än andra ur samma generation som påbörjar sin arbetskarriär senare. Det är ofta enklare för en genomsnittlig 25-åring att utöka sitt arbetsutbud än det är för en genomsnittlig 67-åring.

Livsinkomstprincipen ger en direkt och tydlig koppling till arbetslivets längd och omfattning. Ett längre arbetsliv för individen kan uppnås genom att man börjar arbeta tidigare, att man arbetar högre upp i åldrarna eller genom en ökning av antalet timmar i arbete. Många som går i pension idag gjorde sitt inträde på arbetsmarknaden tidigare i livet än många av dagens unga. Det är också svårt att sja om när dagens unga kommer att gå i pension och hur mycket de kommer att arbeta i framtiden.

Ett utförligt resonemang kring arbetslivets längd redovisas i Försäkringskassans rapport Analyserar 2007:6.

Inträdesålder på arbetsmarknaden

Det finns en mängd olika mått för att mäta vid vilken ålder som unga vuxna är fullt etablerade på arbetsmarknaden. Ett vanligt mått är etableringsåldern, som antas inträffa när 75 procent av en årskull är sysselsatta på arbetsmark-

naden. Denna anges nu vara drygt 27 år. Som jämförelse var etableringsåldern år 1990 drygt 20 år. Ett annat mått är inträdesålder. Detta mått beräknas på samma vis som etableringsåldern, men gränsen är då 50 procent sysselsatta. Inträdesåldern ligger runt 20 år.

Befolkningens utbildningsnivå är mycket högre idag än för 100 år sedan. Ökade kunskaper, allmänna och yrkesmässiga, har varit avgörande förutsättningar för den välståndsökning som ägt rum. Totalt sett har utbildningen bidragit till en produktivitetstillväxt som många gånger kan kompensera det bortfall av livstidsarbetstid som de allt längre utbildningstiderna medfört. Rimligen finns det trots allt en övre gräns där utbildningens produktivitet från samhällsekonomisk synpunkt inte längre uppväger det minskade utbudet av arbetstid.

Ett annat relaterat problem är att den allt senare tidpunkten för etablering på arbetsmarknaden också kan leda till att många måste arbeta relativt högt upp i åldrarna eller spara relativt mycket för att uppnå en rimlig pensionsnivå. Ett sätt att se på detta är att det för många som överkonsumerar utbildning, utöver vad som är optimalt från ett livsinkomstperspektiv, finns en risk att de de facto endast transfererar ledig tid från ålderdomen till ungdomen, något som de sedan måste kompensera för. Det är därför uppenbart att en del av dagens unga vuxna riskerar att försätta sig i situationer som låser in dem i framtida fattigdomsfällor som de dessutom kanske inte alltid är medvetna om. Detta kan i förlängningen bli ett samhällsproblem.

En akademisk grundexamen kan i princip avläggas vid 22-23 års ålder. Att det i verkligheten tar längre tid är inte enbart negativt, det kan finnas fördelar med att varva studier med praktisk arbetslivserfarenhet. Men teoretiska studier är inte den enda vägen. Många av de yrken som det idag råder brist på arbetskraft i och där det även i framtiden kan förväntas finnas en efterfrågan, så som hantverksyrken och vissa yrken inom vård och omsorg, kan i princip påbörjas direkt efter gymnasiet.

Utträdesålder och övergång i ålderspension

Den flexibla pensionsåldern från 61 års ålder samt möjligheten till partiellt uttag av pension underlättar en successiv nedtrappning av arbetstiden. Detta gör också att det är en skillnad mellan pensionsålder och utträdesålder, dvs. den ålder då man lämnar arbetsmarknaden. Enligt lagstiftningen har man normalt rätt till att behålla sin anställning fram till 67 års ålder – en regel som tidigare kunde förhandlas bort i kollektivavtal. Sådana förhandlingar ledde till att i princip alla arbetstagare på den svenska arbetsmarknaden blev avgångsskyldiga vid 65 år.

I Sverige har de äldres arbetskraftsdeltagande ökat under senare år. Detta återspeglas i att den genomsnittliga åldern för utträde från arbetskraften har ökat. År 2006 var den genomsnittliga åldern vid utträdet 63 år, beräknat för personer som vid 50 års ålder fanns med i arbetskraften. Samtidigt var den genomsnittliga uttagsåldern för allmän pension ca 65 år. Uppgången i utträdesålder beror troligen delvis på att personer i 60-årsåldern nu är mer högutbildade än tidigare generationer och har en annan yrkesstruktur. En stor del av höjningen av utträdesåldern under senare år beror på att ålders- och tjänstepensionerna före 65 års ålder har minskat. Det rör sig här främst om personer som pensioneras genom särskilda avgångsavtal eller genom avtalspension och således utan förtida uttag av ålderspension från det allmänna systemet. En direkt effekt av att många i varje årsklass uppstår sjukersättning (tidigare förtidspension) är att utträdesåldern är lägre än uttagsåldern. Dessa personer övergår i ålderspension vid 65.

3.2.1.2 Informationsspridning och allmän kännedom påverkar bland annat hur länge man arbetar samt hur mycket man sparar

Samtliga försäkrade i det allmänna pensionssystemet får sedan 1999 årlig information om sin egen pension från det allmänna systemet (det så kallade orange kuvertet).

Sedan 2004 finns också internetportalen minpension.se som är ett samarbetet mellan staten och de privata pensionsbolagen.⁶ På minpension.se kan man få en bild över den allmänna pensionen och den kollektivavtalade tjänstepensionen och man kan dessutom komplettera med sitt privata pensionssparande. Syftet är att ge en samlad bild över den totala pensionen.

Det är under intjänandetiden som en försäkrad kan påverka sin pension och därmed är det också väsentligt att fler får större kännedom om pensionssystemets funktionssätt och insikt om att det finns ett tydligt samband mellan inbetalda avgifter och storleken på den framtida pensionen. Ökad kännedom ger möjlighet att planera för hur länge man bör och vill arbeta och även möjlighet att ta ställning till om man på frivillig väg vill bygga upp ett kompletterande pensionskydd. Okunskap om pensionen och pensionssystemet ger en uppenbar risk att spara för mycket eller för lite. Risken för översparande kan leda till ett framtida negativt incitament till arbete och att konsumtionen dessutom blir för låg under den yrkesverksamma tiden.

Ett sätt att öka kunskapen om kopplingen mellan avgifter och förmåner är genom individuella pensionsbesked. I det orange kuvertet visas endast information om den allmänna pensionen. Normalt får den enskilde pension från flera håll. För att prognoserna ska vara ett bra beslutsunderlag krävs dock att de samordnas. Försäkringskassan och Premiepensionsmyndigheten (PPM) har därför ett pågående samarbete om prognoserna, där ett av syftena är att också inkludera andra aktörer på pensionsmarknaden och på så sätt förbättra för de försäkrade.

Försäkringskassan och PPM gör regelbundet undersökningar om allmänhetens kunskaper om det allmänna pensionssystemet. Den senaste undersökningen gjordes i december 2007 och redovisas i Försäkringskassans årsredovisning för 2007. Undersökningen visar att kunskaper

perna har ökat något både bland män och bland kvinnor, men att ökningen är tydligast bland männen. Av alla tillfrågade är det 40 procent som säger sig känna till den allmänna pensionen ganska väl, det är en ökning jämfört med tidigare år. Att det är livsinkomstprincipen, dvs. att det är inkomsterna under hela livet som påverkar pensionen känner 87 procent av de tillfrågade till, det är en ökning jämfört med 2006. Att pensionen påverkas av hur den svenska ekonomin utvecklas känner 85 procent till. Här skiljer sig dock resultatet åt mellan könen, andelen män som känner till detta har ökat till 87 procent medan andelen kvinnor har sjunkit till 85 procent. Även kunskapen om att premiepensionsfondernas utveckling påverkar den allmänna pensionen har ökat och 84 procent känner till det. Även om resultatet har förbättrats är det dock fortfarande 20 procent som inte känner till att pensionsåldern är flexibel, utan tror att den kan tas ut först när man fyllt 65 år. När det gäller förtroendet för pensionssystemet säger en tredjedel att det är ganska stort.

Trots de satsningar som har gjorts på att informera om det svenska pensionssystemet är alltså de försäkrades kunskaper om systemet fortfarande inte tillräckligt spridda och dessutom ökar kunskapen mycket långsamt. Ett av Försäkringskassans och PPM:s uppdrag är inom ramen för nuvarande åliggande därför att fortsätta verka för kunskapspridning om pensionssystemet, med målet att fler ska känna till vad som påverkar deras framtida pension.

3.3 Rimliga pensioner

Det reformerade allmänna pensionssystemet syftar till att skapa rättvisa både inom och mellan generationer samt till att vara följsamt mot den ekonomiska och demografiska utvecklingen. Legitimiteten i ett nationellt pensionssystem stärks om alla oavsett inkomst får en betydande del

⁶ www.minpension.se

av sin pension därifrån och får behålla en värdig levnadsstandard efter pensioneringen. Ett övergripande mål för regeringens äldrepolitik (den skattefinansierade delen av pensionssystemet) är att erbjuda dem med låg eller ingen inkomstrelaterad pension ett värdesäkrat grundskydd. Samtidigt bör kostnaderna för grundskyddet hållas inom samhällsekonomiskt rimliga ramar. En annan strävan är att nivån på grundskyddet inte bör ha en negativ påverkan på incitamentet att arbeta. Det är dock bara genom att värdera de allmänna pensionerna tillsammans med kompletterande pensionssystem, bostadstillägg och förmåner inom äldreomsorgen och välfärdssystemet som man kan få en helhetsbild av pensionärernas levnadsstandard.

Huvuddelen av det svenska allmänna pensionssystemet är uppbyggt som ett fördelningssystem. Systemet omfördelar samhällets konsumtionsutrymme från den förvärvsarbetande befolkningen till pensionärerna. Bakom denna omfördelning ligger en utfästelse mellan flera generationer. En viktig egenskap i ett pensionssystem är att det är utformat på ett sådant sätt att fördelningskonflikter mellan generationer undviks. Den svenska pensionsreformen innebär ett tydligare kontrakt generationerna emellan än det tidigare pensionssystemet. Alla betalar nu lika mycket i avgift som de får ut i pension och pensionerna kommer därför i framtiden att, i en mycket högre grad än tidigare, vara baserade på i vilken omfattning de som uppstår pension har bidragit till systemets finansiering i form av inbetalade avgifter. Följsamhetsindexeringen innebär att såväl med- som motgångar delas mellan den förvärvsarbetande befolkningen och pensionärerna och att man uppnår en följsamhet mot den samhällsekonomiska utvecklingen. Detta innebär att kommande generationer inte kommer att åläggas en alltför stor börda grundad på ett socialt kontrakt som beslutats av föregående generationer.

Det allmänna pensionssystemet bidrar också till en utjämning av inkomster inom olika grupper i samhället och bidrar därmed till solidariteten även inom generationer.

Arbetsgivarnas pensionsavgifter över taket går direkt till statsbudgeten, medan statsbudgeten i sin tur finansierar grundskyddet, socialförsäkringsersättningar och pensionsgrundande belopp för småbarnsföräldrar m.fl.

Delningstalen i såväl fördelnings- som premiepensionssystemet beräknas med utgångspunkt från gemensamma livslängdstabeller för män och kvinnor. I och med att kvinnor i genomsnitt lever längre än män, kan de ackumulerat över livet, förväntas få ut mer pension i förhållande till sina inbetalda avgifter än männen.

3.3.1 Grundskyddet och fattigdomsrisk

Grundskyddet

När man ser till grundskyddet i det svenska pensionssystemet är det viktigt att ha i åtanke att det är utformat utifrån kriteriet att det finns ett bostadstillägg till pensionärer (BTP). BTP är i egentlig mening en slags inkomstprövad pensionsförmån och är i Sverige en väsentlig del av grundtryggheten för pensionärer.

I den svenska debatten talas ofta om de sämst ställda pensionärerna. Frågan om vilka som är de sämst ställda pensionärerna har dock inget givet svar och det finns ingen bestämd definition. En internationellt vanlig definition för ekonomisk utsatthet är "risk för fattigdom" eller relativ fattigdom, vilket enligt EU-standard mäts som andelen personer som har under 60 procent av medianinkomsten. Som framgår av avsnitt 1.1 är dock detta mått inte fullständigt, eftersom det bl.a. inte beaktar förmögenheten.

Om man vill hitta de sämst ställda pensionärerna är måttet för ekonomisk utsatthet inte tillräckligt och det finns två felkällor som kommer till klart uttryck vid beräkningen av BTP. Eftersom BTP är en del av grundtryggheten och ofta definieras som en inkomstprövad pensionsförmån så ingår det i måttet för ekonomisk utsatthet, men det gör dock inte förmögenheten eller bostadskostnaden.

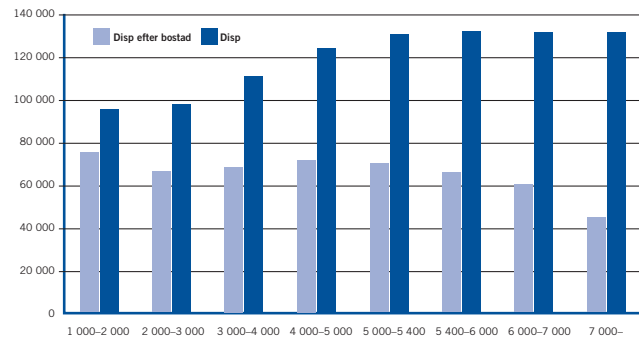
BTP prövas mot förmögenheten (eftersom förmögenhet ses som realiserbar och kan omvandlas till inkomst). Detta leder till att måttet ekonomisk utsatthet blir missvisande. En person som enbart har garantipension, men samtidigt har en större förmögenhet får därmed inte något BTP. Följden blir att denna person betraktas som ekonomiskt utsatt. Detta innebär att man kan ha en stor förmögenhet och ändå betraktas som ekonomiskt utsatt. Om samma person ger bort sin förmögenhet kommer han eller hon att få fullt BTP och inte längre definieras som ekonomiskt utsatt.

BTP är direkt beroende av bostadskostnaden. Eftersom bostadskostnaden inte ingår i måttet för ekonomisk utsatthet blir måttet även av denna anledning missvisande. Detta får till följd att inkomstsidan mäts men inte utgiftsidan. En konsekvens är att en person som enbart har garantipension och en låg bostadskostnad på 3 000 kronor får ett lågt BTP och därmed en så låg inkomst att han eller hon definieras som ekonomiskt utsatt. Om denna person flyttar till en bostad som kostar 5 000 kronor ökar BTP och hon eller han definieras därmed inte längre som ekonomiskt utsatt. I realiteten är det ju dock så att BTP måste användas för att betala hyran och när den är betald har naturligtvis personen med högre hyra en sämre ekonomisk standard. Följden blir alltså att personen som har en sämre ekonomisk standard efter bostadskostnad inte definieras som ekonomiskt utsatt.

Problemet som uppstår är således att måttet för ekonomisk utsatthet visar att personer med låg boendekostnad respektive hög förmögenhet har det sämre än den som har hög boendekostnad respektive ingen förmögenhet, vilket i praktiken inte stämmer.

Ett sätt att komma tillrätta med dessa problem är att vid definitionen av de sämst ställda pensionärerna även ta

DIAGRAM 1. DISPONIBEL INKOMST PER KONSUMTIONSENHET FÖRE SAMT EFTER BETALD BOSTADSKOSTNAD, MEDELVÄRDEN PROGNOIS 2009



hänsyn till boendekostnad och förmögenhet. Det är också denna metod som används i lagstiftningen för särskilt bostadstillägg och äldreförsörjningsstöd. Skillnaden i disponibel inkomst före respektive efter bostadskostnaden är betald åskådliggörs i diagram 1.

Det finns en taknivå på 5 000 kronor inom BTP. I diagram 1 visas att detta leder till att den disponibla inkomsten efter betald bostadskostnad⁷ minskar snabbt så fort bostadskostnaden passerar 5 000 kronor per månad. Detta beror på att pensionären måste betala hela den del av bostadskostnaden som överstiger taket.

Det har under de senaste åren genomförts förbättringar för pensionärerna. Ytterligare analys av pensionärernas ekonomiska situation pågår och regeringen avser att ta ytterligare steg för att förbättra de ekonomiska villkoren för i första hand de sämst ställda pensionärerna.

Tjänstepension

I diskussionen kring nivån på grundskyddet får man inte glömma bort att man i det svenska pensionssystemet

⁷ För att illustrera situationen för den enskilde individen är det den faktiska bostadskostnaden som har använts i beräkningarna. Det är den faktiska bostadskostnaden som används vid beräkningen av bostadstillägg och äldreförsörjningsstöd.

även måste beakta tjänstepensionerna. Uppskattningsvis runt 90 procent av löntagarna omfattas av någon form av tjänstepensionsförsäkring. Det svenska pensionssystemet är också utformat med utgångspunkt att systemet med tjänstepensioner finns. Vid intjänandet till det allmänna pensionssystemet finns ett tak och arbetsgivaravgifter för inkomster över detta tak ger inte pensionsrätter utan går till statsbudgeten. I tjänstepensionssystemet finns det dock inget sådant tak, utan de försäkrade kan tillgodogöra sig pensionsrätter för hela inkomsten. Man kan alltså säga att tjänstepensionen kompenserar där den allmänna pensionen inte gör det. Hade inte systemet med tjänstepensioner funnits är det sannolikt att det allmänna systemet inte haft något tak för intjänandet eller åtminstone ett betydligt högre tak. Motsvarande gäller för avgiftsnivån till det allmänna systemet, som är anpassat för att tillsammans med tjänstepensionen ge en rimlig pension.

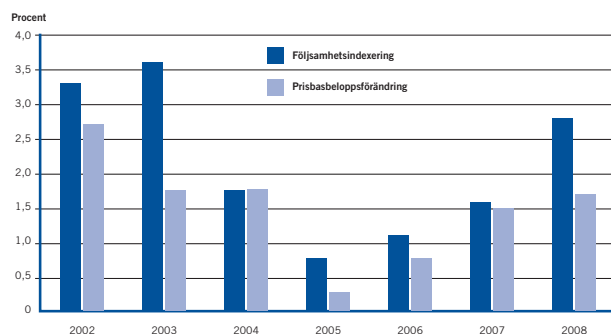
Vid diskussioner om och beräkningar för det svenska grundskyddet är det således viktigt att inte glömma BTP och tjänstepensioner.

Indexering av pensionen

Inkomstpensionen följer den allmänna inkomstutvecklingen genom den s.k. följsamhetsindexeringen. Den del av grundskyddet som indexeras är garantipensionen och den följer prisutvecklingen. Prisindexeringen innebär att garantipensionen är värdesäkrad och inte försämras absolut sett. Däremot kan nivån vid reallönetillväxt försvagas i förhållande till övriga pensionsförmåner.

I diagram 2 visas utvecklingen av följsamhetsindexeringen och prisindexeringen. Den ackumulerade förändringen i följsamhetsindexeringen är 16,0 procent, medan den för prisbasbeloppet är 11,1 procent. Garantipensionens relativa försvagning är således 4,9 procentenheter. Nivån på utbetalningarna av den inkomstrelaterade pensionen är år 2008 omkring 6 miljarder kronor större till följd av följsamhetsindexeringen.

DIAGRAM 2. FÖLJSAMHETS- OCH PRISINDEXERING 2002–2008, PROCENT



Nivån på garantipensionen är fast men prisindexerad och detta är en del av pensionsöverenskommelsen. Om detta ska förändras krävs en ändring av överenskommelsen. Det finns dock andra instrument som kan användas för att förändra för garantipensionärer än att göra förändringar i pensionssystemet.

3.3.2 Grundskyddet och arbetsincitament

I det allmänna pensionssystemet utgörs grundskyddet av garantipensionen och bostadstillägget till pensionärer. Grundskyddet finns till för att garantera en av samhället accepterad lägsta nivå för dem som inte har en tillräckligt hög nivå på sina andra pensionsinkomster.

Det finns en strävan efter att grundskyddet ska vara tillräckligt för att ge en rimlig levnadsstandard för de äldre. Det kommer alltid att finnas grupper som saknar eller har en otillräcklig inkomstgrundad pension. Grundskyddet är ett medvetet avsteg från livsinkomstprincipen och arbetslinjen.

För en person med låg intjänad pensionsrätt medför den nuvarande nivån på grundskyddet att ytterligare avgiftsbetalningar inte nödvändigtvis innebär att den slutgiltiga pensionen kommer att bli annat än marginellt

högre. Antalet garantipensionärer bedöms dock på sikt minska eftersom inkomsterna förväntas öka snabbare än den prisindexerade gränsen för garantipension. Prisindexeringen av garantipension ger ett grundskydd som garanterar en viss köpkraft, men ger också ett visst incitament till arbete relaterat till den snabbare inkomstutvecklingen i de inkomstrelaterade pensionerna.

Med ökad livslängd minskar den inkomstrelaterade pensionen, om man inte samtidigt utökar arbetstiden. En del av denna livslängdeffekt fångas upp av garantipensionen. Garantipensionen kompenserar en del av livslängdsökningens minskning av den inkomstgrundande pensionen. Givet en viss nivå på inkomstpensionsbehållningen ger en ökad livslängd ett lägre månatligt belopp, vilket då kan leda till mer garantipension. Denna effekt motverkas dock av att reallönerna kan förväntas öka snabbare än förändringen i delningstalet. Dock innebär detta i vissa fall att garantipensionen inte kan vara följsamt fullt ut mot de inkomstrelaterade pensionerna, utan att åldersgränserna måste ändras om inte garantipensionen ska expandera på de inkomstrelaterade pensionernas bekostnad.

3.4 Finansiell hållbarhet

Ålderspensionssystemet har direkta kopplingar till ekonomin och till medellivslängdens utveckling. Tillsammans med den starka kopplingen mellan inbetalda avgifter och utbetalda förmåner är systemet mycket finansiellt hållbart och internationellt sett väldigt stabilt. Systemet är autonomt och påverkas inte av svängningar i statsbudgeten. Ålderspensionssystemets inkomster och utgifter kan endast utnyttjas för ålderspensionsändamål.

Vad gäller den offentliga finansiella hållbarheten har Sverige satt upp ett mål om ett överskott i den offentliga sektorns finansiella sparande på i genomsnitt 1 procent av BNP över en konjunkturcykel. Ett sådant överskott skapar en stabil grund inför de utmaningar, utöver pensionerna,

som följer av att andelen äldre i befolkningen ökar kraftigt framöver.

Vid en ogynnsam demografisk eller ekonomisk utveckling kan det ändå bli obalans i systemet och det är då inte möjligt att förränta inkomstpensionskontot och inkomstpensionen med genomsnittsinkomstens utveckling och samtidigt finansiera inkomstpensionerna med en fast avgift. För att kunna hålla avgiften i fördelningssystemet fast vid nivån 16 procent måste i en sådan situation avsteg göras från inkomstindexeringen. Det sker genom att aktivera den så kallade balanseringen.

Om det blir en balansering eller inte, beror på balanstalets utveckling. Balanstalet visar förhållandet mellan systemets beräknade tillgångar och skulder. Tillgångarna utgörs till största delen av avgiftsflödet och till en mindre del av tillgångarna i buffertfonden. Avgiftsflödet beräknas enligt hur stor pensionssskuld avgiftsflödet skulle kunna finansiera givet mätperiodens demografiska och ekonomiska förhållanden. Skulden består av allt det som någon gång ska betalas ut i pension till dagens pensionssparare och pensionärer. Om balanstalet är över 1,0 är tillgångarna större än skulderna. Om balanstalet är under 1,0 är skulderna större och balanseringen aktiveras och kommer att vara aktiv till dess att balanstalet överstiger 1,0.

Inkomstpensionens resultat år 2007 var minus 82 miljarder kronor, vilket medförde att systemets balanserade överskott blev 18 miljarder kronor. Detta motsvarar 0,26 procent av systemets pensionssskuld om 6 996 miljarder kronor och balanstalet blev därmed 1,0026. Balanstalets utveckling kan följas i tabell 4 på nästa sida.

Från det att det första balanstalet fastställdes var trenden i flera år nedåtgående. Balanstalet utvecklades dock positivt under åren 2005 och 2006, men har nu år 2007 åter minskat. Det är många faktorer som påverkar pensionssystemets resultat och balanstalet. Den huvudsakliga förklaringen till den negativa utvecklingen 2007 är att genomsnittsinkomsten, som bestämmer pensionssskuldens

TABELL 4. BALANSTALET'S UTVECKLING

Ställning 31/12	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Balanstal, år	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tillgångar	5 611	5 789	6 042	6 253	6 490	6 803	7 014
Pensionsskuld	5 432	5 729	5 984	6 244	6 461	6 703	6 996
	179	60	58	9	28	100	18
Balanstal	1,03	1,0105	1,0097	1,0014	1,0044	1,0149	1,0026

förräntning, ökade mer än avgiftsinkomsten, som tillsammans med omsättningstiden bestämmer avgiftstillgångens förändring. För 2007 har ökningen i snittinkomsten slagit igenom snabbare än ökningen av summa inkomster.

3.4.1 De allmänna pensionsutgifterna och dess finansiering

Utbetalningar av de allmänna inkomstrelaterade pensionerna finansieras i första hand med löpande pensionsavgifter på pensionsgrundande inkomster från den aktiva generationen. Pensionsgrundande inkomster utgörs till största delen av löne- och egenföretagarinkomster. Vidare ingår olika skattepliktiga socialförsäkrings- och arbetslöshetsersättningar samt pensionsgrundande belopp. Staten betalar årligen till respektive delsystem de avgifter som belöper på sådana inkomster. Utbetalningarna av ålderspension uppgick 2007 till 215 861⁸ miljoner kronor, vilket är ca 7 procent av BNP⁹.

Pensionen från fördelningssystemet finansieras också med medel från buffertfonderna och dess ränteinkomster. Buffertfonden består av fem allmänna pensionsfonder (AP-fonder) fördelade på Första-Fjärde AP-fonderna samt Sjtät-

te AP-fonden. Den 31 december 2007 uppgick AP-fondens tillgångar till 898 miljarder kronor vilket utgör cirka 13 procent av fördelningssystemets tillgångssida, som till största delen består av värdet av framtida avgifter till inkomstpensionen. Inkomstpensionen från fördelningssystemet är indexerad med den genomsnittliga inkomstutvecklingen och har därför ingen direkt koppling till vad som händer med avkastningen på de finansiella tillgångarna. Däremot har AP-fondens avkastning en viss påverkan på systemets finansiella utveckling, men kommer främst att påverka utbetalade pensioner om fördelningssystemet är underkonsoliderat då den automatiska balanseringen kan aktiveras, t.ex. till följd av en dålig avkastning på AP-fonderna.

Pensionssystemet är autonomt och bär helt sina egna kostnader. Det innebär att även systemets administrationskostnader finansieras genom avgifter och fondkapital. På motsvarande sätt som i privata system påverkar därmed administrationskostnaderna pensionernas storlek. Administrationskostnaderna för hela den inkomstrelaterade pensionen uppgick till drygt 2 miljarder kronor år 2007, vilket motsvarar ca 1 procent av de årliga utbetalningarna. Till detta kommer kostnader för kapitalförvaltning i AP-fonderna och premiepensionen. Kostnaderna

⁸ Utbetalningar för ålderspensionärer, inkomstrelaterad pension 188 227, garantipension 20 371 och bostadstillägg 7 263 miljoner kronor.

Källa: Försäkringskassan

⁹ BNP löpande priser 2007; 3 073 832 miljoner kronor. Källa: SCB

ökade i samband med pensionsreformen, men trenden är nu att de minskar. Det pågår ett ständigt arbete med att minska administrationskostnaderna.

Det av staten garanterade grundskyddet finansieras av skattemedel och även administrationen av detta grundskydd finansieras genom statsbudgeten.

3.4.2 Tjänstepensionerna och dess finansiering

Tjänstepensionsavtal ingås i allmänhet genom kollektivavtal mellan arbetsmarknadens parter. Lagen ställer inte några särskilda krav på pensionsavtalens innehåll, men arbetsgivaren måste säkerställa sitt pensionsåtagande på ett tillfredsställande sätt. Säkerställande av pensionsåtagandet kan ske genom kontoavsättning kombinerad med en ekonomisk garanti, såsom en kreditförsäkring, eller genom avsättning av medel till en pensionsstiftelse. Arbetsgivaren kan även försäkra åtagandet för pensionsutbetalningarna genom att betala premier till en tjänstepensionsförsäkring, som tillhandahålls av ett livförsäkringsbolag eller en tjänstepensionskassa. Verksamheten ska bedrivas på ett sätt så att den enskilda förmånstagaren har all nödvändig kunskap för att ta informerade beslut. Tjänstepensionsförsäkringarna jämföras med livförsäkring och omfattas därmed av de regler som gäller för livförsäkringsverksamhet.

Flertalet tjänstepensionsavtal är idag avgiftsbestämda för inkomster som omfattas av det allmänna pensionsystemet. För inkomster som överstiger intjänandetaket är trenden även här att allt fler avtalssystem är avgiftsbestämda, vissa är dock fortfarande förmånsbaserade.

3.5 Aktuell utveckling

3.5.1 Pensioner och arbetsliv

I och med att befolkningen blir allt äldre och medellivslängden ökar är det viktigt både för individen och sam-

hället med ett förlängt arbetsliv. De senaste tio åren har medellivslängden ökat med omkring ett år, något som inte avspeglar sig i ett längre arbetsliv. Arbetslivet kan bli längre genom att inträdesåldern sänks eller att utträdesåldern höjs. Regeringen har genomfört flera reformer i syfte att både sänka inträdesåldern och höja utträdesåldern och på så sätt få fler yngre och äldre i arbete.

Jobbskatteavdraget är utformat för att ge pensionärer som arbetar en extra skattelättnad på arbetsinkomster. Syftet är att ge starkare drivkrafter för äldre att stanna kvar på eller återvända till arbetsmarknaden. För att också öka incitamenten att behålla och nyanställa äldre medarbetare har arbetsgivare som anställer personer som har fyllt 65 år befriats från den särskilda löneskatten som de annars betalar på inkomster som överstiger taket för pensionsgrundande inkomst.

För att underlätta för unga att komma in på arbetsmarknaden och för att skapa en högre sysselsättning bland unga har regeringen sedan tidigare sänkt socialavgifterna för personer som vid årets ingång har fyllt 18 men inte 25 år. För att ytterligare förstärka denna satsning har regeringen föreslagit att nedsättningen fr.o.m. den 1 januari 2009 ska omfatta alla under 26 år, samtidigt som sänkningen blir ännu större. Socialavgifterna för unga ska bestå av ålderspensionsavgiften samt en fjärdedel av övriga avgifter. Denna åtgärd får till följd att företagets kostnad för att anställa en ung person blir cirka 13 procent lägre än i normalfallet.

3.5.2 Transparens i systemet

Det orange kuvertet skickas ut till de försäkrade i det allmänna pensionssystemet varje år. Här får de försäkrade information om de pensionsrätter som de har tjänat in under året och den totala summa som finns på deras pensionskonton. De flesta får också en prognos över den framtida pensionen. Syftet med att skicka ut informationen är att öka de försäkrades förståelse om den allmänna pensio-

nen och att fler personer ska få kunskapen att det är under intjänandetiden och med uttagsåldern som man kan påverka sin framtida pension. Syftet är också att informera om hur stor den framtida pensionen kan tänkas bli. Det pågår också ett kontinuerligt arbete med att förbättra och anpassa informationen i kuverten så att de försäkrade lättare ska kunna ta till sig den.

En annan viktig del i informationsarbetet är den årsredovisning för pensionssystemet som varje år upprättas av Försäkringskassan. Eftersom pensionernas storlek bland annat är beroende av pensionssystemets finansiella ställning och utveckling, är det väsentligt med en årligen återkommande redovisning av systemets tillgångar och skulder. Detta är också en förutsättning för att kunna avgöra om systemets automatiska balansering ska aktiveras. Redovisningen ska göra det möjligt att följa och förstå pensionssystemets finansiella utveckling och den ska belysa var och en av de faktorer som bestämmer såväl inkomst- som premiepensionens storlek. Ett mål för redovisningen är således att informera om de förlopp som kan påverka de försäkrades pensioner. Det innebär att redovisningen ska belysa de demografiska, ekonomiska och beteendemässiga risker och möjligheter som bestämmer systemets finansiella ställning och som direkt påverka, eller kan komma att påverka, pensionernas värde.

3.5.3 Politisk stabilitet

Eftersom ett pensionssystem är ett långsiktigt åtagande är det viktigt att det inte bara är finansiellt hållbart, utan även politiskt hållbart. Utformningen av pensionssystemet kan påverka många livsval för den försäkrade under den yrkesverksamma delen av livet. Den försäkrade ska därför långt före sin pensionering kunna ha en tillräcklig uppfattning om vilken pension han eller hon kan räkna med under olika omständigheter, dvs. vad som påverkar intjänandet av pensionsrätter. Pensionssystemets regler måste därför

vara stabila och vila på en bred överenskommelse så att spelreglerna inte ändras vid ett regeringsskifte.

Den svenska pensionsreformen kännetecknades av en strävan att uppnå en så bred politisk enighet kring pensionssystemets utformning som möjligt. Bakom den politiska överenskommelse som ligger till grund för reformen står fem av riksdagens sju partier: Socialdemokraterna, Moderaterna, Centern, Folkpartiet och Kristdemokraterna som tillsammans har närmare 90 procent av riksdagens ledamöter. Dessa partier samarbetar vid förändringar i systemet. Politiska samråd och ställningstaganden i frågor rörande reformen hanterades tidigare av Genomförandegruppen. Den avslutade sitt arbete i och med riksdagsvalet 2006.

Vid Genomförandegruppens sista möte beslutades att det skulle inrättas en särskild kontrollgrupp, vars uppgift är att vårda överenskommelsen och i övrigt samråda om aktuella pensionsfrågor som rör pensionsöverenskommelsen. Denna kontrollgrupp, som har fått namnet Pensionsgruppen, inrättades efter regeringsbeslut den 29 november 2007. I april 2008 fastställdes också de skriftliga direktiv som styr vilka frågor som ingår i pensionsöverenskommelsen. Bland de frågor som ska hanteras kan nämnas pensionsåldern. Sedan pensionsreformen infördes har det skett förändringar i medellivslängd och antal år i förvärvsarbete. Gruppen ska ta fram alternativ för hur detta bör hanteras i pensionssystemet.

3.5.4 Information och kunskap om pensionssystemet

Ny pensionsmyndighet

Ålderspensioner utgör ett centralt statligt åtagande. Stabiliteten i systemet är av stor vikt för Sveriges åldrande befolkning och de försäkrades behov av information och kunskap är större än i tidigare pensionssystem. Eftersom det är under intjänandetiden som en försäkrad kan påver-

ka pensionen behöver tiden före pensioneringen komma mer i fokus.

Den kundnära administrationen av pensionsförmåerna är idag delad mellan Försäkringskassan och PPM. Ur de försäkrades perspektiv har detta lett till problem, bl.a. vad gäller tillgång till information och service. Ur ett administrativt perspektiv har det också uppstått problem med styrning, ledning och ansvarutkrävande. En särskild myndighet för ålderspensioner har bättre möjlighet att svara upp mot de försäkrades behov av information och kunskap i pensionsfrågor.

Regeringen har därför tillsatt en utredning som ska förbereda och genomföra bildandet av en pensionsmyndighet med ansvar för administrationen av den allmänna ålderspensionen samt vissa angränsande pensionsförmåner, dvs. den pensionsadministration som idag sker inom Försäkringskassan och PPM. Den nya myndigheten ska inrättas den 1 januari 2010.

Pensionsrådet

Försäkringskassan och PPM har genom bildandet av Pensionsrådet tagit initiativ till att utveckla samarbetet mellan aktörerna på pensionsområdet. I Pensionsrådet ingår representanter för bl.a. arbetstagar-, arbetsgivar- och pensionsorganisationer. Tanken med rådet är att det ska vara ett forum för diskussion, information och erfarenhetsutbyte inom pension. Rådet ska verka för branschgemensam terminologi, tydligare gemensam information till kunderna om pensionens olika delar, samordning av informationsinsatser via Internet och av beräkningsantaganden i pensionsprognoser samt bättre faktaunderlag för hela pensionen och uppföljning av det faktiska ekonomiska utfallet av de olika delarna i pensionen. Målet för de gemensamma insatserna är att de försäkrade med mindre ansträngningar

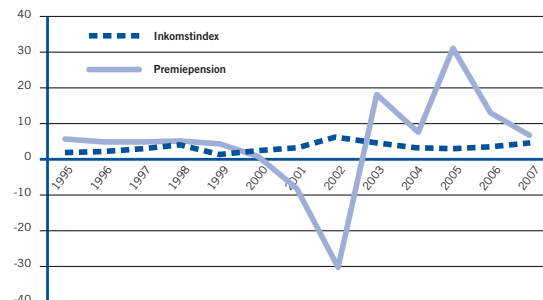
ska få bättre kunskap om det egna totala pensionssparandet och den pension det kan antas leda till.

3.5.5 Antalet fonder, aktiva val, administrativa avgifter

Ett viktigt motiv för premiepensionsinslaget var att öka den enskildes inflytande över pensionen. Man ville också stimulera till ett högre individuellt sparande och bidra till näringslivets riskkapitalförsörjning samt utjämna risken. Med inslaget av premiepension i det allmänna inkomstgrundade pensionen blev uppräknigen beroende både av samhällets inkomstutveckling och av kapitalavkastningen.

I diagram 3 visas värdeutvecklingen för inkomstindex och den årliga avkastningen för premiepension sedan 1995, mätt som internränta. Den genomsnittliga avkastningen per år har varit 2,7 procentenheter högre i premiepensionssystemet än uppräknigen i inkomstpensionssystemet¹⁰. Som kan ses i diagrammet är ju dock volatiliteten i premiepensionssystemet betydligt större.

DIAGRAM 3. ÅRLIG PREMIEPENSIONS-AVKASTNING RESPEKTIVE INKOMSTINDEXERING 1995–2007, PROCENT



Källa: PPM.

¹⁰ Den individuella avkastningen kan dock variera avsevärt. Det bidrar till att spridningen i pensionen ökar, vilket inte är avhängigt av livsinkomstprincipen.

Vid årsskiftet 2007/2008 fanns närmare 5,4 miljoner pensionssparare och drygt 450 000 pensionärer i premiepensionssystemet. Det totala förvaltade fondkapitalet uppgick till drygt 308 miljarder kronor. 59 procent av pensionsspararna som inte har tagit ut sin pension har placerat sina medel i eget valda portföljer medan 41 procent inte har gjort något aktivt fondval och deras medel har placerats i Premiesparfonden. Detta kan jämföras med motsvarande siffror från startåret 2000 då 67 procent valde egna portföljer och resterande 33 procent inte gjorde något aktivt val. Vid det senaste årsskiftet var det totalt ca 2,4 miljoner pensionssparare som hade sina premiepensionsmedel i Premiesparfonden. Premiesparfonden förvaltas av Sjunde AP-fonden och det är en fond med medelhög risk och låg avgift, 85 procent av kapitalet placeras i aktier.

Sedan starten av premiepensionssystemet har antalet fonder ökat från 465 år 2000 till 785 år 2007, samtidigt har antalet aktiva val minskat. Frågorna om antalet fonder och valmöjligheterna ses över.

Under 2007 betalade varje pensionssparare i genomsnitt 0,46 procent av pensionsbehållningen i avgift, den består av 0,33 procent i fondförvaltaravgift och 0,13 pro-

TABELL 5. ANTAL FONDER, ÅRLIG UTVECKLING

År	Antal fonder
2007	785
2006	779
2005	725
2004	697
2003	664
2002	644
2001	597
2000	465

Källa: PPM.

cent i administrationsavgift. PPM har infört ett tak på 100 kronor för avgiftsuttaget för administrationen. 2007 betalade drygt 2 miljoner sparare den maximala avgiften. Avgiftssatsen har minskat procentuellt sett i jämförelse med tidigare år och den andel som respektive pensionssparare därmed betalar har minskat. I och med att behållningen inom premiepensionssystemet ökar så har den totala avgiften i kronor ökat.

4

Nationell strategi
för hälso- och sjukvård
samt äldreomsorg

4.1 Inledning

Internationella jämförelser visar att svensk *hälso- och sjukvård* står sig väl i förhållande till andra länder och att Sverige uppvisar bättre resultat än andra länder när det gäller till exempel medellivslängd, spädbarnsdödlighet samt överlevnad i cancer. Svensk hälso- och sjukvård fortsätter att nå allt bättre resultat för flera av de stora folkhälso-sjukdomarna såsom exempelvis hjärtinfarkt, stroke, diabetes och grå starr. Primärvårdens möjligheter att erbjuda effektiv samtalsbehandling vid psykisk ohälsa har förbättrats de två senaste åren. Det sjukdomsförebyggande arbetet förefaller ha ökat och allt fler landsting rapporterar att detta är ett prioriterat område. Det finns dock utrymme för förbättringar när det gäller tillgänglighet och patienternas möjlighet att välja vårdgivare.

Ett viktigt verktyg för att förbättra tillgängligheten och skapa en mer säker och effektiv hälso- och sjukvård är att förbättra IT-användningen inom sektorn. Sverige är redan idag ett av de ledande länderna i världen på detta område genom en lång historik av avancerad användning av IT-stöd inom vård- och omsorgssektorn. En rad insatser genomförs nu inom ramen för den Nationella IT-strategin för vård och omsorg för att säkerställa att nödvändig information om en patient kan finnas tillgänglig där den behövs för att garantera en god och säker vård. Regeringen har initierat ett nära samarbete mellan sektorns nyckelaktörer för att genomföra nödvändiga reformer och investeringar. Nästa steg i detta arbete är att etablera ett EU-projekt mellan 12 medlemsstater, där Sverige kommer att koordinera arbetet för att åstadkomma en europeisk patientöversiktstjänst samt möjligheten att skicka eReceipt mellan länder. Syftet är att skapa förutsättningar för en trygg och säker patientrörlighet inom EU.

Utredningar och uppföljningar visar att *äldreomsorgen* till stor del uppfyller sitt uppdrag. Trots det finns det brister bland annat i den individuella anpassningen av beslut om insatser. Brukare uppger att äldreomsorgen är byrå-

kratisk och att de inte har tillräckligt stor möjlighet att påverka sin egen vardag. Regeringen ser allvarligt på dessa brister och har därför tillsatt en utredningen som 31 maj 2008 lämnade sitt slutbetänkande. Utredningen föreslår en nationell värdegrund för äldreomsorgen och tydliggör hur omsorgen ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Den föreslagna värdegrunden innebär ett perspektivskifte i synen på den äldre och en ambitionshöjning då högre kvalitet inom den svenska äldreomsorgen ska uppnås. Utredningens förslag bereds för närvarande i regeringskansliet.

Att skapa förutsättningar för en värdig ålderdom är viktigt även ur ett europeiskt perspektiv då många av de europeiska länderna står inför en demografisk utveckling med en allt större andel av befolkningen i högre åldrar. Med anledning av detta har Sverige tillsammans med Frankrike och Tjeckien, de två länder som föregår det svenska ordförandeskapet i EU hösten 2009, enats om en gemensam prioritering för de tre ländernas ordförandeskapsperiod "Healthy, Active and Dignified Ageing".

4.2 Hälso- och sjukvård

4.2.1 Utvecklingen i förhållande till strategirapporten 2006

Med anledning av regeringsskiftet hösten 2006, uppdaterades den svenska strategirapporten under hösten samma år för att på ett mer korrekt sätt återspegla den nya regeringens intentioner på det sociala området. Eftersom Sveriges slutgiltiga rapport till kommissionen inkom först efter utsatt slutdatum, fanns därför inte den officiella svenska rapporten återgiven i den gemensamma rapport om social trygghet och social integration som antogs av rådet den 22 februari 2007.

Regeringens mål för den svenska hälso- och sjukvårdspolitikerna är: *Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad,*

tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet, som också stämmer överens med EU:s gemensamma mål:

- försäkra lika tillgänglighet
- verka för kvalitet
- försäkra ett finansiellt hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Mot bakgrund av dessa mål, har hälso- och sjukvårdspolitiken kommit att fokuseras på initiativ som förbättrar tillgängligheten, kvaliteten, valfriheten och mångfalden av vårdgivare.

Gemensamt för de satsningar som görs i syfte att förbättra vården samt att skapa förutsättningar för en finansiellt hållbar utveckling är att de i allmänhet riktas mot hela befolkningen och inte mot enskilda grupper.

En rad utredningar har tillsatts med syftet att bland annat se över vårdgarantin, patientens valmöjligheter och mångfalden av vårdgivare samt patientsäkerheten.

Som ett led i att garantera patientsäkerhet, tillgänglighet och vårdkvalitet samt effektivisera vårdens administration fortsätter regeringens arbete med att skapa en effektiv och ändamålsenlig informationsförsörjning inom hälso- och sjukvården. Bland annat har en patientdatalag trätt i kraft den 1 juli i år. Lagen syftar till att underlätta informationsutbytet inom hälso- och sjukvården samt att stärka patientens inflytande över den information som samlas in och dokumenteras om patienten.

Vad gäller kvalitetsatsningar kan bland annat nämnas strategin om god vård som finns sedan 2007. Strategin ger uttryck för en mer aktiv och systematisk kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården genom bland annat nationella verksamhetsuppföljningar utifrån nationella kvalitetsindikatorer.

En närmare beskrivning av regeringens initiativ inom hälso- och sjukvårdssektorn följer nedan.

4.2.2 Tillgänglighet

Alla medborgare ska känna sig trygga i att vården finns lätt tillgänglig när den behövs. Under 2000-talet har ett antal åtgärder genomförts med syfte att förbättra tillgängligheten och stärka patientens ställning, till exempel den nationella tillgänglighetssatsningen, den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården samt den nationella vårdgarantin.

Vårdgaranti

Sedan 2005 finns en så kallad vårdgaranti i Sverige, där landstingen åläggs att erbjuda vård med begränsade väntetider. Eftersom uppföljningar visar att vårdgarantin inte fungerar fullt ut som det var tänkt och att det fortfarande finns långa väntetider till vissa behandlingar, behöver patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle stärkas ytterligare. En viktig del i ett sådant arbete är en vidareutveckling och lagreglering av den nationella vårdgarantin och av det fria vårdvalet. Genom en sådan reglering blir vårdens åtagande mot patienten tydligare både för patienten och för vårdgivaren. Regeringen tillsatte därför 2007 en utredning bl.a. med uppgift att lämna förslag på hur den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet kan regleras i lag.

Mångfald

För att patienterna ska kunna tillvarata rätten till ett fritt och individuellt val inom hälso- och sjukvården är det nödvändigt att vården präglas av öppenhet och mångfald i fråga om innehåll, form och vårdgivare. En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande, kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet.

För att främja en bättre mångfald inom hälso- och sjukvården, tillsatte regeringen 2007 en utredning (Patientens rätt i vården, S 2007:07), med uppgift att utreda och lämna förslag på hur fri etablering kan införas i primärvården.

Utgångspunkten är att konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård.

Utredningen lämnade i april 2008 delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37). I betänkandet föreslår utredningen en modell med obligatoriskt valfrihetssystem. Förslaget innebär att ett grunduppdrag för primärvården fastställs nationellt av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer. Landstingen kan komplettera grunduppdraget utifrån lokala förutsättningar och på så sätt forma sitt vårdvalsystem. Alla vårdgivare som uppfyller ställda krav har rätt att etablera sig. Grunderna i ersättningssystemet ska vara att pengarna följer patientens val och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning.

Förslaget fokuserar på patientens ställning. Genom rätten till vårdval där ersättningen följer patienternas val förtydligas och förstärks patienternas valmöjligheter. Makten att välja utförare överlämnas från landstinget till patienten. Ett vårdvalsystem med fri etablering ökar dessutom möjligheten för fler vårdgivare att etablera sig. Genom att vårdgivaren finansieras genom patientens val är det av avgörande betydelse för vårdgivarna hur patienterna väljer, vilket kan utveckla vårdens kvalitet. Det nationellt fastställda grunduppdraget kan vidare bidra till att göra det offentliga åtagandet tydligare och möjliggöra en enhetligare uppföljning av primärvården. Lagstiftningsförslagen och systemet med fri etablering inom primärvården föreslås träda i kraft under 2009.

Informationsförsörjning och IT-utveckling

En viktig del i arbetet med att förbättra tillgängligheten i vården är att underlätta ett säkert och effektivt informationsutbyte, både mellan vårdenheter och mellan patienterna och vården. Syftet är att med hjälp av nya IT-stöd få till stånd en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer och stödja en starkare patientorientering i verksamheten. Ny lagstiftning ska balansera en ökad

patientsäkerhet med ett starkt integritetsskydd, nämligen patientdatalagen som trädde i kraft den 1 juli i år.

Lagen syftar till att stärka patientsäkerheten genom att underlätta informationsutbytet inom hälso- och sjukvården, samt stärka patientens inflytande över vem som har åtkomst till den egna journalen.

Patientdatalagen omfattar alla vårdgivare oavsett huvudmannaskap och reglerar bland annat vårdgivarnas möjlighet att elektroniskt utbyta uppgifter över organisatoriska gränser. Det tidigare förbudet mot elektronisk direktåtkomst mellan vårdgivare tas bort, och man inför en möjlighet för vårdgivare att med patientens samtycke skapa en samlad bild av patientens tidigare vårdhistorik. Samtidigt stärks patientens möjlighet att kontrollera hur informationen i den egna journalen används, genom att ett nytt system för samtycke införs. Som en förtroendeskapande åtgärd införs även krav på att patienten ska kunna ta del av en logg som visar vilken vårdpersonal som har läst journalen.

Regeringen samarbetar även sedan många år med Sveriges Kommuner och Landsting för att etablera en nationellt samordnad och kvalitetssäkrad sjukvårdsrådgivning via Internet och telefon, genom tjänsterna Sjukvårdsrådgivningen.se och Sjukvårdsrådgivningen 1177. Syftet med tjänsterna är att öka patienternas trygghet genom att ge praktisk vägledning inför ett vårdbesök och erbjuda råd om hälsa och egenvård. Tjänsten kommer under 2009 utvidgas till att bland annat omfatta personlig information om den egna hälsan, elektronisk tillgång till utdrag ur patientjournalen, möjlighet att boka läkartider och förnya läkemedelsrecept. På sikt är målsättningen att även kunna presentera målgruppsanpassad jämförande information om vårdens kvalitet och utfall hos olika vårdgivare. Tjänsten blir därmed ett viktigt verktyg för alla medborgare, såväl inför vårdbesöket som för valet av vårdgivare och ger ökade möjligheter till delaktighet och självbestämmande för den enskilde.

Psykiatri

Den psykiatriska hälso- och sjukvården är en prioriterad fråga för regeringen. Under förra och innevarande år har 500 miljoner kronor satsats årligen för att förbättra den psykiatriska vården och delar av satsningen har syftat till att förbättra tillgängligheten till psykiatrin, främst till barn- och ungdomspsykiatrin.

Ett sätt att förbättra tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin är att förstärka vårdgarantin till denna. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har, inom ramen för en överenskommelse med staten, undersökt förutsättningarna för att införa en förstärkt vårdgaranti, vilket skulle innebära att väntetiden till besök respektive behandling inte ska överstiga 30 dagar (istället för 90 dagar som det anges i den generella vårdgarantin). SKL:s bedömning är att huvudmännen ska kunna uppnå de kortare väntetiderna senast år 2011. Regeringen har för avsikt att stödja hälso- och sjukvårdshuvudmännen i sitt arbete att nå en förstärkt vårdgaranti.

4.2.3 Kvalitet

Kunskapsstyrd vård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Socialstyrelsen har sedan 1996 i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för vård och behandling. Som underlag används vanligtvis kunskapsunderlag från Statens beredning för medicinsk utvärdering. Riktlinjerna ska ge nationellt kunskapsstöd till sjukvårdshuvudmännens arbete med program och prioriteringar.

Alltför många goda utvecklingsarbeten förblir isolerade företeelser, vilket innebär att patienter inte får den vård de borde erhålla enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

För att forskning inom organisation, styrning och ledarskap m.m. ska få större genomslag i praktiken har regeringen därför fattat beslut om att förstärka finansieringen av forskningsprogrammet Vinnvård. Programmet har ett antal syften, bl.a. att arbetsplatserna i vård- och omsorgssystemet ska bli bättre på att effektivt omsätta kvalitetssäkrad kunskap till praktisk handling i vardagen och att utveckla arbetsformer och ledningssystem som ökar förmågan att ta till sig ny kunskap.

Sedan 2007 finns det en nationell strategi för så kallad god vård. Arbetet med God vård tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. För att kunna utvärdera om befolkningen får god vård när de behöver den, krävs indikatorer som speglar flera dimensioner av kvalitet. Det som kännetecknar god vård är att den är: kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.

Strategin ger uttryck för en mer aktiv och systematisk kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Evidensbaserade kunskapsunderlag behövs för att peka på vilka typer av förbättringar som är önskvärda samt vilken potential förbättringarna kan ha. Det krävs sedan ett systematiskt förbättringsarbete för att omsätta kunskapsunderlag till praktisk handling. En effektiv och ändamålsenlig informationsförsörjning är en förutsättning för att medborgare, vårdpersonal och beslutsfattare får tillgång till nödvändig information. Nationell verksamhetsuppföljning utifrån nationella kvalitetsindikatorer med öppna jämförelser behövs för att identifiera problem, visa om förändringar leder till förbättringar och för att stimulera lärande. I regeringens strategi för god vård ingår även utvecklade ersättningssystem och ökad mångfald för att skapa förutsättningar för en god vård med patienten i centrum.

En gemensam informationsstruktur och enhetliga begrepp och termer är en förutsättning för att informationsutbytet i vården ska fungera säkert och effektivt och för att uppgifter ska kunna vara jämförbara och kunna tolkas

korrekt mellan vårdgivare över tid och rum. Regeringen har därför givit Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva två projekt, dels med syfte att etablera en nationell informationsstruktur som definierar vilken information som behöver följa patienten mellan olika vårdgivare, och dels för att etablera ett nationellt fackspråk för vård och omsorg baserat på det globala begreppssystemet Snomed CT.

Patientsäkerhet och tillsyn

Patientsäkerhet är en prioriterad fråga för den svenska regeringen. En statlig utredning tillsattes våren 2007 med uppdrag att bl.a. se över lagstiftningen ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Utredningen ska lämna sina förslag till regeringen senast den 31 december 2008.

Socialstyrelsen, som är tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården och behörig myndighet på patientsäkerhetsområdet, har på eget initiativ inlett en vårdskademätning, liknande de undersökningar som tidigare har gjorts i bl.a. Danmark och Storbritannien. Det kommer då att bli möjligt att åtminstone grovt göra jämförelser mellan Sverige och andra länder, vad gäller förekomsten av vårdskador. Undersökningen presenterades i juni 2008, och visar att 8,6% av patienterna får någon form av skada i samband med vården, totalt handlar det om ca 100 000 vårdskador och 630 000 extra vårddygn. Ett led i regeringens strävan för att minimera risken för vårdskador, är att säkerställa att nödvändig information om en patient kan vara tillgänglig för behandlande vårdpersonal, om patienten själv ger sitt samtycke till detta. Regeringens arbete tillsammans med vårdhuvudmän och myndigheter inom ramen för den Nationella IT-strategin för vård och omsorg utgör grunden i detta arbete, då den etablerar en gemensam agenda för hur sektorns nyckelaktörer ska arbeta för att undanröja legala, semantiska och tekniska hinder för en säker och effektiv informationsför-sörjning inom all vård- och omsorgsverksamhet.

Landstingen, som svarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten, arbetar också intensivt med patientsäkerhets-

frågorna. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som är en intresseorganisation, har under 2007 lanserat en Nationell satsning för patientsäkerhet i vilken målet är att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner före utgången av 2009 jämfört med 2006.

Socialstyrelsen, SKL och flera andra organisationer har också sedan 2003 arrangerat tre nationella patientsäkerhetskonferenser och en fjärde ska hållas i september 2008.

Socialstyrelsen har även ett tillsynsansvar över hälso- och sjukvården och dess personal. Syftet med tillsynen är i första hand att stärka patientsäkerheten och förbättra vårdens kvalitet genom att förebygga skador och eliminera risker i vården. Det finns vidare en skyldighet för vårdgivare att till Socialstyrelsen anmäla om en patient i samband med vård drabbas, eller utsätts för risk att drabbas, av allvarlig skada eller sjukdom. Socialstyrelsen sammanställer och återför information om allvarliga incidenter i vården samt utfärdar bindande föreskrifter för hälso- och sjukvården i frågor som rör patientsäkerhet och kvalitet.

Psykiatri

Att förbättra kvaliteten inom psykiatri är en angelägen fråga för regeringen. Ett led i det förbättringsarbetet är att kunna genomföra tillförlitliga mätningar av kvalitet och resultat inom psykiatri. Därför genomfördes under våren innevarande år en satsning på kvalitetsregistren inom psykiatri. Satsningen innebär bland annat att kvalitetsregistren samlas inom ramen för en webbportal och att de ska uppnå en god kvalitet före 2010 års utgång.

En annan viktig faktor för att upprätthålla god kvalitet inom psykiatri är att säkerställa en hög kompetens hos personalen som möter personer med en psykisk sjukdom eller en funktionsnedsättning. Därför har satsningar genomförts under åren 2007 och 2008 för att stärka kompetensen inom dels den psykiatriska hälso- och sjukvården, dels inom socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

4.2.4 Finansiellt hållbar utveckling

Produktivitets- och effektivitetsutveckling

Den framtida demografiska utvecklingen i kombination med att gapet ökar mellan å ena sidan vad hälso- och sjukvården kan åstadkomma och å andra sidan vad samhället förmår finansiera, ställer ökade krav på ett effektivt resursutnyttjande inom vården. Detta sätter fokus på behovet av att ytterligare förbättra såväl vårdens produktivitet som effektivitet.

Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings arbete med de så kallade öppna jämförelserna (se även under kvalitet) ämnar bidra till hälso- och sjukvårdens styrning, eftersom både goda resultat och brister lyfts fram i ljuset på ett mera strukturerat sätt än tidigare. Ambitionen är i sin tur att jämförelserna sporrar landstingen till förbättringar och bidrar till lärande mellan dem. En relaterad del i arbetet består även av fördjupade analyser av de ingående kvalitets- och effektivitetsindikatorerna i de öppna jämförelserna, inom vilka förklaringar till skillnader i hälso- och sjukvårdens resultat söks. Ambitionen är att utröna de generella bestämningsfaktorer och specifika framgångsfaktorer som är av vikt för ett effektivt och väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem. Genom att analysera variationer i resultaten mellan ansvariga huvudmän och vårdgivare, stimuleras systematiska förbättringsarbeten, som ett led i åstadkommandet av produktivitets- och kvalitetsförbättringar.

Evidensbaserad vård

Ett villkor för att kunna säkerställa en hållbar finansiering är att all vård utförs med den, för varje situation, mest lämpade behandlingen samtidigt som icke-medicinskt motiverade ingrepp sorteras bort. De sammanställningar av studier som Statens beredning för medicinsk utvärdering genomför samt de nationella riktlinjerna som Socialstyrelsen tar fram leder både till att effektiva metoder

får större genomslag inom vården och till att ineffektiva behandlingar utmönstras.

Effektiv informationsförsörjning

På motsvarande sätt som att behandlingsmetoder ska vara evidensbaserade och kvalitativa måste vårdens administrativa arbete kvalitetssäkras. Förutom att nya och mer ändamålsenliga IT-stöd bidrar till ökad vårdkvalitet och högre patientsäkerhet så utgör IT också ett verktyg för att effektivisera vårdens administration. Även här utgör den Nationella IT-strategin för vård och omsorg en viktig förutsättning för att ge vårdpersonalen tillgång till välfungerande IT-stöd som effektiviserar de administrativa processerna. Idag skapar ineffektiva och föråldrade rutiner en administrativ börda för personalen, vilket förlänger vårdköerna och ökar kostnaderna för samhället. Med ändamålsenliga IT-stöd kan patientens vårdprocess gå snabbare, till nytta för både den enskildes hälsosituation och förtroende för hälso- och sjukvården samt för kostnadseffektiviteten för vård och rehabilitering.

Effektivisering via både ökad koncentration och samverkan

Sverige har ett för litet patientunderlag för att samtliga vårdgivare ska kunna utveckla och bedriva den mest högspecialiserade sjukvården. Sedan den 1 januari 2007 kan sådan vård ges som rikssjukvård, efter beslut av Socialstyrelsen. Med rikssjukvård avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med hela landet som upptagningsområde. Sådan vård som kan vara aktuell för att bedrivas som rikssjukvård beräknas omfatta mindre än en procent av alla slutenvårdstillfällen. Socialstyrelsen har hittills beslutat att hjärtkirurgi på barn och ungdomar och ögononkologi ska utgöra rikssjukvård. En koncentration av den mest högspecialiserade vården kan förväntas leda till ett effektivare utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser.

Vid sidan av koncentrationen av den högspecialiserade vården sker även ytterligare strukturförändringar med ambitionen att effektivisera vården via både en mer rationell arbetsfördelning och ökad samverkan mellan olika verksamheter. I syfte att finna rätt balans mellan akut och planerad vård så att högre effektivitet, medicinsk säkerhet och kvalitet kan uppnås pågår exempelvis arbete med att samla och profilera den planerade kirurgin inom flera landsting. En annan utvecklingstendens är att närvårdskoncept, där framförallt äldreomsorg, primärvård och specialiserad vård knyts samman, iscensätts inom en rad olika landsting. Ambitionen är att via ett integrerat arbetssätt mellan olika verksamheter effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser för befolkningens vanligaste vårdbehov, speciellt för de patienter med särskilda vårdbehov som ofta kräver återkommande kontakt med olika delar av vården och där kontakterna varar under längre perioder. Även satsningen på vårdlotsar, som ska finnas till hands för att stödja och se till att patienten hittar rätt i vården, hör till närvårdsutvecklingen.

Styrning och ansvarsfördelning

Utredningen Ansvarskommittén har studerat den nuvarande svenska samhällsorganisationens förutsättningar att klara de offentliga välfärdsåtagandena. Inom de flesta politikområden delas idag ansvaret av flera nivåer, vilket gör det svårt för medborgaren att överblicka samhällsorganisationen och veta var och hur ansvar ska utkrävas. Kommittén har föreslagit förändringar av nuvarande struktur och uppgiftsfördelning mellan stat/myndigheter, kommun och landsting i syfte att skapa en effektiv och finansiellt hållbar hälso- och sjukvårdsstruktur. Ansvarskommittén överlämnade sitt slutbetänkande i februari 2007.

Folkhälsa och finansiellt hållbar utveckling

En befolkning som är frisk skapar bättre förutsättningar för välstånd och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånva-

ro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg. Det finns flera områden som visar på sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt. Regeringen genomför insatser för att reducera bland annat alkohol- och narkotikamissbruk samt tobaksbruket.

Långsiktig efterfrågan på välfärdstjänster

Socialdepartementet arbetar med ett projekt som ska belysa den långsiktiga efterfrågan på och kostnader för välfärdstjänster. Projektet innebär en fördjupning av Långtidsutredningen 2003/2004 med fokus på hälso- och sjukvård samt vård och omsorg för äldre (Långtidsutredningen är en permanent utredningsfunktion som långsiktigt analyserar den ekonomiska utvecklingen på 15-20-års sikt). Olika aspekter kommer att belysas i arbetet. Exempel på sådana är demografi, utveckling av hälsa, inkomst, teknologier, förändringar av förväntningar och värderingar samt relationen mellan offentliga insatser och närståendes insatser.

4.3 Äldreomsorg

4.3.1 Utvecklingen i förhållande till strategirapporten 2006

Många av de insatser inom äldrepolitiken som beskrevs i den uppdaterade strategirapporten som den nya regeringen presenterade för kommissionen i april år 2007 är inte ännu inte avslutade. Det är därför för tidigt att dra generella slutsatser av utfallet. Nedan presenteras utfall för de satsningar som avslutats.

Den satsning på utbildning som gjordes för personalen inom äldreomsorgen, Kompetensstegen, är nu avslutad. Kommitténs slutbetänkande visar att 120 000 anställda i 287 av landets kommuner har deltagit i Kompetensstegen vilket motsvarar drygt 60 procent av det totala antalet anställda inom omsorgen och vården om äldre. Bland de

många kunskapsområden som kommunerna valt att satsa på är de vanligaste bemötande, etik och värdegrund, demenssjukdomar, rehabilitering, vård i livets slut samt måltids- och nutritionsfrågor. Även om kommittén är klar med sitt arbete fortsätter det spännande utvecklingsarbetet i kommunerna som fått stöd från Kompetensstegen.

Sedan 1 januari 2007 har skyldigheten för kommuner och landsting att samverka så att enskilda får den vård och behandling som deras tillstånd kräver lagfäst i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Landstingen har skyldighet sedan 1 januari 2007 att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende, i dagverksamhet samt i ordinärt boende i de kommuner som har sådant hälso- och sjukvårdsansvar. Landstinget ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget. Det finns exempel på förbättringar när det gäller läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården men det finns också många exempel på brister. Bristerna beror både på reell läkarbrist men också på att det saknas avtal om läkarmedverkan.

År 2007 infördes ett särskilt stöd för att öka mångfalden inom bland annat äldreomsorgen genom avknoppning av verksamheter.

En närmare beskrivning av regeringens pågående initiativ inom äldreomsorgen följer längre fram i detta avsnitt.

4.3.2 Tillgänglighet till äldreomsorg

För att kunna bedöma om dagens tillgång till vård och omsorg är tillfredställande behöver behoven relateras till äldre personers hälsa och funktionsförmåga m.m. Den tidigare positiva bilden av utvecklingen av de äldres hälsa är inte längre så entydig. Äldres förmåga att klara vardagliga sysslor har förbättrats. Samtidigt rapporterar allt fler äldre

hälsoproblem och besvär av olika slag. God tillgänglighet till äldreomsorg förutsätter bl.a. att den äldre har olika alternativ att välja bland.

Socialstyrelsens statistik för socialtjänst 2007 visar att andelen personer 65 år och äldre som får hemtjänst eller särskilt boende liksom tidigare år under 2000-talet varit tämligen konstant, cirka 15 procent. Däremot har äldreomsorgen omstrukturerats så att fler personer får hemtjänst och färre personer bor i särskilt boende. Med stigande ålder ökar behoven av insatser och fyra av fem personer som behöver insatser är 80 år eller äldre. Av dem som får hemtjänst eller särskilt boende är 70 procent kvinnor. I befolkningen 80 år eller äldre minskade andelen som får hemtjänst eller särskilt boende något varje år under 2000-talet. Under 2007 ökade dock andelen med närmare 2 procentenheter och nu får 39 procent av dem som är 80 år eller äldre hemtjänst eller särskilt boende vilket är en högre andel än i början av 2000-talet. Antalet personer som har både hemtjänst och kommunal hemsjukvård ökar. Det tyder på att fler äldre med mer sammansatta behov vårdas hemma.

Kommunernas vård och omsorg innefattar också en rad andra insatser, framförallt sådana som ska förbättra de äldres möjligheter att bo kvar hemma. Genom den individbaserade statistik som införts 2007 finns nu tillgång till fler uppgifter om äldreomsorgen. År 2007 hade omkring 145 000 personer i ordinärt boende trygghetslarm. Cirka 10 600 personer hade dagverksamhet som beviljad biståndsinsats. Drygt 11 000 personer hade beviljats korttidsplats för t.ex. avlösning eller rehabilitering. Drygt 5 400 personer 65 år eller äldre var beviljade ekonomiskt anhängersättning för den hjälp de ger till en anhörig.

Mellan åren 2002 och 2006 minskade kommunernas kostnader för äldreomsorg medan landstingens kostnader för äldres hälso- och sjukvård ökade något.

I särskilda boenden har antalet platser minskat med 23 300 mellan 2000 och 2007, främst genom att boenden med

lägre boendestandard har avvecklats. Antalet äldre personer i särskilt boende som delar rum med annan än en make, maka, sambo eller anhörig har successivt minskat och utgjorde 2007 en procent. Vårdplatserna inom sjukhusvården minskar, totalt har cirka nio procent av vårdplatserna försvunnit under åren 2001-2006. Vårdtiderna inom sjukhusvården har också minskat påtagligt det senaste decenniet, tack vare den medicintekniska utvecklingen. Konsekvenserna av det minskade antalet platser på sjukhus och i särskilt boende blir allt mer synliga. Kortare vårdtider, ökad genomströmning av äldre patienter på sjukhus, och ett ökat antal personer som är utskrivningsklara från akut-sjukvården är exempel på detta. När en ökad andel av vården och omsorgen ges i det egna hemmet och färre personer bor i särskilt boende, finns tendenser till att det på sikt leder till en ökad konsumtion av sjukhusvård.

Minskningen av antalet platser i särskilt boende har pågått under lång tid. För att komma tillrätta med problem med orimligt långa väntetider innan beslut verkställs infördes därför den 1 juli 2006 nya bestämmelser i socialtjänstlagen. Bestämmelserna innebär att kommuner som inte inom skäligen tid verkställer ett beslut om särskilt boende m.m. får betala en avgift till staten. För att stimulera kommunerna till nybyggnad av och ombyggnad till särskilda boendeformer har regeringen avsatt 500 miljoner kronor per år från och med år 2007. Regeringen har dessutom tillsatt en utredning som i december 2008 ska ge förslag bl.a. till hur fler äldre personer ska få möjlighet att flytta till bostad i s.k. mellanboendeformer eller trygghetsboende.

Under 2000-talet har andelen äldre som får sin vård och omsorg av enskilda vårdgivare ökat. Nästan 11 procent av de personer över 65 år som var beviljade hemtjänst år 2007 fick detta utfört i enskild regi. Bland de äldre som bodde i särskilt boende år 2007 bodde närmare 14 procent i ett boende som drevs i enskild regi.

De senaste tio åren har olika kundvalsmodeller introdu-

cerats som alternativ eller komplement till att upphandla driften på entreprenad. Kundvalssystemet ger de äldre möjligheten att själva välja utförare, i privat eller kommunal regi. I december 2006 hade 24 kommuner i hela landet infört kundval eller någon likartad verksamhet, och lika många planerade att införa det.

För att öka de äldres valmöjligheter tillsatte regeringen en utredning Fritt val i äldreomsorgen, med uppgift att bland annat föreslå stimulansåtgärder för att äldre ska få fler alternativ att välja mellan inom äldreomsorgen. Utredningen har lämnat betänkandet LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. Utredningen föreslår bl.a. en ny lag som är avsedd att fungera som ett frivilligt verktyg för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva verksamhet som drivs i egen regi för att därigenom överlåta valet av utförare till brukaren. Betänkandet remissbehandlas för närvarande.

Sedan 2007 kan äldre personer få eller köpa service och omvårdnad enligt tre av samhället subventionerade system. Utvecklingen innebär att de äldre i högre grad än tidigare får möjlighet att ta ansvar för att skaffa sig den service och hjälp som man behöver. Det är för tidigt att säga i vilken utsträckning möjligheten att köpa hushållstjänster kommer att utnyttjas och vad det i sin tur får för konsekvenser för den offentliga äldreomsorgen.

Personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar ska enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, garanteras ha goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Personlig assistans tillsammans med assistansersättning enligt lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS, har gjort det möjligt för människor med omfattande funktionsnedsättningar att leva ett självständigt och oberoende liv. Från år 2001 är det möjligt att behålla insatsen personlig assistans efter man fyllt 65 år.

Hälsa, socialt nätverk och förmågan att klara dagliga aktiviteter är faktorer som visat sig betydelsefulla för hur mycket vård och omsorg den äldre befolkningen behöver. Det finns studier som visat att de flesta äldre skattar sin hälsa som god samtidigt som de rapporterar många sjukdomar och läkemedel. Detsamma gäller för sociala nätverk, där de flesta äldre är nöjda med sina sociala kontakter även om de inträffar mer sällan.

Kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och i dagverksamheter upp till och med sjuksköterskenivå. Drygt hälften av landets kommuner har också detta ansvar för hemsjukvård i det ordinära boendet. Landstinget har alltid ansvar för läkarinsatserna. Kommunernas kostnader för hälso- och sjukvården är 14–17 procent av kommunernas totala kostnader för äldre- och handikappomsorgen.

Regeringen har i budgetproposition för 2008 avsatt ytterligare medel i jämförelse med 2007, för åtgärder inom äldrepolitiken. Sammanlagt avsätts 2,4 miljarder kronor och av dessa medel avsätts 1,34 miljarder kronor i stimulansbidrag till kommuner och landsting för att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer. Det finns sju prioriterade områden: ökad läkartillgång, läkemedelsgenomgångar, demensvård, rehabilitering, kost och nutrition, förebyggande verksamhet och socialt innehåll.

4.3.3 Kvalitet inom äldreomsorgen

Regeringens strategiska inriktning för den fortsatta utvecklingen av äldrepolitiken som beskrivs i budgetproposition för 2007 fortsätter. Äldre kvinnor och män ska kunna lita på att de erbjuds en värdig omsorg med hög kvalitet. Särskild fokus ligger på de sköraste individerna, de som har svårigheter att göra sin röst hörd. Regeringen har vidtagit en rad åtgärder som under de kommande åren stärker kvalitetsutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre.

Stimulansbidrag för att stärka vården och omsorgen om äldre

Samtliga landsting och alla kommuner utom en har ansökt om och fått del av det stimulansbidrag på 1,34 miljarder kronor för att utveckla vården och omsorgen om äldre personer. I landet pågår nu ett stort utvecklingsarbete inom områdena läkartillgång, läkemedelsgenomgångar, demensvård, rehabilitering, kost och nutrition. Det förebyggande arbetet och det sociala innehållet i insatser är ytterligare två prioriterade områden som är viktiga för att stärka äldres sociala delaktighet. Förebyggande hembesök är en viktig metod för att nå ut även till grupper som annars är svåra att nå med information om hälsa och livsstil. Det sociala behovet hos personer som har insatser från äldreomsorgen behöver uppmärksammas i större utsträckning. Deltagande i dagverksamhet, träffpunkter och andra öppna verksamheter är ett viktigt sätt för äldre kvinnor och män att kunna upprätthålla och förbättra sin funktionsförmåga och kan ge stimulans och innehåll i vardagen. Frivilliga organisationer kan här göra en stor insats.

Boende för äldre

Arbetet i den särskilda delegation som ska lägga fram förslag på hur utvecklingen av bostäder och boende för äldre kan främjas fortsätter. Regeringen ser positivt på utvecklingen av seniorbostäder som erbjuder allt fler äldre möjlighet att genom egna initiativ finna ett boende som passar deras behov på äldre dagar.

Stöd till anhöriga

Många gånger är anhörigas insatser en förutsättning för att en närstående ska kunna bo kvar i det ordinära hemmet. Många anhöriga är i behov av bättre stöd, t.ex. genom avlösning för att få tid till vila och rekreation. Utvecklingen i kommunerna av stödet till anhöriga som vårdar och stödjer närstående har pågått under tio års tid med hjälp

av statliga stimulansbidrag. Regeringen har under 2008 avsatt sammanlagt 100 miljoner kronor till kommunerna, anhörig- och pensionärsorganisationer och ett nationellt kompetenscentrum för anhörigfrågor. Anhörigstöd är en prioriterad fråga för regeringen. Ett förslag om ett förtydligande i socialtjänstlagen om att kommunerna ska bli skyldiga att erbjuda insatser till anhöriga remissbehandlas för närvarande.

Värdigt liv i äldreomsorgen

Det behövs en gemensam och tydlig värdegrund inom äldreomsorgen. Människosyn, värderingar och ett etiskt förhållningssätt behöver göras tydligt i den dagliga verksamheten för att kvaliteten i innehållet ska utvecklas och tilliten till äldreomsorgen öka. Värdegrunden behöver delas av såväl brukare och allmänhet som politiker och anställda. Regeringen tillsatte en särskild utredare med uppdrag att bland annat föreslå åtgärder för att skapa en värdig äldreomsorg. Utredaren lämnade sitt betänkande den 31 maj 2008. Utredningen föreslår bland annat att en nationell värdegrund för äldreomsorgen införs i socialtjänstlagen och som ska tydliggöra hur omsorgen ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Den föreslagna värdegrunden innebär ett perspektivskifte i synen på den äldre och en högre kvalitet inom den svenska äldreomsorgen ska uppnås. Utredningens förslag bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Uppföljning, utveckling och forskning

Regeringens insatser verkar pådrivande i utvecklingen av bättre nationell statistik och kvalitetsindikatorer som ger förutsättningar för öppna jämförelser av kvalitet inom vård och omsorg om äldre. Det finns i dag betydligt mer data, nya och bättre data än tidigare när det gäller att beskriva och analysera vården och omsorgen om äldre. Samtidigt finns svårigheter att på ett uttömmande sätt beskriva kvaliteten i äldreomsorgen. De lokala skillnaderna

mellan kommunerna är stora, men även inom en kommun kan det finnas stora skillnader i kvalitet, kostnader och resultat. Det övergripande intrycket är dock att förutsättningarna att utveckla vården och omsorgen om de äldre förbättras i snabb takt och i positiv riktning.

Kunskaperna om demensfrågor och anhörigfrågor behöver samlas nationellt och spridas till personal inom vård och omsorg, beslutsfattare, äldre personer samt anhöriga. Två nationella kompetenscentrum har startat, ett för demensfrågor och ett för anhörigfrågor.

En del i regeringens äldresatsning består av medel som är särskilt riktade till forskning inom äldreområdet. År 2007 fick 25 centra del av regeringens satsning på stöd till lokala och regionala centra för forskning och utveckling. Verksamheten vid FoU-centrumen är nära praktiken som exempelvis att utveckla det sociala innehållet i de äldres vardag, medverka till att näringsriktiga och anpassade måltider blir höjdpunkter i vardagen och preventionsarbete. En satsning på utveckling av fler och lätt tillgängliga hjälpmedel och annan teknik för äldre genomförs.

Personalen

Att bemötas respektfullt av personal med rätt kompetens är avgörande för att äldre i behov av vård och omsorg ska uppleva sin tillvaro som värdig och trygg. Med stöd av de medel som tidigare utbetalats fortsätter Kompetensstegen under 2008. Nästan samtliga kommuner har genomfört vidareutbildning samtidigt som ett flertal kommuner genomför grundutbildning. Arbetet inom vård och omsorg om äldre har blivit alltmer kvalificerat och komplext vilket ställer ökade krav på att personalen har såväl bred som specialiserad kompetens. Regeringen har tillsatt en utredare med uppgift att lämna förslag på en nationell strategi för kompetensförsörjning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre kvinnor och män.

4.4.2 Finansiellt hållbar utveckling inom äldreomsorgen

Att skapa långsiktig uthållighet i ett för välfärden så viktigt system som vård och omsorg om äldre är en central uppgift för samhället. En förutsättning för långsiktig uthållighet är att samhället genom sunda offentliga finanser och ett högt arbetskraftdeltagande kan finansiera bland annat åtagandet för vård och omsorg.

De cirka 2,4 miljarder kronor som avsattes i budgetpropositionen 2008 tillförs äldrepolitiken och ger kommuner och landsting värdefulla nytillskott för förbättringar av kvalitet och effektivitet. Satsningar på ökad kompetens, investeringsstöd till särskilt boende, forskning, öppna jämförelser, statistik och uppföljning samt teknikutveckling kan nämnas som exempel. God kvalitet och god

effektivitet är förutsättningar för att vinna långsiktig legitimitet för verksamheten hos medborgarna.

Socialdepartementet arbetar tillsammans med Finansdepartementet med ett projekt som ska belysa den långsiktiga efterfrågan på och kostnader för välfärdstjänster, bland annat vård och omsorg om äldre, fram till 2050. De utmaningar som nuvarande finansieringssystem står inför ska belysas i olika scenarier. Arbetet kan ses som en fördjupning av Långtidsutredningen 2003/2004 som hade fokus på sjukvård och omsorg om äldre. Olika aspekter kommer att belysas i arbetet. Sådana exempel är demografi, utveckling av hälsa, inkomst, teknologier, förändringar av förväntningar och värderingar samt relationen mellan offentlig insatser och närståendes insatser.

BILAGOR

Bilaga 1. Hälso- och sjukvård – kompletterande bakgrund

Svenska hälso- och sjukvårdssystemets samt äldreomsorgens organisation

Driften av vården, inklusive äldreomsorg och äldreomsorg, är decentraliserad till Sveriges 21 landsting och 290 kommuner. Landstingens och kommunernas självstyre följer av Sveriges grundlag och kommunallagen. I varje landsting och kommun finns det en beslutande församling, som väljs genom allmänna val. Landstingen, och i viss mån kommunerna, svarar – genom beskattning – för den huvudsakliga finansieringen av hälso- och sjukvården och kommunerna för äldreomsorgen. Landstingens och kommunernas skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård regleras i Hälso- och sjukvårdslagen. Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilt boende och landstingen ansvarar för att tillhandahålla övrig hälso- och sjukvård.

Skyldigheten att tillhandahålla äldreomsorg regleras i socialtjänstlagen. Enligt lagen är kommunerna skyldiga att erbjuda omsorg och särskilt boende till äldre personer som har behov av stöd.

Nationell IT-strategi för vård och omsorg

IT-användning inom hälso- och sjukvården är idag en naturlig del av arbetet inom vården. Nästan all journalföring sker idag elektroniskt inom svensk hälso- och sjukvård, och såväl läkemedelsrecept som labbsvar osv. skickas elektroniskt. Potentialen att effektivisera och förbättra IT-an-

vändningen är dock stor. Detta beror främst på att Sverige som tidig användare av olika IT-stöd har en rad äldre system som inte kan kommunicera med varandra.

Mot bakgrund av detta enades regeringen och Sveriges kommuner och landsting om att utveckla ett nära samarbete kring IT-utvecklingen inom vård- och omsorgssektorn. I mars 2005 tillsattes den *Nationella ledningsgruppen för IT inom vård och omsorg*. I gruppen ingår representanter för Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Vårdföretagarna. Arbetet bedrivs inom ramen för Dagmaröverenskommelsen, en statligt finansierad överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting till särskilda utvecklingsprojekt för att utveckla hälso- och sjukvården.

Ledningsgruppens arbete har resulterat i en nationell IT-strategi som ska tjäna som stöd för det lokala och regionala utvecklingsarbetet. En rad åtgärder har initierats för att nå en IT-användning som på bästa möjliga sätt främjar arbetet inom vårdsektorn. Åtgärderna måste vidtas på olika nivåer, dels på landstings- och kommunalnivå och dels på nationell nivå. Landsting och kommuner har ansvar för den operativa verksamheten och har därmed huvudansvaret för utvecklingen av IT-användningen medan staten och flera andra aktörer har som uppgift att etablera de grundläggande förutsättningarna för utvecklingen genom lagar och regelverk samt genom en enhetlig terminologi och informationsstruktur.

Det arbete som behöver uträttas har delats upp i sex insatsområden:

1. Harmonisera lagar och regelverk med en ökad IT-användning.
2. Skapa en gemensam informationsstruktur.
3. Skapa en gemensam teknisk infrastruktur.
4. Skapa förutsättningar för samverkande och verksamhetsstödjande IT-system.
5. Möjliggöra åtkomst till information över organisationsgränserna.
6. Göra information och tjänster lättillgängliga för medborgarna.

Resultatet av arbetet presenteras i årliga lägesrapporter. Den senaste som presenterades i maj 2008 visar att arbetet fortskrider snabbare än beräknat, då många av de insatser som föreslogs i IT-strategin nu är färdigutvecklade eller under införande. Landstingen har också stärkt sin nationella samordning för att kunna leverera de nya nationella tjänsterna, genom etablerandet av en gemensam beställarfunktion inom Sveriges Kommuner och Landsting.

Vårdgarantin

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

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting tecknade under 2005 en överenskommelse om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också omfattar väntetid till behandling. Vårdgarantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Garantin gäller i hela landet och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård. Vårdgarantin innebär även att landstinget ska hjälpa patienter till vård i något annat landsting, när väntetiden till besök eller behandling överstiger 90 dagar inom det egna landstinget.

Bilaga 2. Indikatorer för social delaktighet, hälso- och sjukvård samt äldreomsorg

Öka äldres möjlighet till social delaktighet

ANDEL SYSSELSATTA BLAND ÄLDRE. PROCENT.

År	Andelen sysselsatta 65–69 år	
	Män	Kvinnor
2000	17,5	11,2
2001	17,7	9,3
2002	19,0	8,7
2003	16,6	9,8
2004	15,9	9,0
2005	17,2	8,9
2006	16,1	9,4
2007	18,9	10,4

Källa: Eurostat.

ANDEL MED PSYKISK OHÄLSA* BLAND ÄLDRE. PROCENT.

År	Män			Kvinnor		
	65–74 år	75–84 år	85+ år	65–74 år	75–84 år	85+ år
2002/03	13,1	19,0	26,8	25,6	33,7	36,0
2004/05	10,2	13,0	10,9	24,1	25,4	28,8
2006**	14,5	9,6	14,4	29,9	24,6	29,8

Källa: Statistiska centralbyrån. Undersökningen om levnadsförhållanden (ULF).

* Svarar på frågan: "Har du möjligen något av följande? Ängslan, oro eller ångest? 1) Ja, svåra. 2) Ja, lätta. 3) Nej."

** Två olika insamlingsmetoder har använts i 2006 års undersökning vilket medför att jämförbarheten med tidigare år påverkas.

ANDEL MED SVÅRA BESVÄR AV LÅNGVARIG SJUKDOM* BLAND ÄLDRE. PROCENT.

År	Män			Kvinnor		
	65–74 år	75–84 år	85+ år	65–74 år	75–84 år	85+ år
2002/03	19,9	26,8	37,9	25,2	37,2	45,4
2004/05	15,8	24,9	34,9	25,8	35,8	40,4
2006**	16,7	22,8	33,4	27,4	32,7	36,0

Källa: Statistiska centralbyrån. Undersökningen om levnadsförhållanden (ULF).

* Svarar på frågan: Har någon "långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall eller annan svaghet" eller "tar regelbundet medicin för något" och sjukdomen/besvären är "svåra eller mycket svåra"

** Två olika insamlingsmetoder har använts i 2006 års undersökning vilket medför att jämförbarheten med tidigare år påverkas.

**ANDELEN RELATIVT RESPEKTIVE ABSOLUT FATTIGA
BLAND PERSONER SOM ÄR 65 ÅR ELLER ÄLDRE. PROCENT.**

År	Relativt fattiga* (under 60% av medianinkomsten)	Absolut fattiga**
2000	9,4	7,3
2001	11,2	6,4
2002	10,8	4,8
2003	7,1	3,5
2004	6,7	3,6
2005	7,0	2,9
2006	8,0	2,0

Källa: Statistiska centralbyrån/Socialstyrelsen.

* Det officiella EU-begreppet är "risk för fattigdom".

** Den *absoluta* fattigdomsgränsen (fattigdomsstrecket) definieras som ett tröskelvärde för den inkomstnivå (disponibla inkomst) som kan anses vara minimum för att försörja en familj med mat, bostad, kläder, medicinska behov m.m. Definitionen av det absoluta fattigdomsstrecket utgår från vägledande normer för beslut om ekonomiskt bistånd. Normerad övrig konsumtion bygger på de utgifter som gällde för 1985 års vägledande socialbidragsnorm. Den räknas upp så att summan motsvarar samma köpkraft över tid, dvs. att man tar hänsyn till inflationen. Fattigdomsstrecket sammanfaller också i stort sett med nivån för ekonomiskt bistånd, som avser att trygga en skälig levnadsnivå. Beloppen varierar över landet eftersom kostnadsläget skiljer sig åt i olika kommuner.

Tröskelvärdena har byggts upp utifrån fyra komponenter: 1) Normerade boendeutgifter (som varierar med regionen). 2) Schablon för lokala resor (personer som fyllt 18 år). 3) Schablon för fackföreningsavgifter (för personer som under mätåret varit åtminstone halvtidsarbetande). 4) Normbelopp för övrig konsumtion.

Minska utanförskapet bland unga

ANDELEN SYSSELSATTA OCH ARBETSLÖSA BLAND UNGA. PROCENT.

År	Andelen sysselsatta 15–24 år		Andelen arbetslösa 15–24 år	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
2000	36,6	37,1	10,8	8,1
2001	45,6	47,0	12,7	10,6
2002	43,7	44,3	13,4	12,4
2003	42,7	44,1	15,5	13,1
2004	39,2	39,9	19,8	17,2
2005	38,2	39,7	22,0	21,8
2006	40,2	40,4	21,0	22,0
2007	42,0	42,3	18,8	19,8

Källa: Eurostat.

ANDELEN SOM UPPNÅTT MINST GYMNASIENIVÅ (20–24 ÅR) SAMT ANDELEN SOM HÖGST HAR LÄMNAT UTBILDNINGEN (18–24 ÅR) OCH SOM HAR HÖGST GRUNDSKOLA. PROCENT.

År	Minst gymnasienivå bland 20–24-åringar		Högst grundskola bland 18–24-åringar	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
2000	82,8	87,6	9,2	6,2
2001	84,2	86,8	11,3	9,7
2002	85,2	88,3	11,4	9,3
2003	84,3	87,2	9,8	8,2
2004	84,8	87,2	9,3	7,9
2005	86,4	88,7	12,4	10,9
2006	84,5	88,6	13,3	10,7
2007	85,4	89,0	–	–

Källa: Eurostat.

**ANDELEN RELATIVT RESPEKTIVE ABSOLUT FATTIGA
BLAND UNGA I ÅLDERN 20–29 ÅR. PROCENT.**

År	Relativt fattiga* (under 60% av medianinkomsten)	Absolut fattiga**
2000	12,8	12,0
2001	13,7	11,0
2002	17,1	13,4
2003	15,2	11,1
2004	17,8	13,3
2005	19,5	14,3
2006	20,7	12,3

Källa: Statistiska centralbyrån/Socialstyrelsen.

* Det officiella EU-begreppet är "risk för fattigdom".

** Den *absoluta* fattigdomsgränsen (fattigdomsstrecket) definieras som ett tröskelvärde för den inkomstnivå (disponibla inkomst) som kan anses vara minimum för att försörja en familj med mat, bostad, kläder, medicinska behov m.m. Definitionen av det absoluta fattigdomsstrecket utgår från vägledande normer för beslut om ekonomiskt bistånd. Normerad övrig konsumtion bygger på de utgifter som gällde för 1985 års vägledande socialbidragsnorm. Den räknas upp så att summan motsvarar samma köpkraft över tid, dvs. att man tar hänsyn till inflationen. Fattigdomsstrecket sammanfaller också i stort sett med nivån för ekonomiskt bistånd, som avser att trygga en skälig levnadsnivå. Beloppen varierar över landet eftersom kostnadsläget skiljer sig åt i olika kommuner.

Tröskelvärdena har byggts upp utifrån fyra komponenter: 1) Normerade boendeutgifter (som varierar med regionen). 2) Schablon för lokala resor (personer som fyllt 18 år). 3) Schablon för fackföreningsavgifter (för personer som under mätåret varit åtminstone halvtidsarbetande). 4) Normbelopp för övrig konsumtion.

ANDELEN UNGA (20–24 ÅR) MED EKONOMISKT BISTÅND. PROCENT.

År	Ekonomiskt bistånd någon gång under året		Långvarigt ekonomiskt bistånd (10 månader eller längre)	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
2000	9,1	10,1	1,7	2,5
2001	8,0	8,7	1,6	2,3
2002	7,6	7,9	1,7	2,2
2003	7,5	7,7	1,9	2,3
2004	7,8	8,1	2,1	2,9
2005	7,9	8,2	2,1	2,5
2006	7,5	7,5	1,9	2,3
2007	6,4	6,6	1,9	2,2

Källa: Socialstyrelsen.

**ANDEL UNGA I ÅLDERN 16–24
ÅR MED PSYKISK OHÄLSA*. PROCENT.**

År	Män	Kvinnor
2002/03	13,0	28,3
2004/05	13,6	30,3
2006**	13,7	26,7

Källa: Statistiska centralbyrån. Undersökningen om levnadsförhållanden (ULF).

* Svarar på frågan: "Har du möjligen något av följande? Ängslan, oro eller ångest? 1) Ja, svåra. 2) Ja, lätta. 3) Nej."

** Två olika insamlingsmetoder har använts i 2006 års undersökning vilket medför att jämförbarheten med tidigare år påverkas.

Minska frånvaro från arbetslivet på grund av ohälsa

ANTAL PERSONER MED SJUKPENNING UPPDELAT PÅ HEL- OCH DELTID.

År	Sjukpenning/heltid		Sjukpenning/deltid	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
2000	71 949	113 837	54 099	49 703
2001	80 999	127 201	49 401	57 617
2002	79 292	123 108	44 703	64 812
2003	69 918	109 076	40 005	67 680
2004	58 680	91 610	35 307	63 775
2005	50 149	77 523	30 609	56 811
2006	45 468	69 642	25 911	53 300
2007	39 614	59 190	21 213	44 012

Källa: Försäkringskassan.

ANTAL PERSONER MED SJUK- OCH AKTIVITETSERÅTTNING PÅ HEL- OCH DELTID.

År	Sjukpenning/heltid		Sjukpenning/deltid	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
2003	168 188	213 947	42 978	82 176
2004	173 715	225 591	47 273	93 063
2005	175 190	230 599	50 119	100 881
2006	173 034	228 081	50 447	103 335
2007	170 881	224 923	50 543	105 399

Källa: Försäkringskassan.

Fortsätta starka grupper i särskilt utsatta situationer

POLISANMÄLD MISSHANDEL RIKTAD MOT KVINNOR SAMT GROV KVINNOFRIDSKRÄNKNING.

År	Misshandel	Grov kvinnofridskränkning
1990	14 463	..
1991	14 285	..
1992	15 827	..
1993	17 928	..
1994	18 567	..
1995	18 933	..
1996	18 560	..
1997	19 095	..
1998	20 172	198
1999	20 912	923
2000	20 519	1 147
2001	20 490	1 513
2002	21 510	1 572
2003	22 481	1 860
2004	22 753	2 068
2005	24 097	2 152
2006	25 491	2 384
2007	26 857	2 514

Källa: Brottsförebyggande rådet.

ANTAL INKOMNA ANMÄLNINGAR TILL DISKRIMINERINGSOMBUDSMANNEN (DO) OM DISKRIMINERING PÅ BOSTADSMARKNADEN.

År	Män	Kvinnor
2003	34	18
2004	32	24
2005	36	17
2006	33	26
2007	66	25

Källa: Diskrimineringsombudsmannen.

ANTAL PERSONER SOM BEFINNER SIG I EN HEMLÖSHETSSITUATION ÅR 2005.

	År 2005
Män	4 538
Kvinnor	13 142
Kön okänt	154
Totalt antal hemlösa	17 834

Källa: Socialstyrelsen.

ANTALET KVINNOR OCH MÄN MED INSATS INOM MISSBRUKSVÅRDEN DEN 1 NOVEMBER.

	2002	2007	Förändring (%) 2002–2007
Individuellt behovsprövad öppenvård	10 980	11 580	+5
varav kvinnor	3 320	3 570	+8
varav män	7 660	8 010	+5
Heldygnsvård	3 400	2 870	-16
varav kvinnor	930	750	-10
varav män	2 570	2 110	-18
– varav tvångsvård på institution	289	279	-3
varav kvinnor	94	84	-11
varav män	195	195	0
Totalt antal personer med insats	14 480	14 440	0
varav kvinnor	4 250	4 320	+1
varav män	10 230	10 120	-1

Källa: Socialstyrelsen.

Indikatorer avseende hälso- och sjukvård samt äldreomsorg

SJÄLVUPPLEVDA ICKE TILLFREDSSTÄLLDA SJUKVÅRDSBEHOV. ANDEL PERSONER SOM ANGETT FÖREKOMST AV ICKE TILLFREDSTÄLLDA SJUKVÅRDSBEHOV UTIFRÅN PROBLEM MED TILLGÄNGLIGHETEN AVSEENDE BETALNINGSFÖRMÅGA, VÄNTETIDER OCH AVSTÅND. PROCENT.

	Ålder	2004	2005 (EU 15)	2006 (EU25)
EU	18–44	–	4,4	3,2
Sverige		3,1	2,8	3,5
EU	45–54	–	5,2	4,2
Sverige		1,6	2,8	3,2
EU	55–64	–	4,8	3,7
Sverige		2,3	2,5	2,4
EU	65–74	–	4,8	3,5
Sverige		1,7	2,8	2,1
EU	75 +	–	3,9	3,3
Sverige		2,1	1,4	0,9

Källa: Eurostat, EU-SILC 2005.

SJÄLVUPPLEVD HÄLSA PER ÅLDER OCH KÖN. ANDEL PERSONER SOM ANGIVIT ATT HÄLSAN ÄR DÅLIG ELLER MYCKET DÅLIG. PROCENT.

	Ålder	Kvinnor		Män	
		2004	2005	2004	2005
EU (15)	15–24	–	1,6	–	1,4
Sverige		2,7	1,8	2,8	1,2
EU (15)	25–34	–	2,5	–	2,8
Sverige		3,6	4,0	4,0	1,6
EU (15)	35–44	–	5,1	–	4,9
Sverige		6,2	5,8	4,6	2,9
EU (15)	45–54	–	10,7	–	9,9
Sverige		9,2	7,9	8,6	6,2
EU (15)	55–64	–	15,9	–	14,6
Sverige		11,7	5,6	7,9	7,9
EU (15)	65–74	–	24,0	–	19,0
Sverige		8,2	12,4	6,1	7,2
EU (15)	75–84	–	34,6	–	28,8
Sverige		18,6	14,1	13,1	13,7

Källa: Eurostat, EU-SILC 2005.

**KOSTNAD FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD PER INVÅNARE, MED HÄNSYN TAGEN TILL KÖPKRAFTEN
(KÖPKRAFTSJUSTERAT), US-DOLLAR.**

	2001	2002	2003	2004	2005	Kostnads- ökning 2001–2005
Belgien	2 452	2 631	3 080 (b)	3 290 (e)	3 389 (e)	38%
Danmark	2 561	2 656	2 793 (b)	2 972 (e)	3 108 (e)	21%
Finland	1 861	2 012	2 045	2 202	2 331	25%
Frankrike	2 649	2 795	3 011 (b)	3 191	3 374	27%
Grekland	2 178	2 364	2 616	2 669	2 981	37%
Irland	2 151	2 368	2 536	2 742	2 926	36%
Italien	2 188	2 278	2 281	2 437	2 532	16%
Luxemburg	3 270	3 729	4 727 (b)	5 352 (e)	–	–
Nederländerna	2 525	2 775	2 910 (e)	3 094 (e)	–	–
Polen	647	734 (b)	754	814	867 (e)	34%
Portugal	1 685	1 783	1 832 (e)	1 896 (e)	2 033 (e)	21%
Slovakien	642	716	798	1 061 (b)	1 137	77%
Spanien	1 617	1 723	1 954 (b)	2 099 (e)	2 255 (e)	39%
Storbritannien	2 034	2 228	2 328 (b)	2 560 (d)	2 724 (d)	34%
Sverige	2 409	2 593	2 760	2 827	2 918	21%
Tjeckien	1 055	1 199	1 353 (b)	1 413	1 479	40%
Tyskland	2 754	2 886	3 129	3 169	3 287	19%
Ungern	977	1 115	1 291 (e)	1 337 (e)	–	–
Österrike	2 898	3 018	3 236	3 418	3 519	21%

Källa: OECD Health Data 2007.

b = tidsseriebrott, d = skild metodik, e = estimat av OECD

KOSTNAD FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I RELATION TILL BNP. PROCENT.

	2001	2002	2003	2004	2005
Belgien	8,7	9,0	10,1 (b)	10,2 (e)	10,3 (e)
Danmark	8,6	8,8	0,1 (b)	9,2 (e)	9,1 (e)
Finland	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5
Frankrike	9,7	10,0	10,9 (b)	11,0	11,1
Grekland	9,8	9,7	10,0	9,6	10,1
Irland	7,0	7,2	7,3	7,5	7,5
Italien	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9
Luxemburg	6,4	6,8	7,8 (b)	8,3 (e)	–
Nederländerna	8,3	8,9	9,1 (e)	9,2 (e)	–
Polen	5,9	6,3 (b)	6,2	6,2	6,2 (e)
Portugal	8,8	9,0	9,7 (e)	9,8 (e)	10,2 (e)
Slovakien	5,5	5,6	5,9	7,2 (b)	
Spanien	7,2	7,3	7,9 (b)	8,1 (e)	8,2 (e)
Storbritannien	7,5	7,7	7,8 (b)	8,1 (d)	8,3 (d)
Sverige	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1
Tjeckien	6,7	7,1	7,4 (b)	7,3	7,2
Tyskland	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7
Ungern	7,2	7,6	8,3 (e)	8,1 (e)	–
Österrike	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2

Källa: OECD Health Data 2007.

b = tidsseriebrott, d = skild metodik, e = estimat av OECD

**TOTALA KOSTNADER FÖR LÄKEMEDEL OCH ANDRA MEDICINSKA ICKE-VARAKTIGA VAROR/
FÖRBRUKNINGARTIKLAR I RELATION TILL TOTALA KOSTNADER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD. PROCENT.**

	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Belgien	17,4	15,7	15,5	16,7	–	–	–	–	–	–
Danmark	6,0	6,6	7,5	9,1	8,8	9,2	9,8	9,3 (b)	9,0 (e)	8,9 (e)
Finland	10,7	9,7	9,4	14,1	15,5	15,8	16,0	16,0	16,3	16,3
Frankrike	16,0	16,2	16,9	16,0 (b)	18,2	18,8	18,7	16,5	16,6	16,4
Grekland	18,8	–	14,3	15,7	–	–	–	–	–	–
Irland	10,9	9,9	12,2	10,5	10,6	10,6	11,1	11,6	11,8	10,9
Italien	–	–	20,3	20,7	22,0	22,5	22,5	21,8	21,2	20,1
Luxemburg	14,5	14,7	14,9	12,0	11,0	11,5	10,3	9,4 (b)	8,9 (e)	–
Nederländerna	8,0	9,3	9,6	11,0	11,7	11,7	11,5	–	–	–
Polen	–	–	–	–	–	–	28,4	30,3	29,6	28,0 (e)
Portugal	19,9	25,4	24,9	23,6	22,4 (b)	23,0	23,3	21,4 (e)	22,3 (e)	21,9 (e)
Slovakien	–	–	–	–	34,0	34,0	37,3	38,5	31,4 (b)	31,9
Spanien	21,0	20,3	17,8	19,2	21,3	21,1	21,8	22,9 (b)	22,8 (e)	22,9 (e)
Storbritannien	12,8	14,1	13,5	15,3	–	–	–	–	–	–
Sverige	6,5	7,0	8,0	12,3	13,8	13,2	13,0	12,6	12,5	12,0
Tjeckien	–	–	21,0	25,1	23,4 (b)	24,0	23,9	24,2	24,8	25,1
Tyskland	13,4	13,8	14,3	12,9	13,6	14,2	14,4	14,5	14,0	15,2
Ungern	–	–	–	25,0	–	28,5	27,6	27,8 (e)	29,2 (e)	–
Österrike	–	–	–	9,1	11,8	11,6	12,2	12,6	12,2	11,6

Källa: OECD Health Data 2007.

b = tidsseriebrott, d = skild metodik, e = estimat av OECD

FÖRVÄNTAD ÅTERSTÅENDE LIVSLÄNGD OCH FRISKA LEVNADSÅR VID FÖDELSEN OCH 65 ÅRS ÅLDER ÅR 2005.

	KVINNOR						MÄN					
	Vid födseln			Vid 65 år			Vid födseln			Vid 65 år		
	Förväntad livslängd	Förväntat antal friska levnadsår	Förväntat antal friska levnadsår i relation till total förväntad livslängd	Förväntad livslängd	Förväntat antal friska levnadsår	Förväntat antal friska levnadsår i relation till total förväntad livslängd	Förväntad livslängd	Förväntat antal friska levnadsår	Förväntat antal friska levnadsår i relation till total förväntad livslängd	Förväntad livslängd	Förväntat antal friska levnadsår	Förväntat antal friska levnadsår i relation till total förväntad livslängd
Belgien	81,9	61,9	75,7	20,2	9,5	46,8	76,2	61,7	80,9	16,6	9,1	55,2
Cypern	81,1	57,9	71,4	19,1	4,8	25,1	76,8	59,5	77,5	16,8	6,7	39,8
Danmark	80,5	68,2	84,7	19,1	14,1	73,8	76,0	68,4	90,1	16,1	13,1	81,3
Estland	78,2	52,2	66,7	18,1	3,4	19,1	67,3	48,0	71,3	13,1	3,4	26,1
Finland	82,5	52,4	63,5	21,0	6,5	31,2	75,6	51,7	68,3	16,8	6,2	37,1
Frankrike	–	64,3	–	–	9,4	–	–	62,0	–	–	8,2	–
Grekland	81,6	67,2	82,3	19,2	9,9	51,7	76,8	65,7	85,5	17,1	9,5	55,5
Irland	81,7	64,1	78,4	20,0	9,9	49,5	77,3	62,9	81,4	16,8	9,1	54,1
Italien	–	67,0	–	–	9,7	–	–	65,8	–	–	9,4	–
Lettland	76,5	53,1	69,4	17,2	5,4	31,6	65,4	50,6	77,4	12,5	5,0	4,03
Litauen	77,3	54,3	70,2	17,6	4,3	24,4	63,5	51,2	78,3	13,0	5,1	39,0
Luxemburg	82,2	62,1	75,5	20,4	9,2	45,0	76,6	62,2	81,2	16,7	9,3	55,9
Malta	81,4	70,1	86,2	19,4	11,1	57,2	77,3	68,5	88,6	16,2	10,5	64,8
Nederländerna	81,7	63,1	77,2	20,1	10,9	54,1	77,3	65,0	84,1	16,4	10,4	63,1
Polen	79,3	66,6	84,0	18,5	10,1	54,7	70,8	61,0	86,2	14,3	8,3	58,3
Portugal	81,3	56,7	69,8	19,4	5,1	26,3	74,9	58,4	77,9	16,1	6,2	38,7
Slovakien	78,1	56,4	72,2	17,1	5,3	31,3	70,2	54,9	78,3	13,3	4,8	36,2
Slovenien	80,9	59,9	74,0	19,3	8,5	44,4	73,9	56,3	76,1	15,2	7,4	49,0
Spanien	83,7	63,1	75,5	21,3	9,1	42,6	77,0	63,2	82,1	17,3	9,6	55,7
Storbritannien	81,1	65,0	80,1	19,5	11,1	56,7	77,1	63,2	82,0	17,0	10,3	60,7
Sverige	82,9	63,1	76,1	20,7	10,9	52,5	78,5	64,2	81,8	17,4	10,5	59,9
Tjeckien	79,3	59,9	75,5	17,7	6,9	38,8	72,9	57,9	79,4	14,4	6,5	44,8
Tyskland	82,0	55,1	67,1	20,1	5,9	29,4	76,7	55,0	71,7	16,9	6,5	38,2
Ungern	77,2	53,9	69,9	17,2	5,0	29,0	68,7	52,0	75,8	13,3	5,0	37,5
Österrike	82,3	59,6	72,4	20,4	6,6	32,6	76,7	57,8	75,4	17,0	6,7	39,5

Källa: Eurostat.

FÖRVÄNTAD LIVSLÄNGD I SVERIGE VID FÖDSELN, 50 OCH 65 ÅR UPPDELAT PÅ MÄN OCH KVINNOR. 1951–2007.

År	Återstående medellivslängd i år					
	Män			Kvinnor		
	Vid födelsen	Vid 50 år	Vid 65 år	Vid födelsen	Vid 50 år	Vid 65 år
1951–1960	70,89	25,54	13,85	74,10	27,47	15,00
1961–1970	71,73	25,70	13,93	76,13	28,87	16,05
1971–1980	72,26	25,82	14,10	78,10	30,41	17,47
1981–1985	73,55	26,46	14,60	79,53	31,45	18,39
1986–1990	74,37	27,17	15,09	80,22	32,06	18,91
1991–1995	75,60	28,03	15,70	80,98	32,59	19,42
1996–2000	76,89	28,95	16,35	81,83	33,19	19,93
2001–2005	77,99	29,89	17,11	82,41	33,64	20,30
1983	73,62	26,51	14,65	79,61	31,59	18,49
1984	73,84	26,73	14,81	79,89	31,72	18,65
1985	73,79	26,60	14,66	79,68	31,59	18,50
1986	73,97	26,83	14,80	79,99	31,84	18,69
1987	74,16	26,99	14,99	80,15	31,99	18,90
1988	74,15	26,99	14,95	79,96	31,85	18,70
1989	74,79	27,56	15,40	80,57	32,37	19,17
1990	74,81	27,50	15,30	80,41	32,20	19,04
1991	74,94	27,60	15,42	80,54	32,34	19,21
1992	75,35	27,82	15,55	80,79	32,42	19,27
1992	75,49	27,91	15,56	80,79	32,40	19,19
1994	76,08	28,43	16,03	81,38	32,92	19,75
1995	76,17	28,42	15,97	81,45	32,90	19,70
1996	76,51	28,61	16,10	81,53	32,95	19,73
1997	76,70	28,77	16,25	81,82	33,20	19,92
1998	76,87	28,94	16,34	81,94	33,30	20,03
1999	77,06	29,11	16,45	81,91	33,23	19,92
2000	77,38	29,41	16,69	82,03	33,30	20,08
2001	77,55	29,60	16,88	82,07	33,36	20,06
2002	77,73	29,64	16,90	82,11	33,37	20,01
2003	77,91	29,83	17,01	82,43	33,67	20,32
2004	78,35	30,19	17,39	82,68	33,92	20,56
2005	78,42	30,21	17,36	82,78	33,93	20,61
2006	78,70	30,45	17,60	82,94	34,13	20,75
2007	78,94	30,70	17,84	82,99	34,14	20,67

Källa: SCB.

SPÅDBARNSDÖDLIGHET PER 1 000 LEVANDE FÖDDA.

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Belgien	12,1	9,8	6,5	5,9	4,8	3,7
Danmark	8,4	8,0	7,5	5,1	5,3	4,4
Finland	7,6	6,3	5,6	3,9	3,8	3,0
Frankrike	10,0	8,3	7,3	4,9	4,4	3,6
Grekland	17,9	14,1	9,7	8,1	5,4	3,8
Irland	11,1	8,8	8,2	6,4	6,2	4,0
Italien	14,6	10,5	8,2	6,2	4,5	4,7
Luxemburg	11,4	9,0	7,3	5,6	5,1	2,6
Nederländerna	8,6	8,0	7,1	5,5	5,1	4,9
Polen	25,5	22,0	19,3	13,6	8,1	6,4
Portugal	24,2	17,8	11,0	7,5	5,5	3,5
Slovakien	20,9	16,3	12,0	11,0	8,6	7,2
Spanien	12,3	8,9	7,6	5,5	4,4	4,1
Storbritannien	12,1	9,4	7,9	6,2	5,6	5,1
Sverige	6,9	6,8	6,0	4,1	3,4	2,4
Tjeckien	15,9	12,5	10,8	7,7	4,1	3,4
Tyskland	12,4	9,1	7,0	5,3	4,4	3,9
Ungern	23,2	20,4	14,8	10,7	9,2	6,2
Österrike	14,3	11,2	7,8	5,4	4,8	4,2

Källa: OECD Health Data 2007.

ÅLDERSSTANDARDISERAD RELATIV ÖVERLEVNAD I BRÖSTCANCER EFTER 1 OCH 5 ÅR EFTER DIAGNOS. AVSER FALL DIAGNOSTISERADE 1990–1994. PROCENT.

	1 år	5 år
Danmark	93,9	74,9
Estland	87,7	61,9
Finland	95,8	81,4
Frankrike	96,4	81,3
Italien	95,6	80,6
Malta	93,1	74,8
Nederländerna	95,8	78,2
Polen	87,2	63,1
Portugal	94,2	71,9
Slovakien	87,5	59,5
Slovenien	90,8	67,4
Spanien	94,4	78,0
Sverige	96,5	82,6
Tjeckien	88,6	64,0
Tyskland	93,4	75,4
Österrike	93,6	75,4

Källa: European Community Health Indicators (ECHI).

ÅLDERSSTANDARDISERAD RELATIV ÖVERLEVNAD I LIV-MODERHALSCANCER EFTER 1 OCH 5 ÅR EFTER DIAGNOS. AVSER FALL DIAGNOSTISERADE 1990–1994. PROCENT.

	1 år	5 år
Danmark	86,7	66,7
Estland	79,0	53,2
Finland	84,6	66,0
Frankrike	88,4	67,8
Italien	88,1	66,6
Malta	83,7	64,4
Nederländerna	87,7	69,4
Polen	76,3	48,2
Portugal	85,6	55,6
Slovakien	80,4	57,1
Slovenien	83,7	59,9
Spanien	86,3	68,7
Sverige	89,2	69,6
Tjeckien	86,2	65,2
Tyskland	83,2	63,5
Österrike	86,0	63,6

Källa: European Community Health Indicators (ECHI).

ANTAL OCH ANDEL AV BEFOLKNINGEN 65 ÅR OCH ÄLDRE SOM DEN 1 OKTOBER 2000–2006 FICK INSATSER FRÅN HEMTJÄNST SAMT I FORM AV SÄRSKILT BOENDE SAMT KOSTNADER OCH KOSTNADSANDEL I RELATION TILL BNP FÖR LÅNGTIDSOMVÅRDNADSTJÄNSTER (HC.3).

	Hemtjänst		Särskilt boende		Totalt		Kostnader	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	MSEK	Andel av BNP
2001	121 700	7,9	118 600	7,7	240 300	15,6	15 504	0,67%
2002	125 200	8,2	115 500	7,5	240 700	15,7	16 729	0,69%
2003	128 000	8,3	110 900	7,2	238 900	15,5	17 353	0,69%
2004	132 300	8,5	104 800	6,7	237 100	15,2	17 898	0,68%
2005	135 000	8,6	100 400	6,4	235 300	15,0	18 374	0,67%
2006	140 300	8,9	98 600	6,2	238 900	15,1	20 074	0,69%

Källa: Socialstyrelsen och Nationalräkenskaperna (SCB).

Bilaga 3. Bidrag från Nätverket mot socialt utanförskap

Nätverket mot socialt utanförskap består av personer som är verksamma i ett fyrtiotal organisationer som arbetar mot socialt utanförskap.

1. Samverkan med berörda aktörer

Samverkan med alla berörda aktörer är en central del när det gäller att ta fram och genomföra handlingsplanen. Denna samverkan måste förbättras. Bland annat måste dialogen med socialdepartementet inledas mycket tidigare än vad som skett nu. Det handlar inte bara om att regeringen ska lyssna på oss utan också om att vi reellt ska ha möjlighet att påverka prioriteringar och innehåll i den svenska handlingsplanen. Det är samtidigt viktigt att regeringen samordnar olika politikområden så att alla berörda myndigheter engageras för att minska utanförskapet.

Vi vill att dialogen förbättras även när det gäller genomförandet. För att bättre ta tillvara de gedigna kunskaper som finns inom Brukardelegationen behöver denna aktiveras och dess roll förtydligas. Regeringen måste dessutom skapa incitament och metoder för att kommunerna tillsammans med frivillig-, brukar- och utförarorganisationer engagerar sig i genomförandet.

Strategirapporten bör leda till en djupgående diskussion om den sociala situationen i Sverige. Organisationerna inom nätverket kommer också att ta ett ansvar för denna debatt.

2. Lissabonstrategin och den sociala sammanhållningen

Handlingsplanen bör klart uttrycka att den sociala sammanhållningen ska ha lika stor tyngd som ekonomisk

tillväxt i den framtida Lissabonstrategin. Detta bör också framgå tydligt i den nationella rapport om Lissabonstrategin som Sverige ska lämna i år.

3. Klyftorna ökar i Sverige

Den gynnsamma ekonomiska utvecklingen i Sverige har inte kommit alla till del. Enligt flera utredningar har klyftorna till och med ökat. Vi vill peka på följande omständigheter, som bör återspegla sig i strategirapportens analys och prioriteringar.

Jämfört med början av 1990-talet är hushållens inkomster i dag mer ojämnt fördelade och det långvariga biståndsmottagandet (över tio månader) har ökat. Personer som är beroende av socialförsäkringssystemen har fått sämre villkor. Det finns därmed stora grupper som lever på och under marginalen för fattigdom, inte minst utrikesfödda, ensamstående föräldrar och unga vuxna (nära 30 procent i åldern 20–27 år är fattiga).

Människor med utländsk bakgrund lever i ett större utanförskap än andra och har svårare att få tillgång till arbete, bostad, utbildning, sociala tjänster och hälsovård. Det finns både en strukturell och individuell diskriminering. En tredjedel av fattiga vuxna har utländsk bakgrund och 30–50 000 personer väntar på beslut om asyl. Cirka 20 000 personer som är "papperslösa" beräknas befinna sig i Sverige. De flesta är gömda flyktingar, medan en mindre grupp är offer för människohandel.

Barnfattigdomen minskar inte. Barn till ensamstående och utrikesfödda löper större risk att leva i fattigdom liksom barn som lever i familjer med långvarigt ekonomiskt

bistånd och samt barn till psykiskt sjuka. Vart fjärde barn är trångbott. Barn vräks i lika stor omfattning som tidigare.

Hundratusentals människor står långt från den ordinarie arbetsmarknaden. Arbetslösheten bland personer med funktionsnedsättning, ungdomar och personer med utländskt ursprung är särskilt hög.

Funktionsnedsättning minskar livskvaliteten. En mycket stor del av samhällets samlade ohälsa finns bland människor med funktionsnedsättning. Dålig hälsa är mer än tio gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning.

Tillgången på vård och behandling för människor med beroendeproblem har inte förbättrats. Dödstalet för dessa människor har ökat under senaste året, då siffran uppgick till 350 personer.

Tillgången på bostäder för personer med dålig social förankring och ekonomiska problem har blivit sämre. Boendekostnaderna ökar. Andelen unga vuxna i åldern 20–27 år med egen bostad har minskat de senaste 10 åren (från 62 till 53 procent). Den extrema trångboddheten ökar snabbt inte minst bland nyanlända flyktingar.

I Sverige är 18 000 personer hemlösa och antalet har ökat sedan den senaste kartläggningen. Andelen kvinnor och utrikes födda ökar särskilt.

Utanförskapet ökar genom ökad användning av IT-baserad kommunikation inte minst hos myndigheter. Bris-tande datorvana, kort skolbakgrund, språksvårigheter, vissa funktionshinder, svaga ekonomiska resurser leder till minskad delaktighet. Detta är på lång sikt en fara för demokratin.

4. Principer

- Utanförskap är ett komplext problem och kan inte reduceras till anställningsbarhet på arbetsmarknaden. Synen på arbete måste förändras för att skapa en "vidgad arbetsmarknad" som gör det möjligt för alla män-

niskor som vill arbeta att göra detta utifrån sina egna förutsättningar.

- Även de mest utsatta människorna måste garanteras sina grundläggande rättigheter. De ska ha rätt till ett värdigt liv, lika behandling, ett gott bemötande, tillgång till välfärdstjänster såsom vård, omsorg, utbildning och bostad efter behov och på lika villkor. Internationella konventioner och svensk lagstiftning måste följas.
- En stark och generell välfärdspolitik är grundläggande för att uppnå ett rättvist och solidariskt samhälle som förebygger marginalisering och utanförskap.
- Prioriteringar och förslag i tidigare handlingsplaner måste följas upp och redovisas öppet gentemot politiska beslutsfattare och berörda aktörer.

5. Åtgärder att prioritera

- Ett stort samlat program för integration av personer med utländsk bakgrund.
- Nollvision för barnfattigdom. Vräkningar av barn ska inte längre få förekomma.
- Tillgång till arbetsmarknaden genom
 - flexibla lösningar som passar individen med stöd av frivillig- och brukarorganisationer,
 - genomförande av ett program för socialt företagande.
- Bostadspolitik som grundar sig på allas rätt till en god bostad, likabehandling av olika boendeformer, erbjudande av hyresrätter till alla som efterfrågar en sådan samt ett särskilt stöd till grupper med särskilda behov.
- Personer som är hänvisade till samhällets yttersta skyddsnet måste garanteras en "skälig levnadsnivå" – en förutsättning för fullt demokratiskt deltagande i samhället – genom tillgång till resurser som överstiger gränsen för fattigdom genom anpassning av miniminormerna i socialförsäkringssystemet.
- Aktiva insatser för att integrera alla människor i IT-samhället.



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

103 33 Stockholm