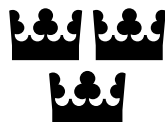


# Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9





## Förslag till statens budget för 2015

## Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	13
2	Lagförslag.....	15
2.1	Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) .....	15
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa .....	20
2.3	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....	23
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	25
3.1	Omfattning.....	25
3.2	Utgiftsutveckling .....	25
3.3	Skatteutgifter.....	26
3.4	Mål för utgiftsområdet .....	27
4	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	29
4.1	Omfattning.....	29
4.2	Utgiftsutveckling .....	31
4.3	Mål för området .....	31
4.4	Resultatrevisning .....	31
4.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	31
4.4.2	Resultat – behovsanpassad hälso- och sjukvård.....	32
4.4.3	Resultat – tillgänglig hälso- och sjukvård.....	34
4.4.4	Resultat – effektiv hälso- och sjukvård.....	41
4.4.5	Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård.....	49
4.4.6	Analys och slutsatser .....	54
4.5	Politikens inriktning.....	56
4.6	Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur .....	60
4.6.1	Ärendet och dess beredning.....	60
4.6.2	Inledning – utgångspunkter för förslagen.....	61
4.6.3	Förslag och bedömningar .....	62
4.6.4	Ikraftträdande- och genomförandefrågor .....	83
4.6.5	Författningskommentar .....	84
4.7	Budgetförslag .....	85
4.7.1	1:1 Myndigheten för vårdanalys.....	85

4.7.2	1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	86
4.7.3	1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	87
4.7.4	1:4 Tandvårdsförmåner .....	88
4.7.5	1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	89
4.7.6	1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....	90
4.7.7	1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	92
4.7.8	1:8 Bidrag till psykiatri.....	94
4.7.9	1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	95
4.7.10	1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....	96
4.7.11	1:11 Läkemedelsverket .....	96
4.7.12	1:12 E-hälsomyndigheten .....	97
4.7.13	8:1 Socialstyrelsen.....	98
4.7.14	8:2 Inspektionen för vård och omsorg.....	100
4.8	Övrig verksamhet .....	101
4.8.1	Läkemedelsverket .....	101
4.8.2	Bolag med statligt ägande inom apoteksområdet.....	101
5	Folkhälsopolitik .....	103
5.1	Omfattning .....	103
5.2	Utgiftsutveckling.....	103
5.3	Mål för området.....	104
5.4	Resultatredovisning.....	104
5.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	104
5.4.2	Resultat – folkhälsans utveckling .....	104
5.4.3	Resultat – levnadsvanor.....	107
5.4.4	Resultat – kunskapsbaserat folkhälsoarbete .....	110
5.4.5	Resultat – hälsohot .....	112
5.4.6	Analys och slutsatser.....	114
5.5	Politikens inriktning.....	115
5.6	Budgetförslag.....	118
5.6.1	2:1 Folkhälsomyndigheten.....	118
5.6.2	2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	120
5.6.3	2:3 Bidrag till WHO.....	121
5.6.4	2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	121
6	Funktionshinderspolitik.....	123
6.1	Omfattning .....	123
6.2	Utgiftsutveckling.....	123
6.3	Mål.....	124
6.4	Resultatredovisning.....	124
6.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	124
6.4.2	Resultat .....	124
6.4.3	Analys och slutsatser.....	127
6.5	Politikens inriktning.....	127
6.6	Budgetförslag.....	130
6.6.1	3:1 Myndigheten för delaktighet .....	130
6.6.2	3:2 Bidrag till handikapporganisationer .....	131
7	Politik för sociala tjänster.....	133
7.1	Omfattning .....	133
7.2	Utgiftsutveckling.....	133
7.3	Mål.....	134

7.4	Resultatredovisning – övergripande verksamheter .....	134
7.4.1	En mer kunskapsbaserad socialtjänst.....	134
7.4.2	Flera utförare.....	136
7.4.3	Stöd till anhöriga.....	136
7.5	Resultatredovisning – omsorgen om äldre .....	137
7.5.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	137
7.5.2	Resultat.....	137
7.5.3	Analys och slutsatser .....	142
7.6	Resultatredovisning – individ- och familjeomsorg.....	143
7.6.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	143
7.6.2	Resultat.....	143
7.6.3	Analys och slutsatser .....	154
7.7	Resultatredovisning – personer med funktionsnedsättning.....	157
7.7.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	157
7.7.2	Resultat.....	157
7.7.3	Analys och slutsatser .....	164
7.8	Politikens inriktning.....	164
7.8.1	Omsorgen om äldre .....	167
7.8.2	Individ- och familjeomsorg.....	168
7.8.3	Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning.....	172
7.9	Förslag till avskaffande av fritidspeng .....	174
7.10	Budgetförslag .....	177
7.10.1	4:1 Personligt ombud.....	177
7.10.2	4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	177
7.10.3	4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....	179
7.10.4	4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....	179
7.10.5	4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	181
7.10.6	4:6 Statens institutionsstyrelse.....	183
7.10.7	4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	184
7.10.8	4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården.....	185
7.10.9	4:9 Ersättningsnämnden .....	186
7.10.10	4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	187
8	Barnrättspolitik.....	189
8.1	Omfattning.....	189
8.2	Utgiftsutveckling .....	189
8.3	Mål för området .....	190
8.4	Resultatredovisning .....	190
8.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	190
8.4.2	Resultat.....	190
8.4.3	Analys och slutsatser .....	193
8.5	Politikens inriktning.....	193
8.6	Budgetförslag .....	196
8.6.1	5:1 Barnombudsmannen.....	196
8.6.2	5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige.....	196
9	Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel .....	199
9.1	Omfattning.....	199
9.2	Utgiftsutveckling .....	199

9.3	Mål för alkohol-, narkotika-, dopning-, tobak- samt spelpolitiken.....	200
9.4	Resultatredovisning.....	200
9.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	200
9.4.2	Resultat .....	200
9.4.3	Analys och slutsatser.....	206
9.5	Politikens inriktning.....	206
9.6	Budgetförslag.....	207
9.6.1	6:1 Alkoholsortimentsnämnden.....	207
9.6.2	6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....	208
10	Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning .....	209
10.1	Omfattning .....	209
10.2	Utgiftsutveckling.....	209
10.3	Mål.....	210
10.4	Resultatredovisning.....	210
10.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	210
10.4.2	Resultat .....	210
10.4.3	Analys och slutsatser.....	212
10.5	Politikens inriktning.....	213
10.6	Budgetförslag.....	213
10.6.1	7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....	213
10.6.2	7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	214
10.6.3	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	215
	Bilaga 1 Förslaget om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst m.m.	
	Bilaga 2 Förslag till avskaffande av fritidspeng	

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp.....	14
Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg .....	25
Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2015–2018. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	26
Tabell 3.3 Ramnivå 2015 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	26
Tabell 3.4 Skatteutgifter.....	26
Tabell 4.1 Hälso- och sjukvårdsutgifter, 2008–2012.....	30
Tabell 4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2012 .....	30
Tabell 4.3 Utgiftsutveckling inom Hälso- och sjukvårdspolitik.....	31
Tabell 4.4 Tandvårdsutgifter, 2008–2012 .....	40
Tabell 4.5 Kostnader för statligt tandvårdsstöd, 2005–2013 .....	40
Tabell 4.6 Kostnader för läkemedel, 2009–2013.....	47
Tabell 4.7 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vårdanalys .....	85
Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:1 Myndigheten för vårdanalys.....	86
Tabell 4.9 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	86
Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	87
Tabell 4.11 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	87
Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	88
Tabell 4.13 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner.....	88
Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:4 Tandvårdsförmåner.....	88
Tabell 4.15 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....	89
Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	90
Tabell 4.17 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....	90
Tabell 4.18 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	92
Tabell 4.19 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	92
Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	93
Tabell 4.21 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri.....	94
Tabell 4.22 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri .....	94
Tabell 4.23 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:8 Bidrag till psykiatri.....	95
Tabell 4.24 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti.....	95
Tabell 4.25 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	96
Tabell 4.26 Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....	96

Tabell 4.27 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....	96
Tabell 4.28 Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket .....	96
Tabell 4.29 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:11 Läkemedelsverket .....	97
Tabell 4.30 Anslagsutveckling 1:12 E-hälsomyndigheten .....	97
Tabell 4.31 Offentligrättslig verksamhet .....	98
Tabell 4.32 Uppdragsverksamhet .....	98
Tabell 4.33 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:12 E-hälsomyndigheten .....	98
Tabell 4.34 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen .....	98
Tabell 4.35 Offentligrättslig verksamhet .....	99
Tabell 4.36 Uppdragsverksamhet .....	99
Tabell 4.37 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 8:1 Socialstyrelsen .....	100
Tabell 4.38 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg .....	100
Tabell 4.39 Offentligrättslig verksamhet .....	100
Tabell 4.40 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg .....	101
Tabell 4.41 Offentligrättslig verksamhet .....	101
Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik .....	103
Tabell 5.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten .....	118
Tabell 5.3 Uppdragsverksamhet .....	119
Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:1 Folkhälsomyndigheten ..	120
Tabell 5.5 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....	120
Tabell 5.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....	120
Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....	121
Tabell 5.8 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO .....	121
Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:3 Bidrag till WHO .....	121
Tabell 5.10 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	121
Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	122
Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitiken .....	123
Tabell 6.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet .....	130
Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 3:1 Myndigheten för delaktighet .....	131
Tabell 6.4 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer .....	131
Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer .....	131
Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster .....	133
Tabell 7.2 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre .....	138
Tabell 7.3 Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har/ditt äldreboende? .....	139
Tabell 7.4 Kommunens kostnader för insatser till barn och unga .....	143
Tabell 7.5 Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd 2009–2013 .....	150
Tabell 7.6 Kommunens kostnader för missbruksvård .....	151
Tabell 7.7 Barn berörda av vräkning .....	153
Tabell 7.8 Kostnader för assistansersättning, antal personer som hade assistans i december månad och antal beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2004–2013 .....	163



Tabell 7.9 Antal personer som beviljats bilstöd 2006–2013, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper (%) .....	164
Tabell 7.10 Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud .....	177
Tabell 7.11 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:1 Personligt ombud .....	177
Tabell 7.12 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	177
Tabell 7.13 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet.....	178
Tabell 7.14 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning.....	179
Tabell 7.15 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....	179
Tabell 7.16 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning .....	179
Tabell 7.17 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....	180
Tabell 7.18 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	181
Tabell 7.19 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	181
Tabell 7.20 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	183
Tabell 7.21 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse .....	183
Tabell 7.22 Offentligrättslig verksamhet.....	183
Tabell 7.23 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, 4:6 Statens institutionsstyrelse .....	184
Tabell 7.24 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	184
Tabell 7.25 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	185
Tabell 7.26 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården.....	185
Tabell 7.27 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården .....	186
Tabell 7.28 Anslagsutveckling 4:9 Ersättningsnämnden .....	186
Tabell 7.29 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:9 Ersättningsnämnden ...	187
Tabell 7.30 Anslagsutveckling 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor .....	187
Tabell 7.31 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor .....	187
Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik.....	189
Tabell 8.2 5:1 Barnombudsmannen.....	196
Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 5:1 Barnombudsmannen ...	196
Tabell 8.4 Anslagsutveckling Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige .....	196
Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige.....	197
Tabell 9.1 Utgiftsutveckling inom Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel ..	199
Tabell 9.2 6:1 Alkoholsortimentsnämnden .....	207
Tabell 9.3 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 6:1 Alkoholsortimentsnämnden .....	207
Tabell 9.4 Anslagsutveckling 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel .....	208

Tabell 9.5 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning samt spel.....	208
Tabell 10.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning .....	209
Tabell 10.2 Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....	213
Tabell 10.3 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning .....	214
Tabell 10.4 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning .....	214
Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	214
Tabell 10.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	215

## Diagramförteckning

---

Diagram 4.1 Landstingens intäkter 2013, procentuellt fördelade på intäktslag.....	30
Diagram 4.2 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2013, procentuellt fördelade på verksamhetsområde .....	30
Diagram 4.3 Patientupplevd kvalitet i primärvård, kvinnor och män, 2009–2013.....	33
Diagram 4.4 Andel som instämmer i olika bedömningar av vård och behandling i barn- och ungdomspsykiatri, patienter och målsmän, 2011 och 2013 .....	34
Diagram 4.5 Andel som instämmer i påståenden om patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård, 2010 och 2013.....	34
Diagram 4.6 Andel patienter som erhåller behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2013 .....	35
Diagram 4.7 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att väntetider till besök och behandling är rimliga, kvinnor och män, 2010–2013 .....	35
Diagram 4.8 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att de har tillgång till den sjukvård de behöver, kvinnor och män, 2010–2013 .....	35
Diagram 4.9 Variation av väntetider inom cancervården för olika cancerformer, 2012 .....	36
Diagram 4.10 Antal vårdcentraler och öppenvårdsapotek, 2009–2013 .....	37
Diagram 4.11 Antal läkare, kvinnor och män, 2006–2010 .....	38
Diagram 4.12 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist, kvinnor och män, 2009–2013.....	40
Diagram 4.13 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, kvinnor och män, 2003–2012.....	41
Diagram 4.14 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, kvinnor och män, 2003–2012.....	41
Diagram 4.15 Andel patienter som är i livet fem år efter tjocktarmscancerdiagnos, kvinnor och män, 2003–2012 .....	41
Diagram 4.16 Andel döda inom 28 dagar efter förstagsstroke, nationellt och per landsting, 1992–2012 .....	44
Diagram 4.17 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister, 2009–2012.....	45
Diagram 4.18 Kostnader för läkemedelsförmånerna, 2009–2013.....	48
Diagram 4.19 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, kvinnor och män, 2003–2012.....	49
Diagram 4.20 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, kvinnor och män, 2003–2012 .....	49
Diagram 4.21 Andel äldre med olämplig läkemedelsförskrivning, 2011–2013.....	51
Diagram 5.1 Medellivslängd och friska levnadsår, 2004–2012/13.....	104
Diagram 5.2 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, 2003–2012.....	105
Diagram 5.3 Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer, 2003–2012.....	105
Diagram 5.4 Sjukdomsborða, 1990 och 2010.....	106
Diagram 5.5 Riskfaktorers bidrag till sjukdomsborðan, 1990 och 2010 .....	107

Diagram 5.6 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 2004–2013.....	108
Diagram 5.7 Andel som anger att de har en stillasittande fritid respektive att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 2004–2013 .....	108
Diagram 5.8 Utveckling av utbildningsnivåer, andel i befolkningen, 1992–2012.....	111
Diagram 5.9 Anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), 2004–2013 .....	112
Diagram 5.10 Antal förskrivna antibiotikarecept, 2004–2013.....	112
Diagram 7.1 Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1990–2013.....	149
Diagram 7.2 Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 1990–2013 .....	151
Diagram 9.1 Andel konsumenter av alkohol, tobak samt narkotika bland elever i årskurs 9, 1993–2013.....	201
Diagram 9.2 Antal dagligrökare fördelat på kön och ålder, 2013.....	202
Diagram 10.1 Årligen beviljade forskningsmedel av Forte 2009–2013 fördelade på Fortes huvudområden .....	211

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) (avsnitt 2.1 och 4.6),
2. antar förslaget till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa (avsnitt 2.2 och 4.6),
3. antar förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) (avsnitt 2.3 och 7.9),
4. godkänner att anslaget 1:1 *Myndigheten för vårdanalys* den 1 juli 2015 ändrar namn till 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och godkänner den föreslagna användningen av anslaget 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* (avsnitt 4.7.1),
5. godkänner att anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* den 1 juli 2015 ändrar namn till 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* och godkänner den föreslagna användningen av anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* (avsnitt 4.7.2),
6. bemyndigar regeringen att för 2015 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 4.7.6),
7. bemyndigar regeringen att under 2015 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 21 200 000 kronor 2016–2018 (avsnitt 4.7.8),
8. bemyndigar regeringen att under 2015 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 170 000 000 kronor 2016 och 2017 (avsnitt 5.6.2),
9. bemyndigar regeringen att under 2015 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 500 000 000 kronor 2016–2018 (avsnitt 7.10.5),
10. bemyndigar regeringen att besluta om disposition och ekonomiskt mål för avgifter som tas ut med stöd av lagen av 6 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) (avsnitt 7.10.6),
11. bemyndigar regeringen att under 2015 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 961 000 000 kronor 2016–2019 (avsnitt 10.6.3),
12. för budgetåret 2015 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt följande uppställning:

**Anslagsbelopp***Tusental kronor*

Anslag		
1:1	Myndigheten för vårdanalys	31 825
1:2	Statens beredning för medicinsk utvärdering	67 887
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	132 882
1:4	Tandvårdsförmåner	5 785 510
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	21 160 000
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	2 640 704
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden	611 535
1:8	Bidrag till psykiatri	844 893
1:9	Prestationsbunden vårdgaranti	1 000 000
1:10	Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74 000
1:11	Läkemedelsverket	123 190
1:12	E-hälsomyndigheten	114 401
2:1	Folkhälsomyndigheten	371 190
2:2	Insatser för vaccinerberedskap	85 000
2:3	Bidrag till WHO	34 665
2:4	Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	145 502
3:1	Myndigheten för delaktighet	53 169
3:2	Bidrag till handikapporganisationer	182 742
4:1	Personligt ombud	104 460
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	322 554
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	266 995
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	24 421 000
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	2 413 180
4:6	Statens institutionsstyrelse	881 816
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	376 215
4:8	Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	180 000
4:9	Ersättningsnämnden	39 315
4:10	Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	15 238
5:1	Barnombudsmannen	23 910
5:2	Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	33 761
6:1	Alkoholsortimentsnämnden	234
6:2	Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	258 629
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	28 735
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	511 374
8:1	Socialstyrelsen	470 583
8:2	Inspektionen för vård och omsorg	634 065
<b>Summa</b>		<b>64 441 159</b>

## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

### 2.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 7 §, 2 kap. 7 §, 3 kap. 8 och 10 §§, 8 kap. 1, 7 och 12 §§ samt 9 kap. 3 och 4 §§ smittskyddslagen (2004:168) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 1 kap. 7 §<sup>1</sup>

*Socialstyrelsen* ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. *Socialstyrelsen* ska följa och vidareutveckla smittskyddet.

Folkhälsomyndigheten ska *som expertmyndighet* följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt *och föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt.*

*Folkhälsomyndigheten* ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. *Folkhälsomyndigheten* ska följa och vidareutveckla smittskyddet. Folkhälsomyndigheten ska följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2013:634.

**2 kap.****7 §<sup>2</sup>**

Regeringen eller, *efter regeringens bemyndigande*, *Socialstyrelsen* får meddela *närmare* föreskrifter

- om anmälan enligt 5 §,
- om uppgifter som avses i 6 § 5,
- om undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,
- om undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 5 § i fråga om till vem anmälan *skall* göras,
- om undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan *skall* ske utan dröjsmål, *samt*
- om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid viss sjukdom.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* får meddela föreskrifter

1. om anmälan enligt 5 §,
2. om uppgifter som avses i 6 § 5,
3. om undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,
4. om undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 5 § i fråga om till vem anmälan *ska* göras,
5. om undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan *ska* ske utan dröjsmål, *och*
6. om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid viss sjukdom.

**3 kap.****8 §<sup>3</sup>**

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel *skall* genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får *Socialstyrelsen* besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel *skall* genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Hälsokontroll enligt första och andra *stycket* får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Smittskyddsläkaren *skall* verkställa *Socialstyrelsens* beslut enligt andra *stycket*.

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel *ska* genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får *Folkhälsomyndigheten* besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel *ska* genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Hälsokontroll enligt första och andra *styckena* får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Smittskyddsläkaren *ska* verkställa *Folkhälsomyndighetens* beslut enligt andra *stycket*.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2006:194.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2004:877.



10 §<sup>4</sup>

Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får *Socialstyrelsen* besluta att ett visst område *skall* vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får *Socialstyrelsen* i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning.

Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får *Folkhälsomyndigheten* besluta att ett visst område *ska* vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får *Folkhälsomyndigheten* i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning.

## 8 kap.

1 §<sup>5</sup>

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas *hos* allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 §,
7. avslag på ansökan om att karantän *skall* upphöra enligt 3 kap. 11 §, eller
8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas *hos* allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas *till* allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

7. avslag på ansökan om att karantän *ska* upphöra enligt 3 kap. 11 §, eller

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas *till* allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 2004:877.

<sup>5</sup> Senaste lydelse 2004:877.

*Socialstyrelsens* beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas *hos* allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller *Socialstyrelsen* enligt denna lag får inte överklagas.

*Folkhälsomyndighetens* beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas *till* allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller *Folkhälsomyndigheten* enligt denna lag får inte överklagas.

### 7 §<sup>6</sup>

När muntlig förhandling hålls i mål om isolering enligt 5 kap. 1 § eller fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § ska förvaltningsrätten höra lämplig sakkunnig, om det inte är uppenbart obehövt.

Regeringen eller, *efter regeringens bemyndigande*, *Socialstyrelsen* ska för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* ska för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

Från en verksamhet där sekretess gäller enligt 25 kap. 1-5 §§ eller 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om den smittade som behövs för en sakkunnigs uppdrag.

*Lydelse enligt SFS 2014:763*

*Föreslagen lydelse*

### 12 §

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren för att

1. genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. föra den som ska isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut ska vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och *därvid* upprätthålla ordningen,
5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum, eller
6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av *Socialstyrelsen* med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärrningar.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av *Folkhälsomyndigheten* med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärrningar.

<sup>6</sup> Senaste lydelse 2009:840.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse***9 kap.****3 §**

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som *skall* vara anmälningspliktiga.

Regeringen eller, *efter regeringens bemyndigande*, *Socialstyrelsen* får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som *skall* vara smittspårningspliktiga.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som *ska* vara anmälningspliktiga.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som *ska* vara smittspårningspliktiga.

**4 §**

Regeringen eller, *efter regeringens bemyndigande*, *Socialstyrelsen* får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på Försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2015.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

Härigenom föreskrivs att 5, 10–13 och 16 §§ lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 5 §

*Socialstyrelsen skall* vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.

*Folkhälsomyndigheten ska* vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.

### 10 §

Myndigheter, kommuner och landsting som inom sina respektive ansvarsområden får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa *skall* omedelbart underrätta *Socialstyrelsen* om det misstänkta hotet. Underrättelsen *skall* innehålla de uppgifter som *Socialstyrelsen* behöver för att kunna bedöma om det föreligger ett internationellt hot mot människors hälsa.

Myndigheter, kommuner och landsting som inom sina respektive ansvarsområden får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa *ska* omedelbart underrätta *Folkhälsomyndigheten* om det misstänkta hotet. Underrättelsen *ska* innehålla de uppgifter som *Folkhälsomyndigheten* behöver för att kunna bedöma om det föreligger ett internationellt hot mot människors hälsa.

På begäran *skall* myndigheter, kommuner och landsting inom sina respektive ansvarsområden snarast möjligt lämna den information som *Socialstyrelsen* behöver för att kunna fullgöra sin informationsskyldighet till Världshälsoorganisationen.

På begäran *ska* myndigheter, kommuner och landsting inom sina respektive ansvarsområden snarast möjligt lämna den information som *Folkhälsomyndigheten* behöver för att kunna fullgöra sin informations-skyldighet till Världshälsoorganisationen.

Berörda myndigheter, kommuner och landsting *skall* informera *Socialstyrelsen* om vilka åtgärder som har vidtagits och som kommer att vidtas med stöd av denna lag. *Socialstyrelsen skall* lämna information om åtgärderna till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

Berörda myndigheter, kommuner och landsting *ska* informera *Folkhälsomyndigheten* om vilka åtgärder som har vidtagits och som kommer att vidtas med stöd av denna lag. *Folkhälsomyndigheten ska* lämna information om åtgärderna till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

### 11 §

*Socialstyrelsen skall*, om den får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa, skyndsamt och senast inom 24 timmar underrätta Världshälso-

*Folkhälsomyndigheten ska*, om den får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa, skyndsamt och senast inom 24 timmar underrätta Världshälso-

organisationen om det misstänkta hotet.

Om Världshälsoorganisationen har fått information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa i landet *skall Socialstyrelsen*, på begäran från Världshälsoorganisationen, skyndsamt och senast inom 24 timmar efter begäran lämna information till Världshälsoorganisationen om hälsoläget i landet.

*Socialstyrelsen skall* lämna information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

organisationen om det misstänkta hotet.

Om Världshälsoorganisationen har fått information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa i landet *ska Folkhälsomyndigheten*, på begäran från Världshälsoorganisationen, skyndsamt och senast inom 24 timmar efter begäran lämna information till Världshälsoorganisationen om hälsoläget i landet.

*Folkhälsomyndigheten ska* lämna information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

## 12 §<sup>1</sup>

Om det bedöms nödvändigt för att skydda mot ett internationellt hot mot människors hälsa ska *Socialstyrelsen* och andra berörda myndigheter, kommuner och landsting lämna uppgifter till Världshälsoorganisationen och till berörda utländska myndigheter även om de är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om skydd mot kränkning av en enskilds personliga integritet genom behandling av personuppgifter finns i personuppgiftslagen (1998:204). *Socialstyrelsen* och andra berörda myndigheter, kommuner och landsting får oavsett bestämmelserna i 33 § personuppgiftslagen överföra personuppgifter till Världshälsoorganisationen och tredje land för att fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt denna lag. Uppgifter som rör någons hälsa får behandlas helt eller delvis automatiserat, om det är nödvändigt för att en myndighet, en kommun eller ett landsting ska kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt denna lag.

Om det bedöms nödvändigt för att skydda mot ett internationellt hot mot människors hälsa ska *Folkhälsomyndigheten* och andra berörda myndigheter, kommuner och landsting lämna uppgifter till Världshälsoorganisationen och till berörda utländska myndigheter även om de är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om skydd mot kränkning av en enskilds personliga integritet genom behandling av personuppgifter finns i personuppgiftslagen (1998:204). *Folkhälsomyndigheten* och andra berörda myndigheter, kommuner och landsting får oavsett bestämmelserna i 33 § personuppgiftslagen överföra personuppgifter till Världshälsoorganisationen och tredje land för att fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt denna lag. Uppgifter som rör någons hälsa får behandlas helt eller delvis automatiserat, om det är nödvändigt för att en myndighet, en kommun eller ett landsting ska kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt denna lag.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2009:519.

## 13 §

Om ett område inom eller utom landet har drabbats av ett internationellt hot mot människors hälsa *skall Socialstyrelsen* förklara området vara drabbat av ett sådant hot. Området *skall* anses vara drabbat till dess *Socialstyrelsen* förklarar området fritt från hotet.

Om ett område inom eller utom landet har drabbats av ett internationellt hot mot människors hälsa *ska Folkhälsomyndigheten* förklara området vara drabbat av ett sådant hot. Området *ska* anses vara drabbat till dess *Folkhälsomyndigheten* förklarar området fritt från hotet.

## 16 §

Innan ett fartyg anlöper första svenska hamn eller senast vid ankomsten till hamnen *skall* befälhavaren på fartyget lämna information om hälsotillståndet ombord till Tullverket eller Kustbevakningen om

1. befälhavaren har anledning att anta att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa finns ombord,
2. fartyget kommer från en hamn i ett område som har förklarats drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa och ankomsten sker inom inkubationstiden för en smittsam sjukdom, eller
3. det ombord på fartyget finns en person som har vistats inom ett område som har förklarats drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa under sådan tid att inkubationstiden för en smittsam sjukdom inte har gått ut vid fartygets ankomst till hamnen.

När Tullverket eller Kustbevakningen har fått sådan information som avses i första stycket, *skall* myndigheten omedelbart underrätta smittskyddsläkaren och *Socialstyrelsen* om innehållet i informationen. Gäller sådan information fartyg som tillhör och bemannas av Försvarsmakten *skall* även generalläkaren omedelbart underrättas.

Vad som sägs i första och andra stycket om fartyg och hamn *skall* även gälla luftfartyg respektive flygplats. Den skyldighet som befälhavare på luftfartyg har att lämna information enligt första stycket gäller dock endast i förhållande till Tullverket.

Innan ett fartyg anlöper första svenska hamn eller senast vid ankomsten till hamnen *ska* befälhavaren på fartyget lämna information om hälsotillståndet ombord till Tullverket eller Kustbevakningen om

När Tullverket eller Kustbevakningen har fått sådan information som avses i första stycket, *ska* myndigheten omedelbart underrätta smittskyddsläkaren och *Folkhälsomyndigheten* om innehållet i informationen. Gäller sådan information fartyg som tillhör och bemannas av Försvarsmakten *ska* även generalläkaren omedelbart underrättas.

Vad som sägs i första och andra styckena om fartyg och hamn *ska* även gälla luftfartyg respektive flygplats. Den skyldighet som befälhavare på luftfartyg har att lämna information enligt första stycket gäller dock endast i förhållande till Tullverket.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2015.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453)<sup>1</sup> dels att 4 a kap. ska upphöra att gälla, dels att 9 kap. 1 § och 16 kap. 3 § ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 9 kap.

#### 1 §<sup>2</sup>

Om någon genom oriktiga uppgifter eller genom underlåtenhet att lämna uppgifter eller på annat sätt förorsakat att ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 1 § eller fritidspeng enligt 4 a kap. 1 § betalats ut obehörigen eller med för högt belopp, får socialnämnden återkräva vad som har betalats ut för mycket.

Om någon i annat fall än som avses i första stycket tagit emot sådant ekonomiskt bistånd obehörigen eller med för högt belopp och skäligen borde ha insett detta, får socialnämnden återkräva vad som har betalats ut för mycket.

Om någon genom oriktiga uppgifter eller genom underlåtenhet att lämna uppgifter eller på annat sätt förorsakat att ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 1 § betalats ut obehörigen eller med för högt belopp, får socialnämnden återkräva vad som har betalats ut för mycket.

### 16 kap.

#### 3 §<sup>3</sup>

Socialnämndens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om nämnden har meddelat beslut i fråga om

- ansökan enligt 2 a kap. 8 §,
- bistånd enligt 4 kap. 1 §,
- fritidspeng enligt 4 a kap. 1 §,
- vägran eller nedsättning av fortsatt försörjningsstöd enligt 4 kap. 5 §,
- förbud eller begränsning enligt 5 kap. 2 §,
- medgivande enligt 6 kap. 6 §,
- medgivande enligt 6 kap. 12 §,
- återkallelse av medgivande enligt 6 kap. 13 §,

Socialnämndens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om nämnden har meddelat beslut i fråga om

- ansökan enligt 2 a kap. 8 §,
- bistånd enligt 4 kap. 1 §,
- vägran eller nedsättning av fortsatt försörjningsstöd enligt 4 kap. 5 §,
- förbud eller begränsning enligt 5 kap. 2 §,
- medgivande enligt 6 kap. 6 §,
- medgivande enligt 6 kap. 12 §,
- återkallelse av medgivande enligt 6 kap. 13 §,

<sup>1</sup> Senaste lydelse av

4 a kap. 1 § 2014:468

4 a kap. 2 § 2014:468

4 a kap. 3 § 2014:468

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2014:468.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2014:468.

rubriken till 4 a kap. 2014:468.

– samtycke enligt 6 kap. 14 §, eller – samtycke enligt 6 kap. 14 §, eller  
– avgifter eller förbehållsbelopp – avgifter eller förbehållsbelopp  
enligt 8 kap. 4–9 §§. enligt 8 kap. 4–9 §§.

Beslut i frågor som avses i första stycket gäller omedelbart. En förvaltningsrätt eller kammarrätt får dock förordna att dess beslut ska verkställas först sedan det har vunnit laga kraft.

På begäran av sökanden får verkställandet av beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § senareläggas om verkställandet sker inom ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för en ansökan om ersättning för kostnader för barns fritidsaktiviteter som har prövats före ikraftträdandet. Detsamma gäller mål och ärenden om sådan ersättning till dess att målet eller ärendet har vunnit laga kraft.

3. En ansökan om ersättning för kostnader för barns fritidsaktiviteter som har kommit in före ikraftträdandet men inte prövats före denna tidpunkt ska handläggas som en ansökan om bistånd.



## 3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

### 3.1 Omfattning

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

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

### 3.2 Utgiftsutveckling

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

Milljoner kronor

	Utfall 2013	Budget 2014 <sup>1</sup>	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
Hälso- och sjukvårdspolitik	31 546	32 802	32 694	<b>33 692</b>	32 873	32 878	33 246
Folkhälsopolitik	176	622	531	<b>636</b>	640	646	651
Funktionshinderspolitik	202	222	223	<b>236</b>	236	237	239
Politik för sociala tjänster	25 946	27 593	27 432	<b>29 021</b>	30 064	31 244	32 784
Barnrättspolitik	32	57	52	<b>58</b>	58	52	47
Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	247	299	277	<b>259</b>	114	114	114
Forskningspolitik	498	546	539	<b>540</b>	543	553	567
Äldreanslag	347	21	21	<b>0</b>	0	0	0
<b>Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg</b>	<b>58 995</b>	<b>62 161</b>	<b>61 769</b>	<b>64 441</b>	<b>64 527</b>	<b>65 724</b>	<b>67 649</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2015–2018.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>62 161</b>	<b>62 161</b>	<b>62 161</b>	<b>62 161</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	26	77	144	242
Beslut	603	-1 293	-1 883	-2 167
Övriga makro- ekonomiska förutsätt- ningar	772	1 668	2 639	3 697
Volymer	703	1 738	2 490	3 042
Överföring till/från andra utgifts- områden	178	178	178	178
Övrigt		-1	-4	496
<b>Ny ramnivå</b>	<b>64 441</b>	<b>64 527</b>	<b>65 724</b>	<b>67 649</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2015 realekonomiskt fördelad.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2015
Transfereringar <sup>1</sup>	60 903
Verksamhetsutgifter <sup>2</sup>	3 524
Investeringar <sup>3</sup>	14
<b>Summa ramnivå</b>	<b>64 441</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2013 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

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

### 3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. En skatteutgift uppstår om skatteuttaget för en viss grupp eller en viss kategori av skattebetalare är lägre än vad som är förenlig med normen inom ett visst skatteslag. Förutom skatteutgifter redovisas i före-

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

Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika områden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö-, eller arbetsmarknadspolitik. Dessa skatteutgifter påverkar budgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna har redovisats i regeringens skrivelse Redovisning av skatteutgifter 2014 (skr. 2013/14:98). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till utgiftsområde 9.

**Tabell 3.4 Skatteutgifter**

Miljoner kronor

	Prognos 2014	Prognos 2015
Nedsatt förmånsvärde alkoholås	10	10
Läkemedel	1 940	2 080
Förmån av privat hälso- och sjukvård	-	-
<b>Totalt för utgiftsområde 9</b>	<b>1 950</b>	<b>2 090</b>

Ett "-" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

#### Nedsatt förmånsvärde alkoholås

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

#### Läkemedel

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

### Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård

Förmån av hälso- och sjukvård ska inte tas upp till beskattning om förmånen avser vård i Sverige som inte är offentligfinansierad eller vård utomlands (11 kap. 18 § IL). Arbetsgivaren har å andra sidan ingen avdragsrätt för kostnaden (16 kap. 22 § IL). Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

### 3.4 Mål för utgiftsområdet

Följande mål gäller för Hälsovård, sjukvård och social omsorg:

Hälso- och sjukvårdspolitik (avsnitt 4)

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

Folkhälsopolitik (avsnitt 5 och 9)

- Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Funktionshinderspolitik (avsnitt 6 och 7)

- En samhällsgemenskap med mångfald som grund.
- Att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet.
- Jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

Politik för sociala tjänster (avsnitt 7)

- Äldre ska
  - kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
  - kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
  - bemötas med respekt samt
  - ha tillgång till god vård och omsorg.
- Att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer.
- Att stärka skyddet för utsatta barn.

Barnrättspolitik (avsnitt 8)

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

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

Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel (avsnitt 9)

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

Mål för Forskningspolitik (avsnitt 10) redovisas under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, avsnitt 8 Forskning.

Resultatredovisningarna presenteras under respektive avsnitt.



## 4 Hälsa- och sjukvårdspolitik

### 4.1 Omfattning

Hälsa- och sjukvårdspolitikerna omfattar statliga insatser riktade mot hälsa- och sjukvården.

Avsnittet omfattar anslag för tandvårdsförmåner, läkemedelsförmåner, bidrag till folkhälsa och sjukvård, sjukvård i internationella förhållanden, bidrag till psykiatri, prestationsbunden vårdgaranti samt bidrag för mänskliga vånader och celler.

Vidare omfattar avsnittet anslag för Myndigheten för vårdanalys, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket samt E-hälsomyndigheten. Socialstyrelsen samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ingår också i detta avsnitt, även om dessa båda myndigheters verksamheter rör flera avsnitt inom utgiftsområdet. Avsnittet omfattar slutligen det statligt ägda bolaget Apotek Produktion & Laboratorier AB.

Tabell 4.1 och 4.2 redovisar hälsa- och sjukvårdsutgifterna i Sverige 2008–2012. Huvudansvaret för hälsa- och sjukvårdens planering, finansiering och drift innehas av landsting och i viss utsträckning kommuner. Diagram 4.1 och 4.2 redovisar fördelningen av landstingens intäkter respektive kostnader för hälsa- och sjukvård 2013. Landstingens intäkter uppgick till ca 291 miljarder kronor och landstingens kostnader för hälsa- och sjukvård uppgick till ca 249 miljarder kronor. Av landstingens totala kostnader bestod ca 90 procent av kostnader för hälsa- och sjukvård. Dessa fördelningar har inte förändrats nämnvärt jämfört med föregående år.

**Tabell 4.1 Hälsa- och sjukvårdsutgifter, 2008–2012**

Miljarder kronor (andel av totala hälso- och sjukvårdsutgifter)

	2008	2009	2010	2011	2012 <sup>1</sup>
<b>Offentlig sektor</b>	<b>241</b> (81%)	<b>252</b> (82%)	<b>258</b> (82%)	<b>270</b> (82%)	<b>276</b> (81%)
Staten	5 (2%)	7 (2%)	6 (2%)	6 (2%)	6 (2%)
Kommuner	24 (8%)	25 (8%)	25 (8%)	26 (8%)	26 (8%)
Landsting	212 (72%)	220 (71%)	227 (72%)	238 (72%)	243 (71%)
<b>Företag och hushåll<sup>2</sup></b>	<b>55</b> (19%)	<b>57</b> (18%)	<b>58</b> (18%)	<b>61</b> (18%)	<b>64</b> (19%)
Hushåll <sup>3</sup>	48 (16%)	51 (17%)	52 (16%)	53 (16%)	56 (16%)
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>296</b>	<b>309</b>	<b>316</b>	<b>330</b>	<b>340</b>
Andel av bruttonationalprodukt (BNP)	9,2%	9,9%	9,5%	9,5%	9,6%

<sup>1</sup> Uppgifter för 2012 är baserade på preliminära årsberäkningar av Nationalräkenskaperna.<sup>2</sup> Inklusivt hushållens ideella organisationer.<sup>3</sup> Avser privata hushållsutgifter ur egen ficka.

Anm.: Löpande priser.

Källa: Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna).

**Tabell 4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2012**

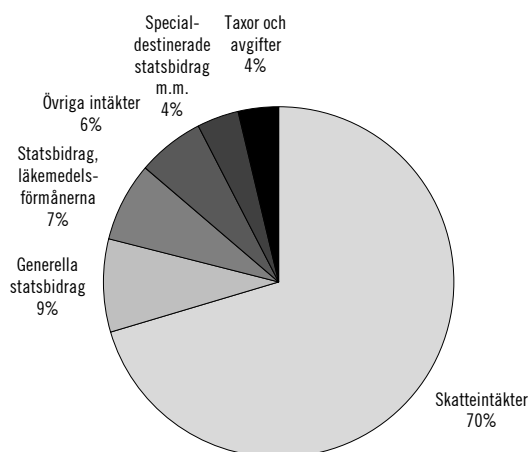
Miljarder kronor (andel av totala hälso- och sjukvårdsutgifter)

	2012
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	214 (63%)
Hälso- och sjukvård i långtidsomvårdnadstjänster	25 (7%)
Tilläggstjänster inom sjukvård	14 (4%)
Medicinska varor till öppenvårdspatienter <sup>1</sup>	49 (14%)
Prevention och folkhälso- och sjukvårdstjänster	13 (4%)
Administration <sup>2</sup>	7 (2%)
<b>Totala löpande utgifter för hälso- och sjukvård</b>	<b>322 (95%)</b>
Investeringar <sup>3</sup>	18 (5%)
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>340 (100%)</b>

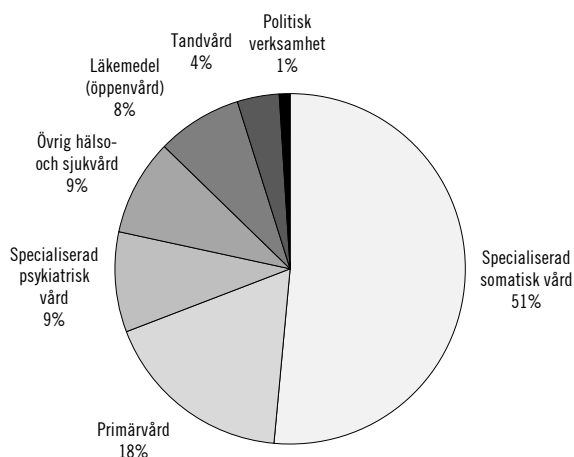
<sup>1</sup> Varav receptföreskrivna mediciner utgör 28 miljarder kronor (8 procent)<sup>2</sup> Avser administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar.<sup>3</sup> Avser investeringar av hälso- och sjukvårdsproducenter.

Anm.: Löpande priser. Uppgifter för 2012 är baserade på preliminära årsberäkningar av Nationalräkenskaperna.

Källa: Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna).

**Diagram 4.1 Landstingens intäkter 2013, procentuellt fördelade på intäktslag**

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

**Diagram 4.2 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2013, procentuellt fördelade på verksamhetsområde**

Anm.: Kostnader för regionalutveckling, trafik och infrastruktur har exkluderats. Dessa kostnader uppgick 2013 till ca 31 miljarder kronor.

Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

## 4.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 4.3** Utgiftsutveckling inom Hälso- och sjukvårdspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2013	Budget 2014 <sup>1</sup>	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>							
1:1 Myndigheten för vårdanalys	27	30	30	<b>32</b>	34	34	35
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	54	58	58	<b>68</b>	75	76	75
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	113	133	129	<b>133</b>	133	135	138
1:4 Tandvårdsförmåner	5 200	5 685	5 486	<b>5 786</b>	6 002	6 281	6 372
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	20 825	21 230	21 473	<b>21 160</b>	21 125	20 935	21 350
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	1 542	1 732	1 644	<b>2 641</b>	2 671	2 647	2 547
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	781	658	664	<b>612</b>	576	555	554
1:8 Bidrag till psykiatri	776	850	800	<b>845</b>	844	844	844
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	1 000	1 000	1 000	<b>1 000</b>	0	0	0
1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74	74	74	<b>74</b>	74	74	0
1:11 Läkemedelsverket	113	123	123	<b>123</b>	123	123	127
1:12 E-hälsomyndigheten		109	107	<b>114</b>	114	114	117
8:1 Socialstyrelsen	685	471	477	<b>471</b>	464	472	484
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	356	649	629	<b>634</b>	637	587	602
<b>Summa Hälso- och sjukvårdspolitik</b>	<b>31 546</b>	<b>32 802</b>	<b>32 694</b>	<b>33 692</b>	<b>32 873</b>	<b>32 878</b>	<b>33 246</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## 4.3 Mål för området

Målet för hälso- och sjukvårdspolitikerna är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet (avsnitt 3.4 Mål för utgiftsområdet).

## 4.4 Resultatredovisning

Resultatredovisningen syftar till att presentera ett informativt beslutsunderlag för riksdagen av vilket det framgår hur de statliga insatserna bidrar till uppfyllelsen av målet som riksdagen beslutat. Resultatredovisningens struktur utgår från målet för hälso- och sjukvårdspolitikerna. Resultat som beskrivs under en rubrik kan ha betydelse även för områden som i huvudsak beskrivs under en annan rubrik.

### 4.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Bedömning av resultat och måluppfyllelse inom hälso- och sjukvårdspolitikerna baseras på flera indikatorer och bedömningsgrunder. Dessa bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer. Följande resultatindikatorer och bedömningsgrunder används för att exemplifiera och illustrera utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet:

- patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården,
- andel av befolkningen som instämmer i att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver,
- väntetider inom hälso- och sjukvården,
- andel av befolkningen som besökt tandvården,
- genomförande av kunskapsbaserade åtgärder inom hälso- och sjukvården, mätt bl.a. genom andel strokepatienter som vårdats på strokeenheter och andel äldre med olämplig läkemedelsförskrivning,

- förutsättningar för att följa upp medicinska resultat, mätt bl.a. genom täckningsgrad i nationella kvalitetsregister, och
- kvalitet inom hälso- och sjukvården, mätt bl.a. genom undvikbara slutenvårdstillfällen och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.

#### 4.4.2 Resultat – behovsanpassad hälso- och sjukvård

En grundläggande utgångspunkt för hälso- och sjukvården är att de som har det största behovet ska ges företräde. Resurserna bör i första hand fördelas till de områden där behoven är störst. För att främja en behovsanpassad hälso- och sjukvård har åtgärder genomförts med fokus på såväl befolkningen som hälso- och sjukvårdssystemet.

##### En mer jämlik vård

Omotiverade skillnader som finns i vården behöver motverkas för att ge människor ökade förutsättningar för god hälsa och välbefinnande.

Sedan 2012 finns en strategi för en god och mer jämlik vård avseende perioden 2012–2016. Flera insatser som exemplifieras nedan har bidragit till strategins genomförande. Insatserna inriktas ofta på att ta fram kunskapsunderlag och utveckla arbetsätt för att främja en mer jämlik vård.

Lärandeprojektet Vård på lika villkor genomfördes under 2011–2014 genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och omfattade 11 miljoner kronor. Projektet syftade till att utveckla effektiva arbetsätt för en mer jämlik vård med fokus på resurssvaga geografiska områden. Dessa områden kännetecknas av låga utbildnings-, inkomst- eller sysselsättningsnivåer, eller av en hög andel utrikes födda, vilket är kopplat till en ökad risk för ohälsa. Statligt ekonomiskt stöd har även tilldelats ett projekt som syftar till att utveckla arbetsätt så att personer i extrem glesbygd kan få akut vård snabbare.

Socialstyrelsen har tagit fram ett utbildningspaket om bemötande för vårdpersonal. Utbildningspaketets lansering planeras till 2015. Myndigheten har även tagit fram ett kunskapsunderlag mot bakgrund av landstingsvisa skillnader för överlevnad i akut hjärt- och kärlsjukdom.

Detta kunskapsunderlag prövas för närvarande av landsting i ett pilotprojekt. Myndigheten för vårdanalys ska under 2014 redovisa ett uppdrag angående en fördjupad analys av skillnader i vården ur ett patientperspektiv.

Arbetet med att utveckla information på de nationella minoritetsspråken resulterade under 2014 i översättningar på webbplatserna 1177.se och UMO.se, ungdomsmottagningen på nätet. Informationen om hälsa och vård har översatts till tolv minoritetsspråk.

I enlighet med strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (hbt-strategin) från 2014 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att vara strategisk myndighet med ansvar för fokusområdet hälsa, vård och sociala tjänster. Folkhälsomyndigheten har också fått ett motsvarande uppdrag (avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

Arbetet för en mer jämlik vård och de skillnader som ligger till grund för arbetet återfinns inom olika områden och redovisas således även under andra rubriker i avsnitten 4 Hälso- och sjukvårdspolitik och 5 Folkhälsopolitik.

##### Delaktighet och insyn i vården

Patientens delaktighet i vården är viktig för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården i bred bemärkelse. Åtgärder har genomförts inom flera områden för att stärka förutsättningarna för patienternas delaktighet och självbestämmande. Rapporter från bl.a. Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys har dock pekat på fortsatta utvecklingsbehov, t.ex. när det gäller patientinformation och -medverkan.

##### *En ny patientlag*

Riksdagen beslutade i juni 2014 om införande av en ny patientlag (prop. 2013/14:106, bet. 2013/14:SoU24, rskr. 2013/14:327). Den nya lagen träder i kraft den 1 januari 2015. I lagen samlas bestämmelser som är av betydelse för patienten på ett sätt som gör lagstiftningen mer överskådlig och tillgänglig för medborgarna. Lagen ska bl.a. stödja patientens möjligheter att medverka i sin egen vårdprocess.

Patientlagen innebär bl.a. att den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke och möjligheten för en patient



att få en ny medicinsk bedömning utvidgas. När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas och barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen ska så långt som möjligt klargöras. Genom patientlagen kommer patienten även ha möjlighet att välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

Medel har avsatts för att stödja införandet av den nya lagstiftningen. Myndigheten för vårdanalys fick under 2014 i uppdrag att följa upp införandet av patientlagen.

#### *Patienternas erfarenheter följs upp genom den nationella patientenkäten*

Patienters erfarenheter och synpunkter på hälso- och sjukvården är viktiga för vårdens förbättrings- och utvecklingsarbete. SKL samordnar sedan 2009 den nationella patientenkäten som genomförs på uppdrag av landstingen. Den nationella samordningen har tilldelats statligt ekonomiskt stöd. Resultat från patientenkäten fungerar som underlag för jämförelser, ledning och styrning samt information till invånare och patienter.

Diagram 4.3 och 4.4 redovisar övergripande resultat från de senaste mätningarna. Patienterna ger överlag goda omdömen om primärvården. Det är dock fortfarande många som uppger att de inte fått information om sådant som sker efter själva besöket. Beträffande barn- och ungdomspsykiatri ger patienterna och målsmännen också relativt goda omdömen. Resultaten är däremot något lägre än för andra vårdområden, såsom exempelvis primärvård och specialiserad somatisk öppenvård för barn.

#### *Internationell jämförelse visar på förbättringar och utmaningar*

Olika grupper bedömning och upplevelse av hälso- och sjukvården mäts årligen i en internationell enkät, International Health Policy Survey, som genomförs av The Commonwealth Fund.

En jämförelse mellan mätningarna 2010 och 2013 visar på i stort oförändrade resultat för Sveriges del. Däremot förekommer vissa förbättringar avseende i vilken grad svensk hälso- och sjukvård är patientcentrerad (diagram 4.5). Sverige rankas dock lågt jämfört med de övriga länderna, t.ex. när det gäller patientcentrering, kommunikation och samordning.

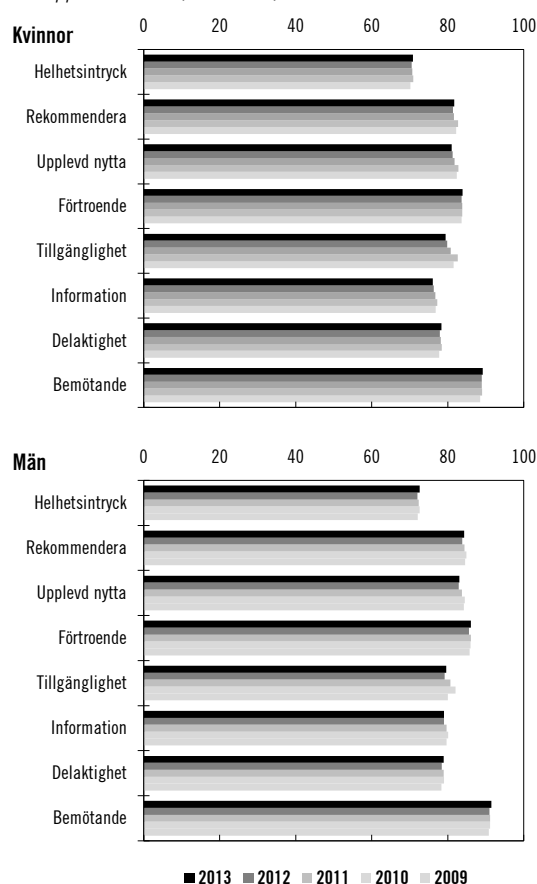
Sverige får relativt goda resultat på frågor om den enskilde avstår från vård på grund av med vården förknippade kostnader, jämfört med de

flesta övriga länderna. Betydligt färre personer som bor i Sverige angav att de av kostnadsskäl någon gång har avstått från läkarbesök (3 procent), behandling (2 procent) eller från att hämta ut receptbelagd medicin (4 procent).

När det gäller frågan om en mer övergripande bedömning ansåg 43 procent att hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige fungerar bra. Andelen som bedömde att den vård som de själva fått det senaste året var utmärkt eller mycket bra var 54 procent, vilket är en förbättring jämfört med 2010.

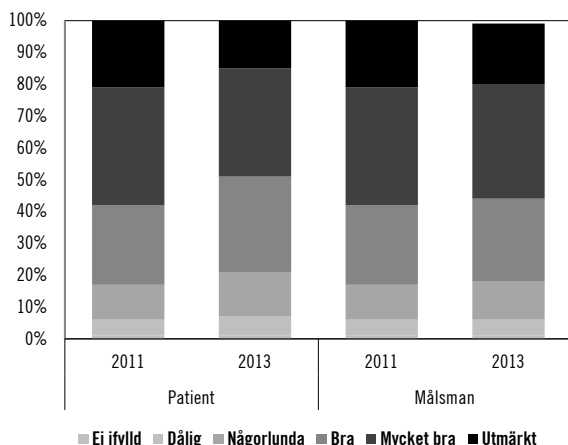
**Diagram 4.3 Patientupplevd kvalitet i primärvård, kvinnor och män, 2009–2013**

Patientupplevd kvalitet (PUK-värde)



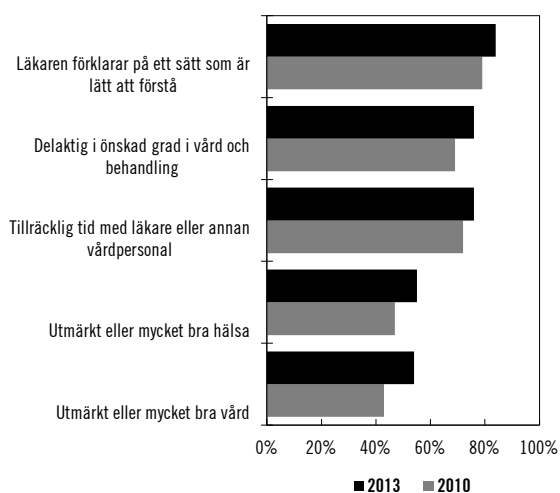
Anm.: Resultaten presenteras i form av ett viktat värde, patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Ett PUK-värde ligger mellan 0 och 100 och ett högre värde innebär högre patientupplevd kvalitet. Vid framräkningen av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort såsom "ej ifyllt" och "ej aktuellt". Varje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

**Diagram 4.4 Andel som instämmer i olika bedömningar av vård och behandling i barn- och ungdomspsykiatri, patienter och målsmän, 2011 och 2013**



Anm.: De uppgifter som presenteras i diagrammet finns inte tillgängliga uppdelat på kön.  
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Nationell patientenkät).

**Diagram 4.5 Andel som instämmer i påståenden om patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård, 2010 och 2013**



Anm.: De uppgifter som presenteras i diagrammet finns inte tillgängliga uppdelat på kön.  
Källa: The Commonwealth Fund (International Health Policy Survey).

### Utformning av ersättningssystem

Landstingen har fått statligt stöd för att utveckla ersättningssystem som fokuserar på det som skapar värde för patienten. Syftet har varit att utveckla ersättningssystem som bidrar till en patientcentrerad, jämlik och effektiv vård.

Landstingen ansvarar för utformningen av sina ersättningssystem. Ersättningssystemen har t.ex. betydelse för konkurrens, kostnadskontroll, sammanhållna vårdkedjor samt tillgänglighet, kvalitet och effektivitet.

Tio landsting har arbetat med ersättningssystem som ska stödja ett bättre omhändertagande av grupper med stora vårdbehov. Flera landsting har utvecklat nya sätt för utskrivning

av patienter från sjukhus och ersättningar som skapar incitament för primärvården att ta större ansvar.

I ett annat initiativ har sju landsting varit involverade för att utveckla ersättningssystem där vårdgivare får ersättning för en hel vårdprocess, s.k. vårdepisodersättning. Genom att ersättningen beror på utfallet för den enskilde patienten, stimuleras en innovativ och patientcentrerad vård.

I ett tredje initiativ har även kommuner i flera landsting medverkat. Syftet har varit att utveckla gemensamma ersättningssystem som premierar innovativa, tryggare och bättre omhändertagande av patienter i hemsjukvård.

### Insyn i kvalitet, ekonomi och anställningsvillkor

Allmänhetens insyn behöver öka vad gäller vårdens och omsorgens kvalitet, ekonomi och anställningsvillkor hos utförare av vård och omsorg med offentlig finansiering.

Under 2012 inleddes ett samarbete för att ta fram en etisk plattform för vård och omsorg i bred dialog mellan SKL, de branschorganisationer som organiserar de privata och idéburna vårdgivarna samt fackliga organisationer. Arbetet resulterade 2013 i en överenskommelse mellan de kollektivavtalslutande parterna inom vård och omsorg. Utgångspunkten är att alla offentliga, privata och idéburna utförare med offentlig finansiering, exempelvis äldreboenden, vårdcentraler och hemtjänst, ska kunna ansluta sig till plattformen.

Staten har avsatt medel till överenskommelsen för att det ska bli möjligt för utförare inom vård och omsorg att ansluta sig till plattformen under 2014.

### 4.4.3 Resultat – tillgänglig hälso- och sjukvård

Arbetet med att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård har bedrivits under lång tid och med varierande inriktningar avseende primärvård, specialiserad vård, apotek, tandvård, etc. Till exempel härstammar den s.k. vårdgarantin från 90-talet. Vårdgarantin är sedan 2010 reglerad i lag och föreskriver att landstingen ska erbjuda vård inom viss tid.

## Tillgänglighet till primärvård och specialiserad vård

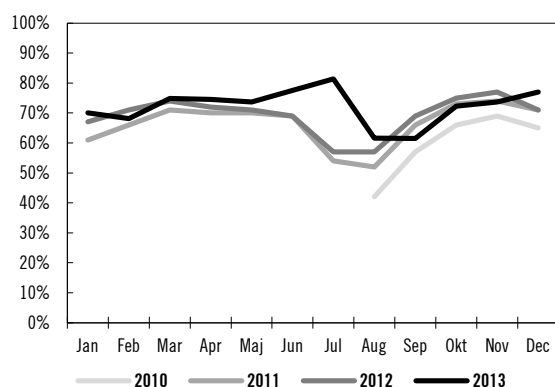
Tillgängligheten har överlag förbättrats inom primärvården och den specialiserade vården. Under 2013 besvarades 92 procent av telefonsamtalen till primärvården samma dag och 93 procent av patienterna fick komma på ett läkarbesök inom sju dagar. Av patienterna inom specialiserad vård fick 89 procent besöka specialist inom 90 dagar och 86 procent fick behandling inom 90 dagar. Detta utgör förbättringar över de senaste åren inom både primärvården och den specialiserade vården. Diagram 4.6 redovisar andelen patienter som erhåller behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 60 dagar. Uppföljning av tillgänglighet baseras på databasen Väntetider i vården som förvaltas av Sveriges och Kommuner och Landsting (SKL). Alla landsting hade en svarsfrekvens på över 95 procent varje månad 2013.

Tillgängligheten inom primärvården och den specialiserade vården varierar dock mellan landstingen. Andelen telefonsamtal som besvarades samma dag varierade mellan 75 och 100 procent 2013. Andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar på specialistbesök varierade mellan 61 och 91 procent 2013. Andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar på åtgärd eller behandling varierade mellan 55 och 91 procent 2013.

Väntetidsdata kompletteras med annan information och data för att följa utvecklingen av tillgängligheten. Diagram 4.7 och 4.8 visar befolkningens uppfattning om väntetider inom vården respektive om man har tillgång till den vård man behöver. Dessa mått uppvisar tämligen oförändrade nivåer under de senaste åren. Befolkningens acceptans för väntetiderna tycks dock ha minskat något (diagram 4.7).

Insatser för att främja tillgång till vissa behandlingar för att motverka sjukskrivning beskrivs inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

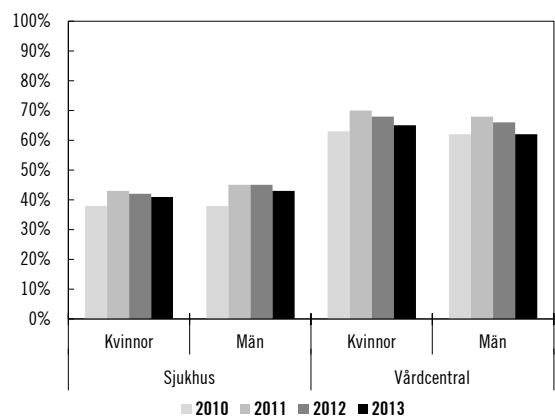
**Diagram 4.6 Andel patienter som erhåller behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2013**



Anm.: De uppgifter som presenteras i diagrammet finns inte tillgängliga uppdelat på kön.

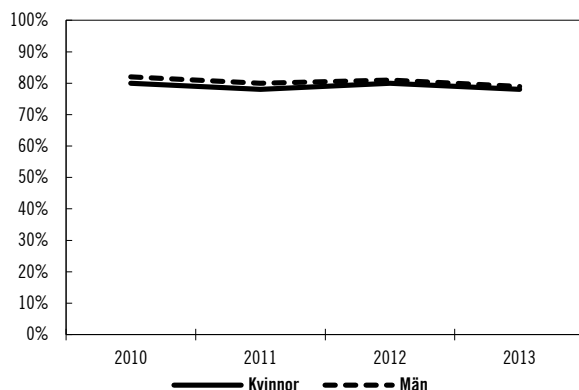
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Väntetidsdatabasen Signe).

**Diagram 4.7 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att väntetider till besök och behandling är rimliga, kvinnor och män, 2010–2013**



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

**Diagram 4.8 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att de har tillgång till den sjukvård de behöver, kvinnor och män, 2010–2013**



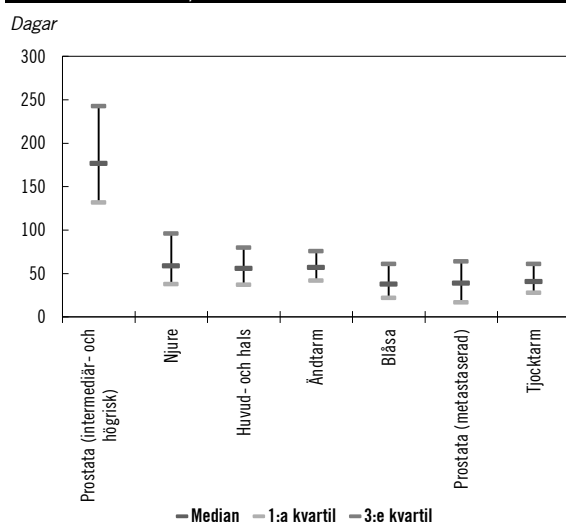
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

### Regionala skillnader inom cancervården

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla ett system för att följa väntetider i cancervården. Myndigheten har de senaste tre åren genomfört mätningar av väntetider för nio olika cancerformer.

Väntetiderna är på flera håll omfattande och de regionala skillnaderna är stora (diagram 4.9). För vissa cancerformer får patienterna i delar av landet vänta tre gånger så lång tid från remiss till behandling som i andra delar av landet. Det är dock inte samma landsting som rankas högst respektive lägst för alla cancerformer. De patienter som diagnostiserats med en allvarligare tumörform har överlag kortare väntetider, vilket pekar på att vården prioriterar dem med störst behov. Det tycks inte finnas stora systematiska könsskillnader för väntetider inom cancervården generellt. Vissa skillnader mellan kvinnor och män som trots det konstaterats varierar mellan cancerformer och åldersgrupper.

**Diagram 4.9** Variation av väntetider inom cancervården för olika cancerformer, 2012



Anm.: Första och tredje kvartilen definieras som att en fjärdedel av observationerna är mindre än första kvartilen och tre fjärdedelar är mindre än den tredje kvartilen. Kvartildata finns inte tillgängliga uppdelat på kön. Mätperioden för samtliga cancerformer är 2012, förutom för huvud- och halscancer där mätperioden är 2011–2012.  
Källa: Socialstyrelsen (Väntetider i cancervården).

### Förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa

Barn- och ungdomspsykiatrins kapacitet att ta emot patienter inom rimlig tid har ökat under de senaste åren. Detta har fått till följd att väntetiderna legat kvar på samma nivå trots ett ökat söktryck.

Under 2007–2013 avsattes ca 1,5 miljarder kronor till landstingen för att öka tillgänglig-

heten till barn och ungdomspsykiatri. Överenskommelsen mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa har omfattat prestationsmål för en s.k. förstärkt vårdgaranti för barn och unga. Denna har gällt utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin. För att uppfylla tillgänglighetsmålen inom barn- och ungdomspsykiatri har landstingen behövt erbjuda tid för bedömning inom 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. Uppföljningen av överenskommelsen för 2013 visade att 17 landsting klarade kravet om första besök och 15 landsting klarade kravet om fördjupad utredning eller behandling.

Psykisk ohälsa behandlas vidare under avsnitt 4.4.5 Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård.

### Prestationsbaserad satsning på tillgänglighet

Sedan 2010 har 1 miljard kronor per år avsatts till en prestationsbaserad satsning för att stärka landstingens incitament att korta väntetiderna och öka tillgängligheten. Satsningen har bidragit till att förbättra tillgängligheten i vissa avseenden, vilket illustreras i diagram 4.6.

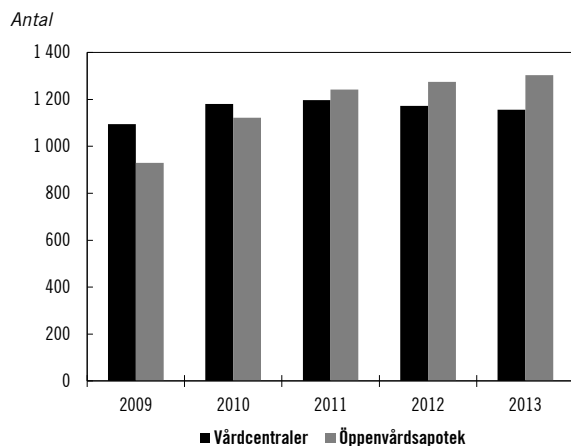
Socialstyrelsen har undersökt om vårdgarantin och den prestationsbaserade satsningen ger undanträngningseffekter. Med detta avses om prioriteringarna i vården påverkas på ett sådant sätt att t.ex. äldre och personer med kroniska sjukdomar missgynnas framför yngre yrkesaktiva patienter. Socialstyrelsen menar att det är svårt att bekräfta om det förekommer undanträngningar, men har visat på enstaka fall inom ögonvården.

Myndigheten för vårdanalys fick under 2014 i uppdrag att följa upp och analysera frågan, t.ex. avseende tillgänglighet, patienternas situation, eventuella undanträngningseffekter och jämlik vård.

### Antalet vårdcentraler ökar inte längre

Antalet vårdcentraler har ökat under senare år (diagram 4.10). Nyttillskottet av vårdcentraler utgörs till stor del av privata enheter. Under de senaste åren tycks ökningen av antalet vårdcentraler ha stannat av.

Antalet läkar- och sjuksköterskebesök per invånare inom primärvården ökade med 9 procent 2010–2012 jämfört med 2007–2009. Det gäller för samtliga grupper, dvs. för såväl vårdtunga grupper som för befolkningen som helhet.

**Diagram 4.10 Antal vårdcentraler och öppenvårdsapotek, 2009–2013**

Anm.: För redovisningen i diagrammet definieras en vårdcentral även omfatta dess jourcentraler.

Källor: Sveriges Apoteksförening Service AB (Expeditionsställeregistret EXPO) och Sveriges Kommuner och Landsting (Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling).

### *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i landet utan tillstånd*

Lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd trädde i kraft den 1 juli 2013. Lagen innebär att landstingen ska erbjuda personer som vistas i Sverige utan tillstånd subventionerad hälso- och sjukvård inklusive tandvård enligt samma villkor som för asylsökande. Statskontoret fick under 2014 i uppdrag att analysera det nya regelverket.

### *Patientrörlighetsdirektivet genomfört i svensk lag*

Ny lagstiftning som tydliggör patienters möjligheter att söka vård inom Europeiska unionen (EU) trädde i kraft den 1 oktober 2013 (prop. 2012/13:150). Lagstiftningen genomför det s.k. patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU). I och med den nya lagstiftningen övertog landstingen det huvudsakliga kostnadsansvaret för den gränsöverskridande vården.

### **Stöd för landstingens planering och tillgång till personal inom hälso- och sjukvården**

Tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet är i hög grad beroende av tillräcklig tillgång till personal med rätt kunskap. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning är en fråga om planering och resursfördelning i landsting och kommuner. För att stödja landstingens och kommunernas personalplanering har Socialstyrelsen i uppdrag att årligen rapportera om

tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

### *Nationella planeringsstödet pekar på positiva och negativa trender*

Av det nationella planeringsstödet som publicerades 2014 framgår att tillgången till läkare, sjuksköterskor och barnmorskor har ökat något under perioden 2006–2011. Tillgången till specialistsjuksköterskor och tandläkare har minskat. Tillgången till tandhygienister har ökat kraftigt under 2000-talet. Medianåldern har ökat för samtliga studerade personalgrupper.

Två trender bidrar till en positiv utveckling vad gäller tillgång till personal. För det första har andelen personer som utbildats i ett annat land och som är sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård ökat. För det andra ökar andelen som fortsätter att arbeta efter pensioneringen. Antalet personer med svensk bakgrund som studerat till läkare och tandläkare utomlands och fått svensk legitimation har också ökat stadigt under de senaste åren.

Andelen kvinnor har ökat inom läkar- och tandläkarkåren och det råder nu i stort sett balans mellan könen. Samtidigt har andelen män inom de traditionellt kvinnodominerade yrkena sjuksköterska och specialistsjuksköterska ökat något.

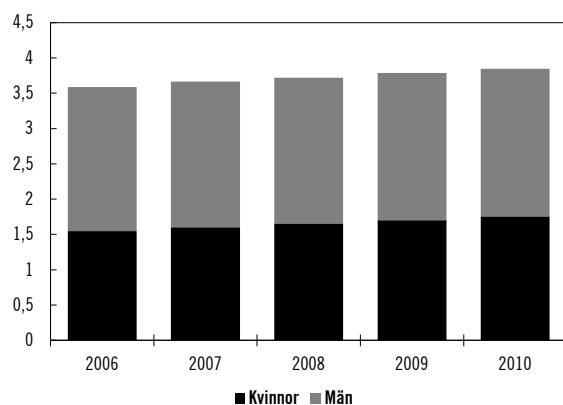
### *Användning av professionernas resurser*

Utvecklingen av tillgång till vårdpersonal exemplifieras i diagram 4.11 som illustrerar utvecklingen för läkare. Sverige har i internationellt perspektiv relativt många läkare per invånare. För 2011 var antalet praktiserande läkare per 1 000 invånare 3,9 i Sverige medan genomsnittet var 3,2 för länderna inom Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

Det finns tecken på att det finns för lite tid för det personliga mötet mellan patient och vårdpersonal. Till exempel förekommer i Sverige relativt få läkarbesök per invånare, trots att det finns relativt många läkare per invånare. Bland annat mot denna bakgrund tillsattes under 2013 en nationell samordnare för att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104).

**Diagram 4.11 Antal läkare, kvinnor och män, 2006–2010**

Antal läkare per 1 000 invånare



Källor: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) och Statistiska centralbyrån.

### Vårdutbildningar

För att säkra kompetensförsörjningen i framtiden har under senare år antalet högskoleplatser utökats för flera hälso- och sjukvårdsutbildningar. Läkarutbildningen har byggts ut med 44 procent och sjuksköterskeutbildningen med 17 procent sedan 2006. En utbyggd utbildning på grundnivå medför i förlängningen även att fler kan påbörja specialistutbildning.

Universitetskanslersämbetet redovisade under 2014 ett uppdrag om att föreslå hur lärosäten som har tillstånd att utfärda specialist-sjuksköterskeexamen i ökad utsträckning kan samverka sinsemellan och med hälso- och sjukvården.

### Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården

Riksdagen biföll i december 2013 förslagen i propositionen Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten (prop. 2012/13:175, bet. 2013/14:SoU2, rskr. 2013/14:130). Förslagen trädde i kraft den 1 januari 2014 och innebär bl.a. att fysioterapeut blir ny benämning för yrket sjukgymnast och skyddad yrkestitel.

Socialstyrelsen redovisade 2014 ett uppdrag om förutsättningar för att införa legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården och hur en legitimationsgrundande utbildning i sådana fall skulle kunna utformas. Socialstyrelsen anser att det föreligger ett behov av legitimation. Rapporten bereds för närvarande i Regeringskansliet.

### Åtgärder för att främja god tillgänglighet till läkemedel på apotek

Den omreglerade marknaden har resulterat i fler apotek och ökade öppettider, enligt Myndigheten för vårdanalys. Diagram 4.10 redovisar utvecklingen av antalet öppenvårdsapotek. Att det i dag finns fler apotek innebär inte att tillgängligheten till läkemedel har förbättrats generellt. Tillgången till vanliga receptfria läkemedel har ökat sedan omregleringen av apoteksmarknaden. Det finns dock indikationer på att det verkar ha blivit svårare att förse kunderna med vissa receptbelagda läkemedel vid det första apoteksbesöket. Det finns också indikationer på att säkerheten i läkemedelsförsörjningen försämrats och att arbetsgivarna inte ger farmaceuterna tillräckligt med kompetensutveckling.

### Proposition med förslag för ökad tillgänglighet till läkemedel

Riksdagen biföll i maj 2014 propositionen Ökad tillgänglighet och mer ändamålsenlig prissättning på läkemedel (prop. 2013/14:93, bet. 2013/14:SoU22, rskr. 2013/14:272). Propositionen är resultatet av den mest omfattande översyn som gjorts av prismodellen för läkemedel och tillgängligheten på apotek efter omregleringen av apoteksmarknaden.

Att förbättra tillgängligheten till läkemedel och tillgodose en god läkemedelsförsörjning är centrala delar av propositionen. Öppenvårdsapotekens tillhandahållandeskyldighet, den s.k. 24-timmarsregeln, har preciserats i förordningsform. För att säkerställa tillgängligheten inom systemet med periodens vara införs en tillhandahållandeskyldighet och en relaterad sanktionsmöjlighet för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Dessutom införs en informationsskyldighet enligt vilken apotek ska informera om var läkemedlet eller varan finns tillgängligt om det inte kan expedieras direkt. Sveriges apoteksförening och läkemedelsindustrins gemensamma informationstjänst (fass.se) har utvecklat en lagerstatusfunktion som gör det möjligt för kunder att i förväg kontrollera om ett läkemedel finns tillgängligt.

### *Uppföljning av förutsättningar för en god tillgång till läkemedel*

Som en del av TLV:s arbete med en översyn av handelsmarginalen kartlägger myndigheten apotekens lönsamhet. Handelsmarginalen är den ersättning som apoteken får för att expediera läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet. I en rapport från 2014 framgår att branschens samlade rörelseresultat är i nivå med det före omregleringen. Bruttoresultatet har ökat men har inte lett till motsvarande resultatförbättring då marknadstillväxten minskat och kostnaderna ökat.

Antalet apotek i glesbygd är i stort sett oförändrat sedan 2013 då förbudet att stänga vissa glesbygdsapotek upphävdes. För att möjliggöra fortsatt drift av apotek i glesbygdsområden infördes ett särskilt apoteksstöd genom förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. TLV fördelade för 2013 glesbygdsbidrag om ca 9 miljoner kronor till 31 apotek.

Läkemedelsverket redovisade under 2014 ett uppdrag om apoteksombud. Myndigheten menar att möjligheten att komplettera öppenvårdsapoteksverksamhet med apoteksombud i framför allt gles- och landsbygd bör finnas kvar samt lyfter fram vikten av en konkurrensneutral ordning. Läkemedelsverket har även inkommit med ett förslag på en ny konkurrensneutral lagreglering av apoteksombud. Läkemedelsverket har i samverkan med Socialstyrelsen tagit fram nationella indikatorer för god patientsäkerhet, tillgänglighet och kvalitet på apotek. Läkemedelsverket slutredovisade sitt uppdrag under 2014.

När en patient riskerar att inte få tillgång till ett läkemedel på grund av brist har en s.k. restnotering uppstått. Läkemedelsverket har utrett omfattning, orsaker och hantering av restnoteringar. Det saknas heltäckande data men samstämmiga uppgifter tyder på en ökad frekvens av restnoteringar internationellt. Läkemedelsverket kan dock inte påvisa att problemet med restnoteringar i Sverige är akut eller kraftigt ökande. Läkemedelsverket fick under 2014 i

uppdrag att fortsatt följa utvecklingen. Myndigheten ska dels kartlägga restnoteringar samt analysera vad de beror på, dels analysera hur information om restnoteringar på ett mer systematiskt sätt kan göras tillgänglig.

### **Nöjda patienter och regelbundna besök inom tandvården, men det finns skillnader mellan grupper**

Målsättningarna för det statliga tandvårdsstödet är dels att stimulera den vuxna befolkningen till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte, dels att möjliggöra att patienterna med de största tandvårdsbehoven får en kostnadseffektiv vård efter vars och ens behov och till en rimlig kostnad.

Majoriteten av befolkningen har en god tandhälsa och besöker tandvården regelbundet. Drygt 70 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården för en undersökning under 2009–2011, enligt Socialstyrelsens lägesrapport från 2014, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

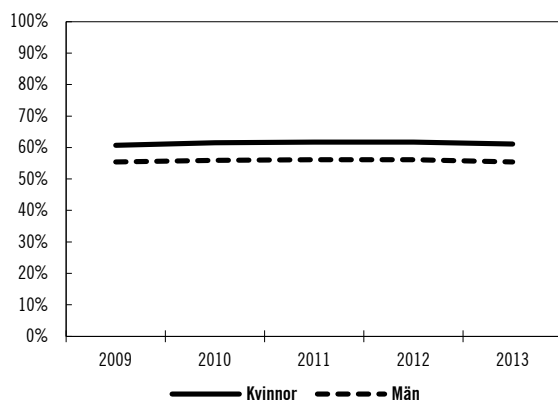
Tandvårdspatienter är fortsatt den mest nöjda gruppen inom området samhällsservice, enligt Svenskt kvalitetsindex 2013. Även i jämförelse med andra branscher än samhällsservice placerar sig tandvården bland de bästa. Nöjdhetsindex för tandvårdsbranschen låg på 81 av 100 generellt sett.

I diagram 4.12 redovisas andelen vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste fem åren. Den genomsnittliga besöksfrekvensen har sedan 2009 varit omkring 55–60 procent varje år.

Tandhälsan och besöksfrekvensen varierar dock mellan olika socioekonomiska grupper. TLV konstaterar i en rapport från 2014, Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet, att låginkomsttagare besöker tandvården mer sällan än höginkomsttagare. Låginkomsttagare konsumerar dock mer tandvård per besök. Totalt sett leder detta till att tandvårdsstödet fördelas lika mellan olika inkomstgrupper.

Det särskilda tandvårdsbidraget infördes den 1 januari 2013. Bidraget lämnas till vissa personer med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa.

**Diagram 4.12 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist, kvinnor och män, 2009–2013**



Källa: Försäkringskassan.

#### Utgifter för tandvården och kostnader för det statliga tandvårdsstödet

Tabell 4.4 och 4.5 redovisar utgifterna för tandvård 2008–2012 respektive kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet 2005–2013. För 2013 utbetalades totalt ca 5,2 miljarder kronor. Av utbetalade medel avsåg ca 4,2 miljarder kronor skyddet mot höga kostnader, ca 1 miljard det allmänna tandvårdsbidraget och ca 17 miljoner kronor det särskilda tandvårdsbidraget.

#### Utredning om 2008 års tandvårdsreform

Under 2014 tillsattes en utredning om 2008 års tandvårdsreform (dir. 2014:28). Utredaren ska analysera hur den befintliga organisationen och det befintliga systemet för tandvårdssubvention för vuxna kan förbättras.

**Tabell 4.4 Tandvårdsutgifter, 2008–2012**

Miljoner kronor (andel av totala tandvårdsutgifter)

	2008	2009	2010	2011	2012 <sup>1</sup>
Hushållens konsumtionsutgifter för tandvård <sup>2</sup>	13 100 (61%)	13 539 (59%)	13 572 (60%)	13 873 (60%)	14 432 (62%)
Offentliga konsumtionsutgifter för tandvård <sup>3</sup>	8 523 (39%)	9 399 (41%)	8 899 (40%)	9 075 (40%)	8 982 (38%)
<b>Totala tandvårdsutgifter</b>	<b>21 623</b>	<b>22 938</b>	<b>22 471</b>	<b>22 948</b>	<b>23 414</b>

<sup>1</sup> Uppgifter för 2012 är preliminära.

<sup>2</sup> Patientavgifter.

<sup>3</sup> Statens, landstingens och kommunernas utgifter.

Källa: Statistiska centralbyrån.

**Tabell 4.5 Kostnader för statligt tandvårdsstöd, 2005–2013**

Miljoner kronor (andel av statligt tandvårdsstöd)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Statligt tandvårdsstöd	2 438	3 031	3 271	3 749	5 323	4 910	4 882	4 916	5 187
Administrationskostnader	186 (8%)	186 (6%)	234 (7%)	205 (5%)	221 (4%)	206 (4%)	195 (4%)	155 (3%)	168 (3%)

Anm.: För 2005–2007 baseras utfallet på den del av det statliga tandvårdsstödet som då administrerades av Försäkringskassan. Tandvårdsreformen som genomfördes 2008 innebär att beloppen inte är direkt jämförbara mellan åren. Stödet före och efter 2008 innefattar olika typer och nivåer av subventioner.

Källa: Försäkringskassan.



#### 4.4.4 Resultat – effektiv hälso- och sjukvård

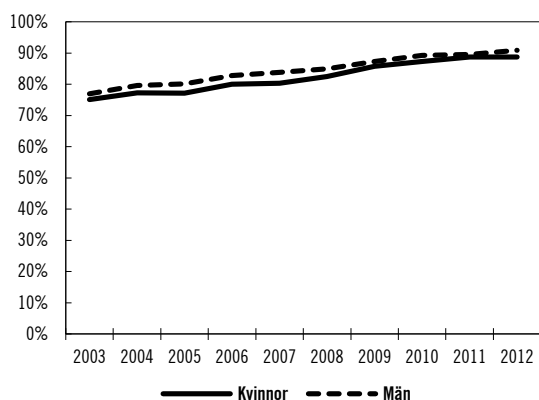
Effektivitet handlar om att använda tillgängliga resurser på bästa sätt. Goda resultat inom svensk hälso- och sjukvård främjas av att ny kunskap omsätts i praktiken och att resultat följs upp. Adekvat användning av e-hälsolösningar och läkemedel främjar också en effektiv hälso- och sjukvård.

##### Positiv utveckling av medicinska resultat för flera av de stora folkhälsosjukdomarna

Svensk hälso- och sjukvård presterar överlag goda medicinska resultat till en jämförelsevis rimlig kostnad.

Diagram 4.13 illustrerar att andelen strokepatienter som vårdats på strokeenhet ökar, vilket är en positiv utveckling. Enligt nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tagit fram ska vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenheter. Tidigare skillnader mellan kvinnor och män har blivit mindre, men män vårdas i något högre utsträckning än kvinnor på strokeenhet.

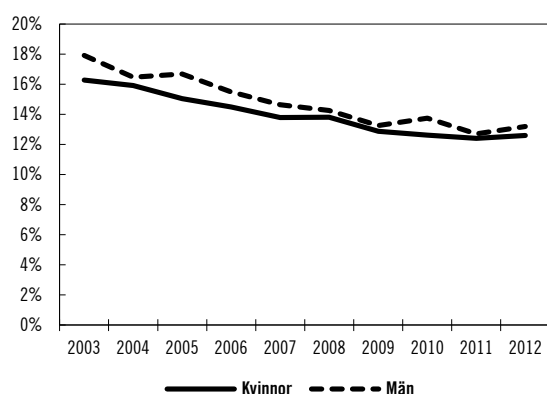
**Diagram 4.13 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, kvinnor och män, 2003–2012**



Källa: Riks-Stroke.

Diagram 4.14 visar andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Detta mått avser att mäta kvaliteten i vården av dessa patienter, i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården på sjukhus. Andelen döda efter hjärtinfarkt har minskat i flera decennier, men de senaste åren är den oförändrad. Variationen mellan landsting är ungefär densamma för kvinnor som för män, mellan 10 och 15 procent.

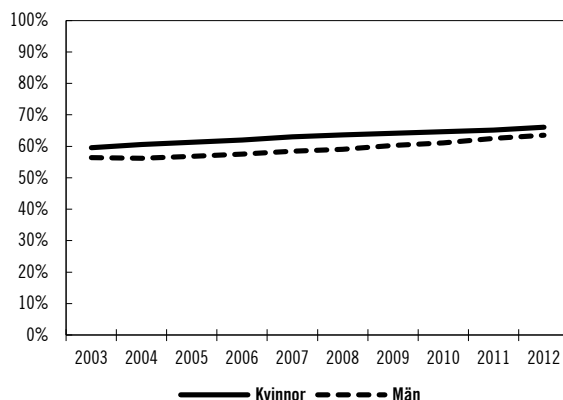
**Diagram 4.14 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, kvinnor och män, 2003–2012**



Anm.: Åldersgruppen över 20 år. Åldersstandardiserade värden.  
Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret och Dödsorsaksregistret).

Diagram 4.15 visar andelen patienter som är i livet fem år efter att ha fått en diagnos om tjocktarmscancer. Både en tidig diagnos och en effektiv vård efter diagnos kan bidra positivt till överlevnaden. Den relativa femårsöverlevnaden i tjocktarmscancer var 66 procent för kvinnor och 63 procent för män 2005–2011. Över tid har överlevnaden ökat, mer än tio procentenheter sedan 1990-talets början.

**Diagram 4.15 Andel patienter som är i livet fem år efter tjocktarmscancerdiagnos, kvinnor och män, 2003–2012**



Källa: Socialstyrelsen (Cancerregistret).

##### Utredningar för effektivare resursutnyttjande och informationshantering

Flera pågående utredningar har som syfte att bidra till bl.a. en effektiv hälso- och sjukvård. Det gäller t.ex. utredningar om professionernas resurser (dir. 2013:104), tandvård (dir. 2014:28) och it-stöd (dir. 2013:125) som behandlas under respektive avsnitt.

Dessutom tillsattes under 2014 en särskild utredare som ska se över hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncen-

tration (dir. 2014:56). Avsikten är att utredningen ska bidra till förbättrade vårdresultat, en mer jämlik vård och ett mer effektivt resursutnyttjande.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg lämnade under 2014 slutbetänkandet Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23). Förslagen syftar till en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Utredningens förslag omfattar bl.a. en hälso- och sjukvårdsdatalog samt en socialtjänstdatalog.

### Samverkan kring kunskapsstyrning

Med kunskapsstyrning menas ett system eller processer som syftar till att åstadkomma en evidensbaserad praktik där kvalitetssäkrad kunskap sprids och används samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut. Med statlig kunskapsstyrning avses de olika former av kunskapsstöd samt föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet de ansvarar för. Regeringen lämnar i denna proposition förslag avseende en mer samlad kunskapsstyrning (avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur).

Under senare år har flera myndigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn intensifierat sitt arbete med kunskapsstyrning, såväl nationellt som internationellt. I den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning samarbetar flera aktörer kring att ta fram, införa och sprida kunskapsunderlag. I gruppen ingår Socialstyrelsen, Läke-medelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läke-medelsförmånsverket (TLV), Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt landstingen och sjukvårdsregionerna.

De nyligen inrättade myndigheterna inom hälsoområdet bidrar till att utveckla den statliga kunskapsstyrningen. E-hälsomyndigheten inrättades den 1 januari 2014. E-hälsofrågor är intimt länkade till kunskapsstyrningen och bidrar till förutsättningarna för att utföra och följa upp åtgärder. Myndigheten ska även samordna

regeringens satsningar på e-hälsa och följa utvecklingen på e-hälsoområdet.

Folkhälsomyndigheten inrättades också den 1 januari 2014 (avsnitt 5 Folkhälsopolitik). Myndigheten har tagit över de verksamheter som tidigare bedrevs av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet samt vissa uppgifter från Socialstyrelsen. Genom att samordna dessa verksamheter kan den nya myndigheten bl.a. verka över hela folkhälsoområdet och integrera smittskyddsfrågorna med annat folkhälsoarbete.

### *Myndighetsgemensam kunskapsstyrning på området psykisk ohälsa*

På psykiatriområdet har sedan 2013 en myndighetsgemensam satsning på kunskapsstyrning pågått. Som en del i genomförandet av PRIO (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa) har Socialstyrelsen ett uppdrag om kunskapsstyrning på området psykisk ohälsa. Syftet är att Socialstyrelsen, tillsammans med Läke-medelsverket, TLV, SBU och Folkhälsomyndigheten, ska säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Arbetet har utförts i dialog med företrädare för hälso- och sjukvården, socialtjänsten, yrkesverksamma samt patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Myndigheterna har översiktligt bedömt behov och prioriterat mellan olika kunskapsstödjande insatser. De kunskapsunderlag som tas fram samlas på webbplatsen Kunskapsguiden.

Psykisk ohälsa behandlas vidare under avsnitt 4.4.5 Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård.

### *Nya nationella programråd*

Med avsikten att utveckla formerna för kunskapsspridning i hälso- och sjukvården har staten och SKL ingått en överenskommelse för 2014.

Enligt överenskommelsen ska SKL stödja arbetet med programrådet för diabetes som etablerades 2012, liksom initierandet av nya programråd för hjärt- och kärlsjukdomar, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) (avsnitt 4.4.5 Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård). Överenskommelse omfattar också insatser för kompetensutveckling inom kunskapsområdet och särskilda insatser för att främja kunskapsutvecklingen inom primärvården. En av utgångspunkterna för det sistnämnda arbetet är de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

En kunskapsbaserad vård främjas även av andra initiativ till samarbete och samordning. De regionala cancercentrum (RCC) som inrättats tar t.ex. fram nationella vårdprogram inom cancerområdet (avsnitt 4.4.5 Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård). Ett annat exempel är den Nationella funktionen för sällsynta diagnoser som inrättades 2012 för att samordna, koordinera och sprida information inom området sällsynta sjukdomar.

### Utveckling av ny kunskap ställer krav på olika kunskapsstöd

Det övergripande syftet med kunskapsbaserad vård är att patienter vid varje tillfälle i vården ska möta personal som erbjuder insatser och behandling som vilar på bästa möjliga kunskap och som inkluderar patientens eller brukarens egna erfarenheter och kunskap. Behovet av olika typer av kunskapsstöd i hälso- och sjukvården ökar i takt med den intensiva kunskapsutvecklingen inom området.

Det finns flera olika former av kunskapsstöd för att främja en kunskapsbaserad vård. Socialstyrelsen utvecklar nationella riktlinjer för flera av de stora folksjukdomarna. Därutöver tar t.ex. SBU och Läkemiddelsverket fram olika typer av utvärderingar och beslutsunderlag som fungerar som kunskapsstöd. De nationella vårdprogrammen inom cancerområdet är ett annat exempel.

#### *Utveckling av nationella riktlinjer*

Socialstyrelsen utvecklar kontinuerligt nationella riktlinjer. Under 2013 och 2014 togs t.ex. uppdaterade nationella riktlinjer fram för stroke- och hjärtsjukvård samt för missbruks- och beroendevård (avsnitt 7 Politik för sociala tjänster). Myndigheten har i uppdrag för att stärka patientperspektivet i arbetet med nationella riktlinjer. Ett annat uppdrag handlar om att analysera och utveckla nationella riktlinjer utifrån perspektivet jämlik vård. Det omfattar t.ex. att undersöka om det finns skillnader i tillämpningen av riktlinjerna mellan olika grupper och befolkningen i övrigt. Uppdragen ska redovisas under 2014.

Utvecklingsarbetet för nationella riktlinjer bedrivs delvis inom ramen för satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Satsningen på kroniska sjukdomar, lik-

som arbetet med de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, behandlas i avsnitt 4.4.5 Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård.

#### *Målnivåer och utvärderingar bidrar till en kunskapsbaserad vård*

Målnivåer ökar förutsättningarna för tydligare fokus på kvalitet i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Socialstyrelsen har under 2013 och 2014 fastställt målnivåer för stroke- och hjärt-sjukvården. Målnivåer har redan utvecklats inom flera andra områden.

Socialstyrelsen utvärderar i vilken utsträckning hälso- och sjukvården lever upp till nationella riktlinjer, fastställda målnivåer och andra centrala rekommendationer om vård och behandling. Utvärderingar av vården vid cancer, demens, depression och ångest samt tandvård genomfördes under 2013 och 2014. Som exempel kan nämnas att utvärderingen av cancer-vården visade på fortsatt positiva trender i överlevnad, men i vissa fall också långa väntetider och socioekonomiska skillnader i tillgång till behandling. Utvärderingen av demensvården pekade ut vissa utmaningar, samtidigt som det konstaterades att de nationella riktlinjerna från 2010 fått stort genomslag.

Myndigheten för vårdanalys har i uppdrag att göra en samlad uppföljning av de nationella riktlinjernas effekter ur ett patientperspektiv. Uppdraget ska redovisas i slutet av 2015.

#### *Utvärdering av medicintekniska produkter*

Medicintekniska produkter står för ca 5 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. På senare år har kostnaderna för medicintekniska produkter ökat och de förväntas fortsätta öka. Kunskapsunderlag för att stödja landstingen inför beslut om inköp och användning kan bidra till ökad patientnytta och kostnadseffektivitet.

Mot denna bakgrund har TLV i uppdrag att genomföra en försöksverksamhet med hälsoekonomiska utvärderingar av medicintekniska produkter. Uppdraget ska slutredovisas under 2014. Därutöver pågår förhandlingar om Europeiska kommissionens förslag till förordning om medicintekniska produkter.

### Öppna jämförelser driver utvecklingen framåt

Öppna jämförelser är ett verktyg för analys och utveckling inom hälso- och sjukvården. Det

innebär att goda resultat, brister och skillnader mellan olika landsting och befolkningsgrupper lyfts fram för att utgöra underlag för förbättringsarbete.

Under 2013 genomförde berörda aktörer en översyn av arbetet med Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården, med syfte att tydliggöra hur arbetet bör utvecklas framöver. Den samlade bilden från översynen visar att Öppna jämförelser bidragit till dialog, uppföljning och styrning utifrån vårdens resultat samt till ett fokus på kvalitet och utfall för patienterna.

#### *Handlingsplan för utvecklingen av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*

Sedan 2009 finns en strategi för Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Under 2014 har berörda aktörer tagit fram en handlingsplan för Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården för 2014 och 2015. Handlingsplanen beskriver bl.a. två huvudsakliga insatsområden som särskilt lyfter fram patientnära respektive målgruppsanpassat arbete.

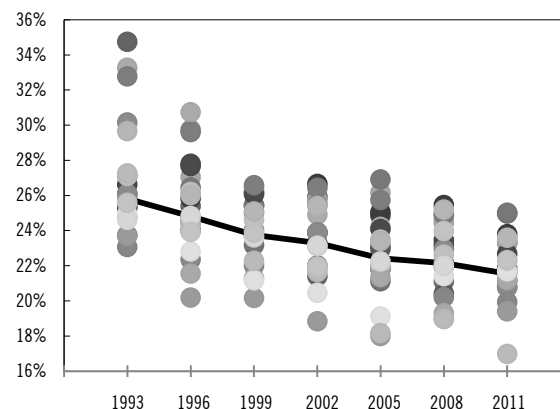
#### *Breddat arbete med Öppna jämförelser*

Socialstyrelsen och SKL publicerade 2013 den åttonde rapporten av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten visar t.ex. på förbättringar i behandlingsresultat, men även på variationer mellan landsting. Diagram 4.16 exemplifierar utvecklingen för dödlighet efter förstagsstroke.

Socialstyrelsen redovisade under 2013 ett uppdrag att ta fram en fördjupad version av Öppna jämförelser för jämlik vård. Rapporten redogör för dödlighet, undvikbar slutenvård och återinskrivning, läkemedelsbehandling samt patienterfarenheter. Beskrivningen fördjupas främst vad gäller kön, geografi och socioekonomi. När det gäller socioekonomi finns skillnader utifrån utbildningsnivå för majoriteten av indikatorerna som redovisas.

Arbetet med Öppna jämförelser har spridits till flera områden. Socialstyrelsen har under 2014 i uppdrag att utveckla, publicera och sprida Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård, jämlik vård, läkemedel och cancerområdet. Därutöver pågår ett arbete med Öppna jämförelser inom folkhälsoområdet (avsnitt 5 Folkhälsopolitik). Även inom socialtjänst och hemsjukvård finns öppna jämförelser (avsnitt 7 Politik för sociala tjänster).

**Diagram 4.16 Andel döda inom 28 dagar efter förstagsstroke, nationellt och per landsting, 1992–2012**



Anm.: Linjen avser andelen nationellt medan punkterna avser andelarna för enskilda landsting. Respektive värde baseras på tre år varav det mittersta året anges på x-axeln. Notera att y-axeln är bruten. De uppgifter som presenteras i diagrammet finns inte tillgängliga uppdelat på kön.

Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret och Dödsorsaksregistret).

### **Utveckling och finansiering av nationella kvalitetsregister**

Kvalitetsregister används för att samla in data som ligger till grund för Öppna jämförelser och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården.

#### *Överenskommelse om nationella kvalitetsregister*

Staten och SKL har träffat en överenskommelse för 2012–2016 om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg. För 2014 omfattar överenskommelsen 220 miljoner kronor i statliga medel och 100 miljoner kronor från landsting. Medel beviljades under 2014 till 81 register och 24 registerkandidater, vilket omfattar stöd till två nya registerkandidater.

Det övergripande målet med satsningen är att förbättra och utveckla verksamheterna i vården och därmed kunna ge en mer säker och jämlik vård för patienterna. Arbetet fokuserar bl.a. på datakvalitet, analyser och återkoppling samt tillgång till och användning av kvalitetsregister för lokalt förbättringsarbete, forskning och innovation. Dessutom uppmärksammas ökad patientmedverkan, samordning av it-system och minskad dubbelregistrering.

#### *Resultat av utvecklingsarbetet för kvalitetsregister*

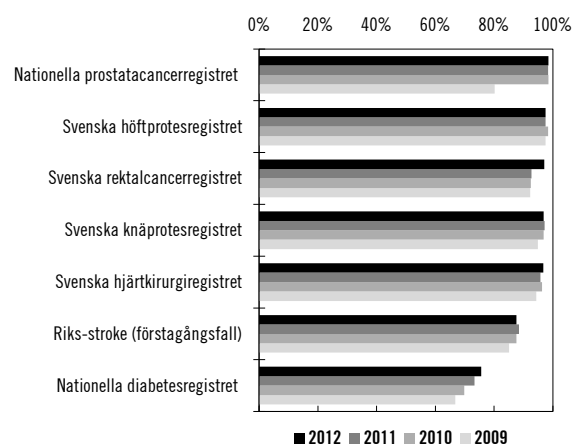
Överenskommelsen uppmärksammar att kvalitetsregistrens täckningsgrad har betydelse för deras användbarhet. Täckningsgraden har förbättrats och diagram 4.17 redovisar några goda exempel. Satsningen har även bidragit till att öka

registrens återföring av data online. Kvalitetsregistren uppfyller överlag kraven om att data som registreras ska kunna tas ut inom ett dygn för att kunna användas i förbättringsarbete. För att öka användningen av kvalitetsregister har även insatser riktats till verksamhetschefer och läkare under specialiseringstjänstgöring.

Andra exempel på goda resultat är att antalet register som använder patientrapporterade utfallsmått har ökat. Antalet it-plattformar som används av registren har minskat och nya register ansluter sig till befintliga plattformar. Det nationella programmet för datainsamling arbetar för att minska dubbelregistrering i samband med datainsamling till kvalitetsregister.

Riksrevisionen genomförde under 2013 en granskning av statens satsningar på nationella kvalitetsregister. Den förra regeringen redovisade under 2014 sin bedömning av Riksrevisionens iakttagelser i en skrivelse till riksdagen (skr. 2013/14:204).

**Diagram 4.17 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister, 2009–2012**



Källa: Socialstyrelsen (Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren – jämförelser av täckningsgrader, 2013).

### Tillsyn på hälso- och sjukvårdsområdet

Tillsyn är ett viktigt verktyg för att följa upp och utveckla hälso- och sjukvården. Tillsyn innebär en oberoende och självständig granskning av att lagar och förordningar följs och bidrar därmed till en jämlik vård.

Som ett led i att stärka tillsynen inom vård och omsorg inrättades Inspektionen för vård och omsorg (IVO) den 1 juni 2013 och extra medel föreslogs för verksamheten. För 2013 och 2014 anslags 175 miljoner kronor per år. För 2015 och

2016 föreslogs att tillskottet skulle uppgå till 150 miljoner kronor per år och fr.o.m. 2017 föreslogs 90 miljoner kronor per år.

IVO har under 2014 arbetat med att utveckla myndighetens interna processer och att bygga upp strukturer för en mer systematisk tillsyn. Bland annat har en modell för riskbaserad tillsyn utvecklats och testats inom ramen för ett pilotprojekt. Myndigheten har arbetat med att utveckla it-system för ärendehantering och uppföljning i syfte att skapa mer effektiva ärende-processer. IVO har även genomfört en kartläggning av myndighetens viktigaste intressenter för att utveckla ett system för kunskapsåterföring. Vidare har myndigheten formulerat ett serviceåtagande som anger vad allmänheten kan förvänta sig av kontakterna med myndigheten samt utvecklat ett system för att regelbundet följa upp och utvärdera allmänhetens synpunkter på verksamhetens service och bemötande.

Ärendebalansen för enskildas klagomål har ökat under de senaste åren. För att komma tillrätta med ärendebalanserna har myndigheten under 2014 arbetat med att effektivisera hanteringen av dessa ärenden. Myndigheten har bl.a. gjort en systematisk genomgång av de processer som styr ärendehantering och utvecklat mer ändamålsenliga stödsystem.

Under 2014 tillsattes en särskild utredare för att se över hur hanteringen av enskildas klagomål angående hälso- och sjukvården och dess personal kan bli enklare och mer effektiv (dir. 2014:88).

### E-hälsa för en effektiv och kvalitetssäkrad vård

Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg presenterades 2010. Strategin har utgjort grunden för statens insatser på e-hälsoområdet. Arbetet inom ramen för strategin syftar till att skapa förbättringar inriktade mot särskilda målgrupper och insatsområden. Under 2014 har ytterligare en organisation, den nya E-hälso-myndigheten, anslutit sig till den grupp av organisationer som förvaltar strategin.

Inom ramen för strategin har ett antal tjänster utvecklats under senare år. Sedan hösten 2013 finns för första gången en nationell samordnad sjukvårdsrådgivning via internet genom att 1177 och Vårdguiden sammanfördes till en tjänst,

1177 Vårdguiden. Landstingen har under 2013 också fortsatt arbetet med att utveckla Mina vårdkontakter som är en personlig e-tjänst på webben för att underlätta säker kommunikation mellan patienten och vården.

I det följande beskrivs några utvalda statliga insatser för att uppnå intentionerna med strategin.

#### *Förutsättningar för informationsutbyte*

Det är angeläget att behörig vårdpersonal med patientens samtycke kan ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Detta kallas sammanhållen journalföring och möjliggjordes i och med den nuvarande patientdatalagens tillkomst 2008. Arbetet med sammanhållen journalföring har sedan dess fått statligt stöd, bl.a. som en del av överenskommelser mellan staten och SKL.

För att information som genereras i hälso- och sjukvården ska vara ändamålsenlig, sökbar och möjlig att återanvända måste dokumentationen bygga på en gemensam informationsstruktur och terminologi, dvs. ett nationellt fackspråk. Socialstyrelsen har sedan 2007 haft i uppdrag att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

#### *Uppgifter om ordinationsorsak*

Ordinationsorsak, dvs. det som en förskrivare anger som skäl för ordinationen, är viktig information för att kunna ge en säker läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla en nationell källa för information om ordinationsorsak i form av ett strukturerat kodsystem för ordinationer. Socialstyrelsen fick under 2014 i uppdrag att färdigställa delar av kodsystemet och uppdatera den del som redan skapats.

#### *Personlig e-tjänst*

I syfte att göra det möjligt för varje medborgare att sköta hälsorelaterade ärenden med stöd av en e-tjänst togs 2012 initiativ till att utveckla ett s.k. hälsokonto, HälsaFörMig. Avsikten är att alla som vill på ett säkert och enkelt sätt ska kunna samla information om sin egen hälsa digitalt på ett och samma ställe. Via HälsaFörMig kan olika aktörer få möjligheten att erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster för den enskilde, t.ex. för att bearbeta uppgifter kring friskvård, egenvård och kostvanor. HälsaFörMig behandlas även under avsnitt 5 Folkhälsopolitik.

#### *E-recept över landsgränser*

Under de senaste åren har staten gett stöd till det europeiska projektet epSOS (Smart Open Services for European Patients). Sverige har haft en ledande roll i projektet som avslutades under 2014. Projektet syftade till att utveckla och testa säkra och effektiva former för utbyte av e-recept och viss patientinformation inom Europa. Inom ramen för projektet utvecklades bl.a. tekniska förutsättningar som möjliggjorde det avsedda informationsutbytet. Arbetet resulterade även i rekommendationer för fortsatt arbete på europeisk och nationell nivå.

#### *En ny E-hälsomyndighet*

Den 1 januari 2014 inrättades E-hälsomyndigheten. Myndighetens verksamhet bygger till stora delar på uppgifter som tidigare fanns hos Apotekens Service AB. Myndigheten ansvarar för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshandling. Myndigheten ska vidare bearbeta och förmedla statistik om läkemedelsförsäljningen, samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet. Även tjänsten HälsaFörMig ligger inom myndighetens ansvarsområde.

Förberedelserna inför inrättandet av myndigheten genomfördes främst av Utredningen om inrättande av en ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur (S 2013:03) som arbetade under 2013.

#### *Utredning om ändamålsenliga it-stöd*

Arbete återstår för att säkerställa att rätt information finns tillgänglig vid rätt tillfälle inom hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av detta tillsattes under 2013 en särskild utredare (dir. 2013:125). Utredaren lämnade under 2014 en diskussionspromemoria, Nästa fas i e-hälsoarbetet.

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

Sedan 2011 har flera berörda aktörer arbetat med den nationella läkemedelsstrategin. Strategin har som övergripande syfte att nå rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. Målen har fokuserat på medicinska resultat i världsklass, jämlik vård, kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, attraktivitet för innovation

av produkter och tjänster samt minimal miljö-  
påverkan.

#### *Uppföljning av arbetet inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin*

Uppföljningen för 2013 angående insatserna inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin visar att ytterligare sju aktiviteter slutfördes under året. Bland annat skapades ett nytt nationellt dosregister och i flera landsting möjliggjordes elektronisk makulering av e-recept, vilket underlättar och förbättrar hanteringen av läkemedelsordinationer. Arbetet genomfördes även för att förbättra märkning av läkemedelsförpackningar, vilket minskar risken för förväxling och felanvändning. Dessutom utreddes åtgärder för att minska kassation av läkemedel, vilket begränsar miljöpåverkan av läkemedelsanvändning.

Som ett led i arbetet med den nationella läkemedelsstrategin inkom Läke-  
medelsverket och SKL under 2013 och 2014 med rapporterna Ordnat införande och strukturerad uppföljning av läkemedel respektive Ordnat införande i samverkan.

Under 2014 har fokus för arbetet med strategin framför allt varit att genomföra och avsluta beslutade aktiviteter. Arbetet med jämlik läkemedelsbehandling fortskrider medan vissa nya aktiviteter tillkommit, t.ex. beträffande läkemedelsanvändning hos barn och optimalt utnyttjande av befintliga antibiotika.

#### *Kunskapsstöd och processer för läkemedelsförskrivning*

Kunskap och processer för läkemedelsanvändning behöver utvecklas kontinuerligt. Mot denna bakgrund har åtgärder vidtagits av vilka några exempel redovisas nedan.

Läkemedelsanvändning hos barn baseras ofta på erfarenhetsbaserad kunskap i stället för fullständig dokumentation. Databasen ePed har där den använts bidragit till en säkrare och effektivare användning. Möjligheterna att använda ePed som ett nationellt kunskapsstöd för läkemedelsbehandling hos barn har därför utretts. Utredningen föreslog att ePed ska användas som ett nationellt kunskapsstöd.

Läkemedelsverket fick under 2014 i uppdrag att fortsätta utreda frågan om generisk förskrivning, dvs. att läkaren anger läkemedelssubstans i stället för produktnamn i receptet. I uppdraget ingår att se över eventuella alternativ utifrån

aspekter som kostnadseffektivitet och patient-  
säkerhet.

Läkemedelsverket fick dessutom under 2014 i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen utreda möjligheterna att minska eller upphöra med förskrivning av narkotiska läkemedel via särskilda receptblanketter. Ökad elektronisk förskrivning av narkotiska läkemedel skulle förbättra säkerheten för patienter och förskrivare samt minska risken för att dessa läkemedel når ut i missbrukarledet.

#### *Låg kostnadsutveckling för läkemedel*

Läkemedelskostnaderna i Sverige har länge varit stabila som andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna (tabell 4.6). Läkemedelskostnadernas andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgår till knappt 11 procent och minskar. Kostnaden för läkemedelsförmånerna har också minskat de senaste åren (diagram 4.18).

**Tabell 4.6 Kostnader för läkemedel, 2009–2013**

Miljoner kronor (inklusive moms)

	2009	2010	2011	2012	2013
Läkemedelsförmånerna	20 744	20 737	20 909	19 676	19 331
Egenavgift	5 115	5 089	5 033	5 324	5 614
Andel egenavgift <sup>1</sup>	19,8%	19,7%	19,4%	21,3%	22,5%
Slutenvård <sup>2,3</sup>	6 686	6 876	7 146	6 992	6 981
Receptfritt <sup>4</sup>	4 238	4 561	4 690	4 899	5 090
<b>Totala läkemedelskostnader</b>	<b>36 754</b>	<b>37 262</b>	<b>37 778</b>	<b>36 891</b>	<b>37 016</b>
Andel av hälso- och sjukvårdskostnader	11,9%	11,8%	11,4%	10,8% <sup>5</sup>	— <sup>6</sup>

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

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

<sup>3</sup> För att kostnaderna för slutenvård 2010 ska vara jämförbara med tidigare år ska ca 400 miljoner kronor adderas. Därtill är slutenvårdskostnaderna från 2010 svåra att jämföra över tid på grund av bortfall av data och ändrade definitioner. Under 2012 övergick flera landsting till att redovisa nettopriser vilket begränsar jämförelser med föregående år. Vissa kostnader saknas också på grund av brister i inrapporteringen. Från hösten 2013 omfattar redovisningen t.ex. inte Jönköpings läns landstings slutenvårdsdata.

<sup>4</sup> Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk på apotek samt i detaljhandel.

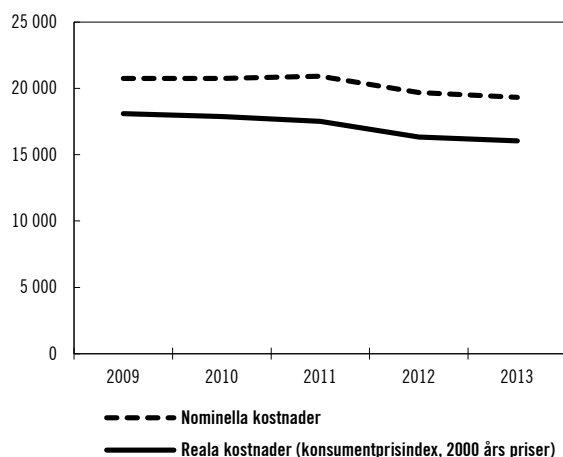
<sup>5</sup> Preliminära uppgifter.

<sup>6</sup> Uppgift om totala hälso- och sjukvårdskostnader enligt Nationalräkenskaperna saknas.

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

**Diagram 4.18 Kostnader för läkemedelsförmånerna, 2009–2013**

Miljoner kronor (inklusive moms)



Källor: E-hälsomyndigheten och Apoteket AB.

### *Insatser för en långsiktigt hållbar prissättning och finansiering av läkemedel*

Under 2013 och 2014 utvecklades och förbättrades prismodellen för läkemedel. Prismodellen ska så långt som möjligt bidra till tidig tillgång till nya och innovativa läkemedel, samtidigt som den också ska möjliggöra en god kostnadskontroll av läkemedelsförmånerna.

Arbetet har bl.a. bestått av införandet av en utvecklad takprismodell för läkemedel. Takprismodellen har införts i två steg. Genom en överenskommelse mellan staten och Läkemedelsindustriföreningen genomfördes i januari 2014 prissänkningar för alla läkemedel godkända 1998 eller tidigare. I ett andra steg kommer TLV att kontinuerligt genomföra prissänkningar för vissa äldre läkemedel. I propositionen Ökad tillgänglighet och mer ändamålsenlig prissättning av läkemedel (prop. 2013/14:93) beskrivs vidare hur den värdebaserade prissättningen av läkemedel bör utvecklas för att säkerställa att läkemedel är kostnadseffektiva över hela sin livscykel. Det innebär även att TLV kommer ha en mer aktiv roll vad gäller omprövningar av subventionsbeslut.

TLV följer upp överenskommelsen mellan staten och Läkemedelsindustriföreningen. Kostnadsminskningen ska enligt överenskommelsen för 2014 uppgå till 400 miljoner kronor. Av TLV:s delrapport från 2014 framgår att besparingen som en följd av överenskommelsen kommer att uppgå till ca 399 miljoner kronor för 2014, beräknat i apotekens inköpspris. För statens del beräknas minskningen i förmånskostnad

bli ca 324 miljoner kronor. Patienternas kostnader beräknas bli ca 90 miljoner kronor lägre.

Myndigheten för vårdanalys slutförde 2014 en utvärdering av nyttan av hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel som används i slutenvården. Myndigheten kom i sin analys fram till att TLV:s arbete på detta område är värdefullt men att processerna behöver utvecklas, i synnerhet vad gäller transparens och förutsägbarhet.

### *Läkemedel utanför förmånerna*

Vissa läkemedel omfattas inte av läkemedelsförmånerna. Dessa läkemedel omfattas då inte av det regelverk som medför utbyte på apotek till ett läkemedel med lägre pris. Priskonkurrens har inte heller uppstått för dessa läkemedel i någon större omfattning. Mot bakgrund av det fick TLV under 2014 i uppdrag att analysera konsekvenserna av att vissa receptbelagda läkemedel inte ingår i läkemedelsförmånerna och orsakerna bakom det. TLV ska också lämna förslag på åtgärder i syfte att motverka eventuella problem som identifieras.

### *Europeisk reglering på läkemedelsområdet*

Under 2014 färdigförhandlades förslaget till europeisk förordning om nya avgifter för säkerhetsövervakning av läkemedel. Avgifterna ska betalas av läkemedelsföretagen och täcka kostnader för de nya procedurer för centralt godkända läkemedel som infördes genom ändringar i läkemedelslagstiftningen 2010 och 2014.

Förslaget till europeisk förordning om kliniska prövningar färdigförhandlades också under 2014. Syftet med förslaget är bl.a. att förbättra förutsättningarna för att genomföra kliniska prövningar i Europa.

Förhandlingarna rörande det s.k. transparensdirektivet förväntas fortsätta under 2014. Direktivet har till syfte att öka insynen i de nationella åtgärderna för prissättning och ersättning av läkemedel samt förkorta tidsfristerna för prissättnings- och ersättningsbeslut.

Läkemedelsverket fick under 2014 i uppdrag att göra en fördjupad analys för att nå etappmålet om miljöhänsyn i läkemedelslagstiftningen inom Europeiska unionen och internationellt. I uppdraget ingår att identifiera olika handlingsvägar och analysera vilka konsekvenser dessa har för hälsa och miljö samt för läkemedelstillgång och kostnader.



### Stödåtgärder med anledning av narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix

Under 2012 träffades en långsiktig, blocköver-skridande överenskommelse om att staten ska ta ansvar för att de barn och ungdomar som var 19 år eller yngre vid vaccinationstillfället och som drabbats av narkolepsi efter vaccineringen med Pandemrix ska få ersättning. Med utgångspunkt i överenskommelsen har ett förslag till utformning av den statliga ersättningen tagits fram och remitterats (Ds 2014:19).

Narkolepsiföreningen Sverige har beviljats ekonomiskt bidrag under 2011–2014 för att möta de drabbade barnens, ungdomarnas och deras familjers behov av stöd. Dessutom har Ågrenska stiftelsen beviljats bidrag för att arrangera familjeveckor för barn och unga som drabbats av narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix.

#### 4.4.5 Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård

Begreppet god kvalitet omfattar flera olika dimensioner och kan även inbegripa att vården ska vara behovsanpassad, tillgänglig och effektiv, vilket behandlas ovan. Under denna rubrik redovisas framför allt resultat inom vissa områden där riktade insatser genomförts.

#### Positiv utveckling avspeglas i övergripande indikatorer

För att svensk hälso- och sjukvård ska kunna behålla sin framstående ställning är fortlöpande kvalitetsutveckling nödvändigt. Exempelvis bidrar forskning, innovation och internationellt samarbete till utvecklingsarbetet.

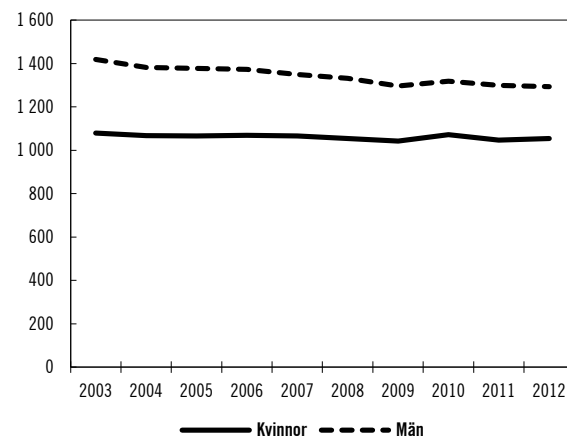
Diagram 4.19 visar utvecklingen av undvikbara slutenvårdstillfällen. Måttet avser att mäta kvaliteten och tillgängligheten i den öppna vården. Det bygger på utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Generellt står män för fler undvikbara slutenvårdstillfällen än kvinnor. Undvikbar slutenvård är vanligare bland kvinnor och män med kort utbildning.

Diagram 4.20 visar utvecklingen av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Måttet består av dödlighet i diagnoser som valts ut därför att de

bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Diabetes och stroke är två diagnoser som har stor påverkan på utfallet. Män har en högre dödlighet än kvinnor i de diagnoser som ingår i indikatorn. Dessutom har kvinnor och män med kortare utbildning en högre dödlighet i dessa diagnoser.

**Diagram 4.19 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, kvinnor och män, 2003–2012**

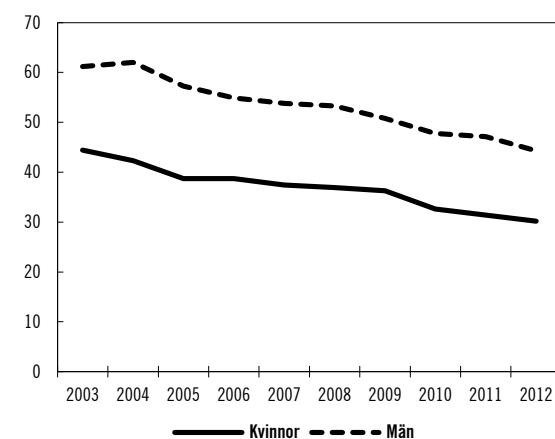
Antal personer per 100 000 invånare



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

**Diagram 4.20 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, kvinnor och män, 2003–2012**

Antal döda per 100 000 invånare



Anm.: Åldersgruppen 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.  
Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret).

#### Forskning och innovation bidrar till utveckling

Samverkan mellan forskning, näringsliv och hälso- och sjukvård ger ömsesidig nytta. Forskningsresultat och innovationer bidrar till förbättrad hälsa och kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Genom att hälso- och sjuk-

vården är delaktig i forskningsstudier får verksamheter, patienter och brukare tillgång till nya produkter och behandlingar och kommer i kontakt med aktuell forskning.

Tillväxtverket slutredovisade under 2013 ett uppdrag att utarbeta och genomföra en pilotsatsning med s.k. utvecklingscheckar. Inom ramen för uppdraget fördelade Tillväxtverket utvecklingsmedel till små och medelstora företag. Utvärderingen av insatsen visar bl.a. på en ökad innovationstakt på vård- och omsorgsmarknaden.

Vinnova har i uppdrag att utveckla innovationskraften inom offentlig sektor. Det görs bl.a. genom projekt som syftar till att utveckla nya ersättningsmodeller som ska främja innovationer, förbättra upptagningsförmågan samt underlätta spridning och användning.

Satsningen på nationella kvalitetsregister är ett annat exempel på en insats som är av betydelse för att främja förutsättningarna för forskning (avsnitt 4.4.4 Resultat – effektiv hälso- och sjukvård). Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Läke-medelsverket och Socialstyrelsen har för 2014 fått uppdrag som rör innovation. Under 2013 och 2014 genomfördes även särskilda dialogmöten med patienter, närstående, yrkesgrupper och myndigheter. Syftet var att få deras syn på önskvärda förbättringar för att skapa utveckling genom forskning och innovation för en bättre hälsa och välfärd.

Insatser för forskning och innovation i stort beskrivs vidare under utgiftsområdena 16 Utbildning och universitetsforskning samt 24 Näringsliv.

### **Satsning på vård för personer med kroniska sjukdomar**

I budgetpropositionen för 2014 aviserades en satsning på kroniska sjukdomar med en omfattning på totalt 450 miljoner kronor under 2014–2017 (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.11.6). Syftet är att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård. Satsningen ska ses mot bakgrund av att kroniska sjukdomar orsakar betydande sjuklighet och mänskligt lidande och ligger bakom mer än 80 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader.

Arbetet med en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar har utgått från tre fokusområden. Dessa områden är patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig uppmärksamhet. För 2014 avsattes 50 miljoner kronor till olika insatser på dessa områden. Arbetet under 2014 har skett i nära samarbete med företrädare för patienter, professioner, landsting och statliga myndigheter.

### *Kunskapsstyrning i arbetet med kroniska sjukdomar*

Under 2014 har insatser genomförts för att främja förutsättningarna för landstingens arbete med kunskapsstyrning. Syftet är att öka genomslaget för Socialstyrelsens nationella riktlinjer och tillhörande behandlingsrekommendationer för att patienter ska erbjudas bästa möjliga behandling vid varje vårdtillfälle.

Socialstyrelsen har fått medel för att anpassa de nationella riktlinjerna utifrån förutsättningarna i primärvården. Myndigheten ska även ta fram riktlinjer i versioner som är anpassade för patienter och närstående. Det finns även ett behov av att tillgängliggöra riktlinjer, t.ex. i olika journalsystem, och av att bredda arbetet så att fler kroniska sjukdomar omfattas (avsnitt 4.4.4 Resultat – effektiv hälso- och sjukvård).

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har fått medel för att, vid sidan av programrådet för diabetes, utveckla nya programråd för hjärt- och kärlsjukdomar, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) samt sjukdomsförebyggande metoder. Huvudsyftet med programråden är att utifrån de nationella riktlinjerna ta fram nationella vårdprogram med behandlingsrekommendationer och införa dessa i vårdpraxis. Arbetet med programråd leds av Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning med medverkan från landsting och myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet.

Medel har även tilldelats landsting och organisationer som företräder patienter och professioner för att genomföra insatser i syfte att förbättra patienternas möjligheter att aktivt medverka i vården.

## Satsning på vård och omsorg om de mest sjuka äldre

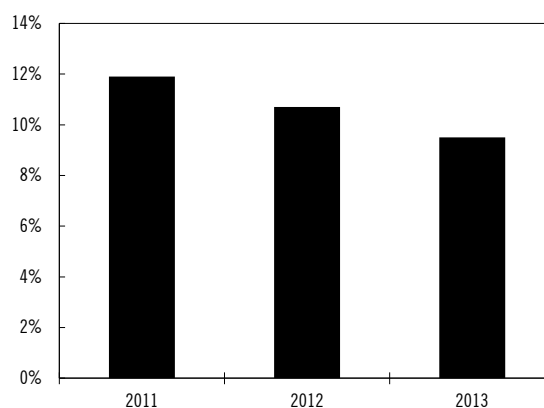
I syfte att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre har en satsning om ca 4,3 miljarder kronor genomförts under perioden 2011–2014. Av dessa medel avsattes 1,1 miljarder kronor 2014. Arbetet har fokuserat på samordning och helhetsperspektiv i de äldres vård och omsorg. Förbättringar har noterats ute i verksamheterna i landsting och kommuner.

Förskrivningen av olämpliga läkemedel för äldre har minskat med 11 procent, vilket motsvarar närmare 17 000 färre recept 2013 jämfört med 2012 (diagram 4.21). Allt fler personer med demenssjukdom får en tidig diagnos av sin primärvårdsläkare. Fler riskbedömningar med fokus på fall, trycksår, undernäring och munhälsa görs i kvalitetsregistret Senior Alert. Dessa bedömningar leder bl.a. till att färre lider av undernäring och trycksår. Användningen har ökat av Palliativregistret, i vilket olika kvalitetsaspekter av vården i livets slutskede registreras. Omkring 70 procent av alla patienter i målgruppen registreras.

Samtliga län har numera en gemensam struktur för ledning och styrning i samverkan. Till sammans har landsting och kommuner tagit fram gemensamma handlingsplaner för förbättringar i vården och omsorgen om sjuka äldre, med särskilt fokus på en mer sammanhållen vård och omsorg. Det finns flera goda exempel på hur landstingen på ett mer strukturerat sätt arbetar med utskrivningsprocessen från sjukhus. Det görs för att minska risken för onödiga återinskrivningar, bl.a. genom att följa upp utskrivningen genom ett telefonsamtal.

Satsningen på de mest sjuka äldre behandlas även under avsnitt 7 Politik för sociala tjänster.

Diagram 4.21 Andel äldre med olämplig läkemedelsförskrivning, 2011–2013



Anm.: Mätningen avser utfallen av indikatorerna olämpliga läkemedel, olämpliga läkemedelskombinationer samt läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre, sammanvägda som ett medelvärde. Medelvärdet räknas ut genom att summera den procentuella minskningen för de tre indikatorerna och dividera med antalet indikatorer. De uppgifter som presenteras i diagrammet finns inte tillgängliga uppdelat på kön.

Källa: Socialstyrelsen (Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013 – Bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL).

## Samverkan på området psykisk ohälsa

Sedan 2007 har en satsning pågått för att förbättra samordning, kvalitet, tillgänglighet och delaktighet på området psykisk ohälsa. Totalt avsattes ca 5,4 miljarder kronor t.o.m. 2013. Ytterligare 850 miljoner kronor avsattes 2014.

Sedan 2012 har satsningen en tydligare inriktning genom PRIO-arbetet (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa), till vilket en samordningsfunktion är knuten. PRIO-planen sträcker sig t.o.m. 2016 och reviderades under 2014. Insatser och måluppfyllelse utvärderas löpande av Myndigheten för vårdanalys. Myndigheten har hittills lämnat två rapporter under 2013 respektive 2014 i vilka både positiva resultat och utvecklingsområden presenteras.

För att den enskilde ska få ett fullgott stöd från samhället är en väl fungerande samverkan mellan myndigheter och huvudmän avgörande. Samordning och samverkan är därför centrala teman i PRIO-planen. Insatserna inom ramen för satsningen har resulterat i att andelen kommuner och landsting som har en politiskt beslutad ansvarsfördelning för barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa har ökat från 40 procent 2010 till 97 procent 2013. Alla landsting och 280 kommuner har också lätt tillgängligt på respektive huvudmans webbsida publicerat information om vart barn, ungdomar och deras föräldrar kan vända sig vid psykisk ohälsa av olika grad och art.

För den enskilde är det också viktigt att veta vem som har ansvar för de insatser han eller hon behöver. Därför har arbetet med att upprätta fler samordnade individuella planer av hög kvalitet varit ett fokus i överenskommelsen mellan staten och SKL. Alla landsting har gjort en genomgång av hur många patienter som i dag har en sådan individuell plan, liksom en uppskattning av hur många som har ett motsvarande behov men ännu inte en samordnad individuell plan. Detta arbete ligger till grund för ett utvecklat arbete med rutiner och metoder för att möta behovet hos såväl barn och unga som vuxna.

Den förstärkta vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa behandlas under avsnitt 4.4.2 Resultat – behovsanpassad hälso- och sjukvård. Myndighetsgemensam kunskapsstyrning på området psykisk ohälsa behandlas under avsnitt 4.4.4 Resultat – effektiv hälso- och sjukvård. Insatser för personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna i psykiska diagnoser behandlas under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

### **Hög medicinsk kvalitet i cancervården och behov av förbättring**

Den svenska cancervårdens medicinska kvalitet är hög i ett internationellt perspektiv. Det medför generellt sett en relativt hög överlevnad för kvinnor och män som vårdas för cancer.

Under 2010–2014 avsattes totalt ca 350 miljoner kronor för insatser inom cancerområdet. En stor del av dessa medel har tilldelats genomförandet av den nationella cancerstrategin. Strategin fokuserar på bl.a. prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, kunskapsbildning och kunskapsstyrning.

Tillgängligheten inom cancervården behandlas under avsnitt 4.4.3 Resultat – tillgänglig hälso- och sjukvård.

#### *Uppföljning av uppbyggnaden av regionala cancercentrum*

En central del av cancerstrategin är inrättandet av sex regionala cancercentrum (RCC), ett i varje sjukvårdsregion.

Socialstyrelsen redovisade under 2014 sin första uppföljning av uppbyggnaden av RCC. Uppföljningen visar att flera av de fastställda kriterierna för RCC nu är uppfyllda och att samtliga sjukvårdsregioner är på god väg i arbe-

tet. Samtliga RCC har t.ex. utvecklat strukturer för patientmedverkan. Det finns också resultat som tyder på ökad koncentration av vård inom vissa områden.

På några områden har dock RCC inte kommit lika långt. Det gäller bl.a. samarbete mellan RCC och linjeorganisationen. Det finns även förbättringspotential vad gäller samverkan i specifika frågor, bl.a. prevention och tidig upptäckt av cancer. Vidare behövs mer dialog med universitet i forskningsfrågor. Många sjukvårdsregioner har dessutom haft svårt att bemanna verksamheten och att planera kompetensförsörjningen långsiktigt.

#### *Överenskommelser om insatser i cancervård*

Sedan 2010 har staten och SKL slutit årliga överenskommelser för utveckling av cancervården. Flera försöksverksamheter med en patient-fokuserad och sammanhållen cancervård har genomförts. En gemensam beskrivning av kontaktsjuksköterskans roll och funktion har tagits fram. Denna beskrivning har legat till grund för inrättandet av sådana tjänster över hela landet.

Inom ramen för överenskommelserna har RCC och professionerna utvecklat arbetssätt med nationella vårdprogram för olika cancerformer. Vårdprogrammen ska ge vägledning till vårdgivare så att patienter kan erbjudas en jämlik och god vård och behandling. Hittills har 15 nationella vårdprogram tagits fram. Ytterligare ett antal program är under utveckling och några av de befintliga programmen ses över och revideras.

#### *Rekommendationer för cancervård och screening*

Utöver nationella vårdprogram är nationella riktlinjer ett viktigt inslag i den kunskapsbaserade cancervården. Socialstyrelsen har utvärderat och uppdaterat de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. De uppdaterade riktlinjerna publicerades 2014.

Ett sätt att förbättra möjligheterna till tidig upptäckt av cancer är användningen av populationsbaserade screeningprogram. Under 2014 redovisade Socialstyrelsen ett uppdrag om en modell för att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram. Socialstyrelsen rekommenderar nationell screening för bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer, men inte för prostatacancer.

## Patientsäkerhetsarbete på bred front

För att främja patientsäkerheten genomförs insatser inom en rad områden. Till exempel är insatserna för att stärka tillsynen inom hälso- och sjukvården centrala för patientsäkerheten (avsnitt 4.4.4 Resultat – effektiv hälso- och sjukvård).

### *Patientsäkerhetsatsningen har bidragit till en infrastruktur för patientsäkerhetsarbete*

Under 2011–2014 avsattes ca 2,5 miljarder kronor för en särskild satsning på patientsäkerhet. Arbetet tog sin utgångspunkt i patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft 2011. Mervärdet av medlen har använts till överenskommelser mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet. Under 2013 kvalificerade sig landstingen för första gången för utbetalning av samtliga prestationsbaserade stimulansbidrag som avsatts i överenskommelsen, dvs. 525 miljoner kronor.

Socialstyrelsen redovisade under 2014 sin andra lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet. Myndigheten konstaterar att utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet som skett under 2011–2013 i stor utsträckning är en effekt av överenskommelserna mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet. Överenskommelserna har bidragit till uppbyggnaden av en nationell infrastruktur för patientsäkerhetsarbete inom flera viktiga områden. Detta kan få stor betydelse för patientsäkerhetsutvecklingen.

Exempel på positiva resultat är att anti-biotikaanvändningen minskat och följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler förbättrats. Den totala antibiotikaförsäljningen på recept i öppenvården minskade med 8 procent 2013 jämfört med 2012, den största procentuella minskningen under hela 2000-talet (avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

Patientsäkerhetsarbetet har omfattat en rad områden, t.ex. antibiotika- och läkemedelsanvändning, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och införandet av it-stöd. Andra arbetsområden har varit uppföljning av patientens perspektiv genom nationella patientenkäter samt uppföljning av patientsäkerhetskultur, överbeläggningar och vårdskador.

Socialstyrelsen redovisade under 2013 även ett förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet och en kartläggning av metoder för patientsäkerhetsarbete.

## Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har en viktig roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Flera åtgärder har vidtagits för att stödja motsvarande arbete i landstingen. En utgångspunkt i arbetet är Socialstyrelsens rapport från 2012, Öppna jämförelser rörande den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

### *Införande av riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och dåliga matvanor.

Socialstyrelsen har t.o.m. 2014 ett uppdrag att stödja införandet av riktlinjerna. Totalt har ca 85 miljoner kronor avsatts för att stödja införandet av riktlinjerna. Myndigheten har bl.a. byggt upp en struktur för att stödja landstingens och kommunernas arbete med riktlinjerna. Inom ramen för arbetet bedrivs också metodutveckling och rekommendationer uppdateras vid behov. Tidigare kartläggningar har visat att det inom området bra matvanor finns särskilda behov av fortbildning och därför har en webbutbildning utvecklats.

Dessutom har Livsmedelsverket t.o.m. 2014 ett speciellt uppdrag att stödja ett aktivt och evidensbaserat arbete för bra matvanor. Livsmedelsverket bedriver inom ramen för uppdraget ett projekt där den bästa tillgängliga kunskapen om bra matvanor samlas in och görs tillgänglig för personal inom hälso- och sjukvård.

Ett effektivt utvecklingsarbete förutsätter god lokal förankring. Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård tilldelades ekonomiskt stöd 2013 och 2014.

### *Åtgärder som främjar barns och ungas hälsa*

Mödravården, barnhälsovården och elevhälsan är viktiga i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Grunden för hälsan läggs till stor del i barndomen.

Socialstyrelsen har fått flera uppdrag i syfte att främja barns och ungas hälsa. Socialstyrelsen har inom ramen för dessa uppdrag under 2013 bl.a. tagit fram en systematisk översikt över insatser för att främja bra matvanor och fysisk aktivitet hos barn och ungdomar. Dessutom har myndig-

heten under 2014 publicerat ett kunskapsstöd för mödrahälsovården och vägledningar för barnhälsovården och elevhälsan, den sistnämnda i samarbete med Statens skolverk.

Socialstyrelsen slutrapporterade under 2013 ett uppdrag om att kartlägga, sammanställa och sprida kunskap som kan stödja och underlätta hälso- och sjukvårdens bemötande och omhändertagande av barn och unga som misstänks eller riskerar att fara illa. Myndigheten har inom ramen för uppdraget bl.a. tagit fram en vägledning för hälso- och sjukvården och tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar.

### Organdonation

Behovet av organ för transplantation i Sverige är större än tillgången. En utredning med uppdrag att göra en översyn av vissa donations- och transplantationsfrågor (dir. 2013:25) fick under 2013 i uppdrag att lägga förslag som syftar till att säkerställa en fortsatt välfungerande donations- och transplantationsverksamhet i Sverige samt möjliggöra ett ökat antal donatorer och tillgängliga organ. Utredningen redovisade under 2014 i en promemoria bl.a. hur nuvarande ansvarsfördelning mellan olika aktörer ser ut gällande information till allmänheten och professionen, samt vilka alternativ som i dag finns för enskilda att göra sin vilja beträffande organdonation känd.

#### 4.4.6 Analys och slutsatser

Politiken på hälso- och sjukvårdsområdet ska bidra till målet att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet (avsnitt 3.4 Mål för utgiftsområdet).

Inom hälso- och sjukvårdspolitikerna kan resultaten ofta härröras till olika skeenden och utvecklingsarbeten som går flera decennier tillbaka i tiden. Resultaten av statens insatser är dessutom ofta svåra att avgränsa och mäta på ett övergripande plan. Ett skäl till detta är att lands- tingen, och i viss utsträckning kommunerna, har huvudansvaret för planering, finansiering och drift av hälso- och sjukvården. Därutöver kan hälso- och sjukvårdens förutsättningar påverkas av olika omvärldsfaktorer.

Regeringen bedömer att det finns ett antal utmaningar som behöver åtgärdas för att uppnå en mer tillfredställande måluppfyllelse. En mer jämlik vård är viktig att eftersträva.

Det kan likväl konstateras att svensk hälso- och sjukvård håller hög internationell standard. Insatser från en mängd aktörer inom olika områden och nivåer borgar för goda resultat. Kontinuerligt utvecklingsarbete är också motiverat mot bakgrund av att förutsättningarna för hälso- och sjukvården är dynamiska. Ny kunskap och teknik utvecklas, demografiska förutsättningar förändras och utvecklingen av samhället i stort fortskrider.

Nedan följer en redovisning av regeringens analys och slutsatser för områdena som behandlades under resultatavsnitten ovan.

### Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Den svenska befolkningen har generellt en positiv inställning till hälso- och sjukvården.

Regeringen kan dock konstatera att det finns utmaningar när det gäller vårdens jämlikhet. Statliga insatser har i viss mån förbättrat förutsättningarna för en mer jämlik vård. Dessa förutsättningar inkluderar framtagandet av kunskapsunderlag och kunskapsstöd om hälsa och hälso- och sjukvård. Det finns emellertid behov av insatser för att uppnå en mer jämlik vård.

Det finns dessutom ytterligare utmaningar när det gäller t.ex. kontinuitet, koordinering och samordning av vården utifrån patientens behov. Avsikten är att den nya patientlagen ska bidra till en ökad delaktighet för patienten.

### Tillgänglig hälso- och sjukvård

I vissa avseende har tillgängligheten inom hälso- och sjukvården utvecklats i positiv riktning. Det finns emellertid betydande variationer i tillgängligheten till hälso- och sjukvård. Det gäller t.ex. skillnader mellan landsting och olika grupper i befolkning. Behov av förbättring är märkbart inom t.ex. cancervården samt barn- och ungdomspsykiatrin.

Tillgängligheten till apotek och läkemedel är generellt sett god. Systemet står dock inför flera utmaningar som föranlett åtgärder. Det finns t.ex. indikationer på att det har blivit svårare för

patienter att få vissa läkemedel expedierade vid första besöket på öppenvårdsapotek.

Tandvårdsstödet bidrar positivt till tillgängligheten till tandvård. Den svenska befolkningens tandhälsa är generellt sett god, patienterna är överlag nöjda och många gör regelbundna tandvårdsbesök. Vissa grupper besöker dock tandvården mer sällan. Det finns emellertid inga stora skillnader mellan olika inkomstgrupper när det gäller hur mycket som betalas ut i stöd från högkostnadsskyddet.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal ökar inom flera yrkeskategorier, men en fortsatt brist noteras inom vissa professioner. Utbyggnad av högskoleutbildningar bidrar positivt till utvecklingen av personaltillgången. Att använda personalens potential på ett optimalt sätt är en angelägen fråga.

### Effektiv hälso- och sjukvård

Arbetet med att främja en effektiv hälso- och sjukvård har gjort framsteg, vilket t.ex. illustreras av kostnadsutvecklingen på läkemedelsområdet. Utmaningar kvarstår dock, vilket exemplifieras av diverse utredningar om effektivitet och ändamålsenlighet inom hälso- och sjukvården.

Förutsättningarna för en mer samlad och effektiv statlig kunskapsstyrning inom hälsoområdet har förbättrats. Inrättandet av E-hälsomyndigheten respektive Folkhälsomyndigheten har bidragit till detta. Utvecklingen av samordning mellan myndigheter och av nationella programråd har också ökat förutsättningarna för en mer effektiv kunskapspridning.

Mervärdet av olika kunskapsstöd är tydligt mot bakgrund av den omfattande kunskapsproduktionen inom hälso- och sjukvården. Landstingen och vårdgivarna har en central roll i att omsätta kunskapsstöd i det patientnära arbetet. Utvecklingen har bidragit till en mer kunskapsbaserad vård även om utmaningar kvarstår, t.ex. i form av skillnader mellan landsting och patientgrupper.

Arbetet med Öppna jämförelser har främjat ett tydligare fokus på hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Medvetenheten om att verksamheterna behöver kunna redovisa data av hög kvalitet har ökat.

Satsningen på de nationella kvalitetsregistren har lett till en professionalisering av utvecklingsarbetet och bättre möjligheter för förbättrings-

arbete. Det är positivt att satsningen uppmärksammar behovet av att minska den administrativa bördan som uppstår i de fall uppgifter måste registreras flera gånger.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har lagt grunden för att bedriva en mer effektiv och strategisk verksamhet. Metoder för att bedriva riskbaserad tillsyn och ett effektivt ärendehanteringssystem är viktiga förutsättningar. Det finns fortsatta behov av att förbättra hanteringen av enskildas klagomål.

Insatserna inom e-hälsoområdet har bidragit till en utveckling som i förlängningen stärker förutsättningarna för bättre verksamhet och uppföljning inom hälso- och sjukvården. I arbetet har fokus legat på samverkan mellan berörda intressenter och e-tjänster riktade mot den enskilde. Inrättandet av E-hälsomyndigheten, vars verksamhet huvudsakligen utgörs av uppgifter som tidigare fanns hos Apotekens Service AB, bedöms leda till en effektivare verksamhet på området.

Den nationella läkemedelsstrategin och dess handlingsplaner har resulterat i en rad insatser som bidragit till framsteg i arbetet med strategins mål. De åtgärder som vidtagits för att uppnå en långsiktigt hållbar prissättning och finansiering av läkemedel har haft stor effekt på kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Öknings takten för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har dämpats, samtidigt som medborgarna har kunnat erbjudas en vård av hög kvalitet. De prissänkningar som inkommit till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) kommer i princip att generera den överenskomna besparingen på 400 miljoner kronor under 2014. Propositionen Ökad tillgänglighet och mer ändamålsenlig prissättning av läkemedel (prop. 2013/14:93, bet. 2013/14:SoU22, rskr. 2013/14:272), inklusive TLV:s omprövningar av subventionsbeslut, har ännu inte fått full effekt på kostnaderna för läkemedelsförmånerna, men bedöms ha en kostnadsdämpande effekt framöver.

### God kvalitet inom hälso- och sjukvården

Svensk hälso- och sjukvård presterar överlag goda medicinska resultat. Insatser med både brett och specifikt fokus har varit motiverade mot bakgrund av utmaningar inom olika områden.

Arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar är angeläget mot bakgrund av dessa sjukdomars bidrag till sjukdomsbördan och kostnaderna för hälso- och sjukvård.

Att skapa en bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre har haft hög prioritet. Förbättringar har åstadkommit på flera områden, inklusive en ökad samsyn och samordning mellan landstingen och kommunerna. Huvudmännens engagemang har varit avgörande. Det är viktigt att de arbetar med huvudfrågan om hur en bättre helhet kan skapas.

Riktade insatser inom området psykisk ohälsa har bidragit till ett stärkt fokus på bl.a. tillgänglighet och kvalitetsutveckling. Förutsättningar för att satsningen ska ge långsiktigt goda resultat är dels delaktighet för patienter, brukare och anhöriga, dels berörda parter gemensamma ansvarstagande inom ordinarie strukturer.

Verksamheterna inom ramen för regionala cancercentrum (RCC) är ett exempel på ett gott resultat av arbetet med den nationella cancerstrategin och relaterade insatser. Det återstår dock arbete med att få strukturer och metoder på plats. Ett utvecklingsområde är väntetiderna inom cancervården.

Patientsäkerhetssatsningen har bidragit till uppbyggnaden av en nationell infrastruktur för patientsäkerhetsarbete, vilket kan få stor betydelse för utvecklingen framöver. Landstingens engagemang har varit avgörande för framstegen. En av utgångspunkterna har varit att resultaten behöver förvaltas och utvecklas vidare inom ramen för ordinarie verksamhet.

Förutsättningarna för ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i hälso- och sjukvården främjas av insatserna för att bygga upp strukturer och kunskapsstöd för ändamålet.

#### 4.5 Politikens inriktning

Svensk hälso- och sjukvård ska vara världsledande. Regeringens hälso- och sjukvårdspolitik syftar till att alla ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska erbjuda befolkningen en god vård, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi.

#### En mer jämlik vård

Alla ska erbjudas vård utifrån sina behov och på lika villkor. Uppföljningar av hälso- och sjukvården visar att det, i flera avseenden, finns brister i jämlikheten. Ett problem är t.ex. att tillgången till vårdinsatser påverkas av socioekonomiska förhållanden såsom skillnader mellan utbildnings- och inkomstnivåer. Överlevnaden i sjukdomar som kan förebyggas eller behandlas uppvisar betydande skillnader som bl.a. kan kopplas till socioekonomisk bakgrund.

Ojämligheten inom hälso- och sjukvården bidrar i förlängningen till skillnader i livskvalitet och livslängd. Regeringen avser att tillsätta en kommission för jämlik hälsa (avsnitt 5 Folkhälsopolitik). Kommissionen ska identifiera förhållanden som orsakar skillnader i hälsa samt lämna förslag till hur dessa kan minskas.

Regeringen strävar efter att alla invånare ska erbjudas en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Det innebär att vården ska vara patientfokuserad, tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och effektiv. Den vård som erbjuds ska utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov. Den nya patientlagen som träder i kraft den 1 januari 2015 avses bidra till detta övergripande syfte. Att utgå från patienten har visat sig främja en ökad jämlikhet i vården.

Regeringens avsikt är att nationella riktlinjer ska vara mer bindande för att öka följsamheten i syfte att säkra en likvärdig sjukvård. Frågan ska utredas och regeringen avser återkomma med åtgärder på området. Kostnader och ansvarsfördelning mellan stat och kommun samt praktisk genomförbarhet och professionernas roll ska särskilt beaktas. Nationella riktlinjer ska bidra till att vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder används inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna finns i dag för huvuddelen av de stora folksjukdomarna och täcker både förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. Regeringen kommer även att verka för att synliggöra och analysera skillnader i vårdens resultat, t.ex. genom systematisk uppföljning och utvärdering.

Socialstyrelsen kommer att vara strategisk myndighet i enlighet med strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

I arbetet med att skapa en mer jämlik och behovsanpassad hälso- och sjukvård har rege-



ringen för avsikt att föra en aktiv dialog med bl.a. patienternas och professionernas organisationer.

### Professionsmiljarden

Regeringen avsätter 1 miljard kronor per år fr.o.m. 2015 för att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, förbättra förutsättningarna för rätt användning av professionernas kompetens och påverka landstingens kompetensförsörjning i positiv riktning. Insatserna bidrar till att öka kvaliteten i vården samt till en bättre och mer jämlik hälsa. Professionsmiljarden innebär en resursförstärkning om 1 miljard kronor 2015. Från och med 2016 ersätter satsningen den prestationsbaserade ersättningen för att öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

En förutsättning för att vårdgivare ska kunna erbjuda en god vård är att de har rätt personal till rätt uppgift. På detta sätt frigörs mer tid för arbete med patienten och för att utveckla vården. Det finns möjligheter för hälso- och sjukvården att planera för och använda professionernas kompetens på ett ändamålsenligare och effektivare sätt. Det finns också behov av att uppmärksamma bristen på vårdplatser och förekomsten av överbeläggningar som kan innebära patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljöproblem.

Hälso- och sjukvården vilar i hög grad på professionernas kunskap, förmåga och omdöme. De stödstrukturer som finns ska underlätta för personalen att utföra sitt arbete. Likaså ska de ges goda möjligheter till uppföljning, förbättringsarbete, vidareutbildning, forskning och innovation. För att sjukvården ska kunna fokusera på patienternas behov krävs bättre administrativa system och rutiner. Berörda aktörer behöver se över sina krav och regler för att frigöra tid för vård. En nationell samordnare utreder för närvarande frågor om ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

Regeringen kommer att ha en nära dialog med representanter för vården, professionerna och de fackliga organisationerna. Dessa aktörer har en viktig roll i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården och bättre ta tillvara professionernas kompetens.

### En mer jämlik och tillgänglig cancervård

Regeringen avsätter 500 miljoner kronor per år 2015–2018 för att korta väntetiderna inom cancervården och minska de regionala skillnaderna. Syftet är att skapa en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet och nöjdare patienter.

Inom cancervården är väntetiderna på flera håll omfattande och det finns stora regionala skillnader. Det finns exempel på att patienter i delar av landet måste vänta tre gånger så lång tid från remiss till behandling som i andra delar av landet.

Arbetet för att korta väntetiderna i cancervården bör bygga på det arbete som gjorts inom ramen för den nationella cancerstrategin och de regionala cancercentrum (RCC) som upprättats. RCC:s roll är att genom regional och nationell samverkan bidra till en mer jämlik, säker och effektiv cancervård. Satsningen bör utformas så att erfarenheter, slutsatser och resultat så långt det är möjligt kan komma till nytta för hälso- och sjukvården i övrigt.

Positiva erfarenheter från bl.a. Danmark med liknande arbete för att förkorta väntetiderna genom standardiserade vårdförlopp (s.k. pakkeforløb) är viktiga utgångspunkter. Dessa vårdförlopp beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska göras inom respektive cancerdiagnos samt vilka maximala tidsgränser som ska gälla för de olika åtgärderna. I fokus för arbetet med att korta väntetiderna står i första hand tiden mellan remiss och behandlingsstart.

### Satsning på barnmorskor, förlossningsvård och kvinnors hälsa

Regeringen avsätter 400 miljoner kronor per år 2015–2018 för insatser som rör barnmorskor och en förbättrad förlossningsvård. Andra insatser för att stärka kvinnors hälsa i syfte att uppnå en mer jämställd hälso- och sjukvård kommer också att omfattas.

Efterfrågan på barnmorskor i Sverige överstiger tillgången, enligt Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2014. Tillgången till barnmorskor har ökat under senare år. Dock är den regionala variationen stor och efterfrågan förväntas öka. Beträffande förlossningsvården behöver den bl.a. bli mer kunskapsbaserad, tillgänglig och jämlik över hela landet och under alla tider på året.

Det kvarstår vissa oacceptabla skillnader mellan kvinnor och män i hälso- och sjukvården. Flera sjukdomar som kvinnor drabbas av i större utsträckning tenderar att vara lägre prioriterade inom hälso- och sjukvården. Det handlar t.ex. om långvariga smärttillstånd, förlossningsskador, inkontinens och psykisk ohälsa. Kvinnor med endast grundskoleutbildning är en grupp som i flera avseenden har haft den minst gynnsamma hälsoutvecklingen. Att nå ökad jämlikhet och jämställdhet i hälso- och sjukvården kräver ett brett och långsiktigt arbete med sikte på t.ex. tillgänglighet, behandlingsmetoder och attityder. Kvinnor och män ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt när det gäller resurser och insatser. Det är angeläget att bästa tillgängliga kunskap används.

#### **Vården för personer med kroniska sjukdomar utvecklas**

Regeringen fortsätter arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Förekomsten av kroniska sjukdomar ökar och ligger bakom merparten av sjukdomsburden i befolkningen. Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att förebygga och erbjuda god vård för personer med kroniska sjukdomar.

Utvecklingsarbetet tar sin utgångspunkt i tre områden med inriktning på hälsofrämjande och förebyggande arbete, kunskapsbaserad vård och patientcentrerad vård. Arbetet ska främja jämlikheten inom hälso- och sjukvården. Regeringen avser att ha en dialog med landstingen om inriktning, mål och åtgärder för det fortsatta arbetet.

#### **Personer med psykisk ohälsa är en prioriterad grupp**

Psykisk ohälsa är en av vår tids stora utmaningar. Till exempel mår allt fler unga, särskilt kvinnor, dåligt i dagens samhälle. Här behövs långsiktiga satsningar på främjande av psykisk hälsa, förebyggande arbete och vård för psykisk ohälsa som kan ge hållbara förbättringar för framtiden. Regeringen avser att förlänga och förstärka nuvarande satsning på elevhälsan för att bl.a. motverka och förebygga ungas psykiska ohälsa (utg.omr. 16 avsnitt 9.6.4). Hälso- och sjukvården behöver förstärkas så att det blir lättare att få tidig hjälp med psykisk ohälsa

såsom ångest och depression. Samverkan mellan elevhälsan, barn- och ungdomspsykiatri och andra aktörer i samhället är avgörande för att tidigt kunna sätta in åtgärder.

Den pågående satsningen inom psykisk ohälsa, PRIO (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa), kommer att bygga på handlingsplanen som reviderades under 2014. Regeringen anser att en överenskommelse bör ingås med landstingen genom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) även 2015. Samordning och samverkan kring den enskilde är ett prioriterat område. Särskilt viktigt är att fortsätta fokusera på tidiga och samordnade insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Det pågående arbetet för att minska behovet av tvångsåtgärder kommer att fortsätta under 2015 med särskilt fokus på barn som vårdas i psykiatrisk heldygnsvård. En samordnad och behovsanpassad kunskapsstyrning är av vikt för att nå målen i PRIO-arbetet. Arbetet för att förbättra attityder och minska fördomar mot personer med psykisk ohälsa har fortsatt hög prioritet.

Regeringen avser återkomma om den fortsatta inriktningen för satsningen som ska främja en god psykisk hälsa samt säkerställa tillgången till adekvat behandling och andra stödinsatser.

#### **En god vård framför vinstintresse**

Regeringen anser att regelverket behöver utvecklas så att aktörer som verkar i välfärden sätter verksamhetens kvalitet främst.

Lagstiftningen ska ändras så att möjligheterna att sälja eller privatisera universitets- eller regionsjukhus förhindras. Det ska inte vara möjligt att gå runt lagstiftningen genom att stycka upp verksamheten. En proposition ska lämnas under 2015. Syftet är att säkra att dessa sjukhus förblir i offentlig regi, mot bakgrund av att de ansvarar för en stor del av verksamhetsutveckling, utbildning, forskning och innovation.

Regeringen bedömer att valfrihet och mångfald inom hälso- och sjukvården ställer höga krav på lämpliga system och mekanismer för styrning och kontroll. Valfrihet ska erbjudas på jämlika villkor. Den grundläggande principen att vård ska fördelas efter behov ska hävdas. Lagstiftningen ska ändras så att privata försäkringspatienter inte kan gå förbi i kön i den offentlig-

finansierade vården. En proposition ska lämnas under 2015.

Valfrihet ska inte heller inverka negativt på landstingens förutsättningar att utforma ett ändamålsenligt vårdutbud. Landstingen har goda förutsättningar att anpassa hälso- och sjukvården efter regionala behov och förutsättningar. Mot bakgrund av detta avser regeringen att under 2014 återkomma till riksdagen med förslag till författningsändringar i syfte att avskaffa det obligatoriska vårdvalet inom primärvården. Utgångspunkten är att ändringarna i lagstiftningen ska träda i kraft den 1 januari 2015. Landstingen kommer fortsatt att ha möjlighet att på frivillig basis tillämpa vårdval inom primärvården.

### **Förbättringar med stöd av uppföljning, forskning och innovation**

Regeringens insatser för att öka kvaliteten inom hälso- och sjukvården och som beskrivs i detta avsnitt ska ses som ett komplement till det breda utvecklingsarbete som pågår på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Ett exempel på ett sådant arbete är det som pågår inom ramen för satsningen på nationella kvalitetsregister. Tillsynen och hanteringen av enskilda klagomål utgör också ett viktigt bidrag till uppföljningen av vården.

Forskning och innovation är angeläget för hälso- och sjukvården, t.ex. för att utveckla nya läkemedel. Regeringen avser att inrätta ett innovationsråd för att stärka Sveriges innovationsförmåga och innovationsklimat (utg.omr. 24 avsnitt 3.7). I samma avsnitt finns en samlad beskrivning av regeringens förstärkning av Life Science-området.

### **Tillgång till effektiv läkemedelsbehandling**

Regeringen kommer att genomföra en reform som medför att receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånerna blir kostnadsfria för barn och ungdomar under 18 år. Detta gäller även de barn och ungdomar som är asylsökande samt vissa av dem under 18 år som vistas i Sverige

utan tillstånd.<sup>11</sup> Reformen införs den 1 juli 2015. För ändamålet avsätts 200 miljoner kronor för 2015 och 410 miljoner kronor per år permanent fr.o.m. 2016.

På läkemedelsområdet finns flera utmaningar, vilka bl.a. rör frågor om tillgänglighet, patient-säkerhet och en jämlik vård över hela landet. Avgörande för att kunna bedriva en modern hälso- och sjukvård är tillgång till effektiv läkemedelsbehandling. Tydliga prioriteringar och kostnadseffektiva behandlingsmetoder är av vikt för samhällets möjligheter att finansiera läkemedel.

### **Långsiktig kompetensförsörjning i vården**

Regeringen vill förbättra tillgången till personal inom hälso- och sjukvården. Regeringen avsätter därför medel för en utbyggnad av flera hälso- och sjukvårdsutbildningar på grundnivå och avancerad nivå. Satsningen beskrivs närmare under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning (utg.omr. 16 avsnitt 9.9.1).

Riksdagen har i ett tillkännagivande föreslagit att regeringen snarast återkommer till riksdagen med ett förslag om hur tillgången på specialiserade sjuksköterskor kan öka (bet. 2013/14:SoU10, rskr. 2013/14:176). Regeringen gör bedömningen att den satsning på ett utökat antal utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor som anges ovan motsvarar vad riksdagen efterfrågat. Tillkännagivandet är därför i och med detta slutbehandlat.

Det är angeläget att ta tillvara på kompetensen hos personer med hälso- och sjukvårdsutbildning från andra länder. Det bör även beaktas att landstingen har ett ansvar för att analysera behov och att samordna sig när det gäller den långsiktiga kompetensförsörjningen.

<sup>11</sup> I enlighet med lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

## En stärkt statlig kunskapsstyrning

Regeringen föreslår i denna proposition åtgärder som syftar till att den statliga kunskapsstyrningen ska bli mer samordnad, effektiv och behovsanpassad (avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur).

Kraven på förändrade arbetssätt avseende kunskapsstyrning kommer att förtydligas och samverkan mellan myndigheter och huvudmän kommer att formaliseras. Kunskapsstyrningen breddas till sitt innehåll och det tydliggörs även att patienters och brukares erfarenheter och kunskaper ska tas tillvara i myndigheternas arbete. Sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst betonas.

## Ökad samordning på e-hälsoområdet

Ändamålsenliga och användarvänliga it-stöd medför fördelar för verksamheterna, professionen och den enskilde. Under senare år har ett antal nya organisationer tillkommit inom e-hälsoområdet, t.ex. E-hälsomyndigheten och Inera, en organisation för landstingens samverkan för e-hälsa, vilket bedöms få betydelse för den nationella samordningen på e-hälsoområdet.

## Speciallivsmedel

En övergripande inventering av behov av författningsändringar avseende subventionering av speciallivsmedel till barn upp till 16 år har genomförts under 2013 och 2014. Bakgrunden är ett tillkännagivande från riksdagen (bet. 2004/05:SoU10, rskr. 2004/05:166) om subventionering av speciallivsmedel till barn upp till 16 år. Inventeringen har identifierat ett antal förändringsbehov för att bättre anpassa subventioneringen av speciallivsmedel till barn upp till 16 år till dagens medicinska situation och i högre grad inrikta subventioneringen på de största medicinska behoven. Det är också viktigt att ta tillvara de erfarenheter som finns i landstingen när det gäller subventionering av speciallivsmedel för personer över 16 år. En fortsatt utveckling av området bör enligt regeringen ta sin utgångspunkt i den samlade bild av området som myndigheternas rapporter ger,

snarare än att ensidigt fokusera på de behov som kan finnas av att höja åldersgränsen för den statliga subventioneringen till 18 år. Regeringen anser med detta att riksdagens tillkännagivande (bet. 2004/05:SoU10, rskr. 2004/05:166) är slutbehandlat.

## Sällsynta diagnoser

Sällsynta diagnoser ställer särskilda krav på bl.a. samordning, koordination och informations-spridning. Detta uppmärksammas bl.a. av den nationella funktion som inrättats för ändamålet. Med stöd av riksdagens beslut om beställningsbemyndigande för ändamålet har beslutats om ett fortsatt bidrag till Rett Center vid Jämtlands läns landsting på 7 miljoner kronor per år under 2015 och 2016. Regeringen anser att motsvarande del av riksdagens tillkännagivande (bet. 2013/14:SoU1, rskr. 2013/14:125) med detta är slutbehandlat.

## Stödåtgärder med anledning av narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix

Ett förslag till utformning av statlig ersättning för de barn och unga som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix har tagits fram och remitterats. Resultatet av remissbehandlingen kommer ligga till grund för en proposition under våren 2015. Den nya lagen om ersättning kommer enligt förslaget träda i kraft den 1 juli 2015.

## 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur

### 4.6.1 Ärendet och dess beredning

Statens vård- och omsorgsutredning överlämnade i maj 2012 slutbetänkandet Gör det enklare! (SOU 2012:33). Enligt direktiven (dir. 2011:4) skulle utredningen se över hur staten, genom sina myndigheter, kan verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem. Betänkandet har remissbehandlats.

Den förra regeringen gjorde därefter stegvisa förändringar av myndighetsstrukturen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. De tre första stegen i detta arbete var bildandet av Inspektionen för vård och omsorg, överföring av uppgifter från Apotekens Service AB till E-hälsomyndigheten och att Folkhälsomyndigheten bildades genom övertagande av uppgifter från Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut samt vissa uppgifter från Socialstyrelsen. Därutöver utökades ansvarsområdet för Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) den 1 maj 2014 genom att de uppgifter från Hjälpmedelsinstitutet som bedömdes vara ett fortsatt statligt åtagande inordnades i myndigheten som samtidigt bytte namn till Myndigheten för delaktighet.

Därefter har det inom Socialdepartementet tagits fram en promemoria, En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst (Ds 2014:9). Denna tar upp frågor som effektivisering av den statliga kunskapsstyrningen, myndigheternas samverkan samt renodling av vissa myndigheters uppdrag för att underlätta en effektiv samverkan och minska risken för dubbelarbete.

En sammanfattning av promemorian och promemorians lagförslag finns i bilaga 1. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanser finns i bilaga 1. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr 2014/2639/SAM).

### Lagrådet

Det föreslås ändringar i smittskyddslagen (2004:168) och lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. De föreslagna lagändringarna är författningstekniskt och även i övrigt av sådan beskaffenhet att Lagrådets granskning skulle sakna betydelse. Regeringen har därför inte inhämtat Lagrådets yttrande över lagändringarna.

#### 4.6.2 Inledning – utgångspunkter för förslagen

Regeringen lägger nu fram förslag som syftar till en förbättrad statlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt verksamheter inom läkemedels-, tandvårds- och

folkhälsoområdet. Ytterst syftar förslagen till att stärka förutsättningarna för de lokalt verksamma inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som har i uppdrag att – i dialog med patienter och brukare – ge vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskaper, en evidensbaserad praktik.

Med kunskapsstyrning menas ett system eller processer som syftar till att åstadkomma en evidensbaserad praktik där kvalitetssäkrad kunskap sprids och används samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut. För att kunna åstadkomma ett väl fungerande system för kunskapsstyrning krävs samverkan mellan många aktörer på flera nivåer.

Med en statlig kunskapsstyrning avses de föreskrifter och olika former av kunskapsstöd som statliga myndigheter tar fram och som riktar sig till huvudmän och olika professioner inom verksamheterna.

De förslag som regeringen nu lägger fram avser den statliga kunskapsstyrningen men en effektiv kunskapsstyrning kräver även en fungerande samverkan mellan många aktörer på den nationella, regionala och lokala nivån. Mot den bakgrunden innehåller förslagen formaliserade krav på hur samverkan ska ske mellan myndigheter och huvudmännen som är ansvariga för verksamheterna.

Nyttan av en fungerande kunskapsstyrning uppstår först i mötet mellan olika professioner och patient och brukare. Detta perspektiv på kunskapsstyrning måste vägleda beslutsfattare på alla nivåer i systemet.

Regeringen lägger också fram förslag avseende mer renodlade uppdrag för vissa myndigheter. De syftar främst till en ökad effektivisering och ett minskat dubbelarbete. Regeringen gör bedömningen att tydliga uppdrag också kommer att underlätta för myndigheterna att samverka.

Förslagen grundas i allt väsentligt på innehållet i departementspromemorian En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst (Ds 2014:9). Promemorian har remissbehandlats och fått ett entydigt stöd, se nedan.

Viktiga utgångspunkter för regeringens förslag är följande:

- Kunskapsstyrning är en nyckelfråga för att möta kommande utmaningar inom sektorn och har en nära koppling till samverkan mellan många aktörer. Utformningen av kunskapsstyrningen ska stödja pågående

strategisk utveckling inom sektorn och de initiativ som tagits exempelvis på e-hälsoområdet och i flera överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting.

- Uppdraget till de statliga myndigheter som har centrala roller inom kunskapsstyrning behöver tydliggöras och samverkan mellan myndigheterna behöver formaliseras.
- En statlig kunskapsstyrning och formerna för samverkan måste utgå ifrån rådande ansvarsfördelning mellan staten och kommunsektorn där flera aktörer har olika roller och ansvar. Förtroendevalda som ansvariga för verksamheterna bör ges delaktighet i den statliga kunskapsstyrningen.
- Patienter, brukare och anhöriga är en viktig kunskapskälla för myndigheterna i arbetet med kunskapsstyrning. Därför bör dessa gruppers synpunkter och erfarenheter beaktas av myndigheterna i arbetet med kunskapsstyrning.
- De olika professionernas roll för en evidensbaserad praktik inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst kan inte över-skattas och innebär med nödvändighet att en utvecklad dialog och samverkan mellan professioner och myndigheterna krävs.
- Den statliga kunskapsstyrningen ska utgå ifrån de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmännen har. En behovsanpassad kunskapsstyrning ska ge verksamhets-ansvariga stöd i deras arbete med att implementera en evidensbaserad praktik.
- För att möta patienters och brukares sammansatta behov måste sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst betonas och onödiga gränser mellan verksamheterna tas bort när det gäller kunskapsstyrning. För att kunna bredda analysen av verksamheterna behövs också ett bredare perspektiv för de frågeområden som har starka samband.
- Förslagen följer gällande förvaltningspolitiska riktlinjer avseende styrning och samverkan och ska underlätta en effektiv uppföljning.

#### 4.6.3 Förslag och bedömningar

##### Den statliga kunskapsstyrningen behöver förändras

**Regeringens bedömning:** Syftet med och kraven gällande den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver förtydligas och bör regleras i en särskild förordning. Det behöver tydliggöras att syftet med kunskapsstyrningen är att utgöra ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet.

Myndigheternas arbete med kunskapsstyrningen ska bli behovsanpassat, effektivt och samordnat samt innebära att patienters, brukares och anhörigas erfarenheter och kunskaper tas till vara. Innehållet i den statliga kunskapsstyrningen ska svara mot de olika professionernas krav på adekvata kunskapsstöd inför beslut om behandling och insatser.

Kunskapsstyrningens innehåll behöver breddas och myndigheternas arbete med kunskapsstyrning måste förändras.

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

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser instämmer i promemorians förslag och är positiva till såväl att frågor rörande kunskapsstyrning regleras i en förordning som att kunskapsstyrningens innehåll breddas. *Verket för innovationssystem (Vinnova)* välkomnar särskilt att patienters och brukares erfarenheter ska tas tillvara i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning. Innovation och utveckling ur ett användarperspektiv har stor potential att mer effektivt möta konkreta utvecklingsbehov inom vård- och omsorgssektorn. *Myndigheten för vårdanalys* framhåller att det är viktigt att hela kunskapskedjan fungerar och att det därför är viktigt att regeringen, baserat på den grund som nu läggs, fortsätter arbetet med att stärka och utveckla kunskapsstyrningskedjan. *Umeå universitet* understryker att medan ”traditionell” evidens i stor utsträckning kunnat dokumenteras inom det medicinska området har detta visat sig mycket svårare på det sociala fältet. Det bör enligt universitetet tydliggöras att ”evidens” inte bara omfattar randomiserade studier utan också omfattar ”bästa tillgängliga kunskap” baserad på

kliniska erfarenheter och mer kvalitativa studier som utvecklats inom socialtjänstens område. Ett liknande resonemang förs av *Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum* och *FoU Valfärd* som framhåller vikten av att inkludera ”beprövad erfarenhet” när bedömningar görs av ”bästa tillgängliga kunskap”. Ett flertal remissinstanser, däribland *FoU Valfärd*, betonar även att aktörer på lokal, regional och nationell nivå har ett ansvar för samtliga delar i processen att utveckla och använda kunskap. *Regionförbundet i Uppsala län* lyfter fram vikten av att se att kunskap skapas också på regional och lokal nivå och att regionförbunden har en viktig roll i att stödja samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* instämmer i behovet av en samlad kunskapsyn som utgår från individens behov av helhetssyn och som tydligt pekar på beröringspunkter mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. *Vårdföretagarna* understryker vikten av att stödstrukturerna för en evidensbaserad vård och omsorg utformas så att de omfattar alla utförare på lika villkor, oavsett om de är offentliga eller privata och oavsett ägarskap och storlek eller medlemskap i bransch- eller arbetsgivarorganisation. Bland professionsföreträdare som *Sveriges läkarförbund*, *Svenska Läkarsällskapet* och *Svenska Barnmorskeförbundet* framhålls professionens betydelse för kunskapsstyrningen och de processer där kunskap genereras. *Sveriges Tandläkarförbund* och *Sveriges privattandläkarförening* utgår ifrån att även tandvården inkluderas i de presenterade förslagen. De remissinstanser som representerar patienter och brukare eller personer med funktionsnedsättning välkomnar särskilt att patienters och brukares erfarenheter och kunskaper ska tas tillvara i arbetet med kunskapsstyrning.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen konstaterar att stödet från remissinstanserna är entydigt för bedömningen att kunskapsstyrning är en nyckelfaktor och att en evidensbaserad praktik är en förutsättning för att patienter och brukare ska kunna ges en god vård och insatser av god kvalitet. Flera remissinstanser lyfter också fram forskningens viktiga roll för tillgången till kunskap och att innehållet i begreppet ”evidens” behöver förtydligas i den meningen att ”bästa tillgängliga kunskap” även innehåller kunskap baserad på kliniska erfarenheter eller kvalitativa studier från socialtjänstens område, en uppfattning som regeringen delar.

Det står också klart att ett fungerande samspel mellan kommuner och landsting och den nationella nivån behövs för att stödja arbetet mot en kunskapsbaserad verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och att det krävs förändringar på flera nivåer för att åstadkomma detta. En viktig framgångsfaktor är att det finns en tydlig samsyn mellan olika aktörer om vikten av en kunskapsbaserad verksamhet och en evidensbaserad praktik. Regeringen konstaterar också ett starkt stöd för vikten av att patienters, brukares och anhörigas kunskaper och erfarenheter ska tas tillvara i arbetet med kunskapsstyrning. Flera remissinstanser pekar också på vikten av att den positiva utveckling som sker på regional nivå tas tillvara i arbetet med att utveckla kunskapsstyrningen vilket också är en av regeringens utgångspunkter för de förslag som läggs fram.

Också bedömningen i promemorian avseende vikten av att se sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst får ett entydigt stöd av remissinstanserna. Regeringen delar denna bedömning och den är också utgångspunkt för de förslag som gäller utökade uppdrag till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) samt Myndigheten för vårdanalys, avsnitten Ett breddat uppdrag för SBU samt Ett breddat uppdrag för Myndigheten för vårdanalys. Ett starkt stöd ges också för förslagen att huvudmännen, kommuner och landsting som ansvariga för verksamheten, blir delaktiga i den statliga kunskapsstyrningen. Det finns dock remissinstanser som ställer sig frågande till att förtroendevalda ges en sådan roll.

De steg som regeringen nu tar avser den kunskapsstyrning som de statliga myndigheterna svarar för men för att hela systemet ska kunna fungera väl behövs en välutvecklad samverkan mellan den nationella, regionala och lokala nivån. Denna samverkan tar sin utgångspunkt i det ömsesidiga intresset av att stödja en kunskapsbaserad verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förutsättningarna för de olika professionernas arbete i vardagen behöver svara mot de krav som ställs på en kunskapsbaserad verksamhet. Det kan exempelvis innebära att tid kan avsättas för dokumentation, reflektion och utvärdering som i sin tur kan leda till utveckling av ny kunskap. Mot denna bakgrund är det viktigt att huvudmännen och privata och enskilda verksamhetsansvariga bidrar till goda förutsättningar för att mötet mellan patienter

och brukare och olika professioner leder till beslut om behandling och insatser som grundas på bästa tillgängliga kunskap. Regeringen ser det mot denna bakgrund som viktigt att beslutsfattare på olika nivåer uppmärksammas i ett system för kunskapsstyrning då de kan påverka förutsättningarna lokalt för ett kunskapsbaserat arbetssätt.

Det är på den lokala nivån som nyttan skapas av en evidensbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst. De statliga myndigheterna måste vägledas av det förhållandet och samspela med övriga aktörer för att bidra till en trygg och säker hälso- och sjukvård och socialtjänst.

En kunskapsbaserad verksamhet innebär ett system i ständig utveckling, ny kunskap utvecklas på såväl lokal, regional som på nationell och internationell nivå. Det är därför en utmanande uppgift för statliga myndigheter att finna arbetsformer som kan ta till vara både den kunskap som genereras inom vetenskapssamhället och den som utvecklas inom verksamheter lokalt och regionalt. Regeringen gör bedömningen att detta kräver en utvecklad samverkan med ett stort antal aktörer och att en sådan samverkan behöver formaliseras och ges en tydlig struktur.

### **Myndigheternas arbete med kunskapsstyrning behöver förändras**

Regeringen gör, i likhet med samtliga remissinstanser, bedömningen att den statliga kunskapsstyrningen behöver utvecklas i den riktning som promemorian anger och att syftet och målen behöver klargöras.

Regeringen har därför för avsikt att i en förordning reglera syftet med den statliga kunskapsstyrningen och de krav myndigheterna ska uppfylla samt formerna för vissa myndigheters samverkan sinsemellan och med huvudmännen. Detta mot bakgrund av att de sätt som tidigare använts för att utveckla samverkan mellan myndigheterna, exempelvis bestämmelser i myndigheternas instruktioner och särskilda uppdrag, har visat sig vara otillräckliga.

I en sådan förordning ämnar regeringen klargöra att syftet med den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är att utgöra ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet. Regeringen tydliggör härigenom att det är huvudmännen

som har det fulla ansvaret för verksamheten och att myndigheternas kunskapsstyrning ska utformas på ett sådant sätt att huvudmännens arbete med att implementera en evidensbaserad praktik underlättas. Myndigheterna har således inte själva ett uttalat ansvar för implementering.

Vidare ämnar regeringen klargöra att den statliga kunskapsstyrningen måste vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov som olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. Härigenom tydliggörs vikten av att huvudmän och berörda professioner ges samstämda och koordinerade kunskapsstöd eller föreskrifter vilket är nödvändigt då det är flera myndigheter som ger rekommendationer vilka riktar sig mot samma målgrupp. Syftet är också att kunskapsstyrningen ska kunna tillgodose olika professioners behov av ett aktuellt och adekvat stöd för kunskapsbaserade beslut i vardagen. Detta ställer krav på hur snabbt kunskapsstöd produceras, för vilka områden och på vilket sätt de kommuniceras.

Myndigheterna ska i sitt arbete med kunskapsstyrning också ta tillvara de kunskaper och erfarenheter som patienter, brukare och anhöriga har. Regeringen kommer att reglera detta för att understryka vikten av att detta sker.

Den statliga kunskapsstyrningen ska bidra till att vård och olika insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst vilar på bästa tillgängliga kunskap. Regeringen gör också bedömningen att kunskapsstyrningens innehåll behöver breddas, det finns flera strategiska frågor kring kunskapsutveckling, nyttiggörande av forskning och innovationer m.m. som har en roll i den statliga kunskapsstyrningen. En annan strategisk fråga är de starka sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst som finns och som behöver betonas i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning. Regeringen ser att arbetsformer och innehåll kan utvecklas genom mötet mellan olika, självständiga vetenskapliga traditioner och synsätt och förutsätter att det leder till fruktbart samarbete och breddade perspektiv.

Regeringen gör bedömningen att det både är viktigt och nödvändigt att förändra inriktningen och utformningen av den statliga kunskapsstyrningen och att detta kommer att kräva ett aktivt omställningsarbete i myndigheterna. För myndigheterna innebär kraven på utformningen av olika kunskapsstöd att de kan behöva utföra nya uppgifter eller att de nuvarande uppgifterna kan behöva utföras på nytt sätt. Kraven kan också



innebära att uppgifter som i dag utförs behöver avvecklas.

Regeringen ser också att en förändring av kunskapsstyrningen kommer att kräva ett aktivt arbete i Regeringskansliet avseende en tydligare myndighetsstyrning och en effektiv uppföljning. I detta arbete spelar också de regelbundna mötena som äger rum mellan grupper av myndighetschefer och den politiska ledningen en viktig roll. De förslag som nu presenteras innebär ett första steg i det arbetet men de kommer att följas av flera såsom instruktionsändringar, myndighetsdialoger, särskilda uppdrag m.m. för att säkerställa att kunskapsstyrningen förändras i den nu angivna riktningen.

### Ett kunskapsstyrningsråd och en huvudmannagrupp inrättas

**Regeringens bedömning:** Formerna för vissa myndigheters samverkan med varandra och med huvudmännen när det gäller kunskapsstyrning bör regleras i en förordning och systematiskt följas upp.

Ett kunskapsstyrningsråd bör inrättas där nio myndigheter ingår. En huvudmannagrupp bör inrättas med förtroendevalda från landsting och kommuner.

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

**Remissinstanserna:** Promemorians förslag har överlag fått ett starkt stöd av remissinstanserna. Inrättandet av ett kunskapsstyrningsråd stöds av samtliga myndigheter som föreslås ingå i rådet. *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)* vill framhålla vikten av att forskningens särart och långsiktighet måste beaktas i samarbetet och att myndigheten behåller sin särställning som forskningsfinansierande myndighet. Kravet på tydligare kunskapsstyrning i socialtjänsten är en viktig del i de nya uppdragen. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)* håller med om att en ny struktur behövs då befintliga samarbetsformer inte varit tillräckligt effektiva. *Läkemedelsverket* vill betona vikten av att samverkan mellan berörda myndigheter kommer igång i ett tidigt skede av uppbyggnaden av kunskapsstyrningen. *SBU* framhåller att för att effektivt kunna föra

ut evidensbaserad kunskap krävs även många andra åtgärder, exempelvis har inte alla landsting och kommuner funnit effektiva kanaler för kunskaps-spridningen inom sina ansvarsområden. *Vetenskapsrådet* betonar att även *Vetenskapsrådet* och *Verket för innovationssystem (Vinnova)* är viktiga aktörer vad gäller att skapa bryggor mellan statliga myndigheter och vetenskapssamhället. *Vinnova* bedömer att en ökad nationell samverkan kring kunskapsutveckling och nyttiggörande av forskning och innovationer skulle underlätta innovationsarbetet inom sektorn. Kunskapsstyrningsrådet skulle kunna spela en viktig roll för att identifiera och undanröja hinder för innovation och underlätta en snabbare spridning och nyttiggörande av innovationer i verksamheten. *Myndigheten för vårdanalys* delar bedömningen i promemorian att ett deltagande i rådet inte är förenligt med myndighetens uppgift att effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter. *Myndigheten för delaktighet* anser, i likhet med en rad andra remissinstanser, att myndigheten bör ingå i Kunskapsstyrningsrådet. *Försäkringskassan* anser att hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag inte bör hållas utanför strategier för kunskapsstyrning. *Försäkringskassan* anser att myndigheten som central kunskapsmyndighet inom det försäkringsmedicinska området bör ingå i Kunskapsstyrningsrådet. *Statskontoret* framhåller att det krävs att regeringen tar ett samlat grepp över sin styrning av myndigheterna och preciserar vad dessa ska förväntas åstadkomma. Vidare bör berörda myndigheter överväga hur de kan sprida information och samla erfarenheter via de stödstrukturer för kunskapsutveckling som har byggts upp i länen.

En klar majoritet av remissinstanserna är positiva till att en huvudmannagrupp inrättas. *Skåne läns landsting* anser att tanken med en grupp förtroendevalda är god rent förankringsmässigt och konstaterar att det finns ett medborgarperspektiv i konstruktionen. *Norrbottnens läns landsting* anser att intentionen med att skapa en förbättrad och tydligare kunskapsstyrning genom att etablera former för samspel och dialog mellan huvudmännen och myndigheterna är nödvändig. *SKL* instämmer i bedömningen att formerna för samverkan och dialog mellan myndigheterna och huvudmännen behöver utvecklas men anser att Huvudmannagruppens konstruktion inte avspeglar ett

tillräckligt omfattande mandat från huvudmännen samt att gruppens sammansättning av förtroendevalda saknar representativitet avseende sakkunskap. Samverkan mellan lokal, regional och nationell nivå bör i stället enligt SKL bygga vidare på befintliga strukturer för stöd och dialog. Ett flertal remissinstanser, t.ex. Läke­medelsverket, *Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen*, *Regionsjukvårdsnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen* och *Smittskyddsläkarföreningen* anser att Huvudmannagruppen bör utökas med fler landsting som representerar sjukvårdsregionerna. Ett antal remissinstanser anser att Huvudmannagruppen bör kompletteras med vård­företrädare, olika professioner samt patient- och brukarföreträdare. Andra remissinstanser framhåller att Huvudmannagruppen bör representeras av mer verksamhetsnära tjänstemän i kommuner och landsting. Vidare har ett flertal remissinstanser, exempelvis *Regionsjukvårdsnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen* och *Norrbottnens läns landsting*, tagit upp behovet av att rep­resen­tanterna i Huvudmannagruppen har tillgång till tjänstemannastöd med sakkunskap. Skåne läns landsting och *Regionförbundet i Uppsala län* pekar på att de regionala utvecklingsstrukturerna har en viktig roll att spela i arbetet med kunskapsstyrning och framhåller att det finns behov av en formaliserad kontaktyta gentemot de redan etablerade kunskapsstyrningsstrukturerna ute i landet.

### Skälen för regeringens bedömning

#### *Ett kunskapsstyrningsråd inrättas*

Regeringen kommer att inrätta ett kunskapsstyrningsråd bestående av nio myndigheter med centrala uppgifter för den statliga kunskapsstyrningen. Detta ställningstagande skiljer sig på en punkt från förslaget i promemorian. Regeringen föreslår att Kunskapsstyrningsrådet kompletteras med Myndigheten för delaktighet mot bakgrund av dess kunskapsstyrande uppdrag riktat mot funktionshindersonrådet vilket ett stort antal remissinstanser föreslagit. Övriga myndigheter som kommer att ingå i rådet är: E-hälsomyndigheten, Folkhälso­myndigheten, Forte, Inspektionen för vård och omsorg, Läke­medelsverket, Socialstyrelsen, SBU samt TLV. Dessa åtta myndigheter föreslogs ingå i Kunskapsstyrningsrådet i promemorian

och är alla olika till sin karaktär. Alla har inte kunskapsstyrning som uppdrag men kan generera viktig kunskap genom tillsyn, vara en brygga till forskarsamhället eller ha expertkunskaper på kommunikations- och infrastrukturområdet. Genom sin sammansättning ges rådet och kunskapsstyrningen ett bredare innehåll än den samverkan som tidigare skett inom området. Mot bakgrund av att det är myndighetschefer som ska delta i rådet betonas kunskapsstyrningens strategiska vikt och samverkan mellan myndigheterna kan ges en högre prioritet i respektive organisation.

Detta råd kommer att vara ett strategiskt råd utan operativt ansvar och utan egen beslutsrätt som ger myndigheterna möjligheter att gemensamt diskutera strategiska frågor av betydelse för en effektiv och samstämd statlig kunskapsstyrning. Detta är särskilt viktigt då flera myndigheter ger rekommendationer och kunskapsstöd som riktar sig mot samma målgrupp och för närliggande områden. Exempelvis finns behov av samstämda rekommendationer gällande läke­medelsterapi och annan behandling inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Genom den förordning som kommer att styra myndigheterna som ingår i rådet kommer förutsättningar för en sådan koordinerad kunskapsstyrning att finnas. De förtydligade kraven på samverkan och arbetsformer ökar också möjligheterna för en god uppföljning.

Myndigheterna som deltar i rådet gör detta utifrån det uppdrag regeringen beslutat om. Mandatet för respektive myndighet ändras inte genom deltagande i rådet.

I remissutfallet finns också förslag om att Myndigheten för vårdanalys borde ingå i rådet mot bakgrund av dess fokus på utvärdering ur ett patient- och brukarperspektiv. Regeringen föreslår att myndigheten inte inkluderas i rådet då myndigheten har i uppdrag bl.a. att effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter. Denna bedömning gör också myndigheten själv i sitt remissvar. Utöver dessa myndigheter finns det i remissvaren förslag på att även andra myndigheter borde ingå, bl.a. Statens skolverk, Försäkringskassan, Vinnova och Vetenskapsrådet m.fl.

Regeringen föreslår att rådet inte ska utökas med dessa myndigheter. Remissinstanserna tar upp vikten av samverkan också med strategiska myndigheter som står utanför rådet och som har betydelse för rådets verksamhetsområde. I denna

fråga vill regeringen peka på att Kunskapsstyrningsrådet kan inbjuda andra myndigheter att exempelvis tematiskt belysa olika områden av vikt för kunskapsstyrningen. Det kan exempelvis gälla försäkringsmedicin och rehabilitering, frågor som *Försäkringskassan* lyft i sitt remissvar. *Vinnova* pekar på vikten av samverkan med Forte kring forskningsfrågor tillsammans med Vetenskapsrådet. Resultatet från Myndigheten för vårdanalys utvärderingar kan också ligga till grund för överväganden som gäller kunskapsstyrning. Det bör inte finnas hinder för sådana initiativ.

Genom sin sammansättning finns förutsättningar att bredda innehållet i den statliga kunskapsstyrningen till för sektorn strategiska frågor som det i dag inte finns ett naturligt forum för. Det kan exempelvis röra frågor om tillgång till kunskap från såväl vetenskapssamhället som verksamhetsnära källor, frågor gällande olika professionsutbildningar inom sektorn, nyttiggörande av forskning och innovationer, kommunikationsstrategier och utveckling och användning av webbaserad information, användning av experter, klinisk expertis och olika professioner samt frågor som rör patient- och brukarinflytande. Genom deltagande i Kunskapsstyrningsrådet kan iakttagelser från tillsynen diskuteras utifrån vilka eventuella behov av olika former av kunskapsstöd som kan aktualiseras m.m.

Socialstyrelsens myndighetschef ska leda Kunskapsstyrningsrådets arbete och årligen återrapporera till regeringen.

Några remissinstanser pekar på nödvändigheten av att rådet ges stödresurser. Regeringen ser det som viktigt att styrkan och resurserna i rådet är dess deltagande myndigheter och den kompetens som de besitter. Rådet ska inte självständigt agera eller fatta beslut utan är en strategisk möjlighet för centrala aktörer bland statliga myndigheter att samverka kring olika aspekter på kunskapsstyrning och närliggande frågor. Några remissinstanser, exempelvis *Läkemedelsverket*, ser att nuvarande samverkansorgan bör knytas till rådets arbete medan *TLV* framhåller att nuvarande samverkansorgan bör omprövas eller avvecklas. Dessa samverkansorgan är i dag inte reglerade och regeringen ser det som naturligt att myndigheterna i samband med sitt omställningsarbete till följd av förslagen ser över vilka eventuella beredande samverkansorgan som kan vara lämpliga.

#### *Inrättandet av en huvudmannagrupp*

I promemorian föreslogs också inrättandet av en huvudmannagrupp bestående av ett representativt antal förtroendevalda från landsting och kommuner. Motivet för förslaget var främst att den statliga kunskapsstyrningen och formerna för samverkan måste utgå ifrån den rådande ansvarsfördelningen mellan staten och kommunsektorn där landsting och kommuner har det fulla ansvaret för verksamheten. Med nuvarande processer för statlig kunskapsstyrning finns ingen plats för dem som är ansvariga och som har möjligheter att ta strategiska beslut som kan påverka förutsättningarna för att bedriva en kunskapsbaserad verksamhet. Gruppens sammansättning speglar också vikten av att se sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det finns i dag en tydlig utveckling som leder till ett närmande mellan landsting och kommuner då allt fler samverkansytor utvecklas. Ett sådant exempel är att allt fler kommuner tar över ansvaret för hemsjukvård. Den pågående utvecklingen på regional nivå som rör både hälso- och sjukvård och socialtjänst är viktig att bygga vidare på också när det gäller en fortsatt samverkan kring kunskapsstyrning. Det är också viktigt att den samsyn som finns mellan statliga och kommunala företrädare om vikten av implementeringen av en evidensbaserad praktik blir en stabil grund för samverkan kring denna och som kan utvecklas. Vidare är det viktigt att de goda resultat och erfarenheter som finns från strategiska utvecklingsprojekt och överenskommelser vägs in i det arbetet.

I promemorian beskrevs olika samverkansorgan mellan kommuner, landsting och myndigheter där tjänstemän i nuläget arbetar med frågor som rör kunskapsstyrning. Denna samverkan har ett annat innehåll än det bredare fokus som Huvudmannagruppens inrättande skulle kunna leda till och mandatet ser annorlunda ut. I remissopinionen finns ett starkt stöd för förslaget att förtroendevalda som ansvariga ges delaktighet i den statliga kunskapsstyrningsprocessen men synpunkter finns också på att förtroendevalda inte äger den sakkunskap som krävs och att det är bättre att bygga vidare på de samverkansstrukturer som redan finns.

Regeringen gör bedömningen att Huvudmannagruppen är en viktig markering av rådande ansvarsförhållanden och att det är viktigt att förtroendevalda ges en plats i processen mot bakgrund av att de har en strategisk roll som

beslutsfattare och som därigenom kan påverka förutsättningarna för att arbeta evidensbaserat. Huvudmannagruppens sammansättning är också en markering av att kunskapsstyrning är en nyckelfaktor för att klara de utmaningar som hälso- och sjukvård och socialtjänst står inför, frågor som är strategiska på nationell, regional och lokal nivå. För att underlätta samverkan kring en kunskapsstyrning med ett bredare innehåll kan frågan behöva prioriteras på såväl högsta nivå som på andra, mer lokala nivåer. Regeringen går mot denna bakgrund vidare med promemorians förslag med vissa justeringar vad gäller sammansättningen.

Synpunkter har framförts från några remissinstanser att landstingsrepresentanterna bör utökas till sex för att bättre spegla den regionala sjukvårdsindelningen och universitetsorterna. Mot den bakgrunden ser regeringen att antalet landsting bör utökas till sex representanter vilket är en ändring i förhållande till promemorians förslag. Regeringen ser också att det kan finnas behov av beredande organ och flera remissinstanser har pekat på det naturliga i att bygga vidare på fungerande samverkansstrukturer. Att avgöra vilka beredande organ som kan vara lämpliga är dock främst en fråga för berörda. För att skapa samband mellan Kunskapsstyrningsrådet och Huvudmannagruppen bör Socialstyrelsens generaldirektör vara ordförande i Huvudmannagruppen. Hur Huvudmannagruppen fullföljt sina uppgifter ska återrapporteras till regeringen varje år.

#### Ett mer samordnat föreskriftsarbete

**Regeringens bedömning:** Det bör ställas tydligare krav på att myndigheterna som ingår i Kunskapsstyrningsrådet ska samverka kring föreskriftsfrågor. Föreskrifter som meddelas av E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket bör ges ut i en gemensam författningssamling. Socialstyrelsen bör vara utgivande myndighet för författningssamlingen.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. I pro-

memorian föreslogs att myndigheterna bör ge ut sina föreskrifter i Socialstyrelsens författningssamling.

**Remissinstanserna:** Bland de remissinstanser som företräder huvudmän och olika professioner, exempelvis *Botkyrka kommun*, *Halmstad kommun*, *Kalmar kommun*, *Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen*, *Stockholms läns landsting*, *SKL* och *Sveriges Tandläkarförbund* är remissutfallet entydigt positivt. De myndigheter som kommenterat förslaget är övervägande positiva. Vissa synpunkter finns på hur arbetet kring den gemensamma författningssamlingen ska gå till i praktiken. *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget men anser att gränsdragningen mellan utgivarens ansvar och beslutande myndighets ansvar för innehåll och utformning måste tydliggöras. Detta inte minst mot bakgrund av att utgivarens ansvar, enligt Socialstyrelsen, är personligt. Det administrativa ansvar som åläggs Socialstyrelsen kräver administrativa resurser. Enligt myndigheten bör endast de föreskrifter som är hänförliga till hälso- och sjukvård och socialtjänst ingå i den gemensamma författningssamlingen. Berörda myndigheters författningssamlingar bör därför inte upphöra. *Folkhälsomyndigheten* tillstyrker förslaget men anför att förslaget ställer krav på en delvis ny organisation och nya rutiner främst vid Socialstyrelsen. Det finns risk för långa ledtider vid kungörande av författningar. Ett mer samlande namn på författningssamlingen som bättre beskriver ämnesområdet bör övervägas. *Statskontoret* tillstyrker förslaget och anser att det kan leda till att styrningen inom området blir mer samlad och strategisk. *SBU* anför att en gemensam författningssamling bör underlätta för vården och omsorgen att hitta information på ett ställe. *Läkemedelsverket* avstyrker att Kunskapsstyrningsrådet ska ha en samordnande uppgift vad gäller verkets föreskriftsarbete samt att verkets föreskrifter ska ingå i den gemensamma författningssamlingen. Många av verkets föreskrifter riktar sig huvudsakligen till aktörer som saknar den direkta kopplingen till patienter och hälso- och sjukvården. För dessa är det tydligare och enklare om föreskrifterna även fortsättningsvis ges ut i Läkemedelsverkets egen författningssamling. Behovet av samordning kan tillgodoses genom den befintliga ordningen med remissförfarande. Av liknande uppfattning är *TLV* som anför att *TLV:s* föreskrifter är på ett övergripande plan annorlunda än de övriga myn-

digheternas och bör därför inte ingå i den gemensamma författningssamlingen. Effektiviteten i myndighetens föreskriftsarbete riskerar äventyras på ett sätt som inte kan vägas upp mot några tydliga samordningsvinster. De som tillämpar TLV:s föreskrifter, exempelvis företag inom branscherna för läkemedel, förbrukningsartiklar och apotek, har ingen naturlig koppling till Socialstyrelsen. Det önskade syftet att öka tydligheten kan i stället enligt TLV uppnås genom en samordnad publicering på en webbportal.

**Skälen för regeringens bedömning:** Ur ett verksamhetsperspektiv är det av yttersta vikt att myndigheternas föreskriftsarbete är effektivt så att ändamålsenliga föreskrifter kan meddelas och uppdateras utan långa ledtider. Myndighetsföreskrifterna måste vara samordnade så att de inte ger motstridiga eller otydliga budskap. Detta gäller särskilt när en målgrupp berörs av föreskrifter från flera olika myndigheter. För att underlätta verksamhetsutövarnas praktiska arbete måste föreskrifter kommuniceras på ett lättillgängligt sätt. De ska vara lätta att hitta och det ska gå att få överblick över gällande regelverk.

I dagsläget är det ett flertal myndigheter som meddelar föreskrifter på samma område, ofta riktade mot samma målgrupper. Föreskrifterna publiceras inte på något samlat sätt, i stället kungörs de i myndigheternas respektive författningssamlingar. Mångfalden av föreskrifter riskerar leda till att regelverket uppfattas som krångligt och i värsta fall splittrat och motsägelsefullt. Avsaknaden av en samlad kommunikation leder till svåröverskådlighet.

Regeringen ställer nu i den ovan nämnda förordningen krav på att den statliga kunskapsstyrningen ska vara samordnad och anpassad bl.a. till de behov personal och huvudmän har. Detta gäller även myndigheternas föreskriftsarbete som måste bli mer effektivt och samordnat. Långa ledtider och omständliga processer inom myndigheterna leder till att det praktiska arbetet ute i verksamheterna försvåras, vilket inte är godtagbart. Det är inte heller godtagbart att det finns risk för att myndigheterna meddelar föreskrifter som är motstridiga eller otydliga för att de inte är samordnade i tillräcklig utsträckning.

Ett medel för att uppnå en mer samordnad kunskapsstyrning är att samla myndighetsföreskrifter i en gemensam författningssamling. Att

detta förslag kan underlätta för de som har att tillämpa föreskrifterna framgår av det entydigt positiva remissutfallet från företrädare för huvudmän och olika professioner. Införandet av en gemensam författningssamling medför också att myndigheterna måste samverka kring föreskriftsfrågor. Sådan samverkan måste ske i såväl strategiska frågor på myndighetschefsnivå som i sakfrågor på tjänstemannanivå.

Ett exempel på en strategisk fråga som bör tas upp i Kunskapsstyrningsrådet är att identifiera områden där det finns behov av stöd i form av föreskrifter. Andra exempel är frågor om föreskrifter är den mest lämpliga formen av kunskapsstyrning samt hur myndigheterna kan effektivisera befintliga processer.

Ett antal remissinstanser har uttryckt farhågor om att kravet på samverkan och samordning kommer att leda till en ökad byråkratisering och att ledtiderna för att meddela föreskrifter förlängs. Regeringens syfte med förslaget är att ge förutsättningar för ett mer effektivt föreskriftsarbete. Regeringen anser att det är av vikt att de myndigheter som inte har föreskriftsbemyndigande ges tillfälle att bidra med sin kompetens för att höja kvaliteten på föreskrifterna. Därutöver fyller Kunskapsstyrningsrådet en viktig funktion för informationsutbyte rörande större planerade förändringar i myndigheternas föreskrifter.

Frågor som inte är strategiska, utan som rör exempelvis sakinnehåll, utformning och de närmare samarbetsformerna mellan myndigheterna, hanteras i respektive myndighets organisation. Samordning sker visserligen i viss utsträckning redan i dag på denna nivå genom olika former av remissförfaranden. Genom att lyfta frågor om samverkan kring föreskrifter till en strategisk nivå i Kunskapsstyrningsrådet får dessa en mer framskjuten roll i myndigheternas organisation. Detta ger förutsättningar för att samverka med andra myndigheter prioriteras på ett annat sätt än i dag.

Behovet av samordning ser naturligtvis olika ut beroende på vilken typ av föreskrifter det handlar om. På områden där flera myndigheter har bemyndigande att meddela föreskrifter som riktar sig mot samma målgrupper finns det stort behov av samordning för att undvika motstridigheter och otydliga budskap. Om en myndighet är ensam om att meddela föreskrifter som rör en specifik målgrupp är samordningsbehovet betydligt mindre. Detsamma gäller i situationer där

myndighetens handlingsutrymme är begränsat, exempelvis vid genomförande av vissa EU-direktiv. Även i de fall föreskrifter måste meddelas med kort varsel får kravet på samordning stå tillbaka.

Sättet som föreskrifter kommuniceras på är av yttersta vikt för att inte försvåra verksamhetsutövarnas dagliga arbete. I dagsläget kungör ett flertal myndigheter sina författningar i egna författningssamlingar. Detta kan göra det svåröverskådligt för exempelvis professioner som berörs av regelverk från flera olika myndigheter. Som *Sveriges Tandläkarförbund* framhåller är tillgänglighet, enkel överskådlighet samt tydlig kommunikation av stor vikt, särskilt för de enskilda professionsutövare som inte har en organisation runt sig som levererar information.

Genom införandet av en gemensam författningssamling skapar nu regeringen förutsättningar för att de som föreskrifterna riktar sig till på ett enkelt sätt kan få reda på vilka regler som gäller och därigenom få en helhetsbild av regelverket. De myndigheter som ingår i Kunskapsstyrningsrådet och som har bemyndigande att meddela föreskrifter kommer att kungöra sina föreskrifter i den gemensamma författningssamlingen. Eftersom Rättsmedicinalverket i dag utnyttjar Socialstyrelsens författningssamling kommer även den myndighetens föreskrifter att ingå i den gemensamma författningssamlingen.

I promemorian föreslogs att Socialstyrelsens författningssamling skulle utgöra den gemensamma författningssamlingen. Som ett antal remissinstanser framfört bör den gemensamma författningssamlingen ha ett namn som bättre återspeglar innehållet i denna. Det underlättar också för de målgrupper som inte har någon koppling till just Socialstyrelsen. Därför bör Folkhälsomyndighetens, Läkeemedelsverkets, Socialstyrelsens och TLV:s författningssamlingar upphöra och ersättas av en gemensam författningssamling för hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkeemedel och folkhälsa. Mot bakgrund av regeringens avsikt att låta Socialstyrelsen bli ett nav för kunskapsstyrningen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden (avsnitt Socialstyrelsen – ett nav för den statliga kunskapsstyrningen) bör den myndigheten utge författningssamlingen.

Som ett flertal remissinstanser lyfter fram är det av yttersta vikt att arbetet med den gemensamma författningssamlingen inte leder till förlängda ledtider med att ta fram föreskrifter. Det

är därför viktigt att ansvarsfördelningen mellan den myndighet som beslutar om en föreskrift och Socialstyrelsen som ger ut författningssamlingen upprätthålls. Det är regeringen som bestämmer vilket bemyndigande en myndighet ska ha. En myndighet kan därför inte överpröva en annan myndighets föreskrifter. Socialstyrelsens redaktionella ansvar som utgivande myndighet är därför begränsat till att de formella kraven som bl.a. följer av författningssamlingförordningen (1976:725) är uppfyllda. Den person som är utgivare av författningssamlingen är inte ansvarig utgivare i tryckfrihetsförordningens mening och har inte ett personligt ansvar. Ansvar för sakinnehållet ligger i stället på den myndighet som beslutat om föreskriften i enlighet med det bemyndigande som regeringen gett. Det är även den myndigheten som har tolkningsföreträde om diskussion uppstår ifall en ändring är redaktionell eller saklig.

Även om den gemensamma författningssamlingen skapar en mer heltäckande bild av regelverket kommer den inte att innehålla alla myndighetsföreskrifter som har koppling till hälso- och sjukvårds-, socialtjänst-, läkeemedels- eller folkhälsoområdet. Det kan därför finnas behov av att inom ramen för Kunskapsstyrningsrådet diskutera hur samverkan i föreskriftsfrågor ska ske med andra myndigheter, exempelvis Försäkringskassan.

En förutsättning för att den gemensamma författningssamlingen ska bidra till att regelverket blir mer lättillgängligt är att innehållet kommuniceras på ett användarvänligt sätt. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillgängliggöra författningssamlingen på en webbplats där även allmänna råd, handböcker, vägledningar m.m. samlas. Detta förhindrar inte att även de myndigheter som meddelar föreskrifter publicerar dessa på exempelvis den egna myndighetens hemsida.

Genom att regeringen kommer att ställa krav på årlig rapportering av Kunskapsstyrningsrådets arbete kommer även myndigheternas samverkan kring föreskriftsfrågor att följas upp. Detta kommer även att ingå i uppdraget till Statskontoret (avsnitt Ikraftträdande och genomförandefrågor).

## Socialstyrelsen – ett nav för den statliga kunskapsstyrningen

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsens uppdrag bör renodlas och vidareutvecklas så att myndigheten får en tydlig roll som ett nav för den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samtidigt som myndighetens stabsliknande roll betonas.

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

**Remissinstanserna:** *Socialstyrelsen* välkomnar att myndigheten genom förslagen får en uttalad roll som navet i den statliga kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen instämmer också i promemorians utgångspunkt om kunskapsstyrningens betydelse för att möta framtida utmaningar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen välkomnar också att promemorian utgår från den integrering som utgör grunden för myndighetens organisation. Socialstyrelsen pekar i sitt remissvar på vikten av att genom Kunskapsstyrningsrådet och Huvudmannagruppen skapa effektiva och ändamålsenliga arbetsformer som även inkluderar implementeringsledet i kunskapsstyrningsprocessen. *Statskontoret* för fram i sitt remissvar att myndigheten inte har några invändningar mot att Socialstyrelsen blir ett nav för kunskapsstyrningen, men att det krävs ett aktivt arbete från regeringen och myndighetsledningen om intentionerna med förslaget ska kunna nås. Statskontoret framhåller att det finns behov av att närmare analysera vilka åtgärder som behövs för att Socialstyrelsen ska kunna förändra sina tillvägagångssätt och framöver få effektiva kanaler till huvudmännen och deras verksamheter.

**Skälen för regeringens bedömning:** För att kunskapsstyrningen ska bli effektiv och samordnad finns behov av en myndighet som kan verka som ett nav för kunskapsstyrningen. Regeringen anser att denna aktör bör vara Socialstyrelsen som härigenom ges en delvis förändrad roll.

Regeringen ser att det finns behov av ett omställningsarbete i myndigheten till följd av de förslag som nu läggs fram. Detta gäller särskilt kunskapsstyrningens innehåll och utformning samt formerna för samverkan mellan myndig-

heter och andra aktörer. Denna samverkan kommer också att underlättas av att regeringen gör vissa justeringar av myndighetens uppdrag i syfte att åstadkomma en renodling och ett minskat dubbelarbete, avsnitten Ett breddat uppdrag för SBU samt Ansvar för smittskyddet på nationell nivå samlas på Folkhälsomyndigheten.

### *Socialstyrelsen – nytt uppdrag gällande kunskapsstyrning*

Nuvarande uppdrag innebär att Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för bl.a. hälso- och sjukvård (inkluderande tandvård och vissa läkemedelsfrågor) samt socialtjänst med omfattande normeringsrätt på en rad olika områden.

Under senare år har Socialstyrelsens uppdrag förändrats till följd av den förra regeringens beslut avseende myndighetsstrukturen och detta har på olika sätt påverkat organisationen. Den förra regeringen har vid dessa beslutstillfällen avvaktat med att närmare precisera Socialstyrelsens roll och hänvisat till en mer samlad analys. Myndigheten har dock själv tagit flera initiativ till en fortsatt utveckling av organisationen. Detta gäller också för arbetet med kunskapsstyrning och olika former av kunskapsstöd, däribland de nationella riktlinjerna där olika processer och verksamhetsmodeller tagits fram.

Regeringen avser nu att genom justeringar av Socialstyrelsens uppdrag skapa en tydlig, utvecklingsinriktad kunskapsmyndighet med expertkompetens för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Regeringen ser också att myndighetens stabsliknande roll kan behöva förtydligas.

Genom de förslag som läggs fram gällande kunskapsstyrning så ställs Socialstyrelsen inför nya uppgifter men också inför krav på att nuvarande uppgifter kan behöva utföras på nytt sätt och att tidigare beslutade och tillämpade processer och verksamhetsmodeller behöver omprövas. Detta kan aktualiseras av de krav på kunskapsstyrningen som regeringen avser reglera i en förordning.

Regeringens förslag avseende en samlad kunskapsstyrning betonar vikten av samverkan mellan myndigheter och andra aktörer och myndigheten och dess chef ges härigenom en strategisk roll. Myndighetschefen får genom ordförandeskapet i Kunskapsstyrningsrådet och Huvudmannagruppen nya centrala uppgifter i det myndighetsgemensamma kunskapsstyrningsarbetet vilka bidrar till att synliggöra myndighetens roll som nav i den statliga kunskapsstyrningen.

Uppgiften att vara ett nav tydliggör vikten av samverkan med flera aktörer. En viktig utgångspunkt för denna samverkan bör vara den tydliga samsyn som finns inom sektorn vad gäller vikten av en kunskapsbaserad verksamhet. Detsamma gäller den samsyn som gäller vikten av en evidensbaserad praktik för möjligheterna att kunna erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det blir en viktig uppgift för Socialstyrelsen att tillsammans med övriga myndigheter i Kunskapsstyrningsrådet ge den statliga kunskapsstyrningen ett breddat, mer strategiskt innehåll. En annan viktig uppgift är att utveckla kunskapsstyrningens utformning så att den blir behovsanpassad och kommuniceras på ett effektivt sätt.

Regeringen gör bedömningen att de krav och förtydliganden som regeringen ser behov av att göra kommer att påverka Socialstyrelsens arbete med kunskapsstyrning på flera sätt. Socialstyrelsen har redan genom sitt nuvarande uppdrag möjligheter att arbeta med ett helhetsperspektiv där sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kan lyftas fram i utvärderingar och olika analyser. Regeringen ser det som angeläget att Socialstyrelsen också utvecklar kunskapsstöd som grundas på helhetsbedömningar av kunskapsläget vilka vilar både på en vetenskaplig bas och med verksamhetsnära kunskap från praktik och klinisk erfarenhet. Detta för att ge den beprövade erfarenheten en tydlig roll i arbetet med kunskapsstyrning. Regeringen bedömer att detta förutsätter att myndigheten ges ett tydligare ansvar för att samla in, systematisera och utvärdera den beprövade erfarenheten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Regeringen ser det också som viktigt att Socialstyrelsen kan ta tillvara och väga samman de erfarenheter som vunnits genom olika strategiska utvecklingsinitiativ på bl.a. regional nivå i sitt kunskapsstyrningsarbete.

Socialstyrelsen är en central myndighet för regeringen och det är viktigt att myndigheten kan bistå Regeringskansliet i olika beredningsprocesser med olika typer av kunskapsunderlag och analyser. Regeringen ser att denna stabsliknande roll behöver förtydligas.

Socialstyrelsens nya centrala roll för kunskapsstyrningen förutsätter att myndighetens uppdrag renodlas och utvecklas. Denna renodling berör också arbetet med kunskapsstyrning där det i dag förekommer ett dubbel-

arbete gällande arbetet med att ta fram kunskapsöversikter och faktaunderlag som ligger till grund för olika former av kunskapsstöd. Sådant arbete sker både på Socialstyrelsen men även på SBU. Den renodling som regeringen önskar åstadkomma kommer för Socialstyrelsen att innebära att myndigheten kommer att svara för helhetsbedömningar av möjligheten att utfärda rekommendationer grundade i vad som kan betecknas som bästa tillgängliga kunskap där den vetenskapligt fastställda evidensen kan vara ett bedömningsunderlag bland flera. En följd av regeringens ställningstagande är att ansvaret för att ta fram vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter för både hälso- och sjukvård och socialtjänst samlas på SBU där dessa bedömningar kommer att göras med en sammanhållen metodik, se nedan. Ett annat förslag som syftar till renodling är att ansvaret för smittskyddet på nationell nivå förs till Folkhälsomyndigheten som presenteras i avsnitt nedan. Båda dessa förslag ska leda till att risken för dubbelarbete i myndigheterna minskas. Båda förslagen kommer att leda till att Socialstyrelsens roll som navet i kunskapsstyrningen tydliggörs. Regeringen gör bedömningen att förslagen, i kombination med de förtydliganden som avser utformningen av den statliga kunskapsstyrningen generellt, aktualiserar en omprövning av Socialstyrelsens nuvarande processer och verksamhetsmodeller avseende olika former av kunskapsstöd inkluderande de nationella riktlinjerna.

#### Ett breddat uppdrag för SBU

---

**Regeringens bedömning:** Uppdraget för SBU bör breddas till att även omfatta socialtjänstens område. Myndigheten bör vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för Socialstyrelsens samlade arbete med kunskapsstyrning. Myndigheten bör byta namn till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Nämnden för medicinsk utvärdering bör byta namn till Nämnden för medicinsk och social utvärdering.

---

**Promemorians förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. I promemorian förslags att myndigheten bör byta namn till Statens beredning för social och medi-



cinsk utvärdering samt att Nämnden för medicinsk utvärdering bör byta namn till Nämnden för social och medicinsk utvärdering.

**Remissinstanserna:** SBU instämmer i promemorians förslag och anför att uppdelningen av ansvarsgränserna kommer att effektivisera arbetet och minska risken för att myndigheterna kommer med olika budskap. En tydlig renodling av rollerna underlättar också samverkan. För att undvika risk för sammanblandning med ämnet socialmedicin bör myndighetens nya namn vara Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. *Socialstyrelsen* välkomnar en integrering mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och tillstyrker att SBU får ett breddat uppdrag. Socialstyrelsen avstyrker dock att SBU blir den enda leverantören av vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter. Sådana översikter är ett centralt verktyg i Socialstyrelsens verksamhetsmodell, en sådan metod låter sig inte renodlas i enlighet med promemorians förslag. Myndigheten behöver även framgent ha möjlighet att sammanställa egna vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter och göra beställningar till andra än SBU. Myndigheten behöver också ha möjlighet att uppdatera underlag från SBU. En kunskapsstyrningsprocess där ett antal olika aktörer medverkar medför dubbelarbete och behov av dubbla kompetenser. En uppsplittring av myndigheternas verktyg inom ramen för kunskapsstyrningsprocessen riskerar att försämra Socialstyrelsens möjlighet att ta fram relevanta, snabba och väl underbyggda underlag till nytta för de operativa verksamheterna. *Statskontoret* ser fördelar med att en och samma aktör har ansvaret för att ta fram vetenskapliga kunskapsöversikter inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Det finns dock klara skillnader mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i hur kunskap används och utvecklas. Det behövs därför en närmare analys av vilka förutsättningar SBU har att genomföra utvärderingar inom socialtjänstens områden och vilken kompetens som eventuellt behöver tillföras. *Forté* anser att utvidgningen av SBU:s uppdrag med stor sannolikhet kommer att stärka patient- och brukarperspektivet. *Vetenskapsrådet* anser att förslaget torde bidra till att stimulera forskning inom socialtjänstområdet. Nämndens roll vad gäller att prioritera olika projekt blir dock något oklar. *Umeå universitet* understryker att det har visat sig svårare på det sociala fältet att dokumentera traditionell

”evidens”, delvis på grund av en kortare forskningstradition men också på grund av att kunskapsområdet har en mer komplex karaktär. Det bör tydliggöras att ”evidens” inte bara är kunskap som bygger på randomiserade studier utan också omfattar ”bästa tillgängliga kunskap” baserad på kliniska erfarenheter och mer kvalitativa studier som utvecklats inom socialtjänstens område. Ett antal remissinstanser, bl.a. *Göteborgs kommun*, *Uppsala kommun*, *Västmanlands Kommuner och Landsting* och *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa*, anser att det finns en risk att socialtjänsten kommer hanteras på hälso- och sjukvårdens villkor och framhäver därför att SBU måste arbeta med metoder som är anpassade till socialt arbete. Ett antal remissinstanser, bl.a. *Umeå kommun* och *Vårdföretagarna*, understryker vikten av att kompetens i socialtjänstfrågor tillförs SBU. *Vårdföretagarna* tar även upp att det finns en risk för att Socialstyrelsen och SBU gör olika bedömningar av behov och prioriteringar vilket inte gynnar en effektiv kunskapsstyrning. *FoU Välfärd* anför att Socialstyrelsen med sin kunskap om socialtjänstområdet kan vara en bättre aktör att svara för kunskapsöversikter inom socialtjänstområdet än SBU med sin annorlunda vetenskapliga tradition.

**Skälen för regeringens bedömning:** SBU har med nuvarande uppdrag en strategisk och forskningsnära roll av betydelse för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet. SBU har bl.a. genom regeringsuppdrag kartlagt forskningsläget och identifierat underbeforskade områden.

SBU:s uppdrag är dock begränsat till hälso- och sjukvårdens område. En sådan organisatorisk gräns kan försvåra möjligheten att ta fram kunskapsstöd som kan ge en helhetssyn och som svarar mot de sammansatta behov som patienter och brukare har. Mot bakgrund av detta gör regeringen bedömningen att SBU:s uppdrag bör utökas till att även avse socialtjänsten. En sådan förändring av myndighetens uppdrag bidrar till ett stärkt patient- och brukarperspektiv i den statliga kunskapsstyrningen. Genom att låta SBU utvärdera metoder inom socialtjänsten stärks detta område som i dag till stora delar är underbeforskat och det kan på sikt bli mer forskningsnära.

Promemorians förslag i denna del får ett mycket starkt stöd av remissinstanserna. Ett antal remissinstanser har pekat på skillnaderna i vetenskapliga traditioner mellan hälso- och sjuk-

vård och socialtjänst och att SBU:s arbetssätt måste anpassas till de förhållanden som gäller för socialtjänsten. Vissa remissinstanser har framhållit att det breddade uppdraget innebär att SBU behöver en annan slags kompetens än som finns vid myndigheten i dag.

Regeringen delar uppfattningen som lyfts fram i promemorian och av vissa remissinstanser rörande skillnaderna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst vad gäller vetenskaplig tradition och metodik. Regeringen vill dock betona att sambanden mellan verksamheterna är starka och att SBU redan i dag har erfarenhet av att utvärdera metoder som ligger i gränslandet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Regeringen utgår ifrån att myndigheten kommer att tillämpa metoder som är anpassade till förhållandena inom socialtjänstens område. Vidare instämmer regeringen i bedömningen att SBU kan behöva utöka sin kompetens rörande socialt arbete för att hantera det nya uppdraget och att tillämpa ett bredare evidensbegrepp.

Förändringen innebär också en möjlighet att närma sig en integrering av patient- och brukar-nära synsätt vilken är en del av en internationell utveckling och som bl.a. diskuteras inom ramen för samarbetet inom EU.

I promemorian föreslås att SBU får ett samlat uppdrag för vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter vilket innebär att Socialstyrelsen inte längre ska göra sådana översikter. Socialstyrelsen avstyrker detta och anför i sitt remissvar att de systematiska vetenskapliga kunskapsöversikterna inte kan brytas ut på det sätt som föreslås i promemorian då dessa är en integrerad del av myndighetens kunskapsstyrningsprocesser och verksamhetsmodell. Socialstyrelsen anser därför att myndigheten måste behålla kompetens för att kunna utföra denna uppgift. Vidare anser Socialstyrelsen att en kunskapsstyrningsprocess där ett antal olika aktörer medverkar medför dubbelarbete och behov av dubbla kompetenser.

Regeringen konstaterar att det i dag sker dubbelarbete på Socialstyrelsen och SBU vad gäller vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter. Som anføres ovan gör regeringen bedömningen att den statliga kunskapsstyrningen behöver förändras. Detta medför att myndigheternas nuvarande arbetssätt kommer att påverkas.

Regeringen gör bedömningen att en tydligare gränsdragning mellan Socialstyrelsen och SBU:s uppdrag ger bättre förutsättningar för en väl-

fungerande samverkan mellan myndigheterna och medför att det nuvarande dubbelarbetet kan upphöra. Förändringen innebär en renodling av SBU:s och Socialstyrelsens uppdrag och roller avseende kunskapsstyrning. SBU föreslås vara den myndighet som med utvecklad metodik tar fram vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter och faktaunderlag för att värdera evidensen inom området i fråga. Socialstyrelsens uppgift blir att kunna ge kunskapsstöd och rekommendationer utifrån helhetsbedömningar där även andra bedömningsunderlag än den vetenskapligt fastställda evidensen kan ingå. Med en sådan fördelning av uppgifter åstadkoms en tydlig rollfördelning som innebär att värderingen av evidens hålls åtskild från prioriteringar och utfärdandet av rekommendationer. Härigenom skapas också en hög legitimitet för bedömningsarbetet som syftar till att fastställa evidensen. Att samla uppgiften att göra vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter på en myndighet leder dessutom till en mer samlad utvärderingskompetens och på sikt en mer enhetlig metodik.

SBU kommer även fortsättningsvis att ta fram rapporter, identifiera kunskapsluckor och bedriva en upplysningstjänst, men med ett utökat uppdrag som omfattar socialtjänsten och som kommer att kräva adekvat kompetens och utvecklade arbetsformer.

Som en konsekvens av det breddade uppdraget blir SBU:s nuvarande namn missvisande. Som SBU framför i sitt remissvar kan det i promemorian föreslagna namnet leda till risk för förväxling. Regeringen anser därför att myndighetens nya namn bör vara Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU:s nämnd bör byta namn till Nämnden för medicinsk och social utvärdering.

### Ett breddat uppdrag för Myndigheten för vårdanalys

---

**Regeringens bedömning:** Myndigheten för vårdanalys uppdrag bör utvidgas till att omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Myndigheten bör byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Det rådgivande organet inom myndigheten, Patientrådet, bör byta namn till Patient- och brukarrådet.

---

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

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser som kommenterat detta är positiva. *Myndigheten för vårdanalys* framhåller att många av de problem som patienter och brukare med komplexa behov stöter på handlar om att vård och omsorg är bristfälligt koordinerat. Det är av stor vikt att ett vidgat uppdrag åtföljs av en resurstilldelning som svarar mot den betydande utökningen och höjningen av ambitionsnivån. *Statskontoret* är positivt till att sambandet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst stärks i myndighetens analyser.

**Skälen för regeringens bedömning:** Myndigheten för vårdanalys har i dag till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt i gränssnittet mellan vård och omsorg. Med gränssnittet mellan vård och omsorg avses t.ex. missbruksområdet och kommuners vård av och insatser till äldre.

För att kunskapsstyrningen ska kunna svara mot de sammansatta behov patienter och brukare har måste sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst förstärkas. Formella gränser mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst på myndighetsnivå kan försvåra möjligheterna att ta fram en behovsanpassad kunskapsstyrning som stödjer användandet av adekvata insatser.

Det finns behov av heltäckande analyser som beaktar samtliga faktorer som är relevanta för att huvudmännen ska kunna tillhandahålla en god vård och insatser av god kvalitet. Vidare är brukarperspektivet av betydelse inom all verksamhet som bedrivs inom socialtjänsten. För att insatser som tillhandahålls ska vara effektiva krävs medverkan och delaktighet av den enskilde. Personer som får insatser av socialtjänsten befinner sig ofta i en utsatt situation. En särskild omständighet är att vissa av socialtjänstens insatser vidtas med stöd av olika tvångslagstiftningar. Det finns därför behov av att förhållandena inom hela socialtjänsten följs upp och utvärderas ur ett individperspektiv.

Myndigheten för vårdanalys har en viktig funktion att följa upp och utvärdera verksamheter ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Regeringen bedömer att en breddning av myndighetens uppdrag till att omfatta hela socialtjänsten, dvs. även individ- och

familjeomsorg, inklusive den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, medför en nödvändig förstärkning av patient- och brukarperspektivet i den statliga kunskapsstyrningen.

Myndighetens nuvarande namn blir genom det breddade uppdraget delvis missvisande. Myndigheten bör därför byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vidare bör det rådgivande organet inom myndigheten, Patientrådet, byta namn till Patient- och brukarrådet.

### Ansvar för smittskyddet på nationell nivå samlas på Folkhälsomyndigheten

**Regeringens förslag:** Folkhälsomyndigheten övertar Socialstyrelsens uppgifter enligt smittskyddslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

**Regeringens bedömning:** Folkhälsomyndigheten bör överta Socialstyrelsens uppgift att samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå samt att samordna och övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap. Myndigheten bör även få ett samlat ansvar för normering enligt smittskyddslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag och bedömning. I promemorian föreslås att det utpekade samordningsansvaret i smittskyddslagen (2004:168) tas bort samt att föreskriftsbemyndiganden i smittskyddslagen och lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa ändras på så sätt att dessa bemyndiganden inte omfattar föreskrifter till skydd för enskilda.

**Remissinstanserna:** De remissinstanser som särskilt yttrat sig i denna fråga är positiva till förslaget att föra över ansvaret för Socialstyrelsens nuvarande uppgifter enligt smittskyddslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa till Folkhälsomyndigheten. *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget och bedömer att uppdelningen är logisk och kan bidra till ökad tydlighet och en renodling av de båda myndigheternas uppgifter och roller. *Folkhälsomyndigheten* instämmer i

resonemanget i promemorian kring gränsdragningen avseende ansvar för frågor som avser smittskydd och tillhörande frågor. Det ter sig naturligt att Socialstyrelsen även fortsättningsvis har ansvar för frågor som rör vård och behandling av enskilda individer medan Folkhälsomyndigheten ansvarar för åtgärder som i huvudsak syftar till att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot. Även *Statskontoret*, *Jämtlands läns landsting*, *Smittskyddsläkarföreningen* och *Svenska Läkaresällskapet* ser positivt på att Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet. Statskontoret anser att förslaget innebär att det blir färre överlappande uppgifter mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, vilket tidigare varit ett problem. *Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen* ser positivt på att ansvaret för smittskyddet renodlas till en myndighet, i många fall har det funnits en tendens till dubbelarbete angående hur kunskapsunderlag och rekommendationer inom smittskyddsområdet utformats. Vidare anser bl.a. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Smittskyddsläkarföreningen att ansvarsfördelningen behöver förtydligas vad gäller exempelvis antibiotikaresistens- och vårdhygienfrågor. Statskontoret noterar att det även efter den föreslagna ändringen finns vissa överlappande uppgifter mellan myndigheterna. Det är enligt Statskontoret viktigt att myndigheterna har en gemensam syn på hur roller och ansvarsfördelning ska delas upp. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen bör enligt Statskontoret gemensamt utveckla former för myndigheternas samverkan inom de överlappande områdena. Socialstyrelsen anför att det även fortsättningsvis måste finnas välfungerande strukturer för samverkan mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

Vad gäller förslaget i promemorian att ta bort det reglerade samordningsansvaret från smittskyddslagen ifrågasätts detta av ett flertal remissinstanser såsom *Läkemedelsverket*, *Smittskyddsläkarföreningen* och *Myndigheten för samhällsskydd och beredskap*.

Folkhälsomyndigheten, Smittskyddsläkarföreningen och Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen anser att föreskriftsbemyndigandet i 9 kap. 4 § smittskyddslagen även i fortsättningen bör omfatta föreskrifter till skydd för enskilda.

Ett antal remissinstanser anser att fler uppgifter bör flyttas mellan Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. *Svensk Förening för Vårdhygien* och *Svenska Läkaresällskapet* anser att alla frågor som rör vårdhygien och smittskydd bör samlas på Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsen anser att ansvaret för fysisk lagring av smittskyddsläkemedel borde överföras till Folkhälsomyndigheten.

**Skälen för regeringens förslag och bedömning:** För att samhällets smittskydd ska fungera effektivt ställs höga krav på en välfungerande samverkan. Smittskyddsfrågor är gränsöverskridande både geografiskt och organisatoriskt och kräver därför insatser från en rad olika aktörer på lokal, regional, nationell och internationell nivå. Beslut måste ofta fattas med kort varsel och grundas på kunskap från en rad olika kompetenser. Arbetet med planläggning inför och hantering av samhällskritiska hälsohot som t.ex. pandemier måste ske i samverkan mellan olika statliga myndigheter, kommuner, landsting samt andra offentligt rättsliga och privata aktörer.

För att samverkan ska fungera effektivt krävs att ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna är tydlig. Regleringar som leder till otydligheter, dubbelarbete och ineffektiva arbetsätt måste ses över och ändras. Att myndigheter har så verksamhetslogiska och renodlade uppdrag som möjligt är särskilt viktigt vid en kris-situation då inget tvivel får uppstå om vem som är ansvarig.

Målet med samhällets smittskydd är enligt smittskyddslagen att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar, dvs. alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Bestämmelserna i smittskyddslagen, rörande exempelvis förebyggande åtgärder, utredning av sjukdomsfall, vård och behandling samt smittskyddsläkarens uppgifter, syftar alla till att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Smittskyddsfrågor är dock komplexa. En åtgärd som vidtas med stöd av smittskyddslagen kan även ha andra syften och aktualisera bestämmelser i flera olika regelverk. När exempelvis en smittad patient får behandling sker detta både för att bota den enskilda personen och för att skydda befolkningen mot smittspridning. Vården som ges måste uppfylla kraven på god vård och hög patient-

säkerhet. Den behandlande personalens arbete styrs därför av regler som grundar sig på såväl smittskyddslagen som exempelvis hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

Mot bakgrund av områdets komplexitet ställs det särskilda krav på en tydlig och renodlad ansvarsfördelning på statlig nivå. Ansvarsfördelning regleras i dag bl.a. i smittskyddslagen där det framgår att ansvaret för smittskyddet är delat mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Regeringen anser av flera skäl att denna ansvarsfördelning inte är ändamålsenlig och därför ska ändras. Det finns ett stöd bland berörda professioner och huvudmän för att ansvaret ska samlas på Folkhälsomyndigheten. En sådan lösning skulle enligt regeringen leda till ökad tydlighet gentemot verksamhetsutövarna, effektivare arbetssätt inom myndigheterna och minskad risk för att myndigheterna utför dubbelarbete. Eftersom tillgången till kompetens är begränsad skulle ett samlat ansvar på en myndighet ge bättre förutsättningar att bygga upp en långsiktigt hållbar organisation.

#### *Nuvarande ansvarsfördelning och tidigare reformarbete*

Nuvarande ansvarsfördelning enligt smittskyddslagen och andra berörda författningar bygger på en uppdelning mellan en myndighet som har ansvar för normering och förvaltningsuppgifter, Socialstyrelsen, och en myndighet med mer expertinriktade uppgifter, Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsen har ansvar för samordning av smittskyddet på nationell nivå, myndigheten ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd samt ska följa och vidareutveckla smittskyddet. Socialstyrelsen fattar även vissa förvaltningsbeslut med stöd av lagen. Genom smittskyddförordningen (2004:255) har myndigheten getts bemyndigande att meddela föreskrifter, ansvar för vissa förvaltningsuppgifter samt ansvar för vissa uppgifter rörande de nationella vaccinationsprogrammen. Vidare har myndigheten som instruktionsenlig uppgift bl.a. att samordna och övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap samt ansvar för vissa uppgifter enligt olika EU-rättsakter.

Socialstyrelsen är även nationell kontaktpunkt enligt Världshälsoorganisationens (WHO) internationella hälsoreglemente enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot

mot människors hälsa. Vidare har myndigheten enligt förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa bemyndigande att meddela föreskrifter och fatta vissa förvaltningsbeslut på området.

Den huvudsakliga expertkunskapen om smittsamma sjukdomar och hur de sprids finns dock på Folkhälsomyndigheten. Denna myndighet ska enligt smittskyddslagen som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt samt föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt. Myndigheten ska även ta emot anmälningar om misstänkta eller konstaterade fall av vissa anmälningspliktiga sjukdomar. Myndigheten har vidare enligt sin instruktion bl.a. ansvar för uppgifter som rör antibiotikaresistens och vårdhygien, för laboratorieberedskap och diagnostisk beredskap samt för vissa uppgifter som grundas på olika EU-rättsakter.

Nuvarande ansvarsfördelning i smittskyddslagen och andra styrinstrument avspeglar hur myndighetsstrukturen tidigare har sett ut. Socialstyrelsen var genom sitt vida uppdrag som inkluderade föreskriftsrätt och tillsynsansvar den självklara förvaltningsmyndigheten för smittskyddet jämfört med Smittskyddsinstitutet som hade en tydlig roll som expertmyndighet.

En förändring som nu i grunden ändrat Socialstyrelsens uppdrag är att Inspektionen för vård och omsorg har tagit över Socialstyrelsens tillsynsansvar. Vidare har Smittskyddsinstitutet slagits ihop med Statens folkhälsoinstitut genom bildandet av Folkhälsomyndigheten. Denna myndighet har fått ett mycket bredare uppdrag än vad Smittskyddsinstitutet hade med ansvar bl.a. för olika förvaltningsuppgifter och för att meddela föreskrifter inom vissa områden.

#### *Ett effektivt smittskydd kräver en renodlad ansvarsfördelning*

Regeringen anser att den nuvarande ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten inte är ändamålsenlig. Ett avgörande skäl för denna bedömning är att ansvarsfördelningen uppfattas som otydlig ur ett verksamhetsperspektiv. I remissvar både över förslaget att bilda Folkhälsomyndigheten och över nu aktuellt förslag finns det en entydig uppfattning bland olika professionsföreträdare och huvudmän att ansvaret för smittskyddet bör flyttas från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten. Enligt denna remissopinion skulle

en sådan förändring leda till en tydligare ansvarsfördelning, ge samordningsvinster, minska gränsdragningsproblematik samt underlätta samverkan för huvudmännen.

Utöver detta anser regeringen att nuvarande ansvarsfördelning leder till ineffektiva arbetssätt och stor risk för dubbelarbete. Socialstyrelsen har ett övergripande ansvar på myndighetsnivå för det nationella smittskyddet men det är Folkhälsomyndigheten som har i uppgift att genom sjukdomsövervakning och diagnostik ta fram ny kunskap som sedan ska ligga till grund för Socialstyrelsens beslut att exempelvis ta fram föreskrifter eller rådgivande information. Folkhälsomyndigheten är utpekad expertmyndighet och utför i praktiken viktiga delar av det arbete som är nödvändigt för att upprätthålla ett fungerande smittskydd. Socialstyrelsen är således i många fall beroende av underlag från Folkhälsomyndigheten för att kunna fullgöra sina uppgifter.

Vidare innebär ansvarsfördelningen att myndigheterna behöver tillgång till liknande kompetenser för att fullgöra sina uppgifter. Socialstyrelsen måste exempelvis ha personal med liknande kompetens som finns på Folkhälsomyndigheten för att kunna beställa och använda underlag från Folkhälsomyndigheten. Det är dock förenat med svårigheter att bygga upp långsiktigt hållbara organisationer på två myndigheter eftersom tillgången till relevant kompetens är begränsad.

På smittskyddsområdet måste beslut ofta tas med kort varsel och information måste kommuniceras på ett samordnat och effektivt sätt. Mot bakgrund av detta anser regeringen att de nackdelar nuvarande ansvarsfördelning på myndighetsnivå medför inte är godtagbara. Särskilt allvarligt är det om verksamhetsutövarna uppfattar att deras smittskyddsarbete försvåras på grund av ansvarsfördelningen.

Som anges ovan har myndighetsstrukturen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område genomgått stora förändringar. Till skillnad från Smittskyddsinstitutet har Folkhälsomyndigheten erfarenhet av föreskriftsarbete, bl.a. har myndigheten bemyndigande att meddela föreskrifter med stöd av alkoholförordningen (2010:1636) och tobaksförordningen (2001:301). Vidare ansvarar myndigheten redan i dag för olika förvaltningsuppgifter inom folkhälsoområdet.

Folkhälsomyndigheten har således kapacitet både att ansvara för expertkunskap och för normering och förvaltningsuppgifter inom smittskyddet. Regeringen anser därför att Folkhälsomyndigheten ska få ett samlat ansvar för smittskyddet på nationell nivå.

Genom att samla smittskyddsfrågorna på Folkhälsomyndigheten skapar regeringen en ansvarsfördelning som ger bättre förutsättningar för ett effektivt nationellt smittskyddsarbete. Den föreslagna förändringen bidrar även till att underlätta myndigheternas arbete med att förändra kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsens uppdrag renodlas och myndigheten ges bättre förutsättningar att hantera det delvis nya ansvaret att vara ett nav för den statliga kunskapsstyrningen (avsnitt Socialstyrelsen – ett nav för den statliga kunskapsstyrningen).

#### *Den nya ansvarsfördelningen mellan Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen*

Förslaget innebär att regeringen samlar det statliga myndighetsansvaret för uppgifter som följer av smittskyddslagen på Folkhälsomyndigheten. Myndigheten tar således över Socialstyrelsens nuvarande uppgifter enligt smittskyddslagen. Regeringen har för avsikt att göra motsvarande förändringar i smittskyddförordningen och vissa andra berörda förordningar. Detta innebär att Folkhälsomyndigheten kommer att få bemyndigande att meddela föreskrifter och ansvara för vissa förvaltningsuppgifter inom smittskyddsområdet. Som en följd av ansvarsprincipen kommer Folkhälsomyndigheten även att ansvara för planering och uppföljning av smittskyddets beredskap. Även uppgifter som finns i EU-rättsakter rörande samarbete inom området hälsohot blir Folkhälsomyndighetens ansvar.

Som en konsekvens av denna förändring finner regeringen skäl att göra motsvarande ändring i lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Denna lag syftar till att skydda mot internationella hot mot människors hälsa, dvs. risk för att smittämnen eller andra ämnen som utgör eller kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder. Det finns sålunda en nära koppling mellan denna lag och smittskyddslagen.

Förslaget i denna del innebär att Folkhälsomyndigheten blir nationell kontaktpunkt enligt det internationella hälsoreglementet. Myndig-

heten ansvarar för att ta emot och vidarebefordra information om misstänkta internationella hot mot människors hälsa, både gentemot berörda myndigheter, kommuner och landsting och gentemot WHO. Vidare får Folkhälsomyndigheten ansvar för vissa förvaltningsuppgifter enligt lagen. Regeringen har för avsikt att göra motsvarande ändring i förordningen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Detta medför bl.a. att Folkhälsomyndigheten får bemyndigande att meddela föreskrifter på området.

Några remissinstanser har ifrågasatt den i promemorian föreslagna principiella grunden för ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Regeringen har för avsikt att åstadkomma en principiell skiljelinje mellan myndigheternas roller och ansvar som är tydlig för såväl allmänheten som verksamhetsansvariga. Folkhälsomyndigheten ska i huvudsak ansvara för folkhälsofrågor där befolkningskydd mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot ingår som en del. Socialstyrelsen ska i huvudsak ha ansvar för frågor som rör vård och behandling av samt insatser till individer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. I detta ingår exempelvis ansvar för patientsäkerhetsfrågor enligt patientsäkerhetslagen och innehållet i god vård-begreppet enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Syftet med smittskyddslagen är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Det ligger i linje med regeringens principiella grund för ansvarsfördelningen mellan myndigheterna att Folkhälsomyndigheten ansvarar för åtgärder som vidtas med stöd av denna lag. Denna lag innehåller bestämmelser om både individinriktat och befolkningskyddsriktat smittskyddsarbete. Exempelvis finns bestämmelser om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning eller att den som bär på en allmänfarlig sjukdom ska erbjudas vård och behandling. Samtidigt finns mer generella bestämmelser om exempelvis smittskyddsläkarens ansvar. Oavsett vem åtgärden riktar sig mot är dock syftet med åtgärder som vidtas med stöd av smittskyddslagen detsamma, dvs. att förhindra eller minska risken för smittspridning.

Förslaget innebär således att Folkhälsomyndigheten blir ansvarig myndighet för åtgärder som regleras i smittskyddslagen, oavsett om dessa riktar sig mot en mer obestämd krets

eller enskilda individer. De myndighetsföreskrifter som behövs för att komplettera smittskyddslagen och smittskyddförordningen ska genom bemyndiganden i dessa författningar utslutande meddelas av Folkhälsomyndigheten.

Regeringen avser inte att minska eller ändra det ansvar som Socialstyrelsen har i dag med stöd av patientsäkerhetslagen, hälso- och sjukvårdslagen eller på områden såsom blodsäkerhet, hälsoundersökning av asylsökande eller sprututbytesverksamhet. Det är Socialstyrelsen som ansvarar för att exempelvis meddela de föreskrifter som krävs vad gäller behörighetsfrågor, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete eller frågor om god vård.

Däremot kan vissa likartade frågor aktualiseras både i smittskyddsarbetet och i patientsäkerhetsarbetet. Exempelvis finns det en påtaglig smittskyddsaspekt vad gäller antibiotikaresistens på så sätt att åtgärder måste vidtas exempelvis i syfte att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier i det civila samhället. Sådana åtgärder regleras även fortsättningsvis i smittskyddslagen och faller under Folkhälsomyndighetens ansvar. Samtidigt aktualiseras frågor om antibiotikaresistens i patientsäkerhetsarbetet i syfte att förhindra att en enskild patient blir smittad av sådana bakterier, dvs. får en vårdskada. Åtgärder som vidtas i detta sammanhang regleras i patientsäkerhetslagen som en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete, vilket är Socialstyrelsens kompetensområde.

Även vad gäller vårdrelaterade infektioner finns två olika aspekter. Frågor om god hygienisk standard regleras i hälso- och sjukvårdslagen som en del av begreppet god vård. Samtidigt är god hygienisk standard en förutsättning för att förhindra smittspridning. För att förhindra vårdrelaterade infektioner måste systematiska preventiva åtgärder vidtas vilket sker inom ramen för smittskyddslagen. Det praktiska allmänpreventiva arbetet inom landstingen ställer således krav på tillgång till kompetens inom både smittskydd och vårdhygien. Exempelvis ingår det i smittskyddsläkarens uppgifter enligt smittskyddslagen att följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, dvs. agera ifall det finns tecken på bristande vårdhygieniska rutiner. I praktiken måste således smittskyddsläkarna och landstingens vårdhygieniska enheter ha ett nära sam-

arbete när de utför uppgifter som vilar på smittskyddslagen.

På myndighetsnivå är det Folkhälsomyndigheten som, utifrån det ansvar som följer av smittskyddslagen, ansvarar för frågor om hur smittspridning i befolkningen kan förhindras. Vad gäller vårdrelaterade infektioner har myndigheten ansvar för kunskapsstöd och föreskrifter i den utsträckning som behövs för att undvika smittspridning. Frågor om vad som är god vård i samband med individinriktade direkta åtgärder samt hur en hög patientsäkerhet ska tillförsäkras faller även fortsättningsvis under Socialstyrelsens ansvar i enlighet med det ansvar som myndigheten har enligt hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och andra relevanta författningar.

#### *Särskilt om Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens normgivningsbemyndiganden*

I promemorian föreslogs att Folkhälsomyndigheten inte ska kunna ges bemyndigande att meddela föreskrifter till skydd för enskilda. Det föreslogs därför att 9 kap. 4 § smittskyddslagen och 30 § lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa ska ändras på så sätt att ledet ”till skydd för enskilda” tas bort.

Några remissinstanser har ifrågasatt detta förslag. *Smittskyddsläkarföreningen* och *Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen* befarar att förändringen i onödan försvårar Folkhälsomyndighetens arbete. *Folkhälsomyndigheten* anför att uttrycket till skydd för enskilda, när det används på smittskyddsområdet, innehållsmässigt och språkligt ska läsas ihop med bemyndigandetexten i övrigt. I vart fall förutsätter Folkhälsomyndigheten att bemyndigandets räckvidd på smittskyddsområdet inte reduceras i förhållande till vad som gäller för Socialstyrelsen i dag.

Regeringen anser att det är av största vikt att gränsen mellan Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens föreskriftsbemyndigande är tydlig. Som anges ovan finns det ett antal frågor som måste hanteras både inom ramen för smittskyddsarbetet och för patientsäkerhetsarbetet, exempelvis antibiotikaresistens. Folkhälsomyndighetens ansvar begränsar sig till att målet med smittskyddet enligt smittskyddslagen uppnås, dvs. att samhällets smittskydd tillgodoser befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. För att uppnå detta mål kan det finnas behov av att meddela föreskrifter

som även rör skydd för enskilda. Regeringen anser i likhet med remissinstanserna att Folkhälsomyndighetens föreskriftsbemyndigande inte bör begränsas i förhållande till det bemyndigande Socialstyrelsen har i dag med stöd av smittskyddslagen. Genom att behålla möjligheten att meddela föreskrifter till skydd för enskilda ges Folkhälsomyndigheten möjlighet att meddela ändamålsenliga föreskrifter.

Regeringens avsikt är att föreskrifter som grundar sig på bemyndiganden i smittskyddslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa i fortsättningen ska meddelas av Folkhälsomyndigheten. Detta innebär inte att de bemyndiganden som Socialstyrelsen har i dag och som grundas på andra lagar såsom patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen kommer att begränsas.

För Socialstyrelsens del innebär således förändringen att myndigheten inte längre meddelar föreskrifter med stöd av smittskyddsförordningen, förordningen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa samt ett fåtal andra förordningar som tas upp i promemorian.

Eftersom smittskyddsområdet är komplext och har nära samband med områden som Socialstyrelsen ansvarar för finns det behov av ett välfungerande samarbete mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Detta gäller inte minst myndigheternas föreskriftsarbete. Exempelvis finns det behov av att se över Socialstyrelsens föreskrifter som grundar sig på föreskriftsbemyndiganden i smittskyddslagen. Regeringens förslag innebär att det kan finnas behov av justeringar i dessa föreskrifter eller av att Folkhälsomyndigheten meddelar nya föreskrifter.

Myndigheternas föreskriftsarbete måste vara samordnat, effektivt och fokusera på tydlighet gentemot verksamhetsföreträdarna. Regeringen kommer genom inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet skapa en plattform där sådana samverkansfrågor kan diskuteras på strategisk nivå. Vikten av att samverka mellan myndigheterna fungerar betonas även genom de krav regeringen ställer i den nya förordningen om statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Regeringen anser att vissa bestämmelser i smittskyddslagen ska moderniseras på så sätt att det inte i lagen utpekats till vilken myndighet regeringen kan delegera föreskriftsrätt. Det-



samma gäller bestämmelsen i 8 kap. 7 § smittskyddslagen som rör uppgiften att förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten i mål om isolering.

#### *Behovet av ett utpekat samordningsansvar*

I promemorian föreslogs att det uttryckliga ansvaret för samordning av smittskyddet på nationell nivå i 1 kap. 7 § smittskyddslagen ska tas bort. Ett antal remissinstanser har rest invändningar mot detta förslag. Bland annat anför *Smittskyddsläkarföreningen* att det, sett från ett praktiskt smittskyddsarbete i vardagen, finns ett stort behov av ett samordningsansvar. När tecken uppträder på att ett smittämne spritts till flera landsting finns behov av att Folkhälsomyndigheten kan initiera de åtgärder som behövs för att hitta smittkällan och samordna landstingens arbete i detta. *Myndigheten för samhällsskydd och beredskap* anför att eftersom det är många aktörer på flera nivåer som berörs av smittskyddsåtgärder är det en stor fördel om det är klart utpekat vilken aktör som ska vara samordnande och ha en helhetssyn för frågorna. Ett utpekat samordningsansvar minskar risken för att problem som inte tydligt ingår i någon enskild aktörs ansvar inte tas omhand.

Regeringen anser att det i och med att Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet faller sig naturligt att det är denna myndighet som har det övergripande ansvaret på nationell nivå. Behovet av ett uttryckligt reglerat samordningsansvar har därför minskat. Begreppet samordningsansvar är dessutom inte komplikationsfritt. Det är svårt att definiera och kan leda till uppfattningen att det innefattar bestämmanderätt över andra aktörer, vilket inte är fallet.

Å andra sidan instämmer regeringen i bedömningen att det i krissituationer inte får råda tveksamhet om vilken myndighet som har ansvar för att vidta åtgärder. Med hänsyn till att smittutbrott ofta berör flera landsting och därmed involverar ett flertal smittskyddsläkare kan det ur verksamhetsutövarnas perspektiv vara en fördel med ett tydligt utpekat samordningsansvar på nationell nivå. Regeringen finner därför att övervägande skäl talar för att det reglerade samordningsansvaret i smittskyddslagen ska kvarstå men flyttas över till Folkhälsomyndigheten.

#### *Särskilt om beredskapsfrågor*

Ett område där det oavsett vald ansvarsfördelning kommer att uppstå gränssytor mellan myndigheternas ansvar är beredskapen inför olika typer av hälsohot, exempelvis pandemier. Här finns beröringsytor mellan smittskyddets beredskap och hälso- och sjukvårdens beredskap. Därför är det av yttersta vikt att ansvarsfördelningen är tydlig så att det inte i en krissituation uppstår tveksamheter om vilket uppdrag respektive myndighet har.

Utgångspunkten för arbetet med samhällets beredskap är ansvarsprincipen, dvs. den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar under kris- och krigssituationer. Ansvarsprincipen innebär också ett ansvar för varje aktör att samverka med andra.

Folkhälsomyndigheten är den myndighet som tar emot anmälningar om misstänkta eller konstaterade fall av vissa smittsamma sjukdomar. Myndigheten ska bli nationell kontaktpunkt enligt det internationella hälsoreglementet. Myndigheten ska även upprätthålla de uppgifter om bl. a. information och samarbete som grundas på olika EU-rättsakter. Det är således den myndigheten som först blir varse att en hälsohotsrelaterad krissituation har uppstått eller kan komma att uppstå. Myndigheten kommer ha kompetens att bedöma om det föreligger en krissituation samt ha tillgång till de bemyndiganden som krävs för att vidta nödvändiga åtgärder för att förebygga eller begränsa smittspridningen. Ansvaret för att därefter hantera andra effekter i samhället av en pandemi eller andra hälsohot faller på ett flertal olika aktörer som statliga myndigheter, kommuner och landsting m.fl.

Planeringen av smittskyddets beredskap måste således ske i samverkan med berörda aktörer. Genom att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen underlättas denna samverkan. Tydligheten ökar också för berörda professioner.

Som en följd av att ansvaret för smittskyddet samlas på Folkhälsomyndigheten blir den myndigheten enligt ansvarsprincipen även ansvarig för smittskyddets beredskap, dvs. krisberedskapen i de frågor som faller under smittskyddslagen. Detta inkluderar ansvar för att utveckla och samordna planläggningen av beredskapen samt för de insatser som syftar till att förebygga eller begränsa smittspridning. An-

svaret för krisberedskapen rörande frågor som aktualiseras inom hälso- och sjukvårdsområdet bör ligga på Socialstyrelsen i dess egenskap av förvaltningsmyndighet för det området.

*Socialstyrelsen* har i sitt remissvar föreslagit att ansvaret för fysisk lagerhållning av smittskydds-läkemedel borde föras över till Folkhälsomyndigheten. Regeringen bedömer att en konsekvens av tillämpningen av ansvarsprincipen är att Folkhälsomyndigheten kommer att få ett större ansvar för att samordna förberedelserna för försörjning av läkemedel inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar. Som en följd av detta avser regeringen förtydliga att ansvaret för att, i vissa situationer och på regeringens uppdrag, samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar bör övergå till Folkhälsomyndigheten.

#### En effektivare organisation för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

---

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsen bör bli värmyndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

---

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

**Remissinstanserna:** Majoriteten av de remissinstanser som har yttrat sig över denna fråga är positiva, dessa är bl.a. *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)*, *Socialstyrelsen*, *Kammarkollegiet* och *Statskontoret*. Eftersom Socialstyrelsen inte längre är tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården ser Statskontoret inga hinder mot att Socialstyrelsen blir värmyndighet. *Svenska läkaresällskapet*, *Patientnämnden i Stockholms län* och *Vårdförbundet* anser att det inte är lämpligt att låta Socialstyrelsen vara värmyndighet eftersom Socialstyrelsen meddelar föreskrifter för hälso- och sjukvården.

**Skälen för regeringens bedömning:** Sedan den 1 juli 2011 är HSAN en nämndmyndighet med Kammarkollegiet som värmyndighet. Kammarkollegiet utför enligt HSAN:s instruktion administrativa och handläggande uppgifter åt nämnden. Den personal som arbetar med HSAN:s ärenden är således anställd vid Kammarkollegiet.

Bakgrunden till denna organisatoriska lösning är att HSAN:s uppdrag ändrades 2011 på så sätt att nämnden inte längre skulle pröva frågor om disciplinpåföljd. I och med detta blev HSAN en liten myndighet med ett fåtal anställda. Den förra regeringen fann att HSAN borde finnas kvar som en självständig myndighet men organiseras ihop med en värmyndighet. Socialstyrelsen bedömdes inte vara en lämplig värmyndighet eftersom myndigheten ansvarade för tillsyn samt för föreskrifter som låg till grund för HSAN:s prövning. Den förra regeringen beslutade därför att låta Kammarkollegiet bli värmyndighet för HSAN.

Regeringen har nu för avsikt att låta Socialstyrelsen bli värmyndighet för HSAN i stället för Kammarkollegiet. Skälen till detta är att de ärenden som HSAN ansvarar för ställer krav på en handläggarorganisation som har kompetens inom exempelvis medicin, juridik och omvårdnad. Ärendemängden är förhållandevis begränsad vilket innebär att det för närvarande är svårt att vid behov av specialistkompetens anlita lämpliga medicinska bedömare. Regeringen anser att det bör finnas personal vid värmyndigheten som är väl insatt i frågor som rör förutsättningarna för innehav av legitimation att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården. Denna kompetens finns i dag på Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen är inte längre tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården och alltså inte part i de ärenden som HSAN handlägger. Det är i stället Inspektionen för vård och omsorg som anmäler ärenden om prövotid, återkallelse av legitimation eller annan behörighet samt begränsning av forskrivningsrätt till HSAN. Någon förändring av nämndens konstruktion som en fristående myndighet är inte avsedd. Socialstyrelsen har fortfarande föreskriftsbemyndigande men myndigheten är helt skild från beslutsfattandet som HSAN ansvarar för. Socialstyrelsen ska inte heller ha något inflytande över nämnden som sådan.

Att den handläggande personalen är anställd av Socialstyrelsen bör inte, mot bakgrund av den i detta sammanhang tydliga ansvarsfördelningen mellan HSAN, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg, vara en sådan omständighet som är ägnad att rubba förtroendet för HSAN:s oberoende. Det kan även tilläggas att rättegångsbalkens regler om jäv mot domare även i fortsättningen kommer att tillämpas för den som handlägger ärenden i ansvarsnämnden.

#### 4.6.4 Ikraftträdande- och genomförandefrågor

**Regeringens förslag:** De föreslagna lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2015.

**Regeringens bedömning:** Kostnaderna för ett genomförande av förslagen kommer att rymmas inom befintliga ramar.

Regeringen kommer att ge Statskontoret i uppdrag att följa och utvärdera de förändringar avseende kunskapsstyrning och samverkan som föreslås samt redovisa eventuella besparingsmöjligheter till följd av föreslagna förändringar.

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

**Remissinstanserna:** Ett fåtal remissinstanser har kommenterat ikraftträdandet. *Läkemedelsverket* framhåller att tiden för att genomföra förändringarna är kort och anser att det är viktigt att samverkan kommer i gång tidigt mellan de berörda myndigheterna i uppstarten av Kunskapsstyrningsrådet.

Beträffande kostnaderna för förslagen har flera remissinstanser påpekat att promemorian inte konkret redovisade finansieringen av förslagen. *Statskontoret* tar exempelvis upp att det inte redovisas hur Myndigheten för vårdanalys breddade uppdrag ska finansieras. *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)* pekar på vikten av tillskott av resurser som motsvarar myndighetens nya uppdrag, *Socialstyrelsen* tar också upp resursfrågan och anför att de nya uppgifter myndigheten får kräver resurstillskott, exempelvis för att hantera den gemensamma författningssamlingen.

Förslaget att ge Statskontoret i uppdrag att följa och utvärdera förslagen har fått ett brett stöd. *Statskontoret* ställer sig positivt till förslaget. *E-hälsomyndigheten* anser att uppdraget också bör inkludera möjligheten att vid behov föreslå förändringar. *Myndigheten för vårdanalys* avstyrker förslaget och anför att uppdraget bör ges till den egna myndigheten då det rimmar väl med kompetensområdet.

**Skälen för regeringens förslag och bedömning:** I promemorian redovisades bakgrunden till den föreslagna tidplanen för ikraftträdande som innebär att samtliga föreslagna förändringar planeras träda i kraft den 1 juli 2015. Några av förändringarna är riksdags-

bundna och förslagen föranleder anslagsförändringar vilka ska riksdagsbehandlas. Regeringen gör ingen annan bedömning beträffande ikraftträdandet än den som redovisats i promemorian, den 1 juli 2015.

Regeringen gör bedömningen att förändringarna inte föranleder några ökade kostnader utan kan finansieras inom ram. Mot bakgrund av förslaget att samla ansvaret för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter avseende både hälso- och sjukvård och socialtjänst på SBU föreslås 6,5 miljoner kronor för 2015 (halvårseffekt) flyttas från Socialstyrelsen till SBU. Från och med 2016 flyttas 13 miljoner kronor per år för samma ändamål. Med anledning av förslaget om en överflyttning av smittskyddsfrågorna till Folkhälsomyndigheten föreslås 5,25 miljoner kronor flyttas från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten för 2015 (halvårseffekt). Från och med 2016 flyttas 10,5 miljoner kronor per år för samma ändamål. Mot bakgrund av förslaget att Socialstyrelsen ska ta över uppgiften från Kammarkollegiet att vara värmyndighet för HSAN flyttas 2,5 miljoner kronor (halvårseffekt) från Kammarkollegiet till Socialstyrelsen för 2015. Från och med 2016 flyttas 5 miljoner kronor per år för samma ändamål. Medel motsvarande 2 miljoner kronor 2015 (halvårseffekt) kommer också att tillföras Myndigheten för vårdanalys för det tillkommande uppdraget avseende socialtjänsten. För 2016 och framåt tillförs myndigheten 4 miljoner kronor per år för samma ändamål.

Berörda myndigheter kommer att ges i uppdrag att överföra respektive inordna uppgifter från/i respektive myndighet. Vid genomförandet av uppdragen ska myndigheterna beakta 6 b § lagen (1982:80) om anställningsskydd. Vilka konsekvenser förändringarna kommer att få för personalen är för närvarande svåra att överblicka.

Som en följd av myndigheternas ändrade uppdrag och namn samt en ny förordning om statlig kunskapsstyrning måste ändringar göras i ett antal författningar, bl.a. i berörda myndigheters instruktioner.

Regeringen kommer att ge Statskontoret i uppdrag att följa och utvärdera förändringarna i enlighet med promemorians förslag.

#### 4.6.5 Författningskommentar

##### Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

###### 1 kap. 7 §

I paragrafen finns bestämmelser om ansvaret för smittskyddet på nationell myndighetsnivå. Bestämmelsen innebär att detta ansvar samlas på en myndighet, Folkhälsomyndigheten tar över de uppgifter som Socialstyrelsen har i dag enligt smittskyddslagen. Uppgiften att som expertmyndighet föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt har tagits bort. Denna uppgift får anses ingå i Folkhälsomyndighetens nya samlade ansvar.

Se även avsnitt 4.6.3, Ansvaret för smittskyddet på nationell nivå samlas på Folkhälsomyndigheten.

###### 2 kap. 7 §

Paragrafen som innehåller ett normgivningsbemyndigande ges en modernare utformning genom att det inte anges vilken myndighet regeringen får delegera föreskriftsrätt till. Vidare byts strecksatslistan ut mot en nummerad lista.

Uttrycket ”meddela närmare föreskrifter” används numera för att tydliggöra att det är verkställighetsföreskrifter som är avsedda att meddelas. De föreskrifter som kan meddelas med stöd av bestämmelsen är inte enbart verkställighetsföreskrifter. Paragrafen moderniseras därför på så sätt att ordet närmare tas bort. Någon ändring i förhållande till nuvarande bemyndigande är inte avsedd.

Se även avsnitt 4.6.3, Ansvaret för smittskyddet på nationell nivå samlas på Folkhälsomyndigheten.

###### 3 kap. 8 och 10 §§

I paragraferna finns bestämmelser om hälsokontroll och avspärning. Paragraferna ändras på så sätt att ansvaret för beslut om hälsokontroll och avspärning samt undantag från beslut om avspärning övergår från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten. Vidare görs språkliga justeringar.

###### 8 kap. 1 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om överklagande till domstol. Bytet av ordet Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten i *tredje* och *fjärde styckena* är en konsekvens av ändringarna i

3 kap. 8 och 10 §§. Vidare görs språkliga justeringar.

###### 8 kap. 7 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om hörande av sakkunniga vid muntlig förhandling i förvaltningsrätten i mål om isolering. Paragrafen ges en modernare utformning genom att det i *andra stycket* inte längre anges vilken myndighet som efter regeringens bemyndigande ska förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

###### 8 kap. 12 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om biträde av polismyndighet. Bytet av ordet Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten i *andra stycket* är en konsekvens av ändringen i 3 kap. 10 §. Vidare görs språkliga justeringar.

###### 9 kap. 3 §

Paragrafen som innehåller ett normgivningsbemyndigande ges en modernare utformning genom att det i *andra stycket* inte längre anges vilken myndighet regeringen får delegera föreskriftsrätt till.

Se även avsnitt 4.6.3, Ansvaret för smittskyddet på nationell nivå samlas på Folkhälsomyndigheten.

###### 9 kap. 4 §

Paragrafen som innehåller ett normgivningsbemyndigande ges en modernare utformning genom att det i *första stycket* inte längre anges vilken myndighet regeringen får delegera föreskriftsrätt till.

Se även avsnitt 4.6.3, Ansvaret för smittskyddet på nationell nivå samlas på Folkhälsomyndigheten.

##### Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

###### 5 §

I paragrafen regleras vilken statlig myndighet som ska vara nationell kontaktpunkt enligt Världshälsoorganisationens internationella hälsoreglemente som antogs i Genève den 23 maj 2005 (hälsoreglementet). Ändringen innebär att Folkhälsomyndigheten övertar Socialstyrelsens uppgift att vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de

uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.

Se även avsnitt 4.6.3, Ansvaret för smittskyddet på nationell nivå samlas på Folkhälsomyndigheten.

### 10–12 §§

Paragraferna innehåller bestämmelser om underrättelse- och informationsskyldighet. Som en följd av att uppgiften att vara nationell kontaktpunkt enligt 5 § överförs till Folkhälsomyndigheten ska den myndigheten överta Socialstyrelsens nuvarande ansvar för att ta emot underrättelser om misstänkta internationella hot mot människors hälsa samt lämna information till berörda myndigheter, kommuner, landsting och Världshälsoorganisationen. Ordet Socialstyrelsen byts därför genomgående ut mot Folkhälsomyndigheten, några ändringar i sak är inte avsedda.

### 13 §

Paragrafen handlar om att ett område som drabbats av ett internationellt hot mot människors hälsa ska förklaras vara drabbat av ett sådant hot. Paragrafen ändras på så sätt att det är Folkhälsomyndigheten i stället för Socialstyrelsen som ska förklara området vara drabbat av ett sådant hot och som förklarar området fritt från hotet.

### 16 §

I paragrafen regleras åtgärder vid ankomst till Sverige. *Andra stycket* ändras på så sätt att Tullverket och Kustbevakningen i fortsättningen ska underrätta Folkhälsomyndigheten om innehållet i sådan information som anges i paragrafens första stycke. Vidare görs språkliga justeringar.

## 4.7 Budgetförslag

### 4.7.1 1:1 Myndigheten för vårdanalys

**Regeringens förslag:** Anslaget 1:1 *Myndigheten för vårdanalys* ändrar den 1 juli 2015 namn till 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*. Anslaget 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* får användas för myndighetens förvaltningsutgifter.

**Skälen för regeringens förslag:** I enlighet med de förslag gällande en samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst som lämnas i avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur avser regeringen att bredda uppdraget för Myndigheten för vårdanalys till att omfatta hela socialtjänstens område. Myndigheten för vårdanalys bör därmed byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys för att bättre spegla dess utökade uppdrag. Anslaget 1:1 *Myndigheten för vårdanalys* bör därför den 1 juli 2015 byta namn till 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*. Anslaget bör användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

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

Tusental kronor

2013	Utfall	27 158	Anslags-sparande	2 785
2014	Anslag	29 715 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	29 826
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>31 825</b>		
2016	Beräknat	33 949 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	34 494 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	35 400 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 33 736 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 33 739 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 33 742 tkr i 2015 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för vårdanalys förvaltningsutgifter.

### Regeringens överväganden

Anslaget föreslås öka med 2 miljoner kronor 2015 mot bakgrund av att myndighetens uppdrag utvidgas till att omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur). För 2016 och framåt beräknas ökningen uppgå till 4 miljoner kronor per år. Finansiering sker genom en neddragning av

anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*.

Anslaget föreslås minska med 26 000 kronor 2015 och beräknas minska med 102 000 kronor per år fr.o.m. 2016 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

**Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:1 Myndigheten för vårdanalys**

Tusental kronor				
	2015	2016	2017	2018
Anvisat 2014 <sup>1</sup>	29 715	29 715	29 715	29 715
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	136	324	804	1 603
Beslut	1 974	3 910	3 975	4 082
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>31 825</b>	<b>33 949</b>	<b>34 494</b>	<b>35 400</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 31 825 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Myndigheten för vårdanalys* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 33 949 000 kronor, 34 494 000 kronor respektive 35 400 000 kronor.

#### 4.7.2 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

**Regeringens förslag:** Anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* ändrar den 1 juli 2015 namn till 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*. Anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* får användas för myndighetens förvaltningsutgifter.

**Skälen för regeringens förslag:** I enlighet med de förslag gällande en samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst som lämnas i avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur avser regeringen att bredda uppdraget för Statens beredning för medicinsk utvärdering till att omfatta socialtjänstens område.

Statens beredning för medicinsk utvärdering bör därmed byta namn till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering för att bättre spegla dess utökade uppdrag. Anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* bör därför den 1 juli 2015 byta namn till 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*. Anslaget bör användas för förvaltningsutgifter för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

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

Tusental kronor				
2013	Utfall	53 839	Anslags-sparande	3 452
2014	Anslag	58 091 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	58 303
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>67 887</b>		
2016	Beräknat	75 065 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	76 438 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	75 362 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 74 156 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 74 159 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 71 172 tkr i 2015 års prisnivå.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

SBU sammanställer kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomsten av sjukdomar. För denna verksamhet tilldelas myndigheten 5 miljoner kronor 2014 från utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet, anslaget 3:1 *Särskilda jämställdhetsåtgärder*. För 2015–2017 beräknas anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* tillföras 3 miljoner kronor per år från anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Anslaget föreslås öka med 6,5 miljoner kronor 2015 med anledning av att SBU föreslås få ett samlat ansvar för att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Förändringen innebär att uppgifter flyttas från Socialstyrelsen till SBU (avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad

kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur). För 2016 och framåt beräknas motsvarande belopp till 13 miljoner kronor per år. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 8:1 *Socialstyrelsen*.

Anslaget föreslås minska med 54 000 kronor 2015 och beräknas minska med 210 000 kronor 2016, 210 000 kronor 2017 och 201 000 kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

**Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>58 091</b>	<b>58 091</b>	<b>58 091</b>	<b>58 091</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	350	1 067	2 146	3 791
Beslut	9 446	15 907	16 201	13 480
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>67 887</b>	<b>75 065</b>	<b>76 438</b>	<b>75 362</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 67 887 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 75 065 000 kronor, 76 438 000 kronor respektive 75 362 000 kronor.

### 4.7.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

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

Tusental kronor

2013	Utfall	113 308	Anslags-sparande	3 402
2014	Anslag	133 363 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	129 450
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>132 882</b>		
2016	Beräknat	132 567 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	134 745 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	138 290 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 131 560 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 131 568 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 131 580 tkr i 2015 års prisnivå.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Anslaget tillfördes 19 miljoner kronor 2014 till följd av myndighetens utökade uppgifter på läkemedelsområdet rörande den utvecklade takprismodellen och den värdebaserade prissättningen samt för förstärkt tillsyn. För 2015 föreslås 18 miljoner kronor för detta ändamål. Från och med 2016 beräknas 17 miljoner kronor per år för denna verksamhet.

Anslaget föreslås minska med 118 000 kronor 2015 och beräknas minska med 450 000 kronor per år fr.o.m. 2016 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

**Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>133 363</b>	<b>133 363</b>	<b>133 363</b>	<b>133 363</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	637	1 662	3 873	7 471
Beslut	-1 118	-2 458	-2 491	-2 544
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>132 882</b>	<b>132 567</b>	<b>134 745</b>	<b>138 290</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 132 882 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 132 567 000 kronor, 134 745 000 kronor respektive 138 290 000 kronor.

#### 4.7.4 1:4 Tandvårdsförmåner

**Tabell 4.13 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2013	Utfall	5 199 743		1 006 917
2014	Anslag	5 684 540 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	5 485 720
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>5 785 510</b>		
2016	Beräknat	6 002 410		
2017	Beräknat	6 281 040		
2018	Beräknat	6 372 250		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Under budgetåret 2013 uppgick anslags-sparandet till 1 007 miljoner kronor. Anslags-sparandet drogs in vid årsskiftet 2013/14. Jämfört med anvisade medel i statsbudgeten för 2014 beräknas utgifterna bli knappt 200 miljoner kronor lägre, vilket innebär ett anslagssparande även för 2014. Avvikelsen förklaras av att efterfrågan beräknas bli lägre än bedömningen som gjordes i budgetpropositionen för 2014.

Eftersom anslaget är av den anslagstyp vars nivå anpassas efter utgiftsprognoser för kommande år så revideras anslagsnivån för 2015–2018 jämfört med anvisade medel i statens budget för 2014. Utgiftsutvecklingen för tandvårdsförmåner är främst beroende av ersättningsnivåer och antal personer som besöker tandvården. Anslagsnivån beräknas öka successivt under prognosperioden vilket främst förklaras av en kombination av befolknings- och prisökningar.

**Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:4 Tandvårdsförmåner**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>5 684 540</b>	<b>5 684 540</b>	<b>5 684 540</b>	<b>5 684 540</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				10 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar				
Volym	100 970	317 870	596 500	677 710
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>5 785 510</b>	<b>6 002 410</b>	<b>6 281 040</b>	<b>6 372 250</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 5 785 510 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 6 002 410 000 kronor, 6 281 040 000 kronor respektive 6 372 250 000 kronor.



#### 4.7.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

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

Tusental kronor

2013	Utfall	20 825 100	Anslags-sparande	1 374 900
2014	Anslag	21 230 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	21 473 000
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>21 160 000</b>		
2016	Beräknat	21 125 000		
2017	Beräknat	20 935 000		
2018	Beräknat	21 350 000		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2013 blev lägre än vad som beräknades när anslagsnivån fastställdes, vilket innebar ett anslags-sparande för 2013 som uppgick till 1 375 miljoner kronor. Anslagssparandet drogs in vid årsskiftet 2013/14. För 2014 beräknas anslaget överskridas med 243 miljoner kronor, framför allt som en följd av högre utgifter än beräknat under inledningen av året.

Anslagsnivån för 2015–2018 beräknas utifrån Socialstyrelsens prognos för läkemedelsförsäljningen i Sverige. Socialstyrelsen prognostiserar att kostnaderna för läkemedelsförmånerna fortsätter att minska trots ökande kostnader inom vissa läkemedelsgrupper. De främsta förklaringarna till minskningen av kostnaderna är överenskommelsen mellan regeringen och Läkemedelsindustriföreningen om takpriser på läkemedel som funnits på marknaden i minst 15 år, kostnadsminskande effekter av patent-utgångar, Tandvårds- och läkemedelsförmåns-

verkets (TLV) arbete med bl.a. omprövningar och landstingens fortsatta arbete för att uppnå en effektivare läkemedelsförskrivning. Under 2015 förväntas kostnaderna för läkemedelsförmånerna minska med 1,75 procent för att 2016 minska med 0,75 procent. Därefter kommer kostnaderna enligt Socialstyrelsens prognos att vara oförändrade för 2017 och 2018. Socialstyrelsen har under oktober inkommit med en uppdaterad prognos som visar på en något lägre kostnadsminskning än tidigare.

I anslagsnivån ingår även en justeringspost för ett antal kostnadsposter som inte ingår i läkemedelsförmånerna, t.ex. dosdispensering, vissa smittskyddsläkemedel och kompensation för vissa rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar. Justeringsposten beräknas uppgå till mellan 2 100 och 2 300 miljoner kronor per år.

Ersättningen till landstingen från anslaget utbetalas med två månaders fördröjning.

I syfte att säkerställa en långsiktig kostnads-kontroll för det offentliga och en fortsatt god tillgång till kostnadseffektiva läkemedel har åtgärder vidtagits för att utveckla den värdebaserade prissättningen av läkemedel och takprismodellen för äldre läkemedel. I samband med budgetpropositionen för 2014 (prop. 2013/14:1) minskades därför anslaget. För 2015 uppgår neddragningen jämfört med anslagsnivån 2014 till 270 miljoner kronor, för 2016 till 515 miljoner kronor, för 2017 till 705 miljoner kronor och för 2018 och framåt till 790 miljoner kronor.

Regeringen anser att barn och unga under 18 år ska erhålla receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånerna kostnadsfritt. För detta ändamål föreslås anslaget öka med 200 miljoner kronor 2015 samt beräknas öka med 410 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016.

**Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>21 230 000</b>	<b>21 230 000</b>	<b>21 230 000</b>	<b>21 230 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-70 000	-105 000	-295 000	-380 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				500 000
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>21 160 000</b>	<b>21 125 000</b>	<b>20 935 000</b>	<b>21 350 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 21 160 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 21 125 000 000 kronor, 20 935 000 000 kronor respektive 21 350 000 000 kronor.

#### 4.7.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

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

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Belopp
2013	Utfall	1 542 197		169 310
2014	Anslag	1 732 251 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 643 907
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 640 704<sup>2</sup></b>		
2016	Beräknat	2 671 351		
2017	Beräknat	2 646 659		
2018	Beräknat	2 546 659		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 514 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2015 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2012 som uppgick till -80 tkr.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad bemanning inom vården, för professionen att ut-

föra sitt arbete och för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård. Inom ramen för anslaget får medel också användas för utbetalning av ersättning i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom, ersättning till smittbärare samt statlig ålderspensionsavgift kopplad till ersättning till smittbärare. Detta anslag får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Anslaget får dessutom användas till bidrag till nationella och internationella organisationer inom folkhälso- och sjukvårdsområdet, andra internationella åtaganden på området, samt för forskning inom farmaci. Medel på anslaget får också användas för ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix. Anslaget får även användas till beredskapslager av antivirala läkemedel. Inom ramen för anslaget finns också medel för ersättning till steriliserade i vissa fall, samt till talidomidskadade i vissa fall. Dessa medel får användas för att bevilja medel till personer som ansöker om ersättning för sådana skador eller ingrepp, i enlighet med de riktlinjer som tidigare har använts.

#### Beredskapsinvesteringar

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att för 2015 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar.

**Skälen för regeringens förslag:** Låneramen för beredskapsinvesteringar behövs bl.a. för att stärka den nationella beredskapen mot en influensaepidemi.

## Regeringens överväganden

Under de senaste åren har det påbörjats ett antal utvecklingsprojekt inom hälso- och sjukvårdsområdet. Flera av dessa projekt är långsiktiga åtaganden som kommer att kräva finansiering även under 2015 och framåt. Däribland kan nämnas satsningar inom cancerområdet, kvalitetsregister, Öppna jämförelser och strukturerad vårddokumentation. Regeringens avsikt är att påbörjade åtaganden ska fullföljas med finansiering under 2015.

Den tillfälliga patientsäkerhetsåtgärd som pågått 2011–2014 inom ramen för detta anslag avslutas, i enlighet med plan. Satsningen uppgår under 2014 till 675 miljoner kronor. Anslaget minskas med motsvarande belopp 2015 och framåt.

Den tillfälliga satsningen inom detta anslag på förbättringar i vården och omsorgen för äldre avslutas som planerat 2014. Satsningen uppgår under 2014 till 320 miljoner kronor. En neddragning motsvarande detta belopp sker fr.o.m. 2015. Regeringen fortsätter dock att satsa på äldreområdet, se avsnittet Politik för sociala tjänster och anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*.

Under perioden 2011–2014 har det inom anslaget avsatts 15 miljoner kronor per år för förbättring av akutsjukvården. Satsningen avslutas 2014, som aviserats i tidigare budgetpropositioner, och anslaget minskar därmed med 15 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015.

Under 2012–2014 har den förra regeringen tillfört sammanlagt 360 miljoner kronor för en tillfällig extra satsning på tillgänglighet, innefattande bl.a. stimulansbidrag för utveckling av vårdvalssystem inom den specialiserade vården. Under 2014, vilket är satsningens sista år, uppgår den till 100 miljoner kronor. Anslaget minskar följaktligen med 100 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015.

Under 2013 och 2014 har anslaget tillförts utökade medel för specialistkompetenskurser för läkare under specialiseringstjänstgöring, uppgående till 30 miljoner kronor per år. Som tidigare aviserats föreslås anslaget därmed minska med 30 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015 då det extra tillskottet upphör. Andra medel för specialistkompetenskurser kvarstår dock inom anslaget.

Detta anslag beräknades i samband med budgetpropositionen för 2013 (prop. 2012/13:1

utg.omr. 9 avsnitt 4.11.6) tillföras 450 miljoner kronor för 2014 och 300 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015 för hälso- och sjukvård som avses i lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Eftersom landstingen ska ersättas för vården via det generella statsbidraget överfördes medlen under 2014 till utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*.

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

Detta anslag beräknas öka med 40 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015 för att utveckla strukturerna för ordnat införande och strukturerad uppföljning av nya läkemedel.

Den 1 januari 2015 träder en patientlag i kraft som ska stärka patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården. För 2014 ökades anslaget med 8 miljoner kronor för att stödja genomförandet av den nya patientlagen. Anslaget föreslås öka med 8 miljoner kronor 2015 och beräknas öka med 8 miljoner kronor 2016 för detta ändamål.

Under 2014 ökade anslaget med 3 miljoner kronor för insatser med syfte att möjliggöra en effektivisering av användningen av professionens resurser. Motsvarande satsning föreslås för 2015 uppgå till 3 miljoner kronor.

Inom ramen för anslaget genomförs en satsning på förbättrad vård för personer med långvariga eller kroniska sjukdomar. För 2014 tillfördes anslaget 50 miljoner kronor. För 2015 föreslås anslaget tillföras 100 miljoner kronor för denna satsning. Motsvarande satsningar beräknas uppgå till 150 miljoner kronor per år 2016 och 2017 samt 50 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018.

Anslaget 2:3 *Bidrag till Nordic school of public health NHV* avslutas 2015, eftersom verksamheten upphör i sin nuvarande form. Medlen, som uppgår till ca 21 miljoner kronor per år, överförs till anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälso- och sjukvård*. Anslaget föreslås minska med 12 miljoner kronor 2015 och beräknas minska med 15 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016. Kvarvarande medel avses bl.a. finansiera fortsatt folkhälsoarbete inom det nordiska samarbetet.

Socialstyrelsen lagerhåller på regeringens uppdrag läkemedel och sjukvårdsmateriel för att stödja landstingen med beredskap inför en allvarlig händelse eller kris. Lagren innehåller värdemässigt till största delen antivirala läkemedel att användas vid pandemisk spridning av influensa. Lagren har hittills huvudsakligen finansierats med medel från anslaget 2:4 *Krisberedskap* inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap. I samband med budgetpropositionen för 2010 ändrades villkoren för det anslaget och finansieringen stämmer därmed inte längre överens med anslagets inriktning. Inom anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* finansieras liknande verksamhet, bl.a. beredskapsläkemedel. För att säkerställa den fortsatta finansieringen av lagren överförs medel under 2015–2018 från anslag 2:4 *Krisberedskap* inom utgiftsområde 6 till detta anslag enligt följande. Under 2015 föreslås 49 miljoner kronor överföras till anslaget. För 2016 beräknas 46 miljoner kronor för detta ändamål. För 2017 och 2018 beräknas överföringen uppgå till 30 miljoner kronor per år.

Anslaget föreslås öka med 1 miljon kronor 2015 för ersättning i vissa fall till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix. Motsvarande anslagsökning beräknas till 2 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Regeringen avsätter 1 miljard kronor per år fr.o.m. 2015 för att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården samt förbättra förutsättningarna för rätt användning av professionernas kompetens och kompetensförsörjningen i landstingen. Anslaget föreslås öka med 1 miljard kronor 2015 för detta ändamål. Från och med 2016 beräknas anslaget höjas med 1 miljard kronor per år. Finansiering för 2016 och framåt beräknas ske genom att en neddragning görs av anslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti*.

Anslaget föreslås öka med 500 miljoner kronor 2015 för insatser som syftar till att förkorta väntetiderna inom cancervården. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget öka med 500 miljoner kronor per år för samma ändamål.

Regeringen föreslår att anslaget ökas med 400 miljoner kronor 2015 för insatser som rör barnmorskor, förbättrad förlossningsvård samt för att stärka kvinnors hälsa. Motsvarande satsning beräknas till 400 miljoner kronor per år 2016–2018.

**Tabell 4.18 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

Tusental kronor				
	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>1 732 251</b>	<b>1 732 251</b>	<b>1 732 251</b>	<b>1 732 251</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	758 509	790 509	766 509	666 509
Överföring till/från andra anslag	149 944	148 591	150 199	150 199
Övrigt			-2 300	-2 300
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 640 704</b>	<b>2 671 351</b>	<b>2 646 659</b>	<b>2 546 659</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 640 704 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 2 671 351 000 kronor, 2 646 659 000 kronor respektive 2 546 659 000 kronor.

#### 4.7.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

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

Tusental kronor				
År	Utfall		Anslags-sparande	
2013	Utfall	780 929		26 885
2014	Anslag	658 025 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	664 192
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>611 535</b>		
2016	Beräknat	576 014		
2017	Beräknat	554 871		
2018	Beräknat	553 514		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för vårdförmåner enligt rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, förordning (EG) 883/04 om samordning av de sociala trygghetssystemen, lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, gällande överenskommelser om social trygghet som Sverige tecknat med andra

länder samt för sådan övrig vård som Sverige vid tillämpning av EU-rätten är skyldigt att erbjuda.

### Kompletterande information

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

### Regeringens överväganden

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

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

I enlighet med vad som angavs i budgetpropositionen för 2014 (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.11.7) flyttades därför 93 miljoner kronor från anslag 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg till anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till

kommuner. Flytten av medel kommer ske successivt på grund av en viss fördröjning i utgifterna. På motsvarande sätt kommer därför 162 miljoner kronor att flyttas över 2015, 222 miljoner kronor 2016 samt 262 miljoner kronor 2017 och 2018.

**Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor				
	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>658 025</b>	<b>658 025</b>	<b>658 025</b>	<b>658 025</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-69 000	-129 000	-169 000	-169 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	168 815	88 219	98 998	96 005
Volymer	-146 305	-41 230	-33 152	-31 516
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>611 535</b>	<b>576 014</b>	<b>554 871</b>	<b>553 514</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 611 535 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 576 014 000 kronor, 554 871 000 kronor respektive 553 514 000 kronor.

#### 4.7.8 1:8 Bidrag till psykiatri

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

Tusental kronor

År	Slagslag	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013	Utfall	775 590	87 673	
2014	Anslag	849 948 <sup>1</sup>		799 811
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>844 893</b>		
2016	Beräknat	843 893		
2017	Beräknat	843 893		
2018	Beräknat	843 893		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

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

#### Kompletterande information

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

#### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2015 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 21 200 000 kronor 2016–2018.

**Skälen för regeringens förslag:** Den grund-forskning som finansieras av Vetenskapsrådet bedrivs vanligen i form av fleråriga projekt. Följaktligen medför finansiering av forskning i form av stöd till anställningar fleråriga åtaganden. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2015 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida an-slag på högst 21 200 000 kronor 2016–2018.

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

Tusental kronor

	Utfall 2013	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
Ingående åtaganden	20 983	13 750	21 794			
Nya åtaganden	4 050	14 614	9 500			
Infriade åtaganden	-11 283	-6 570	-10 094	-7 067	-7 067	-7 066
Utestående åtaganden	13 750	21 794	21 200			
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>30 000</b>	<b>22 300</b>	<b>21 200</b>			

## Regeringens överväganden

Inom ramen för den förra regeringens psykiatrisatsning har det tidigare, efter beslut i riksdagen, gjorts överföringar mellan detta anslag och anslag inom andra utgiftsområden, bl.a. till Karolinska institutet för utökad antal platser på psykologprogrammet. Dessa överföringsbelopp förändras årligen i takt med att programmet byggs ut till full volym. För 2014 överfördes ca 18,5 miljoner kronor till andra utgiftsområden för psykologprogrammet vid Karolinska institutet. Under 2015 överförs ytterligare ca 1,3 miljoner kronor från anslaget för utbyggnaden av psykologutbildningen.

Detta anslag föreslås under 2015 minska med 3,75 miljoner kronor för finansiering av ersättning i vissa fall till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix, samt för Kammarkollegiets administrativa hantering av ersättningen. För 2016 och framåt beräknas neddragningen uppgå till 4,75 miljoner kronor per år. Anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg föreslås öka med 1 miljon kronor 2015 samt beräknas öka med 2 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016. Anslaget 1:2 *Kammarkollegiet*, inom utgiftsområde 2 Samhällsekonomi och finansförvaltning, föreslås öka med 2,75 miljoner kronor 2015 samt beräknas öka varaktigt med 2,75 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016.

**Tabell 4.23 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>849 948</b>	<b>849 948</b>	<b>849 948</b>	<b>849 948</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-3 750	-4 750	-4 750	-4 750
Överföring till/från andra anslag	-1 305	-1 305	-1 305	-1 305
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>844 893</b>	<b>843 893</b>	<b>843 893</b>	<b>843 893</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 844 893 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 843 893 000 kronor respektive år.

## 4.7.9 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

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

Tusental kronor

År	Utfall	1 000 000	Anslags-sparande	0
2013	Utfall	1 000 000		
2014	Anslag	1 000 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 000 000
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 000 000</b>		
2016	Beräknat	0		
2017	Beräknat	0		
2018	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

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

### Kompletterande information

Den förra regeringen har sedan 2009 ingått överenskommelser med SKL om en nationell satsning för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård, den s.k. Kömiljarden. Överenskommelsen har omfattat 1 miljard kronor per år och har reviderats årligen. Anslagsmedlen fördelas genom en resultatbaserad ersättningsmodell som regeringen och SKL årligen kommit överens om. Utbetalning avseende överenskommelsen för 2014 sker i början av 2015. Anslaget avvecklas vid årsskiftet 2015/16. Medlen beräknas då överföras till anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*.

## Regeringens överväganden

**Tabell 4.25 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut		-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 000 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti* för 2015.

### 4.7.10 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

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

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013		74 000	0
2014	Anslag	74 000 <sup>1</sup>	74 000
2015	Förslag	74 000	
2016	Beräknat	74 000	
2017	Beräknat	74 000	
2018	Beräknat	0	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Sjukvårdshuvudmännens kostnader för genomförandet i Sverige av de krav som lagen ställer

beräknades till 119 miljoner kronor per år under tio år, 2008–2017. Av dessa utbetalas 45 miljoner kronor per år via anslaget 1:1 *Kommunal-ekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resterande medel utbetalas via detta anslag.

**Tabell 4.27 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				-74 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

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

### 4.7.11 1:11 Läkemedelsverket

**Tabell 4.28 Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013		113 190	0
2014	Anslag	123 190 <sup>1</sup>	123 190
2015	Förslag	123 190	
2016	Beräknat	123 190 <sup>2</sup>	
2017	Beräknat	123 190 <sup>3</sup>	
2018	Beräknat	126 576 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 121 719 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 119 582 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 119 675 tkr i 2015 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter vid Läkemedelsverket för:

- tillsyn av medicintekniska produkter,
- producentbunden läkemedelsinformation,



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

### Regeringens överväganden

**Tabell 4.29 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:11 Läkemedelsverket**

*Tusental kronor*

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>123 190</b>	<b>123 190</b>	<b>123 190</b>	<b>123 190</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	0	1 489	3 717	7 104
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-1 489	-3 717	-3 718
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>123 190</b>	<b>123 190</b>	<b>123 190</b>	<b>126 576</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 123 190 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Läkemedelsverket* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 123 190 000 kronor, 123 190 000 kronor respektive 126 576 000 kronor.

### 4.7.12 1:12 E-hälsomyndigheten

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

*Tusental kronor*

2013	Utfall		Anslags- sparande	0
2014	Anslag	109 440 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	106 709
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>114 401</b>		
2016	Beräknat	114 228 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	114 433 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	117 479 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 113 079 tkr i 2015 års prinsnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 111 362 tkr i 2015 års prinsnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 111 370 tkr i 2015 års prinsnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för E-hälsomyndighetens förvaltningsutgifter. Anslaget får också användas för avvecklingsutgifter som uppstått med anledning av att de uppgifter som tidigare utfördes av Apotekens Service AB förts över till E-hälsomyndigheten.

### Kompletterande information

Med anledning av överföringen av verksamheten i Apotekens Service AB till staten och den nya E-hälsomyndigheten som inrättades den 1 januari 2014, samt avvecklingen av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet, har en avvecklingsmyndighet bildats (dir. 2013:119). En särskild utredare har fr.o.m. den 1 januari 2014 arbetsgivaransvaret för bl.a. den personal som övergår till E-hälsomyndigheten respektive Folkhälsomyndigheten och som till följd av omorganisationen sägs upp av de nya myndigheterna på grund av arbetsbrist. Utredaren har vidare ansvar för avvecklingen av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet.

**Budget för avgiftsbelagd verksamhet****Tabell 4.31 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2013				
Prognos 2014		179 000	178 000	1 000
Budget 2015		179 000	179 000	0

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

**Tabell 4.32 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2013 (varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2014 (varav tjänsteexport)	30 500 (0)	32 500 (0)	-2 000 (0)
Budget 2015 (varav tjänsteexport)	30 500 (0)	30 500 (0)	0 (0)

**Regeringens överväganden**

Under 2014 tillförs E-hälsomyndigheten 5 miljoner kronor för att utveckla läkemedelsstatistiken. Satsningen syftar bl.a. till att säkerställa kvalitet i läkemedelsdata samt att underlätta för berörda aktörer att tolka statistiken. Under 2015 föreslås satsningen utökas till 10 miljoner kronor och fr.o.m. 2016 beräknas 10 miljoner kronor per år för detta ändamål.

Anslaget föreslås minska med 101 000 kronor 2015 och beräknas minska med 388 000 kronor 2016, 381 000 kronor 2017 och 381 000 kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

**Tabell 4.33 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 1:12 E-hälsomyndigheten**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>109 440</b>	<b>109 440</b>	<b>109 440</b>	<b>109 440</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	1 343	2 469	4 399	7 419
Beslut <sup>3</sup>	4 762	4 422	4 341	4 466
Överföring till/från andra anslag	-1 144	-2 103	-3 747	-3 846
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>114 401</b>	<b>114 228</b>	<b>114 433</b>	<b>117 479</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas med 14 000 kronor per år fr.o.m. 2015. Under åren 2015–2018 används medlen för finansiering av gemensam e-förvaltning.

Regeringen föreslår att 114 401 000 kronor anvisas under anslaget 1:12 E-hälsomyndigheten för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 114 228 000 kronor, 114 433 000 kronor respektive 117 479 000 kronor.

**4.7.13 8:1 Socialstyrelsen****Tabell 4.34 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen**

Tusental kronor

2013	Utfall	685 165	Anslags- sparande	68 249
2014	Anslag	470 688 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	477 275
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>470 583</b>		
2016	Beräknat	463 774 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	471 908 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	484 462 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 458 748 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 458 778 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 458 819 tkr i 2015 års prisnivå.

## Ändamål

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

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.35 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2013	14 195	0	15 519	-1 324
Prognos 2014	14 000	0	15 000	-1 000
Budget 2015	14 000	0	15 000	-1 000

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

**Tabell 4.36 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2013	6 431	9 982	-3 551
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2014	7 200	7 200	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2015	7 200	7 200	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Avgiftsintäkterna under 2013 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material, data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivningningskostnader. Kostnader för personal, språkgranskning och översättning ingår inte.

## Regeringens överväganden

Regeringen avser att omorganisera kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård och socialtjänst (avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur). Detta innebär att uppgifter ska föras över från Socialstyrelsen till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) respektive

Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsen föreslås också bli värmyndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Förändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2015. SBU föreslås få ett samlat ansvar för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Uppgifter föreslås därmed flytta från Socialstyrelsen till SBU. Med anledning av detta föreslås 6,5 miljoner kronor överföras från anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* till anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2015. Från och med 2016 beräknas beloppet till 13 miljoner kronor per år.

Uppgiften att ansvara för smittskyddet på nationell nivå föreslås flytta från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten. Medel uppgående till 5,25 miljoner kronor under 2015 föreslås därför överföras från anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* till anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten*. Från och med 2016 beräknas beloppet till 10,5 miljoner kronor per år. Som en följd av ovanstående föreslås vissa uppgifter avseende antibiotikaresistens flytta från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten. Med anledning av detta föreslås anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minska med 1,5 miljoner kronor 2015 och anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* öka med samma belopp. Från och med 2016 beräknas beloppet uppgå till 3 miljoner kronor per år.

Vidare föreslås att Socialstyrelsen ska vara ny värmyndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. I dag är Kammarkollegiet värmyndighet. Mot bakgrund av detta föreslås att 2,5 miljoner kronor flyttas från anslaget 1:2 *Kammarkollegiet* inom utgiftsområde 2 Samhällsekonomi och finansförvaltning till anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* 2015. Från och med 2016 beräknas beloppet till 5 miljoner kronor per år.

Socialstyrelsen har utsetts till att vara strategisk myndighet i enlighet med regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Från utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet, anslaget 2:2 *Åtgärder mot diskriminering och rasism m.m.* överförs 500 000 kronor per år till utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* fr.o.m. 2015.

Anslaget föreslås minska med 426 000 kronor 2015 och beräknas minska med 1 647 000 kronor 2016, 1 646 000 kronor 2017 och 1 648 000 kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

**Tabell 4.37 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 8:1 Socialstyrelsen**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>470 688</b>	<b>470 688</b>	<b>470 688</b>	<b>470 688</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	5 656	10 875	19 289	32 278
Beslut <sup>3</sup>	-5 761	-17 789	-18 069	-18 504
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>470 583</b>	<b>463 774</b>	<b>471 908</b>	<b>484 462</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas med 85 000 kronor per år fr.o.m. 2015. Under åren 2015–2018 används medlen för finansiering av gemensam e-förvaltning.

Regeringen föreslår att 470 583 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 463 774 000 kronor, 471 908 000 kronor respektive 484 462 000 kronor.

#### 4.7.14 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

**Tabell 4.38 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Övrigt	Totalt
2013	Utfall	356 262	Anslags-sparande	19 938
2014	Anslag	648 674 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	628 867
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>634 065</b>		
2016	Beräknat	636 900 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	586 902 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	602 481 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 631 121 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 571 900 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 571 949 tkr i 2015 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för vård och omsorgs förvaltningsutgifter.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.39 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

	Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2013		11 139	0	12 684	-1 545
Prognos 2014		25 000	0	16 000	9 000
Budget 2015		18 000	0	16 000	2 000

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser vitesbelopp inom omsorgen samt avgifter för tillstånd rörande blodverksamhet och verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler.

## Regeringens överväganden

I budgetpropositionen för 2013 presenterades dels en permanent resursförstärkning av tillsynen, dels en temporär resursförstärkning 2013–2016 för utveckling av it-system, metodutveckling, kunskapsåterföring m.m. För 2014 ökades anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* med 175 miljoner kronor och för åren 2015 och 2016 beräknades en ökning med 150 miljoner kronor per år. För 2017 och framåt beräknades anslaget öka med 90 miljoner kronor per år. I det anslag som föreslås för 2015 ingår därmed en resursförstärkning för tillsyn med 150 miljoner kronor jämfört med 2012.

Anslaget föreslås minska med 561 000 kronor 2015 och beräknas minska med 2 163 000 kronor 2016, 1 958 000 kronor 2017 och 1 960 000 kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

**Tabell 4.40 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>653 674</b>	<b>653 674</b>	<b>653 674</b>	<b>653 674</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	8 128	14 188	25 487	43 457
Beslut	-27 737	-30 962	-92 259	-94 650
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>634 065</b>	<b>636 900</b>	<b>586 902</b>	<b>602 481</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 634 065 000 kronor anvisas under anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 636 900 000 kronor, 586 902 000 kronor respektive 602 481 000 kronor.

## 4.8 Övrig verksamhet

### 4.8.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ska bidra till att uppfylla målet för hälso- och sjukvårdspolitiken genom att bl.a. verka för en säker och rationell läkemedelsanvändning. Läkemedelsverket är den myndighet som ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Verket utövar även tillsyn över kosmetiska och hygieniska produkter. Läkemedelsverket har vidare ett sektorsansvar för miljöfrågor med anknytning till myndighetens verksamhetsområde.

Läkemedelsverkets intäkter för avgifter, anslag och bidrag uppgick 2013 till ca 718 miljoner kronor. Kostnaderna uppgick till ca 733 miljoner kronor. Läkemedelsverket finansieras till övervägande del av avgifter som betalas in av företag i enlighet med förordningen (2010:1167) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel. I tabell 4.41 redovisas Läkemedelsverkets avgiftsfinansierade verksamhet.

**Tabell 4.41 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2013	1 638	533 036	-550 447	-15 773
Prognos 2014	1 710	527 199	-559 909	-31 000
Budget 2015	1 710	550 290	-579 200	-27 200

Kapitalförändringen 2013 uppgick till ett underskott på knappt 16 miljoner kronor. Myndighetskapitalet hade vid utgången av 2013 ett värde på ca 84 miljoner kronor. Kapitalets överskott ska ses mot bakgrund av det underskott som myndigheten beräknas uppvisa fr.o.m. 2014. Myndigheten fick 2010 en ny avgiftsförordning och startade då en uppbyggnad av myndighetskapitalet i syfte att säkerställa en långsiktig finansiering av verksamheten. Kapitalet beräknas vara förbrukat 2016.

Under 2013 har Läkemedelsverket ytterligare förbättrat ärendebalanserna för ansökningar om nationellt läkemedelsgodkännande. Under de senaste åren har det skett en avsevärd förbättring av avslutade ärenden inom givna tidsramar och merparten av ärendena avslutades i tid. Läkemedelsverket har fortsatt gott renommé internationellt och tilldelas en del av utredningsansvaret för läkemedelsansökningar från European Medicines Agency (EMA). Myndigheten gick under 2013 från att vara en styrelsemyndighet till att stödjas av ett insynsråd.

### 4.8.2 Bolag med statligt ägande inom apoteksområdet

Från och med den 15 mars 2012 ligger ansvaret för förvaltning av Apoteket AB och Apoteksgruppen i Sverige Holding AB hos Finansdepartementet.

#### Apotekens Service AB i likvidation

Vid en extra bolagsstämma den 13 december 2013 beslutades att Apotekens Service AB skulle överlåta sin verksamhet till den svenska staten samt att bolaget skulle gå i likvidation. Den 19 december 2013 undertecknades verksamhetsöverlåtelseavtalet mellan Staten och Apotekens Service AB, varefter styrelsen och den verk-

ställande direktören den 2 januari 2014 ersattes av den likvidator som utsetts.

### **Apotek Produktion & Laboratorier AB**

Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL), har till huvudsaklig uppgift att tillverka och tillhandahålla extemporeläkemedel och lagerberedningar, dvs. läkemedel som är anpassade till en enskild patient, klinik, djur eller djurbesättning eller tillverkas i små serier. APL erbjuder även utvecklings- och tillverkningstjänster åt Life Science-branschen (biomedicinsk forskning, bioteknik och medicinsk teknik). Bolaget ägs sedan den 30 juni 2010 direkt av staten, efter att tidigare ha varit ett dotterbolag till Apoteket AB. APL levererar i dag extemporeläkemedel till alla apoteksaktörer som etablerat sig på öppenvårdsmarknaden och även till slutenvården. Företaget har ett särskilt ansvar fram t.o.m. den 1 juli 2015 för att tillverka och leverera extemporeläkemedel och lagerberedningar på förfrågan från öppenvårdsapotek.

Under 2013 uppgick nettoomsättningen till ca 1 174 miljoner kronor, en ökning med ca 450 miljoner kronor i jämförelse med föregående år. Den ökade nettoomsättningen är främst hänförlig till positiv försäljningsutveckling avseende beredningstjänster och läkemedel till landsting. APL har haft en positiv försäljningsutveckling inom både Affärsområde Vård & Apotek och inom Affärsområde Life Science. Rörelseresultatet blev 28 miljoner kronor. Det ökade rörelseresultatet är en följd av nya affärer med landsting och uppdrag inom Life Science samt återföring av en omstruktureringsreserv från 2012. Resultatet efter skatt uppgick till 19,3 miljoner kronor. APL har under 2013 fullgjort sin huvuduppgift på ett tillfredsställande sätt.

## 5 Folkhälsopolitik

### 5.1 Omfattning

Inom avsnitt 5 Folkhälsopolitik beskrivs statliga insatser som syftar till att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och mer jämlik hälsoutveckling på befolkningsnivå samt till att ge människor verktyg för att förbättra sin egen hälsa. En effektiv folkhälsopolitik har som inriktning att minska hälsoklyftorna mellan olika grupper i samhället och bygger på en helhetssyn på människan och på hälsofrämjandet.

Folkhälsoarbetet bedrivs av många aktörer på olika nivåer – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt. Statens insatser utgår från ett flertal departement i Regeringskansliet och från flera statliga myndigheter. Fokus för resultatredovisningen i avsnitt 5 Folkhälsopolitik ligger på frågor för vilka ett särskilt ansvar finns inom avsnittet, såsom levnadsvanor och att stärka skyddet mot hälsohot.

Avsnitt 5 Folkhälsopolitik omfattar anslag för Folkhälsomyndigheten, insatser för vaccinberedskap, insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar samt för Sveriges uttaxerade bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) och WHO:s ramkonvention om tobakskontroll (för ytterligare information om Sveriges stöd till WHO, se även utgiftsområde 7 Internationellt bistånd).

Folkhälsomyndigheten har ett särskilt ansvar inom folkhälsoområdet, men Socialstyrelsen har också en betydelsefull roll. Anslaget för Socialstyrelsen behandlas under avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik, vilket även omfattar anslag med vilka vissa insatser inom folkhälsoområdet finansieras, t.ex. anslag 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*.

### 5.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 5.1** Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik

*Miljoner kronor*

	Utfall 2013	Budget 2014 <sup>1</sup>	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
<i>Folkhälsopolitik</i>							
2:1 Folkhälsomyndigheten		357	358	<b>371</b>	375	381	386
2:2 Insatser för vaccinberedskap	1	85	2	<b>85</b>	85	85	85
2:3 Bidrag till WHO	32	35	30	<b>35</b>	35	35	35
2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	143	146	142	<b>146</b>	146	146	146
<b>Summa Folkhälsopolitik</b>	<b>176</b>	<b>622</b>	<b>531</b>	<b>636</b>	<b>640</b>	<b>646</b>	<b>651</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 5.3 Mål för området

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (avsnitt 3.4 Mål för utgiftsområdet).

### 5.4 Resultatredovisning

Resultatredovisningen i avsnittet tar sin utgångspunkt i en kort beskrivning av hälso-utvecklingen i landet. Därefter följer resultat inom områdena levnadsvanor, kunskapsbaserat folkhälsoarbete samt hälsot.

#### 5.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Bedömning av resultat och målpuppfyllelse inom folkhälsopolitiken baseras på ett flertal indikatorer och bedömningsgrunder. Följande indikatorer används för att illustrera centrala resultat inom området:

- medellivslängd och friska levnadsår,
- antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer,
- antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer,
- sjukdomsörda,
- riskfaktorers bidrag till sjukdomsördan,
- andel med en stillasittande fritid respektive som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag,
- andel som äter lite frukt och grönsaker respektive som äter frukt och grönsaker 5 gånger/dag,
- antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), och
- antal antibiotikarecept per 1 000 invånare.

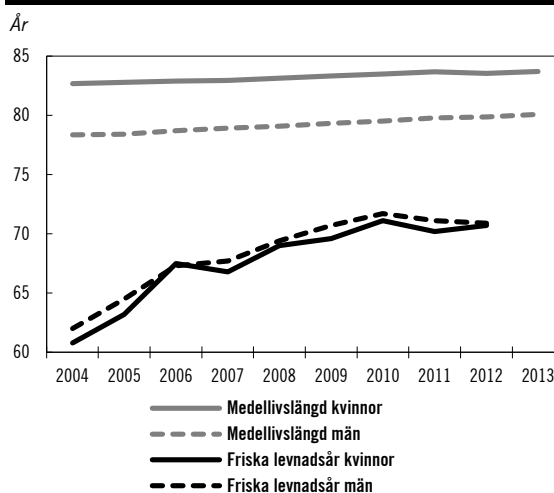
Bedömningsgrunder utgörs huvudsakligen av statistik och rapporter från myndigheter och organisationer.

### 5.4.2 Resultat – folkhälsans utveckling

#### Befolkningen lever allt längre med god hälsa

Befolkningen i Sverige lever allt längre och antalet friska levnadsår, s.k. Healthy Life Years (HLY), ökar (diagram 5.1). År 2013 var medellivslängden för kvinnor 83,7 år och för män 80,1 år. Detta kan jämföras med 2008 då medellivslängden för kvinnor var 83,1 år och för män 79,1 år. Könsskillnaden avseende medellivslängd minskar. I genomsnitt under 2012 hade kvinnor och män nästan 71 friska levnadsår (70,7 för kvinnor och 70,9 för män). Sedan 2008 har de friska levnadsåren ökat med cirka två år för både kvinnor och män, vilket innebär att de friska levnadsåren har ökat snabbare än medellivslängden. Det framkommer inte några stora skillnader mellan kvinnor och män när det gäller antalet friska levnadsår.

Diagram 5.1 Medellivslängd och friska levnadsår, 2004–2012/13



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

Det kvarstår alltså skillnader i hälsa mellan vissa socioekonomiska grupper. Det finns t.ex. skillnader mellan grupper med olika utbildningsbakgrund avseende självskattad hälsa, livslängd och i förekomsten av så gott som alla stora folksjukdomar. Skillnader finns även i förutsättningar för god hälsa.

Diagram 5.2 och 5.3 visar insjuknande respektive dödlighet för viktiga sjukdomsgrupper. Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat, vilket också är den största enskilda orsaken till den ökade medellivslängden. Dödligheten i hjärtsjukdom skiljer sig åt mellan grupper i befolkningen. Risken att insjukna i



hjärtinfarkt är högre bland personer med kortare utbildning och dessa skillnader är tydligare i yngre åldersgrupper.

Insjuknandet i stroke har minskat. Bland äldre är insjuknandet vanligast, men minskar samtidigt snabbast. I åldersgruppen 35–44 år har dock förstagångsinsjuknandet ökat med 16 procent för kvinnor och 18 procent för män sedan mitten av 1990-talet. Ökningen är störst bland dem med enbart förgymnasial utbildning.

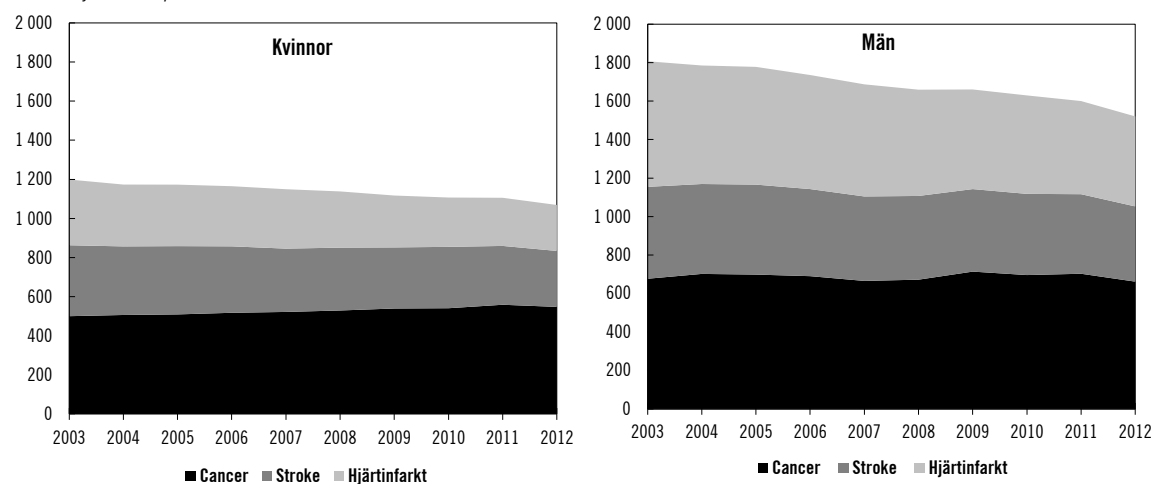
Den relativa betydelsen av cancer som dödsorsak har ökat de senaste åren i takt med att hjärt- och kärlsjukdomarna har minskat. Numera är cancer en vanligare dödsorsak än hjärt- och kärlsjukdomar i åldrarna upp till 78 år, bland

både män och kvinnor. Insjuknande i cancer har även blivit mer vanligt förekommande, samtidigt som dödligheten i cancersjukdomar har minskat något. Detta beror delvis på att cancerdiagnoser kunnat ställas tidigare och på att vården blivit allt bättre på att behandla cancer.

Kvinnor med enbart förgymnasial utbildning löper högre risk att både insjukna och dö i cancer jämfört med dem med högre utbildning. Bland män ställs färre cancerdiagnoser hos dem med kortast utbildning, men dödligheten är ändå högst i denna grupp.

**Diagram 5.2 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, 2003–2012**

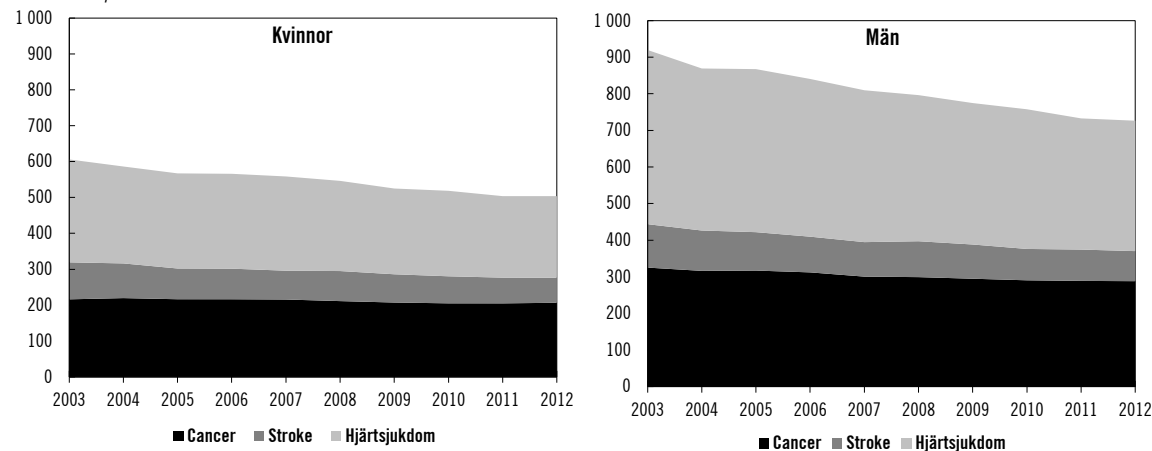
Antal insjuknande per 100 000 invånare.



Anm.: Data avser förstagångsinfarkter och förstagångsstroke, cancer avser nya fall. Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2010. Källor: Socialstyrelsen (Patientregistret och Dödsorsaksregistret) och Folkhälsomyndigheten (Folkhälsan i Sverige 2014).

**Diagram 5.3 Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer, 2003–2012**

Antal döda per 100 000 invånare.



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2010. Källor: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret) och Folkhälsomyndigheten (Folkhälsan i Sverige 2014).

Under 2013 rapporterades inga större avvikelser i de anmälningspliktiga sjukdomarnas epidemiologi. Klamydiainfektion är den överlägset vanligaste rapporterade sjukdomen (avsnitt 5.4.3 Resultat – levnadsvanor). Problemet med antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka (avsnitt 5.4.5 Resultat – hälsohot).

Antalet fall av svåra streptokockinfektioner ökade kraftigt under 2013. Ökningen 2012 av antalet rapporterade fall av allvarlig meningokocksjukdom har inte fortsatt under 2013 utan antalet fall har i stället minskat till 2011 års nivå.

Utvecklingen när det gäller alkohol, narkotika, dopning och tobak är i huvudsak positiv. Exempelvis har rökningen i den vuxna befolkningen minskat med cirka en procentandel per år under de senaste 20 åren (avsnitt 9.4.2 Resultat).

I avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik beskrivs statliga insatser riktade mot hälso- och sjukvården. Tandhälsan i befolkningen berörs även i avsnitt 4.

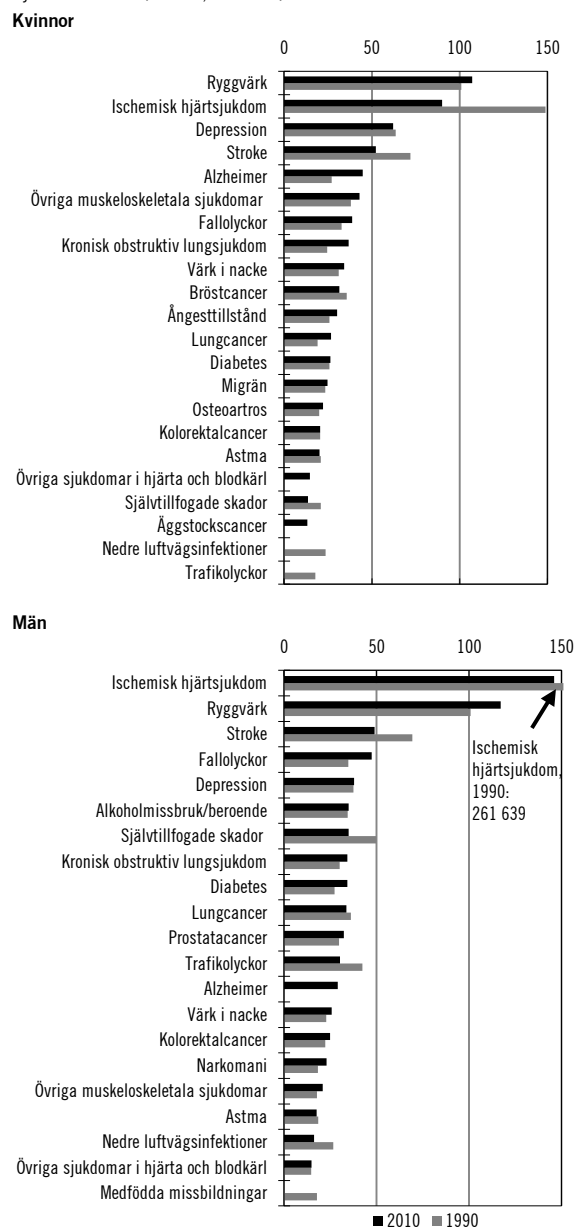
#### Risikfaktorer bidrar till sjukdomsördan

Diagram 5.4 visar sjukdomsördan för olika sjukdomsgrupper. Sjukdomsörda är ett sammanfattande mått som beaktar bl.a. sjukdomars förekomst och allvarlighetsgrad. Trots minskad förekomst är hjärt- och kärlsjukdom fortsatt en av de sjukdomsgrupper som orsakar störst sjukdomsörda bland både kvinnor och män

Insjuknande i de stora folkhälsosjukdomarna, såsom cancer och hjärt- och kärlsjukdomar, beror bl.a. på förekomsten av riskfaktorer som ger upphov till sjukdomsörda (diagram 5.5). De riskfaktorer som leder till störst sjukdomsörda är i stort sett samma för kvinnor och män. Riskfaktorer är t.ex. ohälsosamma matvanor, stillasittande fritid, övervikt, rökning, alkoholkonsumtion och luftföroreningar. Matvanor och fysisk aktivitet behandlas vidare i avsnitt 5.4.3 Resultat – levnadsvanor.

**Diagram 5.4 Sjukdomsörda, 1990 och 2010**

Sjukdomsörda (DALYs, tusental)

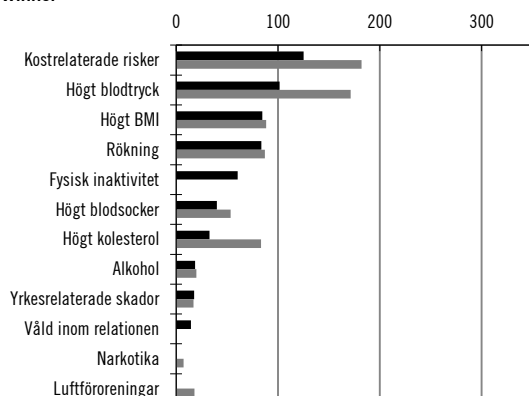


Anm.: Sjukdomsörda mäts med funktionsjusterade levnadsår (DALY) som är summan av friska år som förloras på grund av för tidig död (YLL) och sjukdom (YLD). Källor: Karolinska institutet och the Institute for Health Metrics and Evaluation.

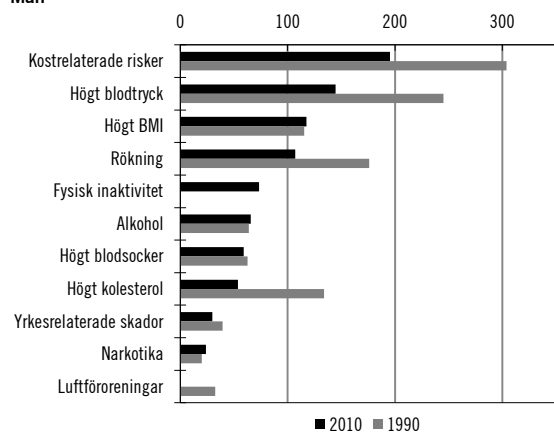
**Diagram 5.5 Riskfaktors bidrag till sjukdomsördan, 1990 och 2010**

Sjukdomsörda (DALYs, tusental)

Kvinnor



Män



Anm.: Sjukdomsörda mäts med funktionsjusterade levnadsår (DALY) som är summan av friska år som förloras på grund av för tidig död (YLL) och sjukdom (YLD). BMI (Body Mass Index) baseras på förhållandet mellan kroppsvikt och längd och ett för högt BMI innebär övervikt eller fetma.

Källor: Karolinska institutet och the Institute for Health Metrics and Evaluation.

### Psykisk ohälsa bland unga

Besvär som hänger ihop med psykisk ohälsa är fortfarande ett problem. Bland gruppen unga i åldern 16–24 år har besvär med ångslan, oro eller ångest ökat sedan i början av 90-talet, främst bland unga kvinnor. De senaste åren förefaller ökningen av lättare besvär ha avstannat, men den mindre andel som upplever svår ångslan, oro eller ångest har fortsatt att öka. Sjukhusinläggningarna för självskadande beteende bland unga kvinnor har däremot minskat de senaste åren.

### 5.4.3 Resultat – levnadsvanor

#### Matvanor och fysisk aktivitet påverkar hälsan i befolkningen

Bra matvanor och fysisk aktivitet har en stor positiv påverkan på hälsan hos män och kvinnor och motverkar en rad olika hälsoproblem, som exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer samt även psykisk ohälsa. Stöd för ett aktivt och evidensbaserat arbete kring matvanor och fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården är en viktig del i arbetet med att främja goda levnadsvanor hos män och kvinnor.

Livsmedelsverkets nationella kompetenscentrum för måltider i offentlig förvaltning har bidragit till att skapa bättre förutsättningar för bra matvanor inom vård, skola och omsorg. Livsmedelsverket har även under 2014, mot bakgrund av de nyligen reviderade Nordiska näringsrekommendationerna, arbetat med att revidera de allmänna kostråden i Sverige samt föreskrifterna för användningen av Nyckelhälsmärkningen (utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel). Inom skolan har satsningar gjorts på förstärkt elevhälsa och näringsriktiga måltider. Avsikten är att lyfta fram elevhälsans förebyggande och hälsofrämjande roll samt skolmåltidernas betydelse för hälsa, trivsel och lärande.

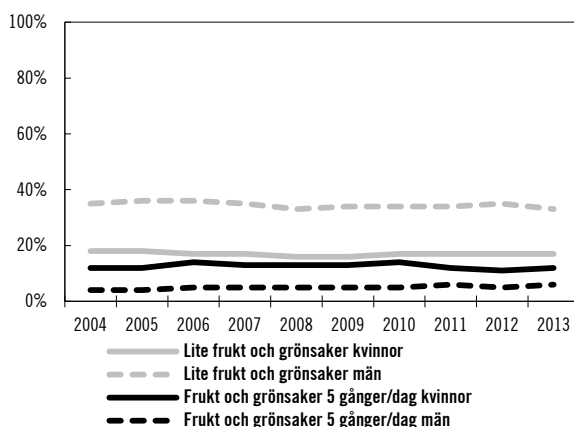
Stödet för fysiskt aktiva levnadsvanor innefattar bl.a. åtgärder inom samhällsplanering. Fysisk aktivitet främjas även genom mål och åtgärder inom friluftslivspolitik och idrottspolitiken. Detta främjas också genom att viss motion och friskvård på arbetsplatsen utgör en skattefri personalvårdsförmån samt genom idrott i skolan.

#### *Kostrelaterade risker bidrar till sjukdomsördan*

Bra matvanor och säkra livsmedel bidrar till en god hälsoutveckling i befolkningen. Enligt diagram 5.5 är kostrelaterade risker den största riskfaktorn när det gäller bidrag till sjukdomsördan i befolkningen.

Andelen vuxna som i den nationella folkhälsoenkäten uppgav att de äter frukt och grönsaker minst fem gånger per dag uppgick till ca 9 procent 2013 (diagram 5.6). Under perioden 2004–2013 låg denna andel på en stabil nivå, mellan 8 och 9 procent för den vuxna befolkningen som helhet. Kvinnor uppgav i högre utsträckning än män att de äter rekommenderad mängd frukt och grönsaker. Andelen som uppgav att de äter lite frukt och grönsaker låg stabilt mellan 25 och 27 procent under perioden 2004–2013. Det var betydligt fler män (33–36 procent) än kvinnor (16–18 procent) som uppgav att de äter lite frukt och grönsaker.

**Diagram 5.6 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 2004–2013**



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2000. Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker (0–1,3 gånger/dag) respektive att de äter frukt och grönsaker 5 gånger/dag, åldersgruppen 16–84 år.  
Källa: Folkhälsomyndigheten (Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor).

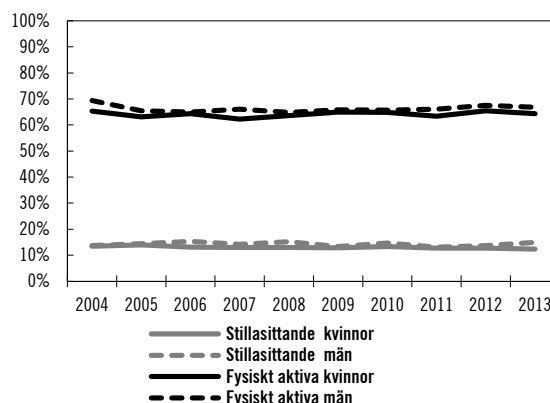
Enligt resultatet i folkhälsoenkäten finns det betydande skillnader i självrapporterad konsumtion av frukt och grönsaker mellan olika socioekonomiska grupper. Personer med kort utbildning, arbetslösa, personer i ekonomisk kris, personer som saknar kontantmarginal eller som har låg inkomst uppgav i högre grad en låg konsumtion av frukt och grönsaker jämfört med dem som har lång utbildning och hög inkomst. Skillnaderna i konsumtion av frukt och grönsaker och socioekonomisk situation har bestått sedan 2004 för båda könen.

#### *Stillasittande – en riskfaktor*

Fysisk aktivitet minskar risken för en rad livsstilsrelaterade sjukdomar. Fysisk inaktivitet är således en riskfaktor som bidrar till sjukdoms-  
bördan i befolkningen (diagram 5.5).

Andelen vuxna som angav i folkhälsoenkäten att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag uppgick 2013 till ca 65 procent (diagram 5.7). Andelen män som angav detta var 2013 något högre (67 procent) än andelen kvinnor (64 procent).

**Diagram 5.7 Andel som anger att de har en stillasittande fritid respektive att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 2004–2013**



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2000. Avser åldersgruppen 16–84 år.  
Källa: Folkhälsomyndigheten (Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor).

De senaste åren har andelen vuxna med en stillasittande fritid legat på en stabil nivå (12–15 procent) med mycket små skillnader mellan kvinnor och män. Enligt Folkhälsomyndigheten har trenden sedan mitten av 2000-talet varit att stillasittande fritid är vanligare inom vissa grupper, t.ex. bland kvinnor i åldersgruppen 65–84 år samt hos personer med låg utbildningsnivå, arbetslösa och sjukskrivna.

Från och med 2014 är Folkhälsomyndigheten samordnande myndighet för friluftslivsmålet för god folkhälsa. Myndigheten ska verka för att målet uppnås genom att sammanställa och sprida evidensbaserade kunskaper till kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer om insatser som skapar förutsättningar för friluftsliv.

Cykling bidrar till uppfyllandet av flera samhällsmål samtidigt: hälsa, klimat och hållbara transporter (utgiftsområde 22 Kommunikationer).

*Forum för hälsofrämjande*

Forum för hälsofrämjande, som inrättades under 2012, har bidragit till ökad samverkan mellan olika aktörer i samhället inom området kost och fysisk aktivitet. Syftet har bl.a. varit att skapa dialog och möjliggöra erfarenhetsutbyte mellan offentliga aktörer, den ideella sektorn, friskvårdsbranschen, forskarvärlden och branschorganisationer på livsmedelsområdet i frågor som rör hälsofrämjande.

**Sexuell hälsa och sexuellt överförbara sjukdomar***Nationellt strategidokument för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*

Folkhälsomyndigheten har tillsammans med Socialstyrelsen arbetat fram ett nationellt strategidokument för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Myndigheterna bedömer att det behövs en nationell samordning för att utveckla och stärka kunskapsstyrningen inom området. I strategidokumentet föreslås därför bl.a. att Folkhälsomyndigheten ska få ett samordningsansvar för att utveckla samverkan, uppföljning och utvärdering, inklusive att förstärka kunskaps- och metodutvecklingen samt att förbättra hälsokommunikationen och kunskapspridningen.

*Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar*

Antalet inhemska fall av hivinfektion har ökat svagt sedan 2003, bland både kvinnor och män. Hivinfektion rapporteras oftare hos män än hos kvinnor och avser framför allt personer som har smittats utomlands. En något ökande andel utrikes födda bland nyrapporterade fall av hivinfektion har märkts under de senaste åren. Den inhemska smittspridningen är vanligast i gruppen män som har sex med män. I dagsläget beräknas ungefär 6 400 personer leva med en känd hivdiagnos i Sverige.

Klamydiainfektion har ökat både bland kvinnor och män sedan slutet av 1990-talet. Under 2013 minskade dock antalet fall med 5 procent jämfört med året innan. Klamydiainfektion sprids huvudsakligen bland ungdomar och unga vuxna och förekommer oftare hos kvinnor än hos män.

Under 2013 ökade antalet syfilisfall, medan gonorréfällen låg kvar på ungefär samma nivå

som föregående år. Syfilis och gonorré förekommer framför allt hos män.

*Insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar*

Sedan 2006 har det årligen träffats särskilda överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. För 2013 omfattade överenskommelsen 95 miljoner kronor. För att bidragshanteringen ska bli mer förutsägbar och lättadministrerad beslutades i juni 2013 om förordning (2013:666) om statsbidrag till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion. Folkhälsomyndigheten fördelar årligen därutöver ytterligare 21 miljoner kronor i statsbidrag till ideella organisationer, enligt förordning (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

Den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60) är utgångspunkten för insatserna mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Folkhälsomyndigheten har, från tidigare Smittskyddsinstitutet, tagit över det nationella ansvaret för uppföljningen av strategin. Myndigheten har även en strategisk roll i att stödja myndigheter, huvudmän och ideella organisationer som är verksamma inom området.

*Förbättrad struktur för hälsoundersökning av asylsökande*

Ett samarbetsprojekt bedrivs i syfte att förbättra strukturen och samarbetet kring hälsoundersökning av asylsökande vid ankomsten till Sverige. Deltagare i projektet är Folkhälsomyndigheten, Migrationsverket, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, fyra landsting och tre universitet. Projektet startades 2012 med stöd från Europeiska flyktingfonden och slutförs under 2014. Erbjudande om hälsoundersökning förbättrar förutsättningarna för att ett vårdbehov snabbt ska kunna identifieras och är även en introduktion för nyanlända till den svenska hälso- och sjukvården.

**Personlig e-tjänst**

Under 2013 och 2014 har ett fortsatt arbete bedrivits med att etablera den nationella tjänsten HälsaFörMig. Tjänsten är tänkt att vara ett verktyg för män och kvinnor att digitalt kunna spara,

överblicka och administrera sin hälsoinformation. En av intentionerna är att den ska innehålla en hälsodagbok där information om exempelvis friskvård, egenvård och kostvanor ska kunna registreras. HälsaFörMig ska på så sätt kunna bidra till att stödja män och kvinnor i att dokumentera och följa sin hälsoutveckling och därigenom fatta initierade beslut om den egna hälsan. Tjänsten behandlas även under avsnitt 4.4.4 Resultat – effektiv hälso- och sjukvård.

#### **Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel**

Arbetet med att motverka skadlig alkoholkonsumtion och tobaksbruk är grundläggande för att främja hälsa och förebygga sjukdomar i befolkningen. Området behandlas närmare under avsnitt 9 Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.

#### **5.4.4 Resultat – kunskapsbaserat folkhälsoarbete**

##### **Kunskapsstyrning och evidensbaserade metoder**

Den 1 januari 2014 inrättades Folkhälsomyndigheten. Denna myndighet har det samlade huvudansvaret för folkhälsofrågor och har bl.a. som uppgift att vidareutveckla den statliga kunskapsstyrningen inom folkhälsoområdet. Folkhälsomyndigheten har tagit över de uppgifter som Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet hade innan dessa myndigheter upphörde vid utgången av 2013. Genom att samordna dessa verksamheter kan den nya myndigheten bl.a. verka inom hela folkhälsoområdet och integrera smittskyddsfrågorna med annat folkhälsoarbete. Även vissa uppgifter som Socialstyrelsen tidigare ansvarat för, bl.a. miljöns påverkan på hälsa, liksom ansvaret för folkhälso- och miljöhälsoberättelser, har förts över till Folkhälsomyndigheten.

##### *Evidensbaserade och hälsoekonomiska metoder*

Folkhälsomyndigheten ska bedriva en verksamhet som står på vetenskaplig grund samt ska bidra till utveckling av hälsoekonomisk metodik inom folkhälsoområdet och av metoder för att beakta folkhälsoaspekter i konsekvensbedömningar och uppföljningar.

Dåvarande Statens folkhälsoinstitut har genomfört en utvärdering av GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) och DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence) på folkhälsoområdet. Dessa två internationella system för att gradera styrkan i det vetenskapliga underlaget har bedömts vara möjliga att tillämpa i Sverige på forskning inom folkhälsoområdet.

##### *En utvecklad folkhälsoberättelse*

Statskontoret fick 2012 i uppdrag att utvärdera uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken som Statens folkhälsoinstitut tidigare ansvarade för. Statskontoret lämnade 2013 förslag till förbättringar av systemet, bl.a. avseende delmål och indikatorer.

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att göra en samlad översyn av all folkhälsoberättelse som myndigheten tagit över liksom att analysera vilken annan nationell och internationell rapportering inom folkhälsoområdet som kan påverka Folkhälsomyndighetens verksamhet. I arbetet ska Statskontorets förslag beaktas och myndigheten ska även lämna förslag på samordning, effektivisering, innehåll och omfattning av myndighetens framtida rapportering.

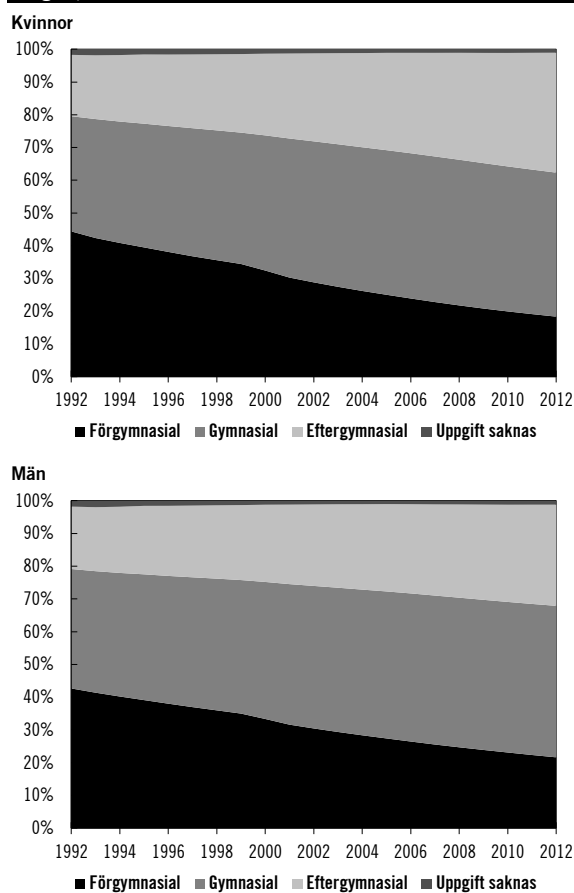
*Svensk medverkan i europeisk hälsoundersökning*  
European Health Interview Survey (EHIS) är en kartlägningsstudie som omfattar allmänt hälsotillstånd, hälsodata, bestämningsfaktorer för hälsa och sociala bakgrundsfaktorer. EHIS organiseras av Europeiska kommissionens statistikbyrå Eurostat. Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att under 2014 genomföra den svenska delen i undersökningen samt slutredovisa uppdraget senast i oktober 2015.

##### *Betydelsen av en allt högre utbildningsnivå i befolkningen*

Utvecklingen av hälsan i befolkningen är generellt sett positiv (avsnitt 5.4.2 Resultat – folkhälsans utveckling). Dessutom ökar utbildningsnivån i Sveriges befolkning, vilket framkommer av diagram 5.8. Det finns hälsoskillnader mellan olika grupper, t.ex. socioekonomiska skillnader avseende medellivslängd i förhållande till utbildningsnivå. Medellivslängden är fem år längre för dem med eftergymnasial utbildning jämfört med dem som enbart har förgymnasial utbildning.

Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag att analysera vilken betydelse det har för folkhälsan och för hälso- och sjukvården att allt fler skaffar sig en högre utbildning, samtidigt som det finns grupper som alltjämt har en låg utbildningsnivå. I uppdraget ingår också att undersöka hur sammansättningen av grupper med låg utbildning förändras över tid samt utreda vilka insatser som kan stödja grupper med låg utbildningsnivå till en god hälsa. Uppdraget slutredovisas i september 2015.

**Diagram 5.8 Utveckling av utbildningsnivåer, andel i befolkningen, 1992–2012**



### Folkhälsomyndigheten – strategisk myndighet för hbt-personers hälsa

I strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck från januari 2014 aviserades att flera strategiska myndigheter ska utses med ansvar för olika områden för att stärka arbetet med homo- och bisexuellas samt transpersoners (hbt-personer) rättigheter. Bland annat bedömdes att ett samlat, resultatriktat och långsiktigt arbete för hbt-personers hälsa behöver säkerställas.

Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag att vara strategisk myndighet för utveckling av hälsan bland hbt-personer. Myndigheten ska följa hälsoutvecklingen och utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer samt främja hbt-personers lika förutsättningar att uppnå en god hälsa genom kunskapsspridning om effektiva metoder och insatser.

### Kunskap om föräldrastöd

Inom föräldrastödspolitikerna ingår att erbjuda stöd i föräldraskapet under barnets hela uppväxt, bl.a. i syfte att genom föräldrarna uppnå positiva hälsoeffekter på barnet. Ett utvecklings- och kunskapsarbete har bedrivits och stimulansmedel har fördelats till kommuner i samarbete med lärosäten för arbete inom området. Därigenom har kommunernas arbete med föräldrastöd stärkts och det finns i dag t.ex. en ökad kunskap om att föräldrastödsprogram är hälsoekonomiskt motiverade.

### Öppna jämförelser och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

#### Folkhälsoinsatser genom stöd av Öppna jämförelser

Öppna jämförelser inom olika områden driver utveckling av kvalitet, effektivitet och resultat framåt. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att tillsammans med Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting utveckla Öppna jämförelser på folkhälsoområdet. Syftet är att stimulera insatser och systematiska förbättringar av verksamheter i kommuner och landsting som bidrar till att förbättra folkhälsans utveckling.

#### Förutsättningar för hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvård

Åtgärder har vidtagits för att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården. En närmare beskrivning av detta arbete finns i avsnitt 4.4.5 Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård. En viktig del i arbetet med hälsofrämjande inom hälso- och sjukvården är att införa de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

## 5.4.5 Resultat – hälsohot

### Arbetet mot antibiotikaresistens

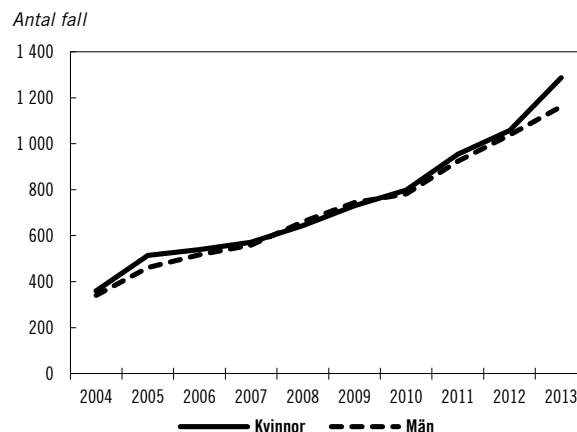
#### Nationellt arbete

Den prestationsbaserade satsningen på patient-säkerhet 2011–2014 har bidragit till en minskad antibiotikaförskrivning och en ökad följsamhet till behandlingsrekommendationerna. Landstingen har minskat sin förskrivning med totalt 8 procent under 2013 jämfört med 2012. Samtliga landsting har verkat för en ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer. Målet att minst 50 procent av vårdenheterna inom primärvården ska ha försett sina förskrivare med en översikt av deras personliga förskrivning av antibiotika har uppnåtts av alla landsting. För mer information om satsningen, se avsnitt 4.4.5 Resultat – god kvalitet inom hälso- och sjukvård.

Folkhälsomyndigheten har rapporterat flera regeringsuppdrag om antibiotikaförskrivning under 2013 och 2014. Dessa rapporter har rört kommunikation, behandlingsrekommendationer och en modell för hälsoekonomiska beräkningar. Socialstyrelsen har i samverkan med Jordbruksverket i uppdrag att ansvara för en nationell samverkansfunktion för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Inom ramen för uppdraget anordnade Socialstyrelsen i samarbete med Jordbruksverket i november 2013 ett antibiotikaforum med fokus på behovet av konkreta åtgärder.

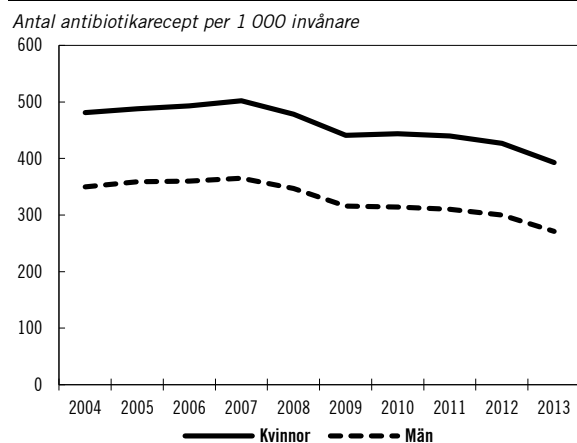
Av diagrammen 5.9 respektive 5.10 framkommer att antalet anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokokker (MRSA) ökar samt att antalet förskrivna antibiotikarecept per 1 000 invånare minskar.

**Diagram 5.9 Anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokokker (MRSA), 2004–2013**



Anm.: Data är hämtad ur en databas som ofta uppdateras, vilket gör att små variationer kan förekomma i presenterad data beroende på tidpunkt för datauttag.  
Källa: Folkhälsomyndigheten (SmiNet).

**Diagram 5.10 Antal förskrivna antibiotikarecept, 2004–2013**



Anm.: Indikatorn avser antal antibiotikarecept från öppenvården. Läkemedelsregistret omfattar inte slutenvård, läkemedelsförråd eller receptfria läkemedel.  
Källa: Socialstyrelsen (Läkemedelsregistret).

#### Arbetet inom EU har fortsatt

Sverige har sedan ordförandeskapet i EU 2009 drivit på frågan om behovet av nya antibiotika samt nya affärsmodeller för utveckling och produktion av effektiv antibiotika. Under 2013 och 2014 har fortsatta bidrag lämnats till Uppsala universitet/ReAct (Action on Antibiotic Resistance) för att inom EU arbeta med att lägga grunden för nya system avseende kontrollerad distribution och användning av nya antibiotika.



Under 2014 har ett arbete bedrivits med att påverka Europeiska kommissionen att ta rekommendationerna i handlingsplanen mot antimikrobiell resistens från 2011 vidare i konkreta åtgärder. En sådan åtgärd är det vägledningsdokument om ansvarsfull antibiotikaanvändning inom djurhållningen i EU som presenterades under våren 2014. Sverige har bidragit med sin erfarenhet inom detta område i den särskilda arbetsgrupp som har tagit fram vägledningen.

Hälsa har identifierats som ett eget prioritetsområde inom ramen för EU:s Östersjöstrategi. Inom ramen för Nordliga dimensionens partnerskap för hälsa och socialt välbefinnande (NDPHS), vilket omfattar medlemsländer från EU, men också Ryssland och Norge, leder Sverige en expertgrupp som beviljats finansiering för en övervakningsstudie av antibiotikaresistens. NDPHS har även enats om samarbete 2014–2020 inom ett flertal andra områden.

#### *Ett utvecklat globalt samarbete*

Den svenska inriktningen är att Världshälsorganisationen (WHO) ska axla ett globalt ledarskap när det gäller antibiotikaresistens. Detta speglas i den strategi för Sveriges samarbete med WHO som beslutades under 2011 och som gäller t.o.m. 2015. Sverige har drivit att det ska finnas en organisatorisk funktion inom WHO som arbetar aktivt med frågan utifrån ett övergripande perspektiv. Detta har gett resultat och denna funktion, med en förstärkning av en svensk sekonderad antibiotikaexpert, har under 2013 och 2014 bl.a. arbetat med att organisera expertmöten samt med den första globala övervakningsrapporten om resistensläget och sjukdomsördan relaterad till antibiotikaresistens.

Uppsala universitet/ReAct har beviljats bidrag för att aktivt stödja WHO i arbetet med antibiotikaresistens, framför allt genom att bidra till arbetet med resistensövervakning.

Sverige och Storbritannien har etablerat samarbete och som ett resultat av detta har de båda länderna tagit initiativ till en WHO-resolution, där den viktigaste delen är en uppmaning till WHO att ta fram en global handlingsplan. Resolutionen antogs på Världshälsoförsamlingen (WHA) i maj 2014. Den globala handlingsplanen är tänkt att antas på WHA i maj 2015.

Därutöver har Sverige fortsatt samarbetet kring antibiotikaresistens inom ramen för de samarbetsavtal kring hälsa som har upprättats mellan Sverige och Indien respektive Kina.

Sverige har även varit aktivt i det amerikanska initiativet The Global Health Security Agenda, som bl.a. syftar till att stärka beredskapen globalt mot olika typer av hälsohot och stödja WHO.

#### **Nationella vaccinationsprogram**

Genom en ändring av smittskyddslagen (2004:168) regleras från den 1 januari 2013 de nationella vaccinationsprogrammen i lag. Lagändringen har inneburit att landsting och kommuner blivit skyldiga att erbjuda de vacciner som omfattas av de nationella vaccinationsprogrammen. Arbetet med införandet av den nya ordningen för nationella vaccinationsprogram har varit omfattande. Socialstyrelsen har bl.a. tagit fram en modell för utarbetande av underlag till regeringen för att fatta beslut om de nationella vaccinationsprogrammen. Modellen ska säkerställa att beslut om förändringar av vaccinationsprogrammen är väl underbyggda, transparenta och förankrade. Socialstyrelsen har även tagit fram en generell modell för samhälls-ekonomiska analyser av nationella vaccinationsprogram. Dåvarande Smittskyddsinstitutet, numera Folkhälsomyndigheten, har gjort en översyn av myndighetens verksamhet när det gäller uppföljning av vacciner samt även undersökt vilka behov av uppföljning som finns nationellt samt i förhållande till de nationella vaccinationsprogrammen. Folkhälsomyndigheten arbetar även med att utveckla och införa ett register över nationella vaccinationsprogram.

I mars 2014 remitterades Socialstyrelsens förslag om att införa vaccination mot hepatit B i det nationella vaccinationsprogrammet för barn.

#### **Hälsohot och beredskap**

Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013 av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa innebär att samarbetet mellan medlemsstaterna vad gäller olika typer av gränsöverskridande hälsohot stärks. Beslutet omfattar alla typer av hälsohot i likhet med WHO:s internationella hälsoreglemente (IHR). Från svensk sida är det viktigt att samarbetet ger ett mervärde genom ett effektivt informationsutbyte mellan medlemsstaterna samt förbättrad koordination. Området

är inte föremål för harmonisering, utan vilar på utvecklat samarbete.

Den svenska beredskapsplaneringen för en pandemisk influensa, reviderad i december 2012, utgör ett planeringsstöd för hur de nationella myndigheterna kan stödja hälso- och sjukvårdens, omsorgens och det regionala och lokala smittskyddets arbete. Underlaget ska kunna användas när dessa aktörer reviderar sina planer. Ett antal globala, smittrelaterade händelser det senaste året, såsom MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome) och fågelinfluensan (H7N9) i Kina samt ebolautbrottet i Västafrika har resulterat i beredskapsåtgärder.

I Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa framgår att medlemsstaterna kan genomföra gemensamma upphandlingar av medicinska motåtgärder mot allvarliga, gränsöverskridande hälsohot. Sverige undertecknade i juni 2014 en avsiktsförklaring om att senare underteckna ett avtal som gör det möjligt att genomföra sådana gemensamma upphandlingar inom EU.

I propositionen Lag om sprängämnesprekursorer och redovisning av krisberedskapens utveckling (prop. 2013/14:144) finns en redogörelse om utvecklingen av krisberedskapen i Sverige, bl.a. inom hälsoområdet.

#### *Beredskapsläkemedel*

I december 2011 beslutades att ge en särskild utredare i uppdrag att se över arbetet med beredskapsläkemedel för att säkerställa att det finns tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmaterial vid allvarliga händelser och kriser (dir. 2011:121). I uppdraget ingick bl.a. att analysera behoven av och inriktningen på samhällets insatser, föreslå en långsiktig och tydlig ordning för dessa insatser samt säkerställa att det finns ett ändamålsenligt regelverk för att kunna vidta dessa åtgärder. Uppdraget ändrades i februari 2013 genom ett tilläggsdirektiv (dir. 2013:18). Bakgrunden till ändringen var bl.a. att det genomförda arbetet hade visat att frågeställningen var mer komplex än vad som hade förutsetts. Utredningen lämnade i augusti 2013 betänkandet Tillgång till läkemedel och sjukvårdsmaterial vid allvarliga händelser och kriser (SOU 2013:54).

## 5.4.6 Analys och slutsatser

Folkhälsopolitiken syftar till att skapa en jämlik hälsa för alla. Insatserna inom området ska bidra till att nå det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet, som är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (avsnitt 3.4 Mål för utgiftsområdet).

Folkhälsoarbetet bedrivs av många aktörer på olika nivåer – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt. Resultatet av statens insatser kan vara svåra att avgränsa och mäta på ett övergripande plan. Befolkningens hälsoutveckling påverkas även i hög grad av utvecklingen inom andra verksamheter än dem som beskrivs i detta avsnitt.

Hälsan i befolkningen utvecklas överlag i rätt riktning för både kvinnor och män. Samtidigt märks i samhället en växande ojämlikhet i hälsa. Den sammantagna bedömningen är att folkhälsopolitiken har bidragit till en ökad uppfyllelse av målet för folkhälsoarbetet, samtidigt som mycket arbete återstår för att nå målet fullt ut.

Nedan följer en redovisning av analys och slutsatser för respektive område som behandlades i resultatredovisningen.

### Folkhälsans utveckling

Befolkningens hälsa blir på många sätt allt bättre. Att antalet friska levnadsår ökar snabbare än medellivslängden är ett tecken på att folkhälsan förbättras. Det finns dock stora skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Hälso- klyftan i samhället har ökat.

Insjuknande och dödlighet i flera stora folksjukdomar minskar för många grupper i samhället, dock inte alla. Förbättrad kvalitet och effektivitet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för en bättre behandling av sjukdomar.

### Levnadsvanor

#### *Fysisk aktivitet och bra matvanor*

Sveriges befolkning är fysiskt aktiv i olika grad och människors kostvanor varierar. Fysisk aktivitet och bra matvanor har betydelse för en god hälsoutveckling i befolkningen. Insatser för att främja fysisk aktivitet och bra matvanor bedöms

ha stärkt förutsättningarna för en positiv utveckling inom dessa områden.

#### *Sexuell hälsa och sexuellt överförbara sjukdomar*

Inga större förändringar i den epidemiologiska situationen har skett under 2012 och 2013. Den något ökande andelen utrikes födda bland nyrapporterade fall av hivinfektion under de senaste åren understryker behovet för huvudmännen att utveckla insatser och metoder för att nå även nyanlända och andra utrikes födda med information och erbjudande om rådgivning och testning.

### **Kunskapsbaserat folkhälsoarbete**

#### *Kunskapsstyrning och evidensbaserade metoder*

Förutsättningarna för att kunna angripa hälsofrågor ur ett bredare, kunskapsbaserat perspektiv bedöms ha förbättrats genom bildandet av Folkhälsomyndigheten. Förutsättningarna för Sverige att på ett mer effektivt sätt delta i samarbetet kring folkhälsofrågor inom Europeiska unionen (EU) och internationellt verkar också ha förbättrats.

Satsningen på Folkhälsomyndigheten som strategisk myndighet med uppdrag att främja hbt-personers lika förutsättningar att uppnå god hälsa bedöms komma att bidra till säkerställande av ett samlat, resultatinkänt och långsiktigt arbete för hbt-personers hälsa.

#### *Öppna jämförelser och hälsofrämjande hälso- och sjukvård*

Utvecklingen av Öppna jämförelser på folkhälsoområdet har gett ökat stöd till kommuner och landsting att utveckla och förbättra insatser inom folkhälsoområdet.

Den pågående uppbyggnaden av hälsofrämjande strukturer och metoder inom hälso- och sjukvården bedöms bidra till bättre förutsättningar för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i landstingen.

### **Hälsohot**

#### *Antibiotikaresistens*

Insatser inom området antibiotikaresistens bedöms ha drivit arbetet med frågan framåt. Medel till olika myndigheter och till Uppsala universitet/ReAct (Action on Antibiotic Resistance) har omsatts i aktiviteter som gett resultat såväl

nationellt som internationellt. Frågan har t.ex. fått fäste på högsta nivå i såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som i ett antal länder, vilka nu lyfter frågan och ger uttryck för behov av såväl snabba som långsiktiga åtgärder för att hantera problemet.

#### *Nationella vaccinationsprogram*

Arbetet med vaccinationsprogram bedöms ha gett ett gott resultat. Förtroendet för det nationella vaccinationsprogrammet är fortsatt högt. Vaccinationstäckningen ligger på en stabilt hög nivå i Sverige och fall eller utbrott av sjukdomar som omfattas av det allmänna vaccinationsprogrammet är relativt ovanliga.

#### *Hälsohot och beredskap*

Åtgärder har vidtagits för att utveckla och stärka beredskapen mot allvarliga, gränsöverskridande hälsohot. Uppkomna risker för gränsöverskridande hälsohot har hanterats genom samarbete inom EU. Inga av dessa hot har resulterat i ett konkret nationellt hot. Arbetet med hälsohot och beredskap bedöms ha fungerat väl.

## **5.5 Politikens inriktning**

Det långsiktiga målet för regeringens folkhälsopolitik är att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Detta sker genom att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och mer jämlik hälsoutveckling på befolkningsnivå. Politiken syftar också till att ge människor verktyg för att förbättra sin egen hälsa. Befolkningens hälsa påverkas såväl av mäns och kvinnors levnadsvanor som av mer strukturella faktorer.

Regeringen avser föra en effektiv folkhälsopolitik som bygger på en helhetssyn på människan och på hälsofrämjandet. Befolkningens hälsa är av grundläggande betydelse för en hållbar samhällsutveckling. Delaktighet och inflytande hos befolkningen samt bred samverkan mellan olika aktörer är centrala komponenter i ett effektivt folkhälsoarbete. Ett framgångsrikt folkhälsoarbete bygger på ett gemensamt ansvarstagande mellan individen och samhället.

Folkhälsan i Sverige är generellt sett god och fortsätter att utvecklas positivt för befolkningen som helhet. Dock mår t.ex. allt fler unga, särskilt kvinnor, hbtq-personer och personer med funktionsnedsättning dåligt i dagens samhälle. Kvin-

nors och mäns livsvillkor påverkar hälsans utveckling. Under de senaste årtiondena har även klyftan ökat mellan dem som har den bästa hälsan och dem som har den sämsta. Det finns stora socioekonomiskt relaterade skillnader när det gäller hälsoutvecklingen. Det mest verkningfulla medlet för en bättre folkhälsa är att minska de sociala och ekonomiska klyftorna.

I syfte att åtgärda de växande hälsoskillnaderna i samhället avser regeringen att tillsätta en kommission för jämlik hälsa. Kommissionen ska t.ex. identifiera förhållanden som orsakar skillnader i hälsa samt lämna förslag för hur dessa kan minskas.

Regeringen föreslår i avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur att den statliga kunskapsstyrningen ska stärkas och att samverkan mellan myndigheter och huvudmän ska formaliseras. Förslagen påverkar Folkhälsomyndigheten och innebär också vissa ändringar i gränssnittet mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i syfte att underlätta en effektiv samverkan. Enligt förslaget ges Folkhälsomyndigheten ett samlat ansvar för smittskyddet på nationell nivå genom övertagande av de uppgifter som i dag utförs av Socialstyrelsen med stöd av smittskyddslagen (2004:168) och lag (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa.

Folkhälsopolitiken omfattar även insatser som inte tas upp i det här avsnittet. Det gäller bl.a. arbete med att minska förekomsten av luftföroreningar och exponering av farliga kemikalier. Det gäller även insatser t.ex. inom områdena sociala tjänster, funktionshinder, utbildning, arbetsmarknad, bostadsförsörjning och idrott samt åtgärder avseende smittor mellan djur och människor, s.k. zoonoser, och inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

### **Goda levnadsvanor ska främjas**

En viktig utgångspunkt för folkhälsopolitiken är att hälsan påverkas av samhälleliga faktorer och att samhället därför genom politisk styrning kan utvecklas så att bästa möjliga förutsättningar för en god hälsa finns för alla. En annan hörnsten inom folkhälsoområdet är behovet av att främja goda levnadsvanor hos män och kvinnor, t.ex. genom rådgivning kring bra matvanor och fysisk aktivitet. Genom bl.a. bra matvanor och fysisk

aktivitet samt genom tidig upptäckt och tillgång till behandling kan t.ex. vissa kroniska sjukdomar förebyggas. Det förebyggande perspektivet är centralt inom den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar.

Goda levnadsvanor kan stimuleras genom bred samverkan mellan olika aktörer. I Forum för hälsofrämjande samverkar idrottsrörelsen, friskvårdsbranschen, forskarvärlden, branschorganisationer på livsmedelsområdet samt berörda departement och myndigheter. Syftet med forumet är att möjliggöra erfarenhetsutbyte och skapa dialog mellan dessa aktörer i frågor som rör hälsofrämjande.

Idrott främjar en god hälsa i befolkningen. Idrottspolitikerna syftar bl.a. till att skapa fler möjligheter till idrott och motion för människor i Sverige.

### *Förebyggande arbete mot sexuellt överförbara sjukdomar*

Samhället har ett ansvar för att minska den inhemska smittspridningen av hivinfektion. Regeringens insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar syftar till att bidra till ett långsiktigt, förebyggande arbete inom området. Statsbidraget för att förebygga hivinfektion ska främja ett preventivt och evidensbaserat arbete. Bidraget riktas till grupper som har hög risk att drabbas av sexuellt överförbara infektioner, särskilt hivinfektion.

Regeringen avser att i internationella sammanhang fortsätta sprida erfarenheter från det svenska arbetet mot hivinfektion, som en del i Sveriges engagemang för att bekämpa den globala hivpidemin.

### **Kunskapsbaserat folkhälsoarbete som ger resultat**

Ett effektivt folkhälsoarbete förutsätter långsiktighet samt att arbetet utförs systematiskt och baseras på kunskap. Staten verkar för en effektiv kunskapsstyrning bl.a. genom att främja utveckling, användning och spridning av evidensbaserade och utvärderade metoder för arbete med att förbättra mäns och kvinnors hälsa. Behoven hos de grupper som har de svåraste folkhälso problemen ska särskilt beaktas i detta arbete. Folkhälsomyndigheten har en central roll i den statliga kunskapsstyrningen inom folkhälsa. En viktig uppgift för myndigheten under

2015 är att fortsätta att utveckla sin kunskapsstyrande roll.

Pågående insatser, såsom Öppna jämförelser inom folkhälsa samt Folkhälsomyndighetens arbete med att kartlägga betydelsen för hälsan av en allt högre utbildningsnivå hos befolkningen, förväntas kunna bidra till en ökad kvalitet inom folkhälsoarbetet i Sverige. Inom den statliga kunskapsstyrningen är även Folkhälsomyndighetens arbete med att göra folkhälso-rapporteringen mer samordnad och ändamåls-enlig centralt.

Folkhälsomyndigheten kommer att vara strategisk myndighet i enlighet med strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Socialstyrelsen har sedan 2011 haft i uppdrag att stödja införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stödet förväntas ha förbättrat landstingens förutsättningar att implementera metoder för ett sjukdomsförebyggande arbete och föra detta arbete framåt inom hälso- och sjukvården (avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik).

### Bättre beredskap mot hälsohot

Det pågående utbrottet av ebola i Västafrika visar tydligt på vikten av att ha en beredskapsplanering som tar sikte på att kunna hantera oförutsedda situationer och nya hot. Förändringar i omvärlden, som klimatpåverkan, fortsatt resande och migration samt avsiktlig spridning av smittämnen kräver en väl avvägd beredskapsplanering. Hälsohot utgörs bl.a. av olika typer av smittsamma sjukdomar, inklusive virus av pandemisk potential och av biologiska och kemiska risker samt hot kring utveckling och spridning av resistenta bakterier.

Regeringen avser även fortsättningsvis arbeta för en god beredskap för allvarliga hälsohot. Det är viktigt med ett effektivt arbete såväl nationellt som inom Europeiska unionen (EU) och internationellt. Folkhälsomyndigheten ska inom sitt ansvarsområde ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap. Socialstyrelsen har som uppgift att samordna en beredskap mot allvarliga hälsohot. Sverige stödjer internationellt pågående arbete med att globalt genomföra det

internationella hälsoreglementet (IHR) inom Världshälsoorganisationen (WHO).

Utbrottet av ebola i Västafrika pågår sedan i mars 2014. Befolkningen i flera västafrikanska länder har drabbats hårt. Sverige har en god beredskap för att hantera och vårda ett eventuellt fall av en smittad person som kommer till landet samt har rutiner för att förhindra vidare smittspridning. Landstingen ansvarar för vård och omhändertagande av patienter med misstänkt ebola. Tillgång till en speciell högisoleringsenhet finns vid Universitetssjukhuset i Linköping och säkerhetslaboratorium med dygnet-runt-beredskap finns vid Folkhälsomyndigheten. Berörda myndigheter, däribland Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (Sida) och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), arbetar med att bistå drabbade områden och utveckla den beredskap som finns. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda och samordna för medicinsk evakuering av smittade personer från drabbade länder. Regeringen verkar även för att nödvändiga insatser vidtas på plats i de drabbade länderna, bl.a. genom att försöka underlätta för svensk hälso- och sjukvårdspersonal som vill bidra på plats. Ett led i detta är att regeringen har gett Socialstyrelsen ett utökat uppdrag att undersöka och genomföra insatser för att underlätta för frivillig svensk hälso- och sjukvårdspersonal att åka till områden som drabbats av ebolautbrottet och bistå befolkningen på plats med vård.

Sverige bidrar till arbetet mot ebola i de drabbade länderna genom resurser till de FN-övergripande appellerna. Regeringen har även gett MSB i uppdrag att planera för och genomföra hälso- och sjukvårdsinsatser samt utveckla en temporär funktion för rekrytering och samordning av frivillig svensk hälso- och sjukvårdspersonal. MSB ska även bidra med andra relevanta resurser i bekämpandet av ebolautbrottet i Västafrika. Beslutet innebär vidare att Sida, utöver redan pågående insatser, ska avsätta upp till 100 miljoner kronor för insatser i de drabbade länderna.

### *Antibiotikaresistens i fokus*

Ett annat allvarligt hälsohot är antibiotikaresistens. Sverige kommer under 2015 att fortsätta stödja WHO i arbetet mot antibiotikaresistens. Sveriges stöd inkluderar bl.a. Folk-

hälsomyndighetens uppdrag att genomföra ett tekniskt högnivåmöte om global övervakning av antimikrobiell resistens i december 2014.

Behovet av nya antibiotika är stort. Det pågående arbetet med att skapa system för utveckling av nya antibiotika, vilket bedrivs av olika aktörer, behöver följas upp. Inom EU genomförs insatser, bl.a. genom den handlingsplan som Europeiska kommissionen presenterade 2011 samt genom ett svenskt initiativ kring forskningssamarbete om antibiotikaresistens. Regeringen avser satsa vidare på bilaterala samarbeten inom området.

Felaktig och överdriven användning av antibiotika leder fram till att fler bakterier blir motståndskraftiga mot läkemedel och inte kan behandlas. Regeringen avser därför arbeta såväl nationellt som internationellt för att minska överanvändningen både inom sjukvården och inom livsmedelsproduktionen. I Sverige pågår ett brett samarbete kring antibiotikaresistens mellan olika samhällssektorer, i första hand mellan den veterinära sektorn och humansektorn. Ett gott hälsoläge för djuren minskar behovet av antibiotikabehandling, vilket i sin tur minskar risken för resistensutveckling.

Den nationella samverkansfunktionen för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner kommer att fortsätta vara en prioriterad verksamhet. Funktionen finns för närvarande hos Socialstyrelsen, men förslag på en ny ansvarsfördelning innebär att denna uppgift från den 1 juli 2015 kommer att föras över till Folkhälsomyndigheten (avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur).

Handlingsplanen mot antibiotikaresistens, som arbetas fram av flera statliga myndigheter, ska utvecklas vidare och genomföras. Ett effektivt arbete inom området förutsätter bred samverkan och långsiktighet.

#### *En säker försörjning av läkemedel vid kriser*

Regeringen vill verka för en säker och välfungerande ordning för försörjning av läkemedel och hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser och kriser. Enligt regeringens mening bör staten ta ett utökat ansvar för försörjningen av vaccin inför en influensapandemi. Landstingen har enligt befintliga författningar i grunden ett ansvar för en säker och välfungerande ordning för försörjning av läkemedel och hälso- och

sjukvårdsmateriel. Detta ansvar gäller enligt ansvarsprincipen även vid allvarliga händelser och kriser. Hittills har statens ansvar vad gäller vaccin inför en influensapandemi omfattat kostnaden för att genom avtal med en vaccintillverkare upprätthålla en beredskap för leverans av vaccin vid en pandemi. Kostnaden för inköp av influensavaccin vid en pandemi har dock legat på landstingen. Regeringen anser att staten nu även ska ta över kostnaden för inköpen av vaccinerna. Landstingen kommer fortsätta ansvara för genomförandet av vaccinationer i samband med en influensapandemi. Det utökade statliga ansvaret kommer medföra ökade kostnader för staten vid en pandemi. Den ansvariga myndigheten, Socialstyrelsen, kommer även att ha ökade löpande kostnader. Finansiering säkras genom en reglering mellan staten och huvudmännen för hälso- och sjukvården, i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Regeringen avser att återkomma till riksdagen när det gäller den ekonomiska regleringen.

## 5.6 Budgetförslag

### 5.6.1 2:1 Folkhälsomyndigheten

**Tabell 5.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten**

Tusental kronor

2013	Utfall	Anslags- sparande	0
2014	Anslag	356 819 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 357 666
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>371 190</b>	
2016	Beräknat	374 779 <sup>2</sup>	
2017	Beräknat	381 264 <sup>3</sup>	
2018	Beräknat	386 121 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 371 010 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 371 031 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 366 044 tkr i 2015 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Folkhälsomyndighetens förvaltningsutgifter samt för utgifter för suicidprevention. Anslaget får också användas för avvecklingsutgifter som uppstått med anledning av avvecklingen av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet.

## Kompletterande information

Med anledning av avvecklingen av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet, samt förvärvet av verksamheten i Apotekens Service AB som förts över till den nya E-hälsomyndigheten som inrättades den 1 januari 2014, har en avvecklingsmyndighet bildats (dir 2013:119). En särskild utredare har fr.o.m. den 1 januari 2014 ansvar för avvecklingen av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet. Utredaren har vidare arbetsgivaransvaret för bl.a. den personal som övergår till E-hälsomyndigheten respektive Folkhälsomyndigheten och som till följd av omorganisationen sägs upp av de nya myndigheterna på grund av arbetsbrist.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 5.3 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2013	23 474	22 364	1 110
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2014	22 000	22 000	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2015	22 500	21 500	1 000
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Folkhälsomyndigheten ska bedriva uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och inkomsterna för denna diagnostik ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

## Regeringens överväganden

Anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* ökade med 5 miljoner kronor 2014 för att förstärka myndighetens arbete mot antibiotikaresistens. Satsningen föreslås öka till 15 miljoner kronor 2015. Motsvarande satsning beräknas uppgå till 15 miljoner kronor per år 2016–2017, samt 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018.

Inför inrättandet av Folkhälsomyndigheten gjordes i samband med propositionen En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet (prop. 2012/13:116) bedömningen att sammanslagningen av Statens Folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet kommer att resultera i

samordningsvinster och förbättrat kompetensutnyttjande och därigenom ökad kvalitet och effektivitet i verksamheten. På sikt bedömdes även effektiviseringar och därmed besparingar uppstå. Anslaget föreslås minska med 5 miljoner kronor 2015 och beräknas minska med 11 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016.

Anslaget föreslås öka med 1,5 miljoner kronor 2015 med anledning av att Folkhälsomyndigheten övertar visst ansvar från Socialstyrelsen på antibiotikaområdet (avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur). För 2016 och framåt beräknas motsvarande belopp till 3 miljoner kronor per år. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 8:1 *Socialstyrelsen*.

Med anledning av att Folkhälsomyndigheten föreslås överta ansvaret för smittskyddet på nationell nivå från Socialstyrelsen (avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur) föreslås att 5,25 miljoner kronor förs över från anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* till anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* 2015. Motsvarande överföring beräknas till 10,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016.

Folkhälsomyndigheten har utsetts till att vara strategisk myndighet i enlighet med regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Från utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet, anslaget 2:2 *Åtgärder mot diskriminering och rasism m.m.* överförs 500 000 kronor till utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* fr.o.m. 2015.

Anslaget föreslås minska med 327 000 kronor 2015 och beräknas minska med 1 263 000 kronor 2016, 1 262 000 kronor 2017 och 1 246 000 kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

**Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:1 Folkhälsomyndigheten**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>356 819</b>	<b>356 819</b>	<b>356 819</b>	<b>356 819</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	2 448	6 098	12 356	22 154
Beslut	11 923	11 862	12 089	7 149
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>371 190</b>	<b>374 779</b>	<b>381 264</b>	<b>386 121</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 371 190 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 374 779 000 kronor, 381 264 000 kronor respektive 386 121 000 kronor.

### 5.6.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap

**Tabell 5.5 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2013	Utfall	1 000		Anslags- sparande	84 000
2014	Anslag	85 000 <sup>1</sup>		Utgifts- prognos	1 500
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>85 000</b>			
2016	Beräknat	85 000			
2017	Beräknat	85 000			
2018	Beräknat	85 000			

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 5.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

	Utfall 2013	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
Ingående åtaganden	0	0	0	–	–	–
Nya åtaganden	0	0	170 000	–	–	–
Infriade åtaganden	0	0	0	–85 000	–85 000	0
Utestående åtaganden	0	0	170 000	–	–	–
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>0</b>	<b>170 000</b>	<b>170 000</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för insatser för vaccinberedskap för att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2015 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 170 000 000 kronor 2016 och 2017.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda ett avtal med en eller flera vaccinproducenter om pandemivaccin. Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Avtalen ska säkra tillgång till vaccinbehandlingar för hela befolkningen i händelse av en pandemi. Ett eventuellt avtal beräknas löpa 2015–2017. Staten kommer i ett sådant avtal svara för de årliga kostnaderna för att Sverige vid en pandemi ska ges möjlighet att få vaccin levererat från en eller flera producenter. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2015 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 170 000 000 kronor 2016 och 2017.

En framtida vaccination kan ge följderna som inte är möjliga att förutsäga i dagsläget, vilket skulle kunna leda till vissa åtaganden i framtiden. Regeringen kan behöva återkomma till riksdagen avseende dylika framtida åtaganden.



## Regeringens överväganden

**Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 85 000 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 85 000 000 kronor respektive år.

### 5.6.3 2:3 Bidrag till WHO

**Tabell 5.8 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013		32 111	838
2014	Anslag	34 665 <sup>1</sup>	29 704
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>34 665</b>	
2016	Beräknat	34 665	
2017	Beräknat	34 665	
2018	Beräknat	34 665	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). Anslaget får även användas för Sveriges andel av utgiften för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

## Kompletterande information

Medlemsavgiftens storlek baseras på WHO-budgetens omfattning och andelen som ska finansieras av medlemsstaterna. Storleken av

Sveriges bidrag påverkas även av valutakursen för den svenska kronan. Sveriges medlemsavgift till WHO för 2015 uppgår till ca 4,5 miljoner amerikanska dollar. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll för 2015 uppgår till ca 56 000 amerikanska dollar.

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:3 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 34 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor respektive år.

### 5.6.4 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

**Tabell 5.10 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013		143 003	2 499
2014	Anslag	145 502 <sup>1</sup>	141 871
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>145 502</b>	
2016	Beräknat	145 502	
2017	Beräknat	145 502	
2018	Beräknat	145 502	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids. Anslaget

får användas för utgifter för insatser på nationell nivå och övergripande samordning och uppföljning.

### Kompletterande information

I förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar meddelas föreskrifter om statsbidrag till ideella organisationer som bedriver arbete i syfte att förebygga spridning eller minska konsekvenserna av hiv/aids eller andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

I förordningen (2013:666) om statsbidrag till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion meddelas föreskrifter om statsbidrag till landsting och vissa kommuner som bedriver arbete i syfte att begränsa spridningen och minska konsekvenserna av hivinfektion.

### Regeringens överväganden

**Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 145 502 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 145 502 000 kronor respektive år.

## 6 Funktionshinderspolitik

### 6.1 Omfattning

Området omfattar Myndigheten för delaktighet (MFD) som är expertmyndighet inom det funktionshinderspolitiska området i frågor som rör tillgänglighet, levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning, välfärdsteknologi och

miljö. Vidare omfattar området bidrag till funktionshindersorganisationer. Huvuddelen av insatserna inom funktionshinderspolitiken finansieras inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9.

### 6.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 6.1** Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitiken

*Milljoner kronor*

	Utfall 2013	Budget 2014 <sup>1</sup>	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
<i>Område A</i>							
3:1 Myndigheten för delaktighet	19	39	40	<b>53</b>	54	54	56
3:2 Bidrag till handikapporganisationer	183	183	183	<b>183</b>	183	183	183
<b>Summa Funktionshinderpolitiken</b>	<b>202</b>	<b>222</b>	<b>223</b>	<b>236</b>	<b>236</b>	<b>237</b>	<b>239</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 6.3 Mål

De av riksdagen beslutade nationella målen för funktionshinderspolitiken är (se även avsnitt 3.4):

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

### 6.4 Resultatredovisning

Funktionshinderspolitiken är en del av arbetet med mänskliga rättigheter så som de kommer till uttryck i bl.a. FN:s konventioner om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och om barnets rättigheter. Ansvars- och finansieringsprincipen gäller. Denna innebär att kostnaderna för att undanröja hinder och skapa tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning ska finansieras inom ramen för ordinarie verksamhet. De statliga myndigheternas ansvar och insatser är en viktig del av arbetet för att uppnå de funktionshinderspolitiska målen. Den statliga sektorns ansvar kommer till uttryck i bl.a. förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av funktionshinderspolitiken samt genom ett uttalat sektorsansvar i ett antal myndighetsinstruktioner. Grunden för det funktionshinderspolitiska arbetet har lagts i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken: Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79).

#### 6.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De indikatorer och bedömningsgrunder som används för att redovisa resultaten av den sektorsövergripande funktionshinderspolitiken är följande rapporter från Myndigheten för delaktighet:

- Hur är läget 2014? Uppföljning av funktionshinderpolitiken,

- Kommuners arbete. Redovisning av kommunernas arbete med funktionshinderspolitiken 2014,
- Så tillgänglig är staten. Uppföljning av statsförvaltningens tillgänglighetsarbete 2011–2014.

Även följande statistik används:

- sysselsättningsgraden hos personer med funktionsnedsättning,
- tillgänglighet inom medierna,
- delaktighet inom it-området,
- tillgänglighet i kollektivtrafiken

Myndigheten för delaktighet har regeringens uppdrag att utveckla ett sammanhållet system för att beskriva, följa upp och analysera utvecklingen och genomslaget av funktionshinderspolitiken. I uppdraget ingår bl.a. att utveckla indikatorer för uppföljning av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning, sammanställa och analysera resultatet av myndigheternas arbete samt komplettera statistiska och andra underlag med olika former av dialog med personer med funktionsnedsättning och funktionshindersorganisationerna.

Svårigheter finns att mäta och avgränsa effekten av enskilda statliga insatser i förhållande till de övergripande nationella målen för funktionshinderspolitiken. Måluppfyllelsen påverkas även av kommunala och landstingskommunala insatser.

#### 6.4.2 Resultat

Den lägesrapport som Myndigheten för delaktighet lämnat om utvecklingen i förhållande till strategin för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 ligger till grund för bedömningen. En närmare redogörelse av utvecklingen av funktionshinderspolitiken inom de prioriterade områdena lämnas under respektive utgiftsområde.

#### En strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken

För att förtydliga de övergripande funktionshinderspolitiska målen har det fastställts inriktningsmål inom nio prioriterade områden:

Arbetsmarknadspolitiken, Socialpolitiken, Utbildningspolitiken, Transportpolitiken, IT-politiken, Ökad fysisk tillgänglighet, Rättsväsendet, Folkhälsopolitiken samt Kultur, medier och idrott (skr. 2009/10:166). Utifrån dessa inriktningsmål har sedan 22 för funktionshinderspolitiken strategiska myndigheter formulerat delmål inom sina respektive verksamhetsområden för 2011–2016. Myndigheterna har därtill även redovisat hur målen ska följas upp.

Genom att utveckla ett uppföljningssystem ska kunskaperna öka om effekterna av såväl de åtgärder som vidtas i strategin som levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning. Uppföljningen syftar till att ge underlag för att mer långsiktigt bedöma utvecklingen av funktionshinderspolitiken i förhållande till de nationella målen samt ge underlag för rapportering enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

### Myndigheten för delaktighet

Fr.o.m. den 1 maj 2014 har de delar av Hjälpmedelsinstitutets (HI) verksamhet som bedömts vara ett statligt åtagande inordnats i Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam). I samband med detta har Handisam bytt namn till Myndigheten för delaktighet (MFD). Organisationsförändringen innebär att Hjälpmedelsinstitutets verksamhet avvecklas. Myndigheten för delaktighet ska vara expertmyndighet inom det funktionshinderspolitiska området i frågor som rör tillgänglighet, levnadsvillkor, välfärdsteknologi och miljö. Arbetet ska bedrivas utifrån ett rättighets-, mångfalds-, jämställdhets- och medborgarperspektiv.

### Lägesbedömning för 2013

#### *Utvecklingen går långsamt framåt*

Myndigheten för delaktighet bedömer i sin rapport från maj 2014 att takten i förändringsarbetet är för låg i förhållande till de inriktningsmål och delmål som beslutats i strategin för funktionshinderspolitiken. Endast Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket ser ut att kunna uppnå sina delmål med nuvarande tempo. Myndigheternas återrapportering har förbättrats sedan den första lägesrapporten 2012, men trots

detta är det svårt att bedöma utvecklingen mot vissa delmål. Fler insatser måste initieras och genomföras. De 22 strategiska myndigheterna har ett särskilt ansvar och det krävs att de tar det ansvaret och ökar insatserna. Även kommunerna har en viktig roll i att öka delaktigheten för personer med funktionsnedsättning. Uppföljningen visar att många kommuner tar ett stort ansvar för funktionshindersfrågorna. Samtidigt finns det behov av att utveckla arbetet lokalt.

#### *Utmaningar finns kvar*

Myndigheten för delaktighet ser att det fortfarande finns problem inom olika områden samtidigt som vissa positiva sidor också syns. Sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har ökat. Kvinnor har dock fortfarande en lägre sysselsättningsgrad än män.

Delaktigheten inom it-området är fortsatt hög för många med funktionsnedsättning och tillgängligheten inom mediaområdet fortsätter att öka. Fler tv-program textas och tolkas.

Det finns fortsatt brister i skolornas arbete med särskilt stöd.

År 2014 är det tio gånger vanligare med dålig hälsa (självskattad ohälsa) bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Situationen var densamma 2008.

Tillgängligheten i kollektivtrafiken ökar i mycket långsam takt. Positivt är att alla regionala kollektivtrafikmyndigheter nu ställer tillgänglighetskrav vid upphandling av bussar.

Däremot genomför 11 procent av kommunerna inte tillsyn över bestämmelserna om enkelt avhjälpna hinder i plan- och bygglagen (2010:900) trots att de är skyldiga att göra det.

Kunskapen om funktionsnedsättningar och funktionshinder är fortsatt låg inom rättsväsendet.

#### *Kvinnor är mer utsatta än män*

Myndigheten för delaktighet har även analyserat utvecklingen ur ett barn-, mångfalds- och genusperspektiv. Det konstateras bl.a. att det saknas kunskap om levnadsvillkoren för barn med funktionsnedsättning. Överlag är levnadsvillkoren sämre för kvinnor med funktionsnedsättning och särskilt gäller detta för kvinnor med funktionsnedsättning som är utrikes födda. Bland personer med funktionsnedsättning som är 16–64 år är det vanligare att kvinnor upplever ohälsa, 22 procent av kvinnorna jämfört med 19 procent av männen. Kvinnor med funktions-

nedsättning har sämre ekonomi än män med funktionsnedsättning. Myndigheten för delaktighet betonar i lägesrapporten vikten av att funktionshinderspolitiken bedrivs ur ett barn-, mångfalds- och genusperspektiv.

### Uppföljning av kommunernas arbete

Myndigheten för delaktighet presenterade den 15 maj 2014 en uppföljning av kommunernas arbete för ökad tillgänglighet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Uppföljningen omfattar följande områden: arbetsmarknad, utbildning, fysisk tillgänglighet, kultur och idrott. Resultatet av uppföljningen inom dessa områden presenteras på en särskild webbplats [www.kollalaget.mfd.se](http://www.kollalaget.mfd.se). På webbplatsen finns också möjlighet att granska de regionala kollektivtrafikmyndigheternas arbete med tillgänglighet.

Stora skillnader finns mellan kommunerna i arbetet med att öka tillgängligheten och delaktigheten för personer med funktionsnedsättning. Kommuner som på något sätt använder FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning tycks generellt bedriva ett mer aktivt arbete.

Denna form av öppna jämförelser som utarbetats över kommunernas arbete syftar till att öka kunskapen om pågående insatser och driva på utvecklingen. Planen är att uppföljningen ska genomföras årligen.

### Tillgänglighetsarbetet i staten

Enligt förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av funktionshinderspolitiken ska myndigheterna arbeta för att lokaler, verksamhet och information är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Enligt lägesrapporten från 2014 har under det senaste året 13 av de 22 strategiska myndigheterna förbättrat tillgängligheten i sina lokaler, information och verksamhet.

I den senaste uppföljningsrapporten<sup>12</sup> redovisar Myndigheten för delaktighet utvecklingen inom detta område. Generellt sett går arbetet med att göra myndigheterna tillgängliga för alla medborgare, oavsett funktionsförmåga, långsamt framåt. Exempelvis uppger allt fler myndigheter att deras webbplatser uppfyller internationella krav på tillgänglighet och tillgänglighetsbrister främst i personalutrymmen, men även i de mer publika delarna av lokalerna, har åtgärdats.

### Internationellt samarbete om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

#### *Dialog med kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning*

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) och dess fakultativa protokoll, trädde för Sveriges del i kraft 2009. Av konventionen följer att varje konventionsstat inom två år efter ikraftträdandet ska avge en fullständig rapport till kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning (i fortsättningen kommittén) om de åtgärder som den vidtagit för att verkställa sina skyldigheter enligt konventionen. Sverige lämnade 2011 sin första rapport till kommittén. Varje rapport granskas av kommittén. Sveriges rapport har tagits upp för granskning (en s.k. dialog) vid kommitténs elfte session den 31 mars till den 1 april 2014.

Efter genomförd dialog beslutade kommittén om sina rekommendationer (Concluding Observations) till Sverige (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD/C/SWE/CO/1). Kommittén uppmanar Sverige att sprida synpunkterna till bl.a. regering, riksdag, rättväsendet, den lokala och regionala nivån, civilsamhället och till media.

Vidare uppmanar kommittén Sverige att lämna in sin kombinerade andra och tredje rapport till kommittén senast den 15 januari 2019 och i denna rapport redogöra för implementeringen av kommitténs rekommendationer. Kommittén understryker vikten av att det civila

<sup>12</sup> Så tillgänglig är staten 2014 – Uppföljning av statsförvaltningens tillgänglighetsarbete (Myndigheten för delaktighet)

samhället involveras när rapporten till kommittén ska tas fram.

#### *Högnivåmöte om utveckling och funktionshinder i FN:s generalförsamling*

FN:s generalförsamling genomförde den 23 september 2013 ett högnivåmöte om funktionshinders- och utvecklingspolitik. Mötets tema var ”Vägen framåt: En inkluderande utvecklingsagenda för personer med funktionsnedsättning efter år 2015”. Sverige företrädde vid detta möte av såväl Socialdepartementet som Utrikesdepartementet. Sveriges delegation leddes av barn- och äldreministern. Högnivåmötet resulterade i bl.a. en handlingsinriktad slutrapport<sup>13</sup>. Syftet med rapporten är bl.a. att inkludera funktionshinder i arbetet med ny agenda för global utveckling post 2015. En utförligare redovisning av arbetet för mänskliga rättigheter finns inom utgiftsområde 1 Rikets styrelse.

#### **Övrigt sektorsövergripande arbete**

Regeringen lämnade den 6 december 2012 ett uppdrag till Arbetsförmedlingen att genomföra ett praktikantprogram i statliga myndigheter för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Arbetsförmedlingen har den 1 juni 2014 redovisat hur arbetet med uppdraget har fortskridit (se vidare utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och Arbetsliv). Totalt har 48 myndigheter slutit överenskommelser sedan den 1 januari 2013. Totalt har 436 praktikplatser anmälts t.o.m. den 30 april 2014 och 343 platser har tillsatts sedan programstarten. En överenskommelse innebär att myndigheten ger en avsiktsförklaring att inventera möjliga praktikplatser till praktikantprogrammet.

#### **6.4.3 Analys och slutsatser**

Lägesrapporten 2014 från Myndigheten för delaktighet visar en svag positiv utveckling inom

vissa områden. Sysselsättningsgraden hos personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har ökat. Fler kvinnor och män med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga behöver beredas tillträde till arbetsmarknaden.

Allmänt sett går dock utvecklingen ännu för långsamt i förhållande till de inriktningsmål och delmål som slagits fast i strategin för funktionshinderspolitiken. Ytterligare ansträngningar behöver göras på många områden. De strategiska myndigheterna behöver vidta åtgärder för att de av myndigheterna uppsatta delmålen ska kunna uppnås. Även kommuner och landsting, som har en viktig roll i genomförandet av målen för funktionshinderspolitiken, behöver utveckla sina insatser.

Det uppföljningssystem som nu skapas över kommunernas och landstingens arbete ger bättre möjligheter att kunna följa utvecklingen och identifiera återstående utmaningar i det lokala arbetet.

### **6.5 Politikens inriktning**

Hinder för människors delaktighet i samhället ska rivas. Det är en fråga om jämlikhet och rättvisa. Kvinnor och män med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att verka i vardagen på lika villkor vad gäller delaktighet och tillgänglighet.

Funktionshinderspolitiken omfattar de sektorsövergripande insatser som syftar till att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män, med funktionsnedsättning samt insatser för att förebygga och bekämpa diskriminering. Eftersom funktionshinderspolitiken är tvärsektorieell bedrivs huvuddelen av insatserna inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9.

#### **Alla människors lika värde**

Det svenska samhället bygger på respekt för de mänskliga rättigheterna, där alla människors lika värde och enskilda människors frihet och värdighet står i centrum (skr. 2009/10:166). Politiken ska bidra till att skapa och upprätthålla respekten för de mänskliga rättigheterna och

<sup>13</sup> Outcome Document of the High Level Meeting on the Realization of the Millennium Development Goals and other internationally agreed development goals for persons with disabilities: The Way Forward, a disability inclusive development agenda towards 2015 and beyond

vara en stark röst internationellt för mänskliga rättigheter och solidaritet.

### **FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning**

Regeringen ser arbetet med funktionshinderspolitiken i Sverige som en del av arbetet med att förverkliga FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Efter genomförd dialog har kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning antagit ett antal rekommendationer riktade till Sverige. Regeringen avser att bereda kommitténs synpunkter och sprida dessa brett inom olika delar av samhället, vilket också är i enlighet med kommitténs rekommendationer.

Kommittén rekommenderar bl.a. Sverige att utarbeta en strategi för att öka allmänhetens kunskap om olika funktionsnedsättningar samt att särskilda program inrättas i samråd med funktionshindersorganisationerna för att öka medvetenheten om konventionen bland anställda inom den offentliga sektorn. Enligt kommittén bör Sverige också regelbundet och kontinuerligt genomföra nationella kampanjer och andra utbildningsinsatser riktade till offentliga tjänstemän och privata aktörer för att sprida innehållet i konventionen.

Ett särskilt informationsprojekt om konventionen och kommitténs rekommendationer planeras därför. Denna informationsinsats bör kombineras med en aktiv spridning av kunskap om lagändringarna gällande bristande tillgänglighet som en form av diskriminering (prop. 2013/14:198) som efter riksdagens beslut i juni 2014 kommer att träda i kraft den 1 januari 2015.

### **Bristande tillgänglighet ny form av diskriminering**

Riksdagen har i juni 2014 beslutat att bristande tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning införs som en ny form av diskriminering i diskrimineringslagen (2008:567, se prop. 2013/14:198). Lagändringen träder i kraft den 1 januari 2015. Regeringen anser att bestämmelserna bör åtföljas av en aktiv spridning av kunskap om lagändringen.

Förändringen av lagstiftningen är ett viktigt steg mot målet att skapa ett samhälle som är

tillgängligt för alla och för att bekämpa diskriminering av kvinnor och män med funktionsnedsättning. Regeringen avser se över hur diskrimineringslagens skydd mot bristande tillgänglighet kan stärkas ytterligare.

### **Systemet för uppföljning behöver utvecklas**

Funktionshinderspolitiken syftar till att skapa förutsättningar för delaktighet i samhället och jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning. En viktig del i detta arbete är att kunna följa politikens genomslag och utvärdera effekten av de olika insatser som görs inom funktionshinderspolitiken.

Även levnadsförhållandena för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning och tillgängligheten i samhällets olika delar behöver följas noga. Det är vidare angeläget att statistiska och andra underlag om levnadsförhållanden kompletteras med olika former av fördjupade analyser och undersökningar samt dialog med flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

Arbetet med att främja en effektiv uppföljning av genomförandet av funktionshinderspolitiken bör utvecklas och fördjupas inom befintliga ramar. Inom vissa områden såsom utbildning, tillgänglighet och delaktigheten för barn med funktionsnedsättningar behöver det skapas bättre förutsättningar för en kontinuerlig uppföljning. Även jämställdhetsperspektivet behöver ges en tydligare plats i systemet för uppföljningen.

### **En mer jämlik tillgång till hjälpmedel**

Ett grundläggande mål för funktionshinderspolitiken är att samhället utformas så att människor i alla åldrar oavsett funktionsförmåga blir fullt delaktiga i samhällslivet. För att nå dit behövs bl.a. god tillgång till funktionella hjälpmedel. Behovet av hjälpmedel kommer att öka i framtiden till följd av en ökad andel äldre i befolkningen.

Huvudmännen, dvs. kommuner och landsting, har enligt lagen en skyldighet att erbjuda, habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Staten har en viktig roll på hjälpmedelsområdet



genom nationellt kunskapsstöd, statistikförsörjning m.m.

Tillgången till hjälpmedel varierar stort över landet liksom regler och avgifter. Regeringen vill arbeta för en mer likvärdig tillgång till hjälpmedel över landet och minska skillnader i avgifter och regelverk. Regeringen inleder ett arbete för att ta fram ett nationellt regelverk och ett samlat huvudmannaskap för hjälpmedel.

Regeringen avser vidare att ge Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga tillgången till hjälpmedel samt de regler och avgifter som tillämpas inom hjälpmedelsområdet. Kartläggningen bör även omfatta användningen av hjälpmedel inom olika delar av vården och omsorgen samt barns tillgång till hjälpmedel. En analys bör göras av utbudet samt om den kompetens och kunskap som finns om hjälpmedel är adekvat och tillräcklig hos förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper.

### **Fritt val av hjälpmedel bör analyseras**

Det är positivt att ge den enskilde mer inflytande över valet av hjälpmedel. Det skapar bättre förutsättningar att möta den enskildes behov och önskemål.

Regeringen anser dock att det finns anledning att göra en mer noggrann utvärdering och konsekvensanalys av verksamheten med fritt val av hjälpmedel, bl.a. bör konsekvenserna för den enskilde belysas.

Socialstyrelsen har under 2014 fått i uppdrag av den förra regeringen att på olika sätt stödja utvecklingen mot ett ökat inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel.

De delar av dessa främjandeåtgärder som handlar om att stimulera framväxten av fritt val av hjälpmedel med s.k. eget ägande bör anstå i avvaktan på en mer genomgripande analys av konsekvenserna med detta system.

### **Statsbidraget till funktionshindersorganisationer**

Funktionshindersorganisationerna gör många viktiga insatser för att förbättra villkoren för personer med funktionsnedsättning och utgör en viktig del i arbetet med att uppnå målen för funktionshinderspolitiken. Stödet till funktionshindersorganisationerna (anslag 3:2) har inte förändrats sedan budgetåret 2008.

Antalet organisationer som fått bidrag genom anslaget har ökat kraftigt, främst genom att olika patientorganisationer tilldelats stöd. 2009 beviljades stöd till 56 organisationer, 2014 fick 65 organisationer statsbidrag via anslaget. Detta har fått till följd att statsbidraget i vissa fall minskat till de funktionshindersorganisationer som verkat under lång tid.

### **En översyn av tolktjänsten**

En arbetsgrupp har tillsatts inom Regeringskansliet med uppdrag att se över tolktjänsten inom vissa samhällsområden för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. En referensgrupp med företrädare för tolkanvändarorganisationer, landsting och kommuner samt berörda myndigheter har knutits till arbetsgruppen.

Arbetsgruppen ska bl.a. överväga för- och nackdelar med en samlad administrativ ingång för beställning av tolktjänst samt överväga och föreslå hur IT-tjänster kan användas för att effektivisera tolkning med bibehållen kvalitet.

Vidare ingår i uppdraget att överväga möjliga konsekvenser av att reglera tolktjänst i särskild lag samt möjligheten att förtydliga olika huvudmäns ansvar för att tillhandahålla tolk. Arbetsgruppen ska även bedöma om det finns behov av att ändra organisation och stöd för tolkning i arbetslivet och i så fall hur.

Arbetsgruppen ska redovisa sitt arbete senast den 29 maj 2015.

### **Stärkt jämställdhetsperspektiv i funktionshinderspolitiken**

Uppföljningen av funktionshinderspolitiken visar att det finns skillnader i delaktighet och jämlikhet mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning. Det krävs ett stärkt jämställdhetsperspektiv i genomförandet.

Regeringen har för avsikt att ge Myndigheten för delaktighet i uppdrag att genomföra en fördjupad analys utifrån ett jämställdhetsperspektiv, bl.a. av de skillnader som finns i levnadsvillkor mellan flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

## Barns rätt att uttrycka sina åsikter

Alla barn har rätt att få uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem. Rätten att komma till tals framgår av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, av barnkonventionen, av bestämmelser i bl.a. socialtjänstlagen samt av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Olika undersökningar från bl.a. Handisam (numera Myndigheten för delaktighet) visar dock att förutsättningarna för barn med funktionsnedsättning ska få uttrycka sina åsikter i frågor som berör dem måste förbättras.

Regeringen anser att det är särskilt angeläget att alla verksamheter som möter barn tar särskild hänsyn till de behov och förutsättningar att komma till tals som barn med funktionsnedsättning kan ha. Det är därför viktigt att dessa verksamheter utvecklar kunskap och metoder för att alla barn oavsett funktionsförmåga ska kunna komma till tals.

## Arbete för personer med funktionsnedsättning

En central del i arbetet för att nå de funktionshinderspolitiska målen är att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska ges jämlika möjligheter att delta och bidra på arbetsmarknaden. Insatserna som kan bidra till att öka möjligheten till arbete för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga behöver förbättras och effektiviseras.

Den offentliga sektorn bör ta ett större ansvar för att skapa arbetstillfällen för kvinnor och män med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Ytterligare ansträngningar behöver göras för att förbättra utfallet av det praktikantprogram som Arbetsförmedlingen har i uppdrag att genomföra. Det är angeläget att fler myndigheter tar emot praktikanter.

Regeringen avser att se över förutsättningarna för att förstärka möjligheterna till arbete och sysselsättning utifrån bl.a. FunkA-utredningens förslag och den danska modellen med ”fleksjobb”.

## 6.6 Budgetförslag

### 6.6.1 3:1 Myndigheten för delaktighet

**Tabell 6.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet**

*Tusental kronor*

2013	Utfall	19 470	Anslags-sparande	642
2014	Anslag	39 187 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	39 961
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>53 169</b>		
2016	Beräknat	53 535 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	54 451 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	55 902 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 53 035 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 53 038 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 53043 tkr i 2015 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för delaktighets (MFD) förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

Den 1 maj 2014 ombildades Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) till Myndigheten för delaktighet genom att de delar av den ideella föreningen Hjälpmedelsinstitutets (HI) uppgifter som anses vara ett statligt åtagande inordnades i myndigheten. I samband med detta avvecklas HI.

Förändringen bedöms ge bättre förutsättningar för ett mer effektivt och kunskapsbaserat arbete inom funktionshindersonrådet utifrån ett uttalat medborgarperspektiv. Organisationsförändringen kommer även innebära administrativa effektiviseringar. 2015 är första året som Myndigheten för delaktighet verkar under ett helt år. Regeringen föreslår därför att detta anslag ökas med 13,45 miljoner kronor och att anslaget 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersonrådet minskas med 27,88 miljoner kronor.

**Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 3:1 Myndigheten för delaktighet**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>39 187</b>	<b>39 187</b>	<b>39 187</b>	<b>39 187</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2,3</sup>	529	903	1 587	2 670
Beslut	13 453	13 445	13 677	14 045
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>53 169</b>	<b>53 535</b>	<b>54 451</b>	<b>55 902</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget föreslås för att bidra till att finansiera prioriterade.

Regeringen föreslår att 53 169 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 53 535 000 kronor, 54 451 000 kronor respektive 55 902 000 kronor.

### 6.6.2 3:2 Bidrag till handikapporganisationer

**Tabell 6.4 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2013		182 742	0
2014	Anslag	182 742 <sup>1</sup>	182 742
2015	Förslag	182 742	
2016	Beräknat	182 742	
2017	Beräknat	182 742	
2018	Beräknat	182 742	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till funktionshindersorganisationer för att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

### Kompletterande information

Reglerna för statsbidrag till handikapporganisationer finns i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

### Regeringens överväganden

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slår fast att personer med funktionsnedsättning och deras organisationer aktivt ska involveras i beslutsprocesser angående statens åtgärder i syfte att genomföra de rättigheter som slås fast i konventionen. Regeringen anser att stödet till handikapporganisationerna är viktigt för att uppfylla detta åtagande.

**Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 182 742 000 kronor anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 182 742 000 kronor, 182 742 000 kronor respektive 182 742 000 kronor.



## 7 Politik för sociala tjänster

### 7.1 Omfattning

Området omfattar socialtjänstens omsorg om äldre människor, socialtjänstens verksamhet inom individ- och familjeomsorg och stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. Individ- och familjeomsorg avser socialtjänstens arbete med den sociala barn- och ungdomsvården, missbruks- och beroendevården, hemlöshet, stöd och hjälp till brottsoffer, ekonomiskt bistånd, nationella och internationella adoptioner. Området omfattar även stöd till föräldrar i föräldraskapet.

Kommunerna ansvarar för insatser enligt i huvudsak socialtjänstlagen (2001:453) (SoL), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och föräldrabalken. Verksamheten finansieras främst genom kommunal

skatt, statsbidrag och avgifter. Generella statsbidrag till kommunerna fördelas via anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*, utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. För kostnader enligt LSS finns det ett särskilt utjämningsystem (anslag 1:2 *Statligt utjämningsbidrag för LSS-kostnader*, utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner).

### 7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2015 till 2018 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster öka med cirka 4,2 miljarder kronor, främst till följd av ökade utgifter för statlig assistansersättning. Utgifterna inom området beräknas 2014 till drygt 27,4 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med 161 miljoner kronor. Utgifterna för 2013 blev 602 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

**Tabell 7.1** Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster

Miljoner kronor

	Utfall 2013	Budget 2014 <sup>1</sup>	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
4:1 Personligt ombud	94	104	96	<b>104</b>	104	104	104
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	338	319	309	<b>323</b>	314	309	300
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	368	367	352	<b>267</b>	267	267	267
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	22 455	23 235	23 389	<b>24 421</b>	25 709	27 122	28 644
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	1 251	1 745	1 569	<b>2 413</b>	2 371	2 157	2 157
4:6 Statens institutionsstyrelse	849	878	832	<b>882</b>	906	927	954
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	378	520	463	<b>376</b>	377	342	342
4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	159	365	365	<b>180</b>	0	0	0
4:9 Ersättningsnämnden	39	44	43	<b>39</b>	0	0	0
4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	15	15	15	<b>15</b>	15	16	16
<b>Summa Politik för sociala tjänster</b>	<b>25 946</b>	<b>27 593</b>	<b>27 432</b>	<b>29 021</b>	<b>30 064</b>	<b>31 244</b>	<b>32 784</b>

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 7.3 Mål

Politiken för sociala tjänster omfattar följande övergripande av riksdagen beslutade mål (se även avsnitten 3.4 och 6.3):

#### Omsorg om äldre människor (delavsnitt 7.5)

Äldre ska

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

#### Individ- och familjeomsorg (delavsnitt 7.6)

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
- att stärka skyddet för utsatta barn.

#### Personer med funktionsnedsättning (delavsnitt 7.7)

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

### 7.4 Resultatredovisning – övergripande verksamheter

Flera större satsningar pågår för att öka förutsättningarna för en stärkt och mer kunskapsbaserad socialtjänst. Det handlar om verksamhetsövergripande satsningar som har bäring på flera av de nationella målen inom socialtjänstens område.

Socialstyrelsen kommer att vara strategisk myndighet inom sitt verksamhetsområde i enlig-

het med strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (utg.omr. 13 avsnitt 4).

#### 7.4.1 En mer kunskapsbaserad socialtjänst

Inom socialtjänstens område pågår ett arbete med att utveckla de sociala tjänsterna genom en långsiktig kunskaps- och kvalitetsutveckling. Det finns en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en evidensbaserad praktik och eHälsa inom socialtjänsten. Det har därtill skett en utveckling inom t.ex. områdena öppna jämförelser, kvalitetsregister, eHälsa samt kompetensutveckling av personal.

#### Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten

Målet med överenskommelsen mellan den förra regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting avseende en evidensbaserad praktik är att stärka socialtjänstens möjligheter att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik samt att brukarna ska få ta del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Parterna har sedan 2011 årligen ingått överenskommelser på området. Bland insatserna i överenskommelsen ingår utveckling av regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling, regionalt utvecklingsarbete inom den sociala barn- och ungdomsvården och inom verksamhetsområdet stöd till personer med funktionsnedsättning, utveckling av eHälsa, framtagande av nationella kunskapsstöd, stöd till utveckling av öppna jämförelser samt utvecklingsprogram för ledarskap.

Statskontoret har haft i uppdrag att följa och utvärdera överenskommelserna om en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Av myndighetens slututvärdering framgår att de statliga satsningarna på området har bidragit till verksamhetsutveckling inom kommunerna och att socialtjänsten har fått bättre förutsättningar att arbeta evidensbaserat och att använda informationsteknik. Av landets kommuner har 93 procent tagit del av satsningen. Utvärderingen visar att de regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling har byggts upp med hjälp av det statliga stödet och att de kommunala huvudmännen

i många län tagit över delar av finansieringen men att den långsiktiga finansieringen fortfarande är osäker. Statskontoret konstaterar också att privata utförare ofta lämnas utanför insatserna och att det behöver ställas krav på att stödstrukturerna etablerar sådana kontaktvägar.<sup>14</sup>

### Öppna jämförelser

Öppna jämförelser har införts för att skapa transparens och stimulera kommunerna och privata utförare till ett förbättringsarbete. Målet med jämförelserna är att tillhandahålla lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga jämförelser av socialtjänstens och hemsjukvårdens kvalitet, resultat och effektivitet. Öppna jämförelser är en del av den nationella kunskapsstyrningen där faktabaserade beslut bygger på information om verksamheternas kvalitet. Socialstyrelsen publicerade 2013 öppna jämförelser inom sju olika områden; stöd till brottsoffer, missbruks- och beroendevården, ekonomiskt bistånd, vård och omsorg om äldre personer, sociala barn- och ungdomsvården, stöd till personer med funktionsnedsättning samt att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Samtliga öppna jämförelser redovisas på riks, läns- och kommunnivå.

### Tillgänglig och säker information

Strategin för Nationell eHälsa syftar till att förbättra informationshanteringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till nytta för individen, personalen och beslutsfattarna inom hela sektorn. Sedan 2010 ingår eHälsa i överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om evidensbaserad praktik. Sammanlagt har 80 miljoner kronor tillförts under de första tre åren. För 2013 och 2014 har 129,5 miljoner kronor per år avsatts för ändamålet.

Satsningen på eHälsa syftar bl.a. till att kommunerna ska införa e-tjänster för invånarna inom

socialtjänsten, mobil dokumentation inom hemtjänsten, användning av nationell patientöversikt (NPÖ) i den kommunala vården och en övergång till digitala trygghetslarm. Ett grundkrav för att kommunerna ska kunna ta del av medlen är att de på länsnivå själva tillför minst motsvarande belopp för samma ändamål.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ta fram nyckeltal för utveckling av eHälsa i kommunerna. I detta har ingått uppföljning i landets samtliga kommuner. I maj 2014 lämnade Socialstyrelsen rapporten E-hälsa i kommunerna med resultaten från uppföljningen av utvecklingen. Socialstyrelsen konstaterar att stimulansmedlen underlättat för kommunernas utvecklingsarbete. Men trots det är det många kommuner som inte kan visa på tydliga resultat i sina verksamheter. Av Statskontorets uppföljning av överenskommelsen om evidensbaserad praktik framgår att uppbyggnaden av stödstrukturer i kommunerna förbättras men att det finns brister. De anser att bl.a. e-hälsoområdet inte i tillräcklig hög grad är integrerat i stödstrukturerna inom socialtjänsten.

### Kunskapsguiden

Som ett led i att utveckla de sociala tjänsterna publicerar Socialstyrelsen den nationella webbaserade kunskapsportalen Kunskapsguiden.se, som syftar till att underlätta kunskapsstyrning, kunskapspridning och kunskapsinhämtning. På portalen samlas kunskap inom evidensbaserad praktik, missbruk och beroende, psykisk ohälsa och vård och omsorg om äldre. Målet är att all personal inom områdena ska arbeta utifrån den mest aktuella kunskapen. Webbportalen ska bidra till att vård- och stödinsatser är trygga, säkra och av god kvalitet samt att de utgår från evidensbaserade eller utvärderade metoder och arbetssätt.

Statistiken visar en stadig ökning av antalet besökare. Kunskapsguiden har i dag i genomsnitt 25 000–30 000 besökare per månad.

I slutet av 2013 genomfördes en oberoende utvärdering av Kunskapsguiden. Utvärderingen visar att Kunskapsguiden i huvudsak håller hög kvalitet och uppfattas som relevant av användarna. Kunskapsguiden används för att hålla sig uppdaterad och för att snabbt få svar på en fråga, men också för utbildning, verksamhetsplanering och evidensbaserad praktik. Utvärderingen visar dock att Kunskapsguiden bara delvis har nått

<sup>14</sup> Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport (Statskontoret 2014:18).

målgruppen chefer. Andra funktioner som samordnare, kvalitetsutvecklare och lärare har hittat till Kunskapsguiden och sprider också information vidare till kollegor.<sup>15</sup>

#### 7.4.2 Flera utförare

Sammanlagt har drygt 360 miljoner kronor avsatts till kommunerna under perioden 2008–2013 för att underlätta införandet av valfrihetssystem. Under 2014 utbetalas ytterligare 15 miljoner till detta ändamål.

I oktober 2013 hade 181 av landets 290 kommuner infört eller beslutat om att införa valfrihetssystem inom en eller flera verksamheter. Det område som är vanligast att man etablerar valfrihetssystem inom är hemtjänsten. Vid samma tidpunkt hade 42 kommuner fattat beslut om att inte införa valfrihetssystem och i 38 av de 67 kommuner som ännu inte tagit ställning utredes frågan om ett införande.

#### Tillväxt och nyföretagande av idéburet företagande inom vård och social omsorg som bedrivs inom LOV

Tillväxtverket har regeringens uppdrag att främja tillväxt och nyföretagande av idéburet företagande inom vård och omsorg som bedrivs med stöd av LOV (dnr S2013/792). Enligt Tillväxtverkets delrapport har sex idéburna organisationer beviljats medel under 2013 för informationsinsatser, affärsrådgivning och utbildning. En annan slutsats är att kommunernas medverkan är av stor vikt för att nå resultat.

#### Förstärkt upphandlingskompetens

Upphandlingsstödet på Kammarkollegiet har haft i uppdrag att genomföra utbildning i upphandling av vård och omsorg om äldre. Under 2013 har 445 politiker, beställare och upphandlare från 68 kommuner och tre landsting utbildats under en heldag. Utbildningen har även vänt sig till leverantörer som är intresserade av

att erbjuda vård och omsorgstjänster för äldre. För denna målgrupp har ett särskilt utbildningsmaterial tagits fram och utbildningen har utförts i form av informationsträffar på två timmar tillsammans med kommunala företrädare. Sammantaget har 188 personer deltagit på dessa leverantörsträffar. Både utbildningen och informationsträffarna har till stora delar byggt på innehållet i de vägledningar som tidigare tagits fram av Kammarkollegiet. 89 procent av upphandlare, beställare och politiker och 78 procent av deltagarna på leverantörsträffarna bedömer att de kommer att ha praktisk användning av utbildningen. Från och med den 1 mars 2014 har Upphandlingsstödet verksamhet vid Kammarkollegiet överförs till Konkurrensverket.

#### 7.4.3 Stöd till anhöriga

Den 1 juli 2009 ändrades bestämmelsen i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen så att socialnämnden är skyldig att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar eller stödjer en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen följer årligen upp ändringen och resultaten 2013 visar att stödet till anhöriga successivt har vuxit fram i kommunerna. Sedan 2009 har anhörigstödet fått en tydligare struktur och integrerats i planer och styrdokument. En majoritet har också avsatt medel i budgeten för stöd till anhöriga. Kommunerna har successivt ökat utbudet av olika typer av service till anhöriga: de inrättar tjänster, förbättrar informationen om kommunens stöd och arbetar för att införa ett anhörigstöd i socialtjänsten.

Av resultaten framgår även att kommunerna bedömer att de inom äldreomsorgen tillämpar bestämmelsen i stor utsträckning. Två tredjedelar av kommunerna anger att de inom områdena Stöd till personer med funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorgen tillämpar bestämmelsen i liten utsträckning. Resultaten visar även att enskilda samtal och anhöriggrupper är de mest etablerade formerna av stöd till anhöriga som ges som service i hela socialtjänsten. I princip alla kommuner och äldreomsorgsverksamheter uppger att de har informationsmaterial om det stöd som anhöriga kan få. Kommunernas webbplats är det viktigaste forumet för information till anhöriga och till kom-

<sup>15</sup> Kunskapsguiden Slutrapport och utvärdering (Socialstyrelsen 2014).



munmedborgare. Kommunerna har inte i någon större utsträckning lyckats etablera samarbete med hälso- och sjukvården när det gäller stöd till anhöriga.<sup>16</sup>

## 7.5 Resultatredovisning – omsorgen om äldre

### 7.5.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De bedömningsgrunder som används för att redovisa resultatet är följande:

- öppna jämförelser inom området vård och omsorg om äldre,
- Vad tycker de äldre om äldreomsorgen – en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013 (Socialstyrelsen 2013),
- uppdrag, t.ex. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2014 (Socialstyrelsen 2014), årlig uppföljning av LOV, delrapport om ledarskapsutbildning för chefer i äldreomsorgen, lägesrapport för Omvårdnadslyftet, resultatrapport från Sveriges Kommuner och Landsting om Bättre liv för sjuka äldre (2013),
- statistik, t.ex. Bostadsmarknadsenkäten 2014 (Boverket), och
- andel nöjda med äldreomsorgen.<sup>17</sup>

En rad olika åtgärder, såväl statliga som kommunala påverkar måluppfyllelsen. Staten kan påverka kommunernas förutsättningar att bedriva äldreomsorg genom normering – i form av lagar, förordning, föreskrifter, vägledningar m.m. – tillsyn och genom exempelvis stimulansmedel bidra till kommunernas utvecklingsarbete. Äldreomsorgens utveckling kan följas genom resultatet från öppna jämförelser, genomförd

tillsyn, genomförda kartläggningar och uppdrag samt statistik när det gäller volym och kostnader. Riksrevisionen kan även i vissa fall bidra med uppgifter. De statliga insatserna syftar till att stärka kvaliteten för en god vård och omsorg om äldre samt främja individens inflytande, valfrihet och möjlighet att åldras i trygghet och välbefinnande.

### 7.5.2 Resultat

Antal kvinnor och män 65 år eller äldre har minskat sett över tid. En del av förklaringen är äldres förbättrade hälsa, en annan del är att bättre bostäder och fler och bättre hjälpmedel gjort det lättare att klara sig längre utan vård och omsorg från kommunen. Antalet personer med ett mindre antal timmar hemtjänst har enligt Socialstyrelsen minskat något mellan 2007 och 2012. Antalet äldre med omfattande insatser har ökat under samma tidsperiod. Socialstyrelsen pekar i sin lägesrapport 2014 på att det saknas underlag för att bedöma om den utökade hemtjänsten för de äldsta kompenserat för den minskning inom särskilt boende som pågått under samma period och vilka effekter denna förändring fått för de äldre.

En analys av datamaterial från den longitudinella studien SNAC (Swedish National Study on Ageing and Care)<sup>18</sup> visar att den minskade täckningsgraden för äldreomsorgen beror på den förändrade ålderssammansättningen i gruppen personer 65 år eller äldre. Genom det kraftigt ökande antalet yngre pensionärer som jämförelsevis har små behov av vård och omsorg så minskar andelen av hela gruppen 65 år och äldre som har äldreomsorg. Detta gäller trots att andelen äldre i varje åldersgrupp som får äldreomsorg ökat och för båda könen. Den förklaring som analysen ger visar att måttet andelen äldre som får äldreomsorg är ett otillräckligt mått och kan leda till felaktiga slutsatser.

Det är angeläget att genom fördjupade analyser av tillförlitliga underlag nå en djupare och bredare kunskap om äldreomsorgens utveckling över tid.

<sup>16</sup> Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående Lägesbeskrivning 2013 (Socialstyrelsen 2013).

<sup>17</sup> Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende 2013 (Socialstyrelsen 2013)

<sup>18</sup> Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:1).

## Kostnadsutveckling

Kommunernas sammanlagda kostnader för vård och omsorg om äldre var 105 miljarder kronor 2013. Den största delen, 61,4 miljarder kronor, avsåg vård och omsorg om äldre i särskilt boende. Kostnaderna för vård och omsorg om äldre i ordinärt boende uppgick till 42 miljarder kronor 2013 och har ökat med 2,2 miljarder kronor jämfört med 2012.

**Tabell 7.2 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre**

Miljarder kronor					
	2009	2010	2011	2012	2013
Vård och omsorg i ordinärt boende	34,6	36,4	38,0	39,8	42,0
Vård och omsorg i särskilt boende	57,1	57,9	59,3	60,4	61,4
Öppen verksamhet	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6
<b>Totalt</b>	<b>93,2</b>	<b>95,9</b>	<b>98,9</b>	<b>101,8</b>	<b>105,0</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101, Kommunernas finanser 2012, 2013, Rikstotal, RS för kommuner.

## Statliga stimulansbidrag för att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre

Stimulansbidrag om knappt fem miljarder kronor har avsatts 2007–2012 för att stödja kommuner (70 procent) och landsting (30 procent) i arbetet med att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer. Under åren 2013 och 2014 avsattes drygt en miljard kronor per år. Från 2010 har medlen haft en mer prestationsbaserad utformning.

Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen följa upp satsningen. Enligt Socialstyrelsens redovisning i november 2013 har stimulansbidragen bidragit till att ge grupper av vård- och omsorgspersonal ökade kunskaper om personcentrerad omvårdnad, rehabiliterande arbetssätt, läkemedel för äldre, kost och nutrition samt vikten av ett socialt innehåll i de äldres dagliga liv. Stimulansbidragen har också möjliggjort teambaserat arbete i flera kommuner och landsting vilket bl.a. bidragit till ökad samverkan mellan kommuner och landsting. Kommunerna och landsting har genomfört knappt 4 300 projekt med olika mål och innehåll som t.ex. att erbjuda aktiviteter vid mötesplatser för äldre, möjlighet till fysisk träning, en trevligare måltidsmiljö och bättre ute-

miljöer i särskilda boenden. Ungefär två tredjedelar av projekten har permanentats och blivit en del av ordinarie verksamhet.

## En sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

För att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre har 1 115 miljoner kronor fördelats under 2013 och 1 156 miljoner kronor under 2014 genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting. Satsningen som sträcker sig fram t.o.m. 2014 har letts av en nationell äldresamordnare. I överenskommelsen för 2013 fortsatte inriktningen att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Medlen används bl.a. till att stimulera och uppmuntra en stärkt och intensifierad samverkan mellan kommuner och landsting med de mest sjuka äldres behov i centrum och en ökad användning av uppgifter från kvalitetsregister (se även Kvalitetsregistren).

### Bättre användning av läkemedel

Läkemedelsanvändningen hos äldre har p.g.a. nya behandlingsmöjligheter ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Den omfattande läkemedelsanvändningen kan innebära en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus i dag beror på läkemedelsbiverkningar. Ett resultatbaserat stöd för att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre har utbetalats baserat på indikatorerna Olämpliga läkemedel, Adekvat användning av läkemedel mot psykos och Användningen av antiinflammatoriska läkemedel.

### En mer sammanhållen vård

För att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg utifrån den äldres behov, har resultatbaserat stöd utbetalats till landsting och kommuner som minskar indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinläggningar inom 30 dagar. Inom satsningen har också stöd betalats ut till kommun- och landstingsgemensamma utvecklingsledare som ska stödja och driva utvecklingen i de olika verksamheterna och till försöksverksamheter som bygger på samman-

hållen vård och omsorg och helhetslösningar kring de mest sjuka äldre. Ytterligare information om satsningen på de mest sjuka äldre redovisas under Hälso- och sjukvårdspolitik (avsnitt 4.4.5).

### Fler äldre är mer nöjda med äldreomsorgen

Socialstyrelsen genomför årligen brukarundersökningar till äldre. År 2013 genomfördes för första gången en nationell totalundersökning. Enkäter gick därmed ut till samtliga personer i Sverige med hemtjänst i ordinärt boende samt boende på särskilt boende. Totalt har 212 500 personer uppmanats att tycka till om sin äldreomsorg. Sammanlagt svarade 140 000 personer. Andelen nöjda har ökat och fler än föregående år svarade att de är mycket nöjda med de insatser de får.

**Tabell 7.3 Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har/ditt äldreboende?**

Andelar i procent

	Hemtjänst		Särskilt boende	
	2012	2013	2012	2013
Mycket nöjd	47	50	36	38
Ganska nöjd	41	40	45	45
Varken nöjd eller missnöjd	9	8	14	12
Ganska missnöjd	2	2	4	3
Mycket missnöjd	1	1	1	1

Källa: Socialstyrelsen, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013

Kvinnor och män svarade att de sammantaget är lika nöjda med hemtjänsten även om det finns några skillnader i resultaten för specifika frågor. Dessa skillnader är också små och inte statistiskt säkerställda, enligt Socialstyrelsen. Svaren från de äldre i särskilda boenden är också relativt lika mellan kvinnor och män.

Äldre med hemtjänstinsatser i ordinärt boende hade högst andel personer som sammantaget var ganska eller mycket nöjda, 89 procent. Av äldre på särskilda boenden svarade 83 procent att de var nöjda. Det var en ökning med 3 procentenheter från 2012. I 2013 års undersökning var de anhöriga också mer positiva till samarbetet mellan dem och äldreboendet res-

pektive hemtjänsten. Trygghet var en avgörande faktor för att äldre skulle känna sig nöjda, i synnerhet på äldreboenden. Upplevelsen av att känna sig trygg hade ökat jämfört med 2012, både inom hemtjänsten och på de särskilda boendena. Centralt för att vara nöjd med hemtjänsten var också upplevelsen av att personalen är bra på att utföra sina uppgifter, vilket de äldre i större utsträckning ansåg i 2013 års undersökning. Cirka nio av tio äldre kände förtroende för flertalet i personalen på de särskilda boendena. Endast 0,5 procent som hade hemtjänst och 0,8 procent som bodde i särskilt boende ansåg att de sällan eller aldrig fick ett bra bemötande. Fler äldre var också nöjda med de aktiviteter som erbjöds på äldreboendena.<sup>19</sup>

### Värdegrundsarbetet inom äldreomsorgen

#### Lokala värdighetsgarantier

De allra flesta kommuner i Sverige har ett pågående värdegrundsarbete inom äldreomsorgen som innefattar värdighetsgarantier som instrument. Av Socialstyrelsens lägesrapport 2014 framgår att 265 av landets kommuner har ansökt om och beviljats statsbidrag för prestationer i olika faser av utvecklingsarbetet. Minst 120 kommuner har hittills utformat lokala värdighetsgarantier och minst 80 kommuner har inrättat lokala värdighetsgarantier. Arbetet med lokala värdighetsgarantier har varit ett långsiktigt förändringsarbete med syfte att förankra socialtjänstlagens värdegrund för äldreomsorgen i det dagliga arbetet med brukarna.<sup>20</sup>

### Investeringsstöd till trygghetsbostäder och särskilda boendeformer

Investeringsstödet till ny- och ombyggnad av särskilda boendeformer för äldre trädde i kraft 1 juni 2007. Från det att investeringsstödet infördes och fram till den 15 september 2014 har 9 449 särskilda boendeformer beviljats stöd och

<sup>19</sup> Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013 (Socialstyrelsen 2013).

<sup>20</sup> Prestationsersättning för lokala värdighetsgarantier i äldreomsorgen – Lägesrapport februari 2014 (Socialstyrelsen 2014).

färdigställt. Cirka 70 procent av landets kommuner bedömer att de har balans och ett överskott på bostäder i särskilda boendeformer för äldre. Det är en ökning jämfört med föregående år då 60 procent av kommunerna uppgav att behovet av särskilda boendeformer var täckt. Enligt kommunernas bedömningar kommer det att tillkomma 5 000 bostäder i särskilda boendeformer för äldre under 2014 och 2015.<sup>21</sup>

Från och med januari 2010 ges även investeringsstöd till trygghetsbostäder. Med trygghetsbostäder avses bostadslägenheter och utrymmen för de boendes måltider, samvaro, hobby och rekreation och där det finns personal som dagligen på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. Bostäderna ska innehåsa av personer som fyllt 70 år. Sedan 2010 har 1 928 trygghetsbostäder beviljats stöd och färdigställt. Cirka 80 kommuner bedömer att det kommer att påbörjas drygt 2 200 trygghetsbostäder genom nybyggnad, ombyggnad och omvandling av särskilda boendeformer under åren 2014–2015.<sup>22</sup>

## Utbildningsinsatser

*Förstärkt grundläggande kompetens i äldreomsorgen inom ramen för Omvårdnadslyftet*  
Omvårdnadslyftet är en utbildningsinsats för äldreomsorgens medarbetare som pågår under 2011–2014 och som omfattar 1 miljard kronor. Syftet är att stärka den grundläggande kompetensen och från 2012 öppnades även möjligheten att söka kurser för specialiserad kompetens. Från den 1 januari 2013 blev också personal som, med stöd av socialtjänstlagen, arbetar med personer med funktionsnedsättning, berättigade att söka medel. Mellan 2011 och 2014 har Socialstyrelsen fördelat 824,2 miljoner kronor. Utnyttjandegraden har sedan satsningens två första år ökat från ca 40 procent till drygt 60 procent. Sedan starten har ca 17 000 personer påbörjat utbildningsinsatser inom ramen för Omvårdnadslyftet. År 2013

fördelade Socialstyrelsen 293,5 miljoner kronor till 202 kommuner för utbildningsinsatser.

### *Ledarskapsutbildning för chefer i äldreomsorgen*

Socialstyrelsen har också haft i uppdrag att upphandla en ledarskapsutbildning på högskolenivå för chefer inom äldreomsorgen. Hösten 2013 inleddes en statlig satsning på ledarskapsutbildning för chefer i äldreomsorgen. Syftet är att höja kompetensen och statusen för dem som leder arbetet inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att administrera och följa upp utbildningen som motsvarar 30 högskolepoäng. Hösten 2013 hade ca 800 ledare inom äldreomsorgen påbörjat utbildningen.

### *Utbildning i värdegrundsarbete för arbetsledare och webb utbildning om värdegrunden*

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att stödja utbildning i värdegrundsarbete inom äldreomsorgen. År 2012 och 2013 slutförde 2 110 arbetsledare inom äldreomsorgen kursen Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen. Arbetsledare från 215 av landets 290 kommuner har deltagit. Dessutom har ca 300 arbetsledare slutfört en fördjupningsutbildning. Kurserna motsvarar 7,5 högskolepoäng vardera. Socialstyrelsen har även utvecklat en webb utbildning om den nationella värdegrunden som sedan starten i oktober 2013 fram till den 1 mars 2014 har genomgått av ca 1 500 personer.

### *Webb utbildning om demens*

Genom Svenskt demenscentrum har över 54 000 personer genomgått en webbaserad utbildning om personcentrerad omvårdnad för personer med demenssjukdom.

## Kvalitetsregistren

### *Bättre vård för de mest sjuka äldre*

Sedan 2010 har årliga överenskommelser ingåtts mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I dessa överenskommelser har statsbidraget inriktats mot att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Som en del av detta har presentations- och resultatbaserade statsbidrag utbeta-

<sup>21</sup> Bostadsmarknadsenkäten (Boverket 2014) och statistik från Boverket september 2014.

<sup>22</sup> Bostadsmarknadsenkäten (Boverket 2014) och statistik från Boverket september 2014.

lats till kvalitetsregister med syfte att fler registrerar uppgifter i kvalitetsregistren inom äldreomsorgen. Genom systematisk dokumentation av det arbete som genomförs leder kvalitetsregistren till ett mer strukturerat arbetssätt. Resultaten av vården synliggörs över tid samt möjliggör jämförelser mellan verksamheter och bidrar på så sätt till utvecklingsarbetet.

#### *Förbättrad vård i livets slutskede*

Genom Svenska Palliativregistret kan brister i vården i livets slutskede identifieras och tas om hand. Knappt 55 000 individer registrerades under mätperioden, vilket är närmare 70 procent av alla förväntade dödsfall i landet. Under 2013 fick 2 500 kvinnor och män ett bättre omhändertagande i slutet av livet. Av landets kommuner klarade 108 av dem målet att förbättra vården med i genomsnitt minst fem procent för brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest. Det var 44 kommuner som klarade av motsvarande förbättring med minst tio procent.

#### *Preventivt arbetssätt*

Genom kvalitetsregistret Senior alert kan personer, 65 år eller äldre som får vård och omsorg erbjudas riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Vid konstaterad risk sätts minst en åtgärd in. Under 2013 klarade 130 av landets kommuner målet att riskbedöma 90 procent av de som bor i särskilt boende eller korttidsboende och planera förebyggande åtgärd. Samtliga landsting och 285 kommuner har deltagit. I fyra av landets kommuner är endast privata vårdgivare anslutna. En enda kommun står utanför. Genom Senior alert finns en nationell och gemensam databas. Den ger underlag för att utvärdera och jämföra olika enheters arbete med att förebygga skador. Med hjälp av Senior alert utvecklas nya förebyggande arbetssätt. Registreringen är bara en del. Varje registrerad risk ska också leda till utredning och åtgärder som följs upp. Resultat på enhetsnivå visar att arbetssättet leder till bättre livskvalitet för sjuka äldre. Sedan 2008 har 370 000 individer registrerats i registret, 58 procent kvinnor och 42 procent män. Under 2013 gjordes i medeltal 25 000 riskbedömningar per månad med registrering i Senior alert. Exempelvis har 65 600 munhälsobedömningar genomförts i 209 kommuner och 19 landsting. Förebyggande åtgärder och uppföljning har ökat från 70 till 76 procent.

#### *Tidig upptäckt, utredning och diagnos*

Svenska Demensregistret (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister som används för att säkerställa och utveckla demensvården för män och kvinnor. De kvalitetsindikatorer som registreras är t.ex. att en demensutredning görs enligt de nationella riktlinjerna, att behandling med demensläkemedel för vissa typer av demenssjukdom ges och att boende med svår demenssjukdom erbjuds vid enheter som är särskilt anpassade för personer med demenssjukdom. Tidig upptäckt, utredning och diagnos kan lindra sjukdomen och ge god vård och på så sätt fler år med bibehållen självständighet.

På mindre än två år har antalet vårdcentraler som registrerar utredningar ökat från 90 till 814. Under 2013 registrerades närmare 4 000 demensutredningar i primärvården.

#### *BPSD ersätter läkemedel med omsorg*

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD) registrerar beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Behandlingsmetodiken bygger på en skattning av symptom som bemöts med åtgärder för att följas upp med en ny skattning. Registret startade 2010 och 2013 deltog 265 kommuner i registret, som ett resultat av den statliga ersättningen. Antalet anslutna enheter har gått från ca 1 160 under 2012 till 2 975 under 2013. Resultat från deltagande verksamheter visar att omvårdnad ersätter läkemedel, fallskador minskar och att användningen av neuroleptika kan halveras.<sup>23</sup>

## **EU och internationellt**

#### *Sociala utvecklingskommissionen*

Sociala utvecklingskommissionen (CSocD) höll sin 52:a session i New York i februari 2014. Liksom föregående år var mötestemat Promoting empowerment of people in achieving poverty eradication, social integration and full employment and decent work for all. Sverige höll vid mötet två anföranden, ett på huvudtemat och ett i paneldebatten om familjefrågor. Kommissionen enades om sex resolutioner för vidarebefordran

<sup>23</sup> Resultatrapport 2013 Bättre liv för sjuka äldre (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

till Economic and Social Council (ECOSOC) för formellt antagande, varav en resolution handlade om äldrefrågor.

#### *Genomförande av arbetsprogram*

Det sjätte mötet i Working Group on Ageing inom UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) hölls i Geneve i november 2013. På mötet togs bl.a. beslut om arbetsprogrammet för perioden 2014–2017 där ett fortsatt regionalt genomförande av MIPAA (Madrid International Plan of Action on Ageing) ingår. MIPAA antogs i Madrid 2012 och är en omfattande handlingsplan för regeringar och det civila samhället i arbetet med att bygga ett samhälle för alla åldrar. På mötet gavs även information om att riktlinjer för den tredje översynen av denna handlingsplan kommer att färdigställas under våren 2015 och omfatta perioden 2013–2017, med förväntad rapportering från länderna under 2016.

Under 2013 beslutade FN:s råd för mänskliga rättigheter (MR-rådet) om en resolution med mandat att tillsätta en oberoende expert med uppdrag att öka kunskapen kring rättighetssituationen för äldre, vilket ligger i linje med Sveriges position.

#### *Arbetsgrupp om utvecklingen av äldreomsorg*

Under två års tid har en arbetsgrupp under Kommittén för social trygghet arbetat på en rapport om utvecklingen av äldreomsorg i ett åldrande Europa. Sverige har varit ordförande i arbetsgruppen. Rapporten tar sin utgångspunkt i de utmaningar som länderna ställs inför till följd av den demografiska utvecklingen med ökade krav på långsiktiga insatser. De nyckelbudskap som lyfts fram i rapporten tar upp vikten av förebyggande insatser och förbättrad kvalitet och effektivitet i de insatser som erbjuds äldre samt utvecklingen vad gäller välfärdsteknik och värdet av en förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg. Rapporten antogs av rådet för sysselsättning och socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor (EPSCO) i juni 2014.

### **7.5.3 Analys och slutsatser**

Den nationella brukarundersökningen av vården och omsorgen 2013, som för första gången var en totalundersökning, visar att andelen nöjda brukare har ökat det senaste året.

Detta är glädjande men utmaningarna är fortfarande många. Kvaliteten i äldreomsorgen måste höjas ytterligare. Kvaliteten ska vara så hög att de äldre inte behöver komplettera omsorgen genom att köpa tilläggstjänster för att uppnå skälig standard och att anhöriga till äldre inte ska behöva gå ner i arbetstid för att kompensera för brister i omsorgen. Äldre ska ha samma rätt som alla andra att påverka sitt liv och sin vardag och de ska kunna känna sig trygga både i sitt boende och med att den personal de möter har rätt kompetens.

Möjligheten att välja är positiv men den får inte medföra att ambitionerna för omsorgens kvalitet minskar. Samtliga omsorgsverksamheter måste nå upp till en grundläggande kvalitetsnivå så att alla äldre och deras anhöriga kan känna trygghet oavsett utförare. Vidare har upphandlingskompetensen ökat i landets kommuner till följd av utbildningssatsningen på detta område. Det finns fortfarande en utvecklingspotential när det handlar om att involvera idéburna organisationer inom vård och social omsorg som bedrivs inom lagen om valfrihetssystem (LOV).

Regeringens stimulansmedel för att utveckla eHälsa i socialtjänsten har bidragit till att ett utvecklingsarbete nu bedrivs i kommunerna. Socialstyrelsen bedömer dock i rapporten eHälsa i kommunerna avseende 2014 att kommunerna har behov av fortsatt stöd för att kunna fortsätta utvecklingen inom e-hälsoområdet. Många kommuner kan inte visa tydliga resultat i sina verksamheter. Socialstyrelsen uppmärksammar särskilt att 42 procent av landets kommuner ännu inte påbörjat processen att byta till digitala trygghetslarm.

En särskild satsning har genomförts under perioden 2011–2014 för att stärka kvaliteten, effektiviteten och samordningen i omsorgen om äldre. Bland annat har en särskild satsning gjorts för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre genom att bl.a. säkerställa samverkan mellan kommuner och landsting samt satsningar på kvalitetsregister och utfasningen av olämpliga läkemedel. Satsningen har lett till tydliga resultat men fortfarande finns mycket att göra för att öka kvaliteten inom omsorgen.

Utbildningssatsningar bland personal och chefer inom äldreomsorgen har enligt Socialstyrelsen bidragit till stärkt kompetens. Andelen personal med grundläggande utbildning för vård och omsorg har enligt Äldreguiden ökat från 76 procent 2008 till 86 procent 2013 i särskilt

boende och från 67 procent till 75 procent när det gäller hemtjänst.

De satsningar som gjorts för att stärka kunskapen om och användningen i verksamheten av den nationella värdegrunden har enligt Socialstyrelsen bidragit till större gemensamma utbildningsinsatser i verksamheterna som därmed också kunnat fokusera på värdegrundsarbetet. De kommuner som påbörjat värdegrundsarbete med stöd av statsbidragen har uppgett att de kommer att fortsätta stödja utvecklingen av värdegrundsarbetet i äldreomsorgen.

Boverkets utvärdering av investeringsstödet till äldrebostäder visar att stödet sannolikt medverkat till att det inte försvinner platser i särskilda boendeformer i samma takt som i början av 2000-talet. Ett ökat antal anpassade bostäder för äldre, t.ex. trygghetsbostäder, kan även öka antalet flyttkedjor, dvs. rörligheten på bostadsmarknaden. Nuvarande investeringsstöd för boende för äldre fortsätter fram t.o.m. 2014.

## 7.6 Resultatredovisning – individ- och familjeomsorg

### 7.6.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De bedömningsgrunder som används för att redovisa resultatet är följande:

- öppna jämförelser inom områdena stöd till brottsoffer, missbruks- och beroendevården, ekonomiskt bistånd, sociala barn- och ungdomsvården, och hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden,
- tillsyn, t.ex. Tillsynsrapport Tillsynens viktigaste iakttagelser 2013 (Inspektionen för vård och omsorg 2014),
- kartläggningar, t.ex. Ensamkommande barns och ungas behov (Socialstyrelsen 2013) och Kartläggning av skyddade boenden i Sverige (Socialstyrelsen 2013),
- uppdragsrapporter, t.ex. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2014 (Socialstyrelsen 2014),
- antalet barn och unga placerade utanför det egna hemmet och kostnader för detta,

- utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare,
- andel unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd,
- antal personer den 1 november med frivillig- eller tvångsvård/behandling efter omvårdnad/vårdform uppdelat på kön, och
- antalet barn som berörts av avhysning.

Målen för individ- och familjeomsorgen är övergripande och en rad olika faktorer påverkar utvecklingen och måluppfyllelsen. Ansvar för individ- och familjeomsorgens verksamhet ligger huvudsakligen hos kommuner och landsting. Statens insatser syftar till att förstärka huvudmännens arbete för att stärka kvaliteten inom individ- och familjeomsorgen. Effekterna av de statliga insatserna är svåra att avgränsa från effekterna av andra offentliga insatser.

## 7.6.2 Resultat

### Barn- och ungdomsvården

#### Kostnadsutveckling

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga var totalt 16,3 miljarder kronor 2013 (15,5 miljarder kronor 2012, 15,0 miljarder kronor 2011).

**Tabell 7.4 Kommunens kostnader för insatser till barn och unga**

Miljarder kronor

	2009	2010	2011	2012	2013
Institutionsvård	4,7	4,7	5,3	5,4	5,5
Familjehemsvård	4,4	4,6	5,0	5,2	5,4
Öppna insatser	4,6	4,6	4,7	4,9	5,4
<b>Totalt</b>	<b>13,7</b>	<b>13,9</b>	<b>15,0</b>	<b>15,5</b>	<b>16,3</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas och landstingens bokslut 2009 – verksamhetsindelade, OE 25 SM 1001. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201. Fördelningen av de totala kostnaderna för 2011 är hämtade från tabell från Räkenskapsammandragen, SCB. Kommunernas finanser 2012, 2013, Rikstotal, RS för kommuner.

#### Personligt stöd den vanligaste öppenvårdsinsatsen

Den 1 november 2013 hade ca 29 000 barn och unga en eller flera av de öppenvårdsinsatser som redovisas. Fler pojkar än flickor hade öppenvårdsinsats, 56 procent var pojkar och 44 procent flickor. Det är tre insatser enligt socialtjänstlagen som redovisas: strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd och kon-

taktperson eller kontaktfamilj. Behovsprövat personligt stöd var den öppenvårdsinsats som flest barn och unga berördes av 2013. Omkring 27 100 barn och unga fick den insatsen någon gång under året. Ungefär 18 800 barn och unga hade kontaktperson eller kontaktfamilj och ca 10 700 fick någon gång under 2013 insatsen strukturerat öppenvårdsprogram.<sup>24</sup>

*Antalet placerade barn och unga i familjehem och hem för vård eller boende (HVB) fortsätter att öka*  
Antalet barn och unga som får någon form av heldygnsinsats fortsätter att öka. Nära 32 600 barn var placerade utanför hemmet av socialtjänsten under 2013. Fler pojkar än flickor berördes av någon typ av heldygnsinsats. Andelen pojkar av de barn som var placerade någon gång under 2013 var 62 procent, och andelen för flickor var 38 procent.

Den 1 november 2013 hade ca 22 700 barn och unga heldygnsinsats. Familjehem var den vanligaste placeringsformen bland barn och unga med insats den 1 november 2013 oavsett kön. 57 procent av de som vårdades enligt socialtjänstlagen och 70 procent av de som vårdades enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) var placerade på familjehem den dagen.

Det var ungefär 12 900 barn och unga som påbörjade heldygnsinsatser enligt socialtjänstlagen och/eller LVU under året. Av dem var ca 10 000 barn och unga nytilkomna. För barnen i åldern 13–17 år har andelen som påbörjat heldygnsinsats ökat kraftigt de senaste åren, då främst bland pojkar. Ökningen utgörs till största delen av pojkar med annan vårdnadshavare än förälder eller förordnad vårdnadshavare. En tänkbar förklaring till ökningen är därför att den utgörs av ensamkommande barn.<sup>25</sup>

#### *Antalet ensamkommande barn ökar*

Antalet ensamkommande barn som ansökte om asyl i Sverige fortsatte att öka under 2013 till knappt 3 900 asylsökande. Jämfört med 2012

innebar det en ökning av antalet ensamkommande barn med ca 8 procent och med 45 procent jämfört med 2011. Omkring en tredjedel av de ensamkommande barnen kom från Afghanistan, vilket var en betydligt lägre andel jämfört med 2012. Den näst största gruppen kom från Somalia och utgjorde ca 15 procent av de sökande. I likhet med tidigare år var drygt 80 procent av barnen pojkar. Under första halvåret 2014 har 2 500 ensamkommande barn ansökt om asyl, vilket är en ökning med 78 procent i förhållande till samma period 2013.

#### *Utvecklingen i den*

##### *statligt bedrivna ungdomsvården*

Statens institutionsstyrelse (SiS) drev 25 ungdomshem under 2013 med sammanlagt 653 platser, inklusive platser för slutna ungdomsvård (645 platser under 2012). Antalet omhändertagna flickor och pojkar är i stort sett oförändrat jämfört med åren innan. Totalt gjordes 1 228 utskrivningar efter vård enligt LVU, varav 30 procent gällde flickor. Ytterligare 53 utskrivningar gjordes efter frivillig vård enligt socialtjänstlagen, av dessa gällde 15 procent flickor. I genomsnitt varade vården enligt LVU eller socialtjänstlagen i 140 vård dygn (148 vård dygn 2012).<sup>26</sup>

Antalet ungdomar som skrevs in för vård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård (LSU) har stabiliserat sig på en historiskt låg nivå (42 stycken ungdomar under 2013, 44 ungdomar under 2012 och 78 ungdomar under 2011). Den genomsnittliga strafftiden vid frigivning ökade något, från 9,5 månader 2012 till 10 månader 2013.<sup>27</sup>

#### *Tillsynen av HVB inklusive de särskilda ungdomshemmen*

Antalet verksamheter som omfattas av tillsynen har ökat och därmed antalet inspektioner. Den 1 november 2013 var antalet HVB 784 stycken (exklusive 25 särskilda ungdomshem) vilket kan jämföras med 549 HVB den 1 november 2010. Det är framför allt HVB för ensamkommande barn som har blivit fler, de utgör i dag nästan hälften av samtliga HVB. Under 2013 genom-

<sup>24</sup> Barn och unga – insatser år 2013 Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (Socialstyrelsen 2014).

<sup>25</sup> Barn och unga – insatser år 2013 Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (Socialstyrelsen 2014).

<sup>26</sup> SiS årsredovisning 2013 (Statens institutionsstyrelse 2014).

<sup>27</sup> SiS årsredovisning 2013 (Statens institutionsstyrelse 2014).



förde IVO totalt 1 400 inspektioner på HVB och 100 inspektioner på de särskilda ungdomshemmen, varav ungefär hälften var föranmälda och hälften oanmälda.<sup>28</sup>

#### *Samordnad individuell planering*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i vissa tillsynsbeslut pekat på att barn med allvarliga psykiatriska besvär blir föremål för vård på hem för vård eller boende (HVB) och särskilda ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). I samtal som Barnombudsmannen har haft med barn och unga som har upplevt psykisk ohälsa har det framkommit att barnen uppfattar att insatser som ges av olika huvudmän inte alltid är tillräckligt samordnade och att man skickas mellan olika instanser. SiS har i uppdrag att stödja huvudmännen, dvs. kommuner och landsting, i deras arbete med att upprätta en samordnad individuell plan för de personer för vilka en sådan ska upprättas enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen (dnr S2014/2927). Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2014.

#### *Ökade möjligheter för barn till delaktighet i familjehemsvården*

Socialstyrelsen och Barnombudsmannen har i uppdrag att ta fram en modell för att lyssna på barn i familjehem och pröva den i en pilotundersökning (dnr S2013/3876). Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2015.

Därtill har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört en försöksverksamhet med tillsynsombud för barn och unga placerade i familjehem. IVO redovisade uppdraget den 1 oktober 2014.

#### *En mer synlig och tillgänglig socialtjänst för barn och unga*

För att öka barns kunskap om socialtjänsten och sina rättigheter har Socialstyrelsen och Barnombudsmannen i uppdrag att utforma och sprida information till barn och unga om socialtjänsten och socialtjänstens uppdrag (dnr S2013/5139). I uppdraget ingår också att på lokal nivå underlätta för och stimulera kommunerna till att utveckla

och tillgängliggöra sin information för barn och unga. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2015.

#### *Stärkt kompetens i den sociala barn- och ungdomsvården*

Den 1 juli 2014 infördes krav på behörighet för att få utföra vissa uppgifter inom den sociala barn- och ungdomsvården. Socialnämnden ska använda handläggare som har svensk socionomexamen eller annan relevant examen på grundnivå i högskolan eller som har en erkänd utländsk utbildning.

Av Socialstyrelsens öppna jämförelser 2014, som avser uppgifter för 2013, för den sociala barn- och ungdomsvården framgår att 50 procent av handläggarna i landets kommuner har socionomutbildning och minst fem års erfarenhet av barnutredningar.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att fördela 57 miljoner kronor årligen 2013 och 2014 i statsbidrag till kommunerna för att stärka kommunernas arbete med att utveckla kompetensen inom den sociala barn- och ungdomsvården (dnr S2013/3877). Av medlen har totalt 51,7 miljoner kronor använts 2013. Av landets 290 kommuner har 263 kommuner rekviderat medel för att genomföra en kompetensinventering under 2013 och 234 kommuner har även rekviderat medel för att genomföra kompetensutvecklingsinsatser under hösten 2013.

Socialstyrelsen har gjort en sammanställning av kommunernas inventering av kompetensläget och behovet av kompetensutveckling. Den visar att majoriteten av handläggarna inom den sociala barn- och ungdomsvården har socionomexamen och mer än ett års erfarenhet av arbete inom området. Vid genomförandet av inventeringen var det ungefär en tiondel av handläggarna som hade mindre än ett års erfarenhet och som var i behov av både introduktion och stöd. Det fanns även en betydande grupp handläggare som hade behov av fortbildning. Vad gäller arbetsledarna framgår det av sammanställningen att det var den första chefsbefattningen för drygt 50 procent av dem. Kommunerna bedömde att nästan hälften av arbetsledarna hade behov av kompetensutveckling för att kunna ge adekvat ärendehandledning i det vardagliga arbetet. En viktig iaktta-

<sup>28</sup> Hur hanteras synpunkter och klagomål? Resultat från inspektioner av HVB och LSS-verksamheter för barn och ungdomar 2013 (Inspektionen för vård och omsorg 2014).

gelse från Socialstyrelsen under uppdragets genomförande är svårigheten för kommunerna att behålla handläggare i verksamheten.<sup>29</sup>

*Nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården*

En nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården har tillsatts (dnr S2014/6314). Uppdraget sträcker sig från den 1 november 2014 t.o.m. den 30 april 2017. Den nationella samordnaren ska i dialog med minst 50 kommuner stärka och stödja socialtjänsten i deras arbete med den sociala barn- och ungdomsvården.

*Nationellt centrum för kunskap om våld och andra övergrepp mot barn*

Våld och andra övergrepp mot barn är en fråga som berör flera olika verksamhetsområden och kräver tvärprofessionell kunskap för att det enskilda barnet ska få det skydd och stöd som behövs. Yrkesverksamma vid myndigheter och andra aktörer som arbetar med barn behöver ha kunskap som grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen har i uppdrag att göra en utlysning bland statliga universitet och högskolor i Sverige och föreslå för regeringen vilket lärosäte som bör få i uppdrag att vara ett nationellt centrum för kunskap om våld och andra övergrepp mot barn (dnr S2012/275).

*Samverkan för barns bästa*

Socialstyrelsen redovisar i de öppna jämförelserna för hur många kommuner, inklusive stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö, som har överenskommelser på ledningsnivå vad gäller samverkan med andra aktörer i enskilda ärenden. De öppna jämförelserna 2014, som avser uppgifter för 2013, visar att det finns överenskommelser om samverkan mellan socialtjänsten och förskolan i 75 procent av kommunerna och mellan socialtjänsten och grundskolan i 80 procent av kommunerna. Detta kan jämföras med överenskommelser mellan socialtjänsten och förskola och skola i 60 procent av kommunerna

2011<sup>30</sup>. Det finns också överenskommelser om samverkan mellan socialtjänsten och polis i 67 procent av kommunerna och mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri i 81 procent av kommunerna.<sup>31</sup>

*Få kommuner använder resultaten från systematiska uppföljningar av insatser för verksamhetsutveckling*

En viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet är att kommunerna följer upp resultatet av de insatser som ges till barn och unga i öppenvård och dygnsvård och att resultaten från uppföljningarna används för verksamhetsutveckling och för att förbättra insatsernas kvalitet. Av Socialstyrelsens öppna jämförelser 2014 framgår att 26 procent av kommunerna har använt resultaten från systematiska uppföljningar av insatser i öppenvården för verksamhetsutveckling. Endast 16 procent av kommunerna har använt resultaten från systematiska uppföljningar av insatserna i HVB och familjehem för verksamhetsutveckling.

*Ersättning för vanvård i samhällsvården*

Ersättningsnämnden<sup>32</sup>, den myndighet som inrättats för att pröva rätten till ersättning för barn som omhändertogs i samhällsvård mellan 1920 och 1980 och då utsattes för allvarliga övergrepp eller försummelse, har sedan den 1 januari 2013 mottagit 4 200 ansökningar. Fram t.o.m. den 30 september 2014 har beslut fattats i 2 519 ärenden och 1 268 ansökningar har beviljats. Både när det gäller antalet inkomna ärenden och beviljandegraden så är fördelningen mellan kvinnor och män jämn. Ersättningen lämnas med ett schablonbelopp om 250 000 kronor. Myndighetens uppdrag är tidsbegränsat, ansökningstiden sträcker sig till den 31 december 2014 och bedömningen är att samtliga inkomna ärenden

<sup>29</sup> Kompetenssatsning inom den sociala barn- och ungdomsvården Slutredovisning av 2013 års satsning (Socialstyrelsen 2014).

<sup>30</sup> Indikatorn Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola har utgått i årets öppna jämförelser. Indikatorn har ersatts av indikatorerna Överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden med skola och Överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden med förskola.

<sup>31</sup> Öppna jämförelser 2014 Social barn- och ungdomsvård Nationella resultat och metod (Socialstyrelsen 2014).

<sup>32</sup> Ersättning av staten till personer som utsatts för övergrepp eller försummelse i samhällsvården (prop 2011/12:160, bet. 2012/13:SoU3, rskr. 2012/13:17).

ska kunna hanteras under 2015. En avveckling av myndigheten kommer därefter att ske.

## Familjerätt

Familjerättens verksamhet fokuserar på stöd till föräldrar och utredning av separerade föräldrars situation i syfte att tillvarata barnets rättigheter och intressen. Utredning, utbildning och stöd inför och efter en internationell adoption ingår, liksom socialtjänstens ansvar för att fastställa ett barns faderskap eller föräldraskap när föräldrarna är ogifta. Målsättningen är att främja samförstånds lösningar mellan föräldrarna och att, i de fall föräldrarna inte kan enas i frågor som rör barnet, tillhandahålla ett ändamålsenligt, effektivt och rättssäkert stöd som kan förebygga att frågan om barnets vårdnad, boende och umgänge behöver avgöras i en domstolsprocess.

Ungefär 25 procent av barnen i Sverige har föräldrar som har separerat eller aldrig bott tillsammans. Varje år berörs ca 50 000 barn av föräldrars separation. Över 90 procent av alla föräldrar som separerar har fortsatt gemensam vårdnad och ca 35 procent av alla barn till separerade föräldrar har ett växelvist boende hos sina föräldrar.

### *Frågor om umgängesstöd svåra att hantera för domstol och socialnämnd*

Socialstyrelsens har haft i uppdrag att redovisa hur kommunerna hanterar domstolars beslut om umgängesstöd enligt 6 kap. 15 c § föräldrabalken, samt även redovisa på vilket sätt och i vilken utsträckning kommunerna lever upp till sina åtaganden. Uppdraget redovisades den 31 december 2013. Återrapporteringen har visat att frågor om umgängesstöd är svåra att hantera både för domstolen och socialnämnden och att det finns brister i vissa hänseenden. Frågan bereds vidare i Regeringskansliet.

### *Vårdnadsöverflyttningar sker fortfarande sällan*

Socialstyrelsen har kartlagt i vilken utsträckning och i vilka situationer socialnämnden tillämpar möjligheten att väcka talan om vårdnadsöverflyttningar i samband med att det förekommer våld i familjen eller om den ena vårdnadshavaren har dödat den andra. Syftet med uppdraget är att få underlag för att bedöma om det behövs ytterligare åtgärder för socialnämnden när det gäller att överväga vårdnadsöverflyttningar för barn som upplever våld. Uppdraget redovisades i

november 2013. Socialstyrelsen anser inte att socialnämndens ansvar för att uppmärksamma behovet av en vårdnadsöverflyttning behöver utökas. Socialstyrelsen har inte lämnat förslag på några lagändringar men uttalar att kommunerna har behov av mer stöd i sitt utredningsarbete avseende frågor om vårdnadsöverflyttningar, något som Socialstyrelsen planerar att lämna i form av en reviderad handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och deras barn som bevittnat våld.

### *Nationella adoptioner övervägs sällan*

Socialstyrelsen har kartlagt vid vilka situationer och i vilken utsträckning socialnämnderna väcker frågan om nationell adoption av barn som är eller kan komma att bli placerade i samhällsvård och orsakerna till att adoption inte övervägs trots att det skulle kunna vara lämpligt utifrån vad som är bäst för barnet. Socialstyrelsen har övervägt om åtgärder behöver vidtas för att socialnämnderna ska uppmärksamma frågan i högre utsträckning än i dag. Uppdraget redovisades den 28 februari 2014. Återrapporteringen visar att nationella adoptioner övervägs i mycket liten utsträckning. Oftast genomförs adoption på föräldrarnas initiativ och sällan p.g.a. de omsorgsbrister och situationer som vanligen gäller vid familjehemsplaceringar. Åtgärder behöver vidtas för att öka stabiliteten och långsiktigheten för barn som inte kan växa upp med sina föräldrar. Socialstyrelsen lämnar i återrapporteringen förslag på vissa lagregleringar. Socialstyrelsen avser att i kommande revideringar av föreskrifter och handböcker uppmärksamma möjligheten till adoption samt andra frågor som är relevanta för att barnets behov av långsiktighet och stabilitet ska tillgodoses.

### *Antalet internationella adoptioner fortsätter att minska*

Antalet barn som adopteras till Sverige fortsätter att minska. Under 2013 förmedlades 341 barn genom de auktoriserade adoptionssammanslutningarna, varav 127 flickor och 214 pojkar. Det är en minskning jämfört med föregående år då 466 barn adopterades genom en sammanslutning. Utöver detta kom under året 30 barn till Sverige genom s.k. enskild adoption, något som prövas av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Under åren 2004–2008 kom i genomsnitt ca 800 barn per år till Sverige genom adoption. Under åren 2009–2013 hade

antalet sjunkit till i genomsnitt ca 550 barn per år.

Minskningen av antalet adoptioner är i grunden en positiv utveckling. I takt med att den ekonomiska och sociala situationen förbättras i ursprungsländer förbättras familjernas möjligheter att själva sörja för sina barn och länderna klarar i större utsträckning av att adoptera barn som är i behov av en ny familj nationellt.

#### *Kommunernas förutsättningar att ge stöd till föräldrar inför adoption*

Att ta emot ett barn vars bakgrund och tillvaro före adoptionen delvis är okänd ställer stora krav på föräldrarna. Det är därför viktigt att föräldrarna är väl förberedda och erhåller det stöd de är i behov av även efter det att adoptionen är genomförd. MIA framförde i årsredovisningen för 2013 behovet av förbättrat stöd till föräldrar inför och efter en adoption. Socialstyrelsen har även rapporterat om brister i kommunernas kontroll och ansvar när det gäller innehållet i föräldrautbildningarna och kompetensen hos utbildarna. Både Socialstyrelsen och MIA framhåller behovet av ökad samverkan mellan kommuner.

I syfte att ge kommunerna förbättrade förutsättningar att ta sitt ansvar när det gäller medgivandeutredningar och föräldrars förberedelse inför adoption har Socialstyrelsen haft i uppdrag att uppdatera handboken för socialtjänstens handläggning vid nationell och internationell adoption och det utbildningsmaterial med tillhörande lärarhandledning som används i den obligatoriska föräldrautbildningen inför en internationell adoption. Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget även tagit fram ett material som vid behov kan användas vid ett uppföljande, frivilligt samtal i utbildande syfte efter och i nära anslutning till besked om ett kommande barn. Socialstyrelsen redovisade uppdraget i juli 2014.

### **Föräldrastöd**

Den nationella strategin för ett utvecklat föräldrastöd syftar till att stödja och stärka det universella föräldrastödet i kommunerna. För att genomföra strategin har ca 140 miljoner kronor avsatts sedan 2009 på stimulansmedel riktat till kommuner i samarbete med lärosäten. Stimulansmedlen har syftat till att stödja huvudmännen i sitt föräldrastödande arbete och att få

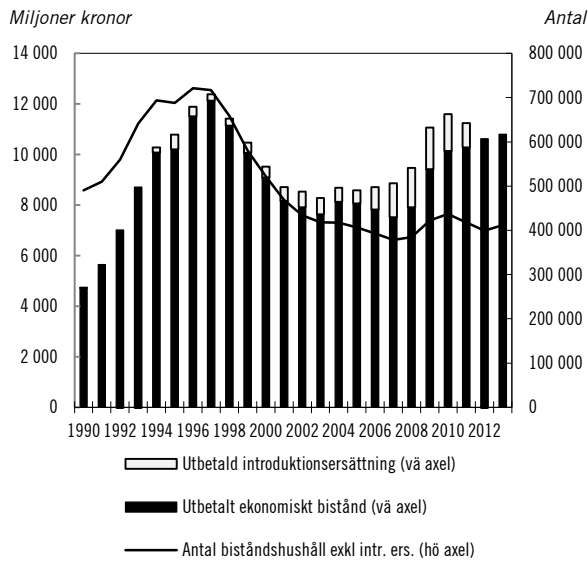
ökade kunskaper. En central del har varit att bidra till att stärka samverkan mellan föräldrastödande aktörer.

Folkhälsomyndigheten inkom i juni 2014 med en slutlig redovisning av hur arbetet inom ramen för satsningen med stimulansmedel bedrivits och vilka resultat som uppnåts. Sammanfattningsvis kan sägas att stimulansmedlen resulterat i ökad kunskap och evidens såsom kunskap om att föräldrastödsprogram är hälsoekonomiskt motiverade, framför allt för kommunen. Stimulansmedlen har resulterat i fler mötesplatser för föräldrar, ökad samverkan mellan aktörer, ökad integrering av föräldrastödet i det hälsofrämjande arbetet och utvecklade stödformer, metoder och arbetssätt.

Utöver detta har en rad insatser genomförts för att stärka både det riktade och universella föräldrastödet inom olika samhällssektorer. Huvudfokus i insatserna har varit stöd till huvudmän och andra föräldrastödande aktörer med ökad kunskap och stöd till utvecklad samverkan som centrala inslag. En utförlig redogörelse för det samlade arbete som bedrivits sedan 2006 och de resultat som uppnåts görs i skrivelsen Ett stärkt föräldrastöd – för barnets rätt till trygga uppväxtvillkor (skr. 2013/14:87) som lämnades till riksdagen i februari 2014.

### **Ekonomiskt bistånd**

Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd ökade mellan 2012 och 2013 med två procent i fasta priser och uppgick till 10,8 miljarder kronor (se diagram 7.1). Antalet personer som någon gång under 2013 tagit emot ekonomiskt bistånd ökade med 3 procent och uppgick till ca 411 500 (4,3 procent av befolkningen). Fördelningen av biståndsmottagandet mellan kvinnor och män var i stort sett jämn (49 procent kvinnor och 51 procent män).

**Diagram 7.1 Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1990–2013**

Mellan 1993-2011 ingår introduktionsersättning enligt lagen (1992:1068) om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar i statistiken över ekonomiskt bistånd. Denna särredovisas i diagrammet för utbetalt belopp. P.g.a. statistikomläggning 2012 är inte längre introduktionsersättning inkluderad i den officiella statistiken över ekonomiskt bistånd under 2012. För jämförbarhetens skull har därför utbetalningar av introduktionsersättning särredovisats mellan 1994-2011.  
Källa: Socialstyrelsen

### Fritidspeng för barn

Den 1 juli 2014 infördes en fritidspeng till barn i hushåll som har och har haft försörjningsstöd under minst sex månader den senaste tolv månadersperioden. Fritidspengen uppgår till högst 3 000 kronor per barn och tolv månadersperiod.

### Fler kommuner har rutiner för extern samverkan

Det är av stor vikt att socialtjänsten samverkar med andra myndigheter för att stödja enskilda biståndsmottagare. Socialstyrelsens öppna jämförelser avseende ekonomiskt bistånd<sup>33</sup> för 2012 visar att antalet överenskommelser om samverkan med öppenspsykiatri har ökat, från 12 procent under 2011 till 32 procent under 2012. Även överenskommelser om samverkan med Arbetsförmedlingen har ökat och under 2012 var det 34 procent av alla kommuner som hade en aktuell överenskommelse med Arbetsförmedlingen.<sup>34</sup>

### Väntetiderna har ökat något

Sammantaget ökade väntetiderna för nybesök något under 2012. Majoriteten av kommunerna (57 procent) hade visserligen väntetider för nybesök på mellan 8 till 14 dagar, men andelen med väntetider över 14 dagar hade ökat och uppgick 2012 till 8 procent, jämfört med 4 procent 2011.<sup>35</sup>

### Tillgång till insatser i flertalet kommuner

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 65 procent av kommunerna 2012 kunde tillhandahålla någon form av kommunalt finansierad arbetsbefrämjande insats för unga vuxna. Det är en ökning med 1 procentenhet jämfört med 2012. Av kommunerna tillhandahöll 89 procent sådana insatser till arbetslösa biståndsmottagare över 25 år.<sup>36</sup>

### Fler kommuner har

#### *rutiner för att utreda om barn far illa*

Resultaten från de öppna jämförelserna visar att det 2012 fanns en aktuell rutin för att initiera att barn misstänks fara illa i 26 procent av landets kommuner, vilket var en ökning med 6 procentenheter jämfört med året innan. Av kommunerna uppgav 20 procent att verksamheterna bedrevs integrerat och att en sådan rutin därför inte var behövlig.<sup>37</sup>

### Arbetslöshet vanligaste

#### *orsaken till behov av försörjningsstöd*

Enligt Socialstyrelsens statistik över försörjningshinder och ändamål för ekonomiskt bistånd var under 2013 arbetslöshet den mest förekommande orsaken till behov av ekonomiskt bistånd. Av biståndsmottagarna hade 47 procent arbetslöshet som huvudsakligt skäl till sitt försörjningshinder. Av dessa saknade ca 57 procent arbetslöshetsersättning, medan 38 procent hade otillräcklig ersättning och 5 procent väntade på ersättning. Arbetshinder på grund av sociala skäl var det näst vanligaste försörjningshindret, 11 procent, och sjukskrivning med läka-

<sup>33</sup> Socialstyrelsen publicerar sedan 2011 öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd. I propositionen används resultaten för 2012. Resultaten för 2013 redovisas under hösten 2014.

<sup>34</sup> Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2013 Resultat och metoder (Socialstyrelsen 2013).

<sup>35</sup> Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2013 Resultat och metoder (Socialstyrelsen 2013).

<sup>36</sup> Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2013 Resultat och metoder (Socialstyrelsen 2013).

<sup>37</sup> Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2013 Resultat och metoder (Socialstyrelsen 2013).

rintyg det tredje mest förekommande, 9 procent. Majoriteten av dem som var sjukskrivna med läkarintyg saknade sjukpenning, 78 procent. Med sociala skäl menas att personen saknar arbetsförmåga och är i behov av t.ex. arbetsträning eller annan social eller medicinsk rehabilitering. Därtill kommer ca 4 procent som hade arbete, men otillräcklig arbetsinkomst för att klara sin försörjning.<sup>38</sup>

Det är vanligare med arbetslöshet som försörjningshinder bland ensamstående män (54 procent) än kvinnor (44 procent). Motsatt gäller sjukdom som är ett mer förekommande försörjningshinder för kvinnor (12 procent) än män (8 procent).

#### *Majoriteten av kommunerna har arbetsmarknadsrelaterade åtgärder*

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting finns det arbetsmarknadsrelaterade åtgärder i 85 procent av kommunerna och kostnaderna för åtgärderna uppgår enligt Statistiska centralbyråns räkenskapssammandrag till ca 4 miljarder kronor netto under 2013.

#### *Unga är överrepresenterade*

Unga är överrepresenterade bland dem som får sin försörjning genom ekonomiskt bistånd. Bland de unga 18–24 år hade 8 procent ekonomiskt bistånd någon gång under 2013. I den vuxna befolkningen som helhet uppgick denna andel till drygt 4 procent under 2013. Det är ingen större skillnad mellan män och kvinnor när det gäller mottagande av ekonomiskt bistånd bland de unga såväl som bland de äldre. Det är däremot stor skillnad beroende på var de är födda. För inrikes födda unga var andelen biståndsmottagare 5 procent och för utrikes födda 23 procent. Se vidare tabell 7.4. Jämfört med 1997, då biståndsmottagandet bland unga var som högst, har dock andelen unga som har bistånd nästan halverats.

Under 2013 hade drygt 2 procent av de unga (18–24 år) bistånd under minst 10 månader per år (dvs. långvarigt ekonomiskt bistånd). Bland unga var arbetslöshet betydligt vanligare som försörjningshinder än bland äldre. Drygt hälften

av de unga hade arbetslöshet som försörjningshinder. Sociala skäl utgjorde försörjningshinder för ca 8 procent av de unga. Vidare hade ca 7 procent av de unga registrerats under benämningen annat försörjningshinder, vilket främst rörde ekonomiskt bistånd vid grundskole- och gymnasie studier.

**Tabell 7.5 Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd 2009–2013**

Procent	2009	2010	2011	2012	2013
Samtliga unga vuxna, 18–24 år	9	9	8	8	8
Varav:					
Kvinnor, inrikes födda	7	6	6	6	5
Kvinnor, utrikes födda	23	24	22	21	21
Män, inrikes födda	7	7	6	5	5
Män, utrikes födda	24	25	23	22	24

Källa: Socialstyrelsen, Registret över ekonomiskt bistånd

#### *Långvarigt biståndsmottagande ökar*

Andelen långvariga biståndsmottagare (bistånd i minst 10 månader under kalenderåret) ligger fortsatt på en hög nivå. År 2013 fick 39 procent av biståndsmottagarna bistånd under minst tio månader av året (fördelningen mellan kvinnor och män är i stort sett jämn). Av de långvariga biståndsmottagarna var 40 procent inrikes födda och 60 procent utrikes födda.

För utrikesfödda har vistelsetiden i Sverige en avgörande betydelse för biståndsmottagandets omfattning och längd. Ju längre tid i Sverige, desto lägre andel biståndsmottagande.

#### *Barn i hushåll med ekonomiskt bistånd*

Under 2013 ökade antalet barn som levde i hushåll med ekonomiskt bistånd med ca 8 800 och uppgick till 140 000 barn (se diagram 7.2). Jämfört med 2006 har antalet barn ökat med ca 11 800. Andelen av alla barn i populationen var oförändrad jämfört med 2012 (7 procent).

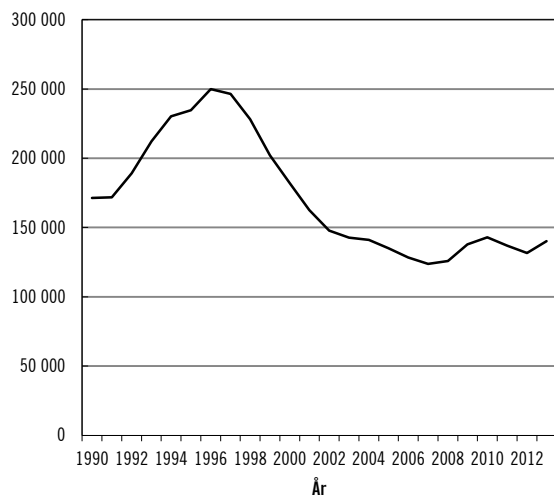
Under 2013 fick 36 600 ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd, vilket uppskattningsvis utgör 22 procent av denna hushållstyp i befolkningen. Under mitten av 1990-talet hade 37 procent av dessa hushåll ekonomiskt bistånd. Drygt tio år senare hade andelen sjunkit till 19 procent, sannolikt till följd av det förbättrade läget på arbetsmarknaden. År 2008, i samband med finanskrisen, började dock andelen att öka

<sup>38</sup> Statistik över försörjningshinder och ändamål för ekonomiskt bistånd 2013 (Socialstyrelsen 2014).

igen. Motsvarande andel under 2013 är 8 procent för ensamstående män med barn och 3 procent för sammanboende par med barn.

**Diagram 7.2 Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 1990–2013**

Antal barn (< 18 år)



Källa: Socialstyrelsen

### Missbruks- och beroendevården

Den 1 november 2013 hade 21 409 personer en frivillig insats i form av bistånd som avser boende, individuellt behovsprövad öppen insats eller heldygnsvård och 294 personer var föremål för tvångsvård enligt LVM. Av dessa totalt 21 703 personer utgjorde kvinnor 28 procent. Jämfört med 2012 har antalet personer med insatser, förutom tvångsvårdade personer enligt LVM, minskat. Samtidigt ökade kommunernas kostnader för missbruks- och beroendevård och uppgick 2013 till 6,2 miljarder kronor. Sett i ett längre perspektiv har kommunernas öppna insatser ökat och frivillig institutionsvård och omfattningen av tvångsvården minskat.

Även hälso- och sjukvården ger behandlingsinsatser i såväl öppen- som slutenvård. Insatser kan ges inom primärvården, den specialiserade beroendevården eller allmänpsykiatrin. Det saknas en heltäckande bild över landstingens öppenvårdsinsatser, men statistik över antalet slutenvårdade personer visar en ökning under perioden 2000–2012. Bland kvinnor var ökningen 35 procent under perioden och bland män 17 procent.

**Tabell 7.6 Kommunens kostnader för missbruksvård**

Miljarder kronor

	2009	2010	2011	2012	2013
Institutionsvård	2,3	2,5	2,5	2,6	2,7
Familjehemsvård	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Öppna insatser	3,0	3,1	3,2	3,2	3,3
<b>Totalt</b>	<b>5,5</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>	<b>6,2</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas och landstingens bokslut 2009 – verksamhetsindelade, OE 25 SM 1001. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201. Fördelningen av de totala kostnaderna för 2011 är hämtade från beställd tabell från Räkenskapssamman- dragen, SCB. Kommunernas finanser 2012, 2013, Rikstotal, RS för kommuner.

### Kvalitet och tillgänglighet

Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2013 har 38 procent av kommunernas socialtjänst och 25 procent av landstingens beroendeenheter följt upp resultat av insatser på individnivå, men endast 15 procent respektive 25 procent har under året gjort en sammanställning på gruppnivå. När det gäller tillgänglighet till vården anger 16 procent av kommunerna och 25 procent av landstingens beroendeenheter att de erbjuder ett första besök inom tre dagar och 63 procent respektive 51 procent inom 4–7 dagar. Undantaget är läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende där såväl den geografiska tillgängligheten som väntetiderna till behandling varierar och i vissa landsting är situationen otillfredsställande. Närstående vuxna och barn uppmärksammas allt mer inom missbruks- och beroendevården. Av kommunerna anger 70 procent att de har rutiner för stödinsatser till vuxna och 67 procent har rutiner för stödinsatser till barn. Motsvarande siffror för beroendeenheterna är 81 procent respektive 47 procent. Majoriteten av kommunerna har en utvecklad samverkan mellan missbruksvården och andra kommunala verksamheter såsom våld i nära relationer, ekonomiskt bistånd och den sociala barn- och ungdomsvården. Däremot har endast 28 procent en systematisk samverkan med äldreomsorgen. Hälften av kommunerna uppger att socialtjänsten har ett samarbete med en FoU-enhet/universitet eller högskola i syfte att utveckla arbetet med personer med missbruks- eller beroendeproblem.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> Öppna jämförelser 2014 Missbruks- och beroendevården. Resultat, metod och indikatorer (Socialstyrelsen 2014).

*Genomförande av de nationella riktlinjerna*

En vetenskaplig utvärdering har genomförts av utvecklingsarbetet inom missbruks- och beroendevården, Kunskap till praktik. Den visar att de bedömningsmetoder som rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer har fått ökat genomslag inom både socialtjänsten och psykiatri/beroendevården. Utvärderingen kommer att pågå t.o.m. 2014.

En annan viktig del av uppföljningen av riktlinjerna är att följa upp användningen av rekommenderade läkemedel. När det gäller personer med alkoholdiagnos har 22 procent hämtat ut rekommenderade läkemedel under 2013. När det gäller läkemedelsassisterad behandling för opiatberoende (LARO) har 29 procent av personerna med opiatdiagnos hämtat ut dessa läkemedel. Det är ingen skillnad mellan könen vad avser andelen som hämtat ut de aktuella läkemedlen. Däremot har antalet personer som fått dessa diagnoser ökat under perioden 2006–2013. Det bör noteras att dessa läkemedel även administreras direkt till patienterna och därmed inte omfattas av statistiken.<sup>40</sup>

*Delaktighet och brukarinflytande*

Kunskap till praktik har brukarmedverkan som ett prioriterat utvecklingsområde. Insatser har genomförts i nära samarbete med ett antal brukarorganisationer. Som ett resultat finns nu brukarråd i nästan alla län. Dessutom har en metod för att genomföra brukarstyrd brukarrevisioner utvecklats, vilket är ett viktigt komplement till annan verksamhetsuppföljning. Ett tiotal verksamheter har genomgått brukarstyrd brukarrevision under 2013.<sup>41</sup>

*Statligt bedriven missbruksvård*

Statens institutionsstyrelse (SiS) drev 11 LVM-hem under 2013 med sammanlagt 345 platser, vilket är fyra platser mindre än året innan. Totalt togs 949 personer in varav 303 var kvinnor och 646 män. Medelåldern bland kvinnorna var 36 år och bland männen 41 år. Den genomsnittliga beläggningen var 91 procent, vilket är en liten

ökning jämfört med året innan. Genomsnittlig vårdtid enligt LVM var sex månader.<sup>42</sup>

*Klienternas uppfattning*

Vid utskrivningen intervjuas klienterna om hur de har upplevt tiden på LVM-hemmet. Av intervjuerna framgår att 89 procent av de intervjuade upplever att det funnits någon i personalen att prata med när de har behövt det och 80 procent tycker att de har fått stöd av personalen att fundera över sin situation. 87 procent tycker att de fick ett bra mottagande när de kom till institutionen. En större andel bland kvinnor (62 procent) än bland män (55 procent) upplever att de har fått hjälp med sina drogproblem.<sup>43</sup>

**Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden***Den nationella hemlöshetssamordnaren*

En nationell samordnare har under perioden januari 2012 fram t.o.m. juli 2014 haft i uppdrag att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa långsiktiga och hållbara strukturer och fungerande rutiner för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Ett särskilt fokus skulle ligga på att förebygga vräkningar, främst bland barnfamiljer. Hemlöshetssamordnaren har bedrivit ett uppsökande arbete, med besök och återbesök i 39 kommuner. I dessa kommuner har antalet barn berörda av vräkning 2013 minskat med 45 procent jämfört med 2011. Hemlöshetssamordnaren lämnade sin slutrapport i juni 2014. Slutrapporten innehåller både en redovisning av det genomförda uppdraget och resultatet av den dialog som samordnaren har fört med kommuner. Exempel ges från kommuner på hur arbetet för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden kan bedrivas. En slutsats från arbetet är att inträdet på bostadsmarknaden för utsatta grupper måste underlättas.

*Vräkningar av familjer med barn minskar*

Enligt Kronofogdemyndighetens statistik för 2013 uppgick antalet barn som var berörda av

<sup>40</sup> Öppna jämförelser 2014 Missbruks- och beroendevården. Resultat, metod och indikatorer (Socialstyrelsen 2014).

<sup>41</sup> Utveckling av missbruks- och beroendevården. Kunskap till praktik, delrapport mars 2014 (Sveriges Kommuner och Landsting 2014).

<sup>42</sup> SiS årsredovisning 2013 (Statens institutionsstyrelse 2014).

<sup>43</sup> SiS årsredovisning 2013 (Statens institutionsstyrelse 2014).



verkställd avhysning till 504 stycken. Det är en minskning med ca 11 procent jämfört med 2012, och en minskning med 24 procent jämfört med 2011. Det är dessutom det lägsta antalet barn sedan Kronofogden började föra statistiken 2008. Av barnen hade 74 procent sin permanenta bostad hos den avhysta föräldern/föräldrarna. Det var 15 procent som var växelvis boende och 11 procent som var s.k. umgängesbarn.

**Tabell 7.7 Barn berörda av vräkning**

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal barn i registrerade ansökningar	2363	2274	2570	2722	2277	2380
Antal barn berörda av verkställda avhysningar	716	618	632	663	569	504

Källa: Kronofogdemyndighetens aktuella statistik.

### Stöd till brottsoffer

Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas stöd till brottsoffer visar att det pågår ett utvecklingsarbete inom flera viktiga områden. Bättre samverkan, mer kompetensutveckling och ökad användning av standardiserade bedömningsinstrument är exempel på förbättringar jämfört med tidigare år. Men fortfarande är skillnaderna mellan kommunerna stora.<sup>44</sup>

#### *Utvecklingsmedel för kvalitetsutveckling av arbetet mot våld i nära relationer*

För att utveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld avsätts årligen 109 miljoner kronor. Av Socialstyrelsens uppföljning av verksamhet bedriven med stöd av utvecklingsmedel under 2013 framgår att kommunerna framför allt har använt medlen för att kartlägga omfattningen av våld i nära relationer, inrätta samordningsfunktioner, utveckla rutiner för socialtjänstens arbete och för kompetensutveckling av personal.

Inom ramen för uppdraget att utveckla socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld har Socialstyrelsen också publicerat vägledningar och utbildningsmaterial

för att stötta kommunernas arbete. Materialen ges spridning genom den struktur för kunskaps- och metodstöd som har utvecklats i samarbete mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna.<sup>45</sup>

För att stärka kommunernas arbete och tydliggöra deras ansvar har Socialstyrelsen publicerat nya föreskrifter och allmänna råd på området våld i nära relationer som träder i kraft den 1 oktober 2014.

#### *Den nationella samordnaren*

##### *mot våld i nära relationer*

För att bekämpa våld i nära relationer och öka samordningen och effekterna av samhällets insatser har en nationell samordnare mot våld i nära relationer bl.a. haft i uppdrag att samla och stödja berörda myndigheter, kommuner, landsting och organisationer. Samordaren konstaterar bl.a. att det pågående utvecklingsarbetet i kommunerna behöver fortsätta och fördjupas. (se utg.omr. 4 avsnitt 3.4.5.)

##### *Fortsatt förstärkt tillsyn*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en nationell tillsyn av kommunernas, hälso- och sjukvårdens och kvinnojourernas arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld som omfattat 60 kommuner/stadsdelsnämnder, 90 verksamheter i alla landsting och 30 kvinnojouren. IVO:s slutrapport visar att det pågår ett omfattande utvecklingsarbete inom samtliga områden, och att tillsynen i sig driver utvecklingen framåt.<sup>46</sup>

##### *Kvalitetsutveckling och*

##### *uppföljning av skyddade boenden*

För att stärka de skyddssökandes rättsäkerhet och stötta kommuner och ideella organisationers arbete har Socialstyrelsen tagit fram en vägledning för skyddade boenden. Den pekar på kommunens lagstadgade ansvar att tillhandahålla skydd och stöd för våldsutsatta. Socialstyrelsen har också presenterat ett antal kvalitetsindikatorer som stöd för kommunerna och kvinno-

<sup>44</sup> Öppna jämförelser 2014 Stöd till brottsoffer Nationella resultat, metod och indikatorer (Socialstyrelsen 2014).

<sup>45</sup> Stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld – slutredovisning av uppdraget att fortsatt stödja utvecklingen av socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld (Socialstyrelsen 2014).

<sup>46</sup> Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013 (Inspektionen för vård och omsorg 2014).

jourerna i arbetet med att säkerställa god kvalitet i skyddade boenden.

*Dödsfallsutredningar när barn och vuxna avlidit med anledning av brott*

När ett barn avlidit till följd av ett brott eller en vuxen person avlidit till följd av brott av en närstående ska Socialstyrelsen enligt lag göra en särskild utredning av ärendet. Syftet med utredningsverksamheten är att ge underlag för förslag till åtgärder som förebygger att barn far illa eller att kvinnor och män utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller tidigare närstående personer. Socialstyrelsen redovisar utredningsverksamheten för regeringen vartannat år. Socialstyrelsen lämnade i februari 2014 en redovisning av verksamheten 2012–2013. Statskontoret har haft i uppdrag att följa upp och utvärdera utredningsverksamheten. Uppdraget redovisades den 1 oktober 2014.

### Prostitution och människohandel

I regleringsbrevet för 2013 fick Socialstyrelsen i uppdrag att regelbundet undersöka utvecklingstendenser inom prostitutionen och att utifrån detta samla in uppgifter om vad personer som säljer respektive köper sexuella tjänster själva ser för behov av stöd och hjälp.

Länsstyrelsen i Stockholms län har i uppdrag att kartlägga och samla kunskap om prostitutionens omfattning i Sverige. I uppdraget ingår att analysera prostitutionens utbredning, omfattning och former. Resultatet av kartläggningen ska spridas till berörda målgrupper. Uppdraget ska redovisas senast den 15 mars 2015.

I skrivelsen Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige (Skr 2013/14:91) presenterades en ny handlingsplan för skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp under 2014–2015 (se avsnitt 8.4.2).

Länsstyrelsen i Stockholms län fick 2013 i uppdrag att utveckla samordningen och samverkan mot människohandel (Ju2013/1492). För att säkerställa att utsatta barn får det stöd och skydd de behöver och att deras rättigheter tas tillvara ska länsstyrelsen särskilt uppmärksamma barnperspektivet i uppdragets genomförande.

Statskontoret har haft i uppdrag att utvärdera det arbete som bedrivs mot prostitution och människohandel vid Länsstyrelsen i Stockholms

län. Statskontoret lämnade i april 2014 sin utvärdering till Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet).<sup>47</sup>

## EU

Arbetet inom ramen för Europa 2020-strategin fortgår, där ett av målen är att främja social delaktighet, framför allt genom fattigdomsminskning. I april 2014 beslutade den förra regeringen om Sveriges nationella reformprogram för 2014. Reformprogrammet utgör en årlig rapport till kommissionen om utvecklingen mot de nationella mål som respektive medlemsland satt upp för att uppnå de EU-gemensamma målen i strategin. När det gäller målet för social delaktighet redovisade Sverige att andelen kvinnor och män 20–64 år som är utanför arbetskraften minskat och var under 2013 ca 12,7 procent. Detta är en minskning med ca 80 000 personer sedan 2010. Vidare beslutade Europaparlamentet och rådet i mars 2014 om en förordning att inrätta en fond för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt.

### 7.6.3 Analys och slutsatser

#### Barn- och ungdomsvården

Det har skett positiva förändringar i den sociala barn- och ungdomsvården. Arbetet genomsyras i dag av ett barnrättsperspektiv där barn och unga i högre utsträckning får komma till tals och har möjlighet att vara delaktiga. Socialstyrelsen följer upp de nya bestämmelserna i lagstiftningen från den 1 januari 2013 (dnr S2013/6265). Analysen av konsekvenserna för barn och unga och deras föräldrar men också för socialtjänstens verksamhet kommer utgöra ett viktigt underlag för regeringen.

Barn har rätt till stabila och trygga uppväxtvillkor. Barn ska säkerställas ett långsiktigt boende och en omsorg efter individuella behov. Barnets socialsekreterare ska ha rätt kompetens och kunskap om barn och deras rättigheter.

<sup>47</sup> Utvärdering av samordningen av arbetet mot prostitution och människohandel vid Länsstyrelsen i Stockholms län (Statskontoret 2014).

En utmaning för kommunerna är personalomsättningen bland personal som arbetar med myndighetsutövning i den sociala barn- och ungdomsvården. Erfarna handläggare tenderar att söka sig vidare. Det finns hela tiden en grupp nyanställda som inte har tillräcklig erfarenhet och kompetens för uppdraget.

Antalet barn som placeras ökar vilket till stor del beror på att allt fler ensamkommande barn söker asyl i Sverige. Antalet ensamkommande asylsökande barn har ökat kraftigt likväl som antalet barn som får permanent uppehållstillstånd. För vissa kommuner är det svårt att ta fram placeringsalternativ och fler placeringsformer behövs för att möta olika behov.

Den sociala barn- och ungdomsvården måste hålla god kvalitet. Ett enhetligt och systematiskt arbetssätt är avgörande för kvalitetsarbetet. Handläggnings- och dokumentationssystemet Barns behov i centrum, BBIC, ska främja en helhetssyn och kontinuitet i myndighetsutövningen. BBIC ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser. Det är viktigt att BBIC används som strategiskt verktyg i verksamheten. Det är fortfarande få kommuner som använder resultaten från systematiska uppföljningar av insatser för verksamhetsutveckling. Det gäller både öppenvården och dygnsvården. Det finns förutsättningar för ett fortsatt utvecklingsarbete i flera kommuner.

## Familjerätt

Mot bakgrund av att de familjerättsliga vårdnadsmålen har ökat markant under de senaste åren finns behov av att ytterligare fokusera på preventiva insatser till föräldrar. Utredningen om en utvärdering av 2006 års vårdnadsreform (Ju 2014:14) har för närvarande i uppdrag att kartlägga och analysera orsakerna till ökningen av antalet vårdnadsfall och kommer att ha betydelse i detta hänseende. I detta sammanhang är också försöksverksamheten med s.k. samverkansteam av intresse (se mer nedan under politikens inriktning).

Rapporter från Myndigheten för internationella adoptionsfrågor och Socialstyrelsen visar att det finns ett generellt behov av ökat stöd till kommunerna i familjerättsliga frågor och mer specifika behov såsom t.ex. stärkta stödinsatser riktade till föräldrar. Vissa insatser har mot den bakgrunden genomförts under året såsom upp-

datering av stödande material för handläggning inom socialtjänsten och föräldrautbildning inför internationell adoption.

Socialstyrelsen har också uttalat avsikten att utveckla handläggningsstöd i övriga delar av familjerätten för att ge bättre förutsättningar för kommunerna att utföra sitt uppdrag.

## Föräldrastöd

De statliga insatser som har genomförts på föräldrastödspolitikens område har resulterat i ökad samverkan, ökade kunskaper och en utveckling och spridning av föräldrastödsarbetet i landet. Det finns i dag ökad evidens och betydande kunskap om hur ett effektivt och framgångsrikt lokalt och regionalt föräldrastödsarbete kan bedrivas. Föräldrastödpolitiken är sektorsövergripande och kräver samordnade insatser på alla områden där föräldrastöd berörs. Genomförda insatser har därför haft fokus på stärkt samverkan mellan föräldrastödjande aktörer, något som är angeläget även i det fortsatta arbetet. Genom tidiga, samordnade och breda föräldrastödjande insatser med god tillgänglighet och kvalitet kan samhället bidra till att färre svårigheter av olika slag uppstår i framtiden. Ett sådant arbetssätt leder till ett bättre användande av samhällets resurser och till ett avsevärt bättre och mer likvärdigt stöd för föräldrarna.

## Ekonomiskt bistånd

Arbetslöshet är den vanligaste orsaken till behov av ekonomiskt bistånd. Unga, ensamstående kvinnor med barn och utrikes födda är överrepresenterade bland biståndsmottagarna. Andelen långvariga biståndsmottagare ökar i alla åldrar. Det krävs breda och långsiktiga lösningar för att motverka denna utveckling.

Det är av stor vikt att den som saknar arbete får stöd att komma in på arbetsmarknaden eller komma tillbaka dit, men även att relevanta krav ställs på individen att hitta en långsiktig egen försörjning. En särskild utredare har i uppdrag att utreda och föreslå hur stöd och krav avseende arbetslösa personer som tar emot ekonomiskt bistånd kan utvecklas. Utredaren ska lämna sina förslag senast den 15 april 2015.

Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet (3 kap. 3 § socialtjänstlagen). Det är därför

angeläget att arbetet baseras på bästa tillgängliga kunskap om vilka arbetsätt och insatser som bidrar till långsiktiga lösningar på människors försörjningsproblem. Socialstyrelsens öppna jämförelser kan bidra positivt till denna utveckling. Exempelvis framgår av öppna jämförelser att det är viktigt att se till att kommunerna initierar barnvårdsutredningar i de fall barn i familjer med försörjningsproblem riskerar att fara illa. Andelen kommuner som har aktuella rutiner för att initiera sådana utredningar har ökat. Ökningen har dock skett från en låg nivå, varför det finns anledning att noga följa utvecklingen framöver.

Det är viktigt att det stöd som ges bygger på den svenska modellen med en generell social välfärd och inte är ett riktat stöd som riskerar att vara utpekande. Enligt regeringens mening är den utformning som fritidspenget har inte förenlig med socialtjänstens intentioner om den enskildes ansvar, självbestämmande och integritet. I stället bör de medel som avsatts för fritidspenget användas för en förstärkning av det ekonomiska biståndet.

### Missbruks- och beroendevården

Avsaknad av statistik och varierande vårdorganisation över landet gör det svårt att ge en tydlig bild av utvecklingen av hur många personer som får behandlingsinsatser för missbruk eller beroende. Det är inte heller självklart att antalet behandlingsinsatser speglar vårdbehovet.

För att utveckla ett ändamålsenligt utbud som möter det behov som finns krävs systematisk uppföljning både på individ- och gruppnivå som belyser såväl klienters/patienters behov som resultat av genomförda insatser. Detta är ett angeläget utvecklingsområde både inom kommunerna och landstingen. Den pågående utvärderingen av Kunskap till Praktik tyder på att satsningen bidrar till en positiv utveckling där Socialstyrelsens nationella riktlinjer får ökat genomslag. Metoder för brukarmedverkan har utvecklats och tillämpas, men även här finns en utvecklingspotential både inom kommuner och landsting. Antalet kommuner som samordnar insatser inom missbruksvården med andra kommunala verksamheter såsom ekonomiskt bistånd och den sociala barn- och ungdomsvården ökar. Däremot är det få kommuner som har rutiner för samordning med äldreomsorgen,

vilket är ett område som behöver utvecklas mot bakgrund av en ökad riskkonsumtion och ökade missbruksrelaterade problem bland äldre.

Statens institutionsstyrelse (SiS) har fortsatt sitt arbete för att de metoder som används i behandlingsarbetet ska vara kunskapsbaserade och utföras av personal med rätt kompetens för respektive metod. Det ska även finnas en tydlig koppling mellan klientens problem och de insatser eller metoder man arbetar med.<sup>48</sup>

### Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Kunskapen om effektiva metoder och arbetsätt för att motverka och förebygga hemlöshet, utestängning från bostadsmarknaden samt vräkning har ökat. Hemlöshetssamordnarens arbete har i sin tur bidragit till att synliggöra frågorna på både nationell och lokal nivå. Samordnaren har på många sätt fungerat som en pådrivande faktor i arbetet med frågorna i de respektive kommunerna. Samordnarens funktion har tydliggjort att det krävs kommunövergripande samverkan för att komma tillrätta med problematiken med hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Detta gäller även samverkan med olika externa aktörer, bl.a. för att få fram bostäder för sociala ändamål och för att kunna bedriva ett effektivt vräkningsförebyggande arbete. Det är viktigt att vräkningar av familjer med barn fortsätter att minska, bl.a. genom bättre samverkan mellan socialtjänst och hyresvärdar.

### Stöd till brottsoffer

Under flera års tid har stora satsningar genomförts för att minska våld i nära relationer och förbättra stödet till dem som utsatts. För att befästa den positiva utvecklingen som skett på området och samtidigt stärka en fortsatt metod- och kompetensutveckling krävs fortsatta satsningar på flera områden. Det gäller t.ex. att ytterligare stärka samarbetet mellan olika myndigheter och samarbetsorgan och mellan den regionala och lokala nivån. Utvecklingsmedlen

<sup>48</sup> SiS årsredovisning 2013 (Statens institutionsstyrelse 2014).

och det regionala kunskaps- och metodstöd som byggts upp av Socialstyrelsens och länsstyrelserna spelar en viktig roll i det arbetet. En fortsatt satsning på att skapa nationella och regionala strukturer för metod- och kompetensutveckling är därför angeläget.

## Prostitution och människohandel

Samordningen och samverkan behöver utvecklas när det gäller alla former av människohandel. Regeringen kommer i sitt fortsatta arbete beakta Europarådets bedömning om hur Sverige efterlever Europarådets konvention om bekämpande av människohandel.

## 7.7 Resultatredovisning – personer med funktionsnedsättning

### 7.7.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De bedömningsgrunder som används för att redovisa resultatet är följande:

- öppna jämförelser inom området Stöd till personer med funktionsnedsättning,
- tillsyn, främst Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS (Inspektionen för vård och omsorg 2013),
- uppdragsrapporter, främst Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport (Socialstyrelsen 2014),
- uppföljningar och analyser, främst Bilstöd till personer med funktionsnedsättning (Inspektionen för socialförsäkringen 2014:11),
- antal personer med insatser enligt LSS och kostnader för detta,
- antal anmälningar enligt socialtjänstlagen,
- antal personer och antal beviljade timmar med assistansersättning och kostnader, och
- antal personer som beviljats bilstöd och kostnader.

En rad olika åtgärder, såväl statliga som kommunala och landstingskommunala påverkar

måluppfyllelsen. Inom avsnittet Funktionshinderspolitik (avsnitt 6) redovisas främst det sektorsövergripande arbetet för att genomföra och följa upp funktionshinderspolitiken och en del sektorsövergripande åtgärder. I detta avsnitt redovisas stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. Det avser främst insatser enligt socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), inklusive assistansersättning, men även bilstöd och övriga statliga stöd. De insatser som görs inom dessa områden genomförs framför allt av kommuner som är huvudmän för insatser enligt socialtjänstlagen och LSS. Staten är ansvarig för assistansersättningen och bilstödet. Statens möjligheter att styra kommunerna – förutom genom lagstiftning – är genom tillsyn, öppna jämförelser, lex Sarah, föreskrifter och allmänna råd, nationella riktlinjer och olika statliga satsningar som syftar till att främja bättre kvalitet i stödinsatserna.

### 7.7.2 Resultat

#### Insatser och kostnader enligt socialtjänstlagen och LSS

##### *Insatser enligt LSS ökar*

Insatser enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Fler människor får insatser och antalet insatser enligt LSS fortsätter att öka. Den 1 oktober 2013 hade ca 65 300 personer insatser enligt LSS från kommunerna. Det var drygt 1 000 personer fler än året innan och ca 9 500 fler än 2006. Sammanlagt beviljades ca 107 900 insatser enligt LSS från kommunerna. Det var ca 400 fler än året innan och ca 10 200 fler än 2006. Av de som fick insatser 2013 var 42 procent kvinnor och 58 procent män. Det är ingen större skillnad jämfört med 2006.<sup>49</sup>

De stödinsatser som ökat mest sedan 2006 är, enligt den officiella statistiken, bostad med särskild service, dagverksamhet och kontaktperson. När det gäller stödinsatserna ledsagarservice, korttidsvistelse utanför det egna hemmet och

<sup>49</sup> Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2013, 2012 och 2006 (Socialstyrelsen).

korttidstillsyn för skolungdom över 12 år är tendensen minskande. Även insatsen rådgivning och annat personligt stöd (råd och stöd) har minskat genom åren. Landstingen ansvarar för råd och stöd. Insatsen har en nära koppling till insatser som ges av landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen, t.ex. habilitering och rehabilitering.

Kommunernas nettokostnader för LSS (inklusive de 20 första timmarna för assistansersättning) uppgick 2013 till ca 40,6 miljarder kronor. Jämfört med 2006 har kostnaderna ökat med ca 12,6 miljarder kronor.<sup>50</sup>

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning har ökat mest inom socialtjänstens verksamhetsområden sett över en tioårsperiod. Området har även ökat sin andel av kommunens verksamhet. Det kan jämföras med att alla andra områden inom socialtjänsten har minskat sin andel.<sup>51</sup>

#### *Boendestöd enligt socialtjänstlagen ökar snabbt*

De vanligaste insatserna till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen var i juli 2014 boendestöd (19 200 personer varav 51 procent kvinnor), hemtjänst i ordinärt boende (15 400 personer varav 52 procent kvinnor), trygghetslarm (8 500 personer varav 55 procent kvinnor), dagverksamhet (4 400 personer varav 51 procent kvinnor) och bostad med särskild service (3 800 personer varav 41 procent kvinnor).

Boendestöd är en snabbt ökande insats. Boendestöd är ett stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende. Det kan vara ett såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället.<sup>52</sup> I övrigt har hemtjänstinsatsen, boende i bostad med särskild

service och dagverksamhet minskat jämfört med 2012.<sup>53</sup>

Kommunens kostnader för insatser enligt socialtjänstlagen uppgick till 10,6 miljarder kronor 2012. Det var en ökning med 0,7 miljarder kronor jämfört med året innan.<sup>54</sup>

#### **Öppna jämförelser**

Sedan 2010 genomförs öppna jämförelser inom området stöd till personer med funktionsnedsättning. Antalet indikatorer har utvecklats successivt. Sedan 2012 jämförs stöd som ges enligt LSS. Ett urval av de indikatorer som samlats in under 2014, men avser 2013, redovisas här.<sup>55</sup>

#### *Hög utbildningsnivå på LSS-handläggare*

Handläggningen av ärenden enligt LSS som utförs av personal med socionomexamen är hög. 95 procent av LSS-handläggningen utfördes av personal med socionomexamen.

Andelen LSS-handläggning som utförs av handläggare med en skriftlig, individuell och aktuell kompetensutvecklingsplan uppgick till 69 procent.

#### *Daglig verksamhet och möjligheten till arbete*

Insatsen daglig verksamhet enligt LSS bör enligt lagens förarbeten generellt sett ha som mål att utveckla möjligheten till förvärvsarbete, även om inte alla som deltar i dessa verksamheter klarar av att arbeta. Endast en mindre andel kommuner (13 procent) hade en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för att minst årligen pröva möjligheten till arbete eller praktik. Cirka en tredjedel av kommunerna hade haft personer som gått från daglig verksamhet till någon form av skyddat arbete (lönebidragsanställning, praktikplats eller motsvarande) och 16 procent av kommunerna hade haft personer som gått från daglig verksamhet till förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden.

<sup>50</sup> Uppgifter om kostnader från kommunernas räkenskapsammandrag (Statistiska centralbyrån) och kostnadsuppgifter från Försäkringskassan för assistansersättning.

<sup>51</sup> Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2014 (Socialstyrelsen 2014).

<sup>52</sup> Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 oktober 2012 Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen 2013).

<sup>53</sup> Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

<sup>54</sup> Uppgifter om kostnader från kommunernas räkenskapsammandrag (Statistiska centralbyrån).

<sup>55</sup> Öppna jämförelser 2014 Stöd till personer med funktionsnedsättning – Nationella resultat, metod och indikatorer (Socialstyrelsen 2014).

För personer med psykiska funktionsnedsättningar, som haft biståndsbedömda sysselsättningsinsatser enligt socialtjänstlagen, såg det gynnsammare ut. I 30 procent av kommunerna fanns det personer som gått till förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden och i 43 procent av kommunerna hade någon gått till skyddat arbete.

Andelen kommuner som kunde erbjuda kvinnor och män med psykisk funktionsnedsättning strukturerad sysselsättning enligt socialtjänstlagen eller plats i kooperativ eller fontänhus uppgick till 85 respektive 33 procent.

För indikatorer i daglig verksamhet som avsåg genomförandeplaner, gemensamma möten, öppethållande på sommaren, tillgänglighetsinventering, kontinuerlig handledning, kompetensutvecklingsplaner, rutiner vid förekomst av våld så hade enskilda utförare genomgående bättre resultat än kommunala utförare. Det kan enligt Socialstyrelsen bero på att enskilda utförare måste ha tillstånd för att bedriva verksamhet, ett krav som inte omfattar verksamhet i kommunal regi.

#### *Boende i bostad med särskild service*

I 98 procent av enheterna hade samtliga kvinnor och män en särskilt utsedd stödperson bland personalen som tar ett särskilt ansvar för den enskilda människan. I 96 procent av enheterna hade samtliga boenden privat badrum och privat kök. I 90 procent av gruppboendena hade de boende tillgång till gemensamt vardagsrum och i 85 procent gemensamt kök dygnet runt.

Sett till samtliga indikatorer för bostäder med särskild service enligt LSS hade enskilda verksamheter bättre resultat än kommunala verksamheter för bostad med särskild service.

#### *Ledsagarservice*

Ledsagning är en betydelsefull insats för att öka delaktigheten i samhället. I 94 procent av kommunerna kunde den enskilde påverka vem som skulle vara ledsagare. I 82 procent av kommunerna betalade kommunerna för ledsagarnas omkostnader.

#### *Kommuner med rutiner för att kunna erbjuda individuella planer*

Individuella planer som regleras i LSS ska ge kvinnor, män, flickor och pojkar ökat inflytande och självbestämmande och bidra till att insatser inom olika områden samordnas.

Drygt en tredjedel (37 procent) av kommunerna hade en aktuell rutin för att erbjuda en individuell plan enligt LSS.

Individuella planer kan även upprättas enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen mellan kommuner och landsting. Cirka 70 procent av kommunerna hade en aktuell rutin för att upprätta en samordnad individuell plan för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

#### *Vanligt med delaktighet och inflytande när genomförandeplaner tas fram och upprättas*

En genomförandeplan, som kommunerna rekommenderas att använda i allmänna råd från Socialstyrelsen, tydliggör för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra det samt när och hur. Att den boende eller en företrädare är med och upprättar planen stärker den enskildes inflytande. 84 procent av alla enheter inom bostäder med särskild service enligt LSS hade aktuella genomförandeplaner för samtliga boende. Flertalet (88 procent) av de som hade en genomförandeplan hade också varit delaktiga när planen utformats och när den följts upp.

Inom daglig verksamhet hade 67 procent av alla enheter upprättat aktuella genomförandeplaner för samtliga deltagare. 87 procent av deltagarna hade varit delaktiga i framtagandet av dem.

#### *Brister i kommunernas uppföljning av beslut*

Det är viktigt att följa upp fattade beslut för att säkerställa att kvinnor, män, flickor och pojkar får sina behov tillgodosedda och att de genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Få kommuner följde inom ett år upp samtliga beslut för insatserna ledsagarservice, bostad med särskild service och daglig verksamhet (31, 12 respektive 14 procent av kommunerna). Det fanns dock stora regionala skillnader. I Uppsala län följde exempelvis 38 procent av kommunerna upp samtliga beslut om bostad med särskild service medan motsvarande andel i bl.a. Örebro och Östergötlands län var 0 procent.

#### **Lex Sarah**

Sedan den 1 juli 2011 gäller nya regler för lex Sarah (prop. 2009/10:131, bet. 2009/10:SoU19, rskr. 2009/10:287). Alla missförhållanden inom socialtjänsten eller påtagliga risker för missförhållanden ska rapporteras. Ett allvarligt missför-

hållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Genom att uppmärksamma och åtgärda missförhållanden bidrar lex Sarah till att höja kvaliteten i verksamheterna.

#### *Brister i kunskap om lex Sarah*

IVO konstaterar i sin tillsynsrapport för 2013 att alla verksamheter inte har tillräckliga kunskaper om anmälningar enligt lex Sarah och de skyldigheter som ingår i arbetet med dessa. En iakttagelse är även att det är få anmälningar enligt lex Sarah från privata verksamheter. Socialstyrelsens handbok om lex Sarah är ett viktigt instrument i förbättringsarbetet.<sup>56</sup>

#### *Stor del av missförhållandena åtgärdas*

De flesta anmälningarna 2013 enligt LSS rörde bostad med särskild service för vuxna och personlig assistans. Majoriteten av anmälningarna enligt socialtjänstlagen rörde särskilt boende samt hemtjänst eller boendestöd. Under 2013 inkom totalt ca 210 anmälningar till IVO. Anmälningarna avsåg bl.a. felaktigt utförda insatser, att den beviljade insatsen inte hade blivit utförd samt fysiskt våld eller övergrepp från personal.

De vanligaste orsakerna till att missförhållanden uppstod var brister i rutiner och riktlinjer. Verksamheterna vidtog olika åtgärder för att komma till rätta med de missförhållanden som framkom i deras utredningar. I cirka en tredjedel av fallen ledde händelsen till allvarigare åtgärder – till en polisanmälan eller arbetsrättsliga åtgärder, eller både och. I de allra flesta fall har Socialstyrelsen/IVO bedömt att verksamheterna vidtagit tillräckliga åtgärder. I ett fåtal fall ansåg myndigheterna att det var nödvändigt med ytterligare åtgärder.<sup>57</sup>

## Tillsyn

### *Barn i särskilda boendeformer*

Sedan 2010 gäller att alla bostäder med särskild service för barn och unga enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska inspekteras minst två gånger per år, varav en inspektion ska vara oanmäld. De som genomför inspektionen ska samtala med de barn och unga som samtycker till det.

IVO har i en rapport redovisat resultatet av tillsynen 2010–2013. De flesta bostäderna för barn och unga levde upp till kraven på trygghet, säkerhet och hemlik miljö. Det var i huvudsak stabila verksamheter där barnen bor länge. Barnen erbjöds individuellt anpassade fritidsaktiviteter, sjukgymnastik och träning i att använda olika slags kommunikationsstöd. Personalen var engagerad och personaltätheten i bostäderna varierade utifrån barnens behov av omvårdnad. Personalomsättningen var inte särskilt hög. De flesta verksamheterna utsåg särskilda kontaktpersoner som hade ett särskilt ansvar för enskilda barn. Så gott som alla boenden hade ett arbetssätt som underlättade för barn och föräldrar att behålla kontakten.

Uppmärksammade brister i en del verksamheter avsåg bl.a. att en del brast i barns delaktighet i planeringen och möjligheten att framföra sina åsikter, personalens kompetens i vissa boenden, dokumentation och kontroll av personal i belastningsregistret. De flesta har rättat sig efter den kritik som framförts.

Barnen och ungdomarna uttryckte som regel att de var trygga med kamraterna och personalen. Merparten tyckte att de oftast eller ibland fick vara med och påverka och bestämma. De berättade att de fått stöd av personalen och att personalen var snäll. Även vårdnadshavarna var överlag nöjda med hur deras barn togs om hand och hur de själva och barnen gavs möjlighet att vara delaktiga i vården.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> Tillsynsrapport Tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013 (Inspektionen för vård och omsorg 2014).

<sup>57</sup> Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2014 (Socialstyrelsen 2014).

<sup>58</sup> Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS (Inspektionen för vård och omsorg 2013).



## Uppdrag

### *Satsningen Hjärnkoll*

Myndigheten för delaktighet (tidigare Myndigheten för handikappolitisk samordning) har i uppdrag att, i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, utforma och bedriva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra negativa attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning (Hjärnkoll).

Årliga befolkningsundersökningar har genomförts under åren 2009–2013. Resultatet från undersökningen 2013 visar att attityder, kunskaper och beteenden har förändrats markant mellan 2009 och 2013 i de tre ursprungliga s.k. kampanjlänen. Allmänhetens attityder utanför kampanjlänen har också förändrats i positiv riktning mellan 2009 och 2013. I 9 av de 20 studerade attityderna finns det signifikant positiva förändringar. I de fem kampanjlän som tillkom 2011 och 2012 har det däremot skett endast marginella förändringar.<sup>59</sup>

### *Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning*

Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra en försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning (dnr S2011/6380). För genomförandet anslogs 35 miljoner kronor per år under 2011–2013.

Försöksverksamheterna har inriktats mot den s.k. IPS-modellen (Individual Placement and Support) som är en av de rekommenderade åtgärderna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. IPS-modellen bygger på att deltagarna får stöd i att söka arbete utifrån sina egna val och preferenser utan arbetsträning eller omfattande bedömning av arbetsförmågan. Stödet förmedlas av specialister på arbetsrehabilitering (coacher).

Totalt har drygt 1 000 kvinnor och män med psykisk funktionsnedsättning deltagit i försöksverksamheten, som bedrivits i 32 kommuner. Resultatet av den externa utvärderingen visar bl.a. att av de cirka 900 deltagarna som fanns kvar i verksamheterna vid mättillfället (juni 2013) hade 600 personer fått någon form av sysselsättning. Totalt 111 personer (12 procent) hade fått ett arbete (inkluderat lönebidragsanställningar), de övriga hade praktikplatser, studerade eller hade en oavlönad sysselsättning. För 35 procent av deltagarna hade insatserna ännu inte lett till någon sysselsättning.

Männen dominerade något bland deltagarna och utgjorde 52 procent. Kvinnorna dominerade bland dem som fått ett vanligt lönearbete (28 kvinnor och 9 män) medan männen dominerade bland dem som har fått anställningar med lönebidrag (45 män och 30 kvinnor).

Drygt 40 procent av kommunerna har fortsatt eller kommer att fortsätta arbeta enligt IPS-modellen efter det att försöksverksamheten avslutats. Cirka 50 procent av kommunerna önskar fortsätta men söker finansieringslösningar.<sup>60</sup>

## Personliga ombud

Verksamhet med personligt ombud, för vilken utgår statligt stöd, har funnits sedan 2000. Från den 1 augusti 2013 regleras verksamheten i förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar.

<sup>59</sup> Psykisk ohälsa – attityder, kunskap och beteende Slutrapport från befolkningsundersökningar genomförda under perioden 2009–2013 (Centrum för evidensbaserade Psykosociala Insatser, CEPI, 2013).

<sup>60</sup> Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner – Individual Placement and Support, individinpassat stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen 2014).

En uppföljning av Socialstyrelsen visar att verksamheten fungerar väl och är till stor nytta för personer med psykiska funktionsnedsättningar genom att deras livssituation förbättras.<sup>61</sup> Verksamheten når årligen ca 6 000 personer. Personliga ombud finns i 245 kommuner. I länsstyrelsernas årsrapporter till Socialstyrelsen har framförts att verksamheten på många håll har fått en fast förankring och att kommunerna numera ser den som en etablerad del av vad som förväntas finnas i en kommun.

### Assistansersättningen

Assistansreformen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med mycket omfattande funktionsnedsättningar.

Antalet personer som beviljas assistansersättning har stabiliserats de senaste åren. Det varierar något men utgör ca 15 900 personer, varav 54 procent män och 46 procent kvinnor. Det kommer enligt Försäkringskassans prognoser att öka och ligga kring 16 000 personer per år de närmaste fem åren. Antalet beviljade timmar per vecka och person beräknas även fortsätta stiga.

På grund av ökat antal timmar och höjd schablon har kostnaderna ökat för assistansersättningen. År 2013 steg kostnaderna med ca 1,2 miljarder kronor vilket var en lägre ökning jämfört med tidigare år. Sedan 2006 har kostnaderna ökat med ca 11 miljarder kronor.

Regeringen har föreslagit lagändringar och initierat en rad uppdrag i syfte att få till stånd en bättre kontroll och en mer rättssäker hantering av ersättningen, inte minst för att säkerställa assistansersättningens långsiktiga hållbarhet samtidigt som den enskildes rättigheter värnas. Ett antal uppdrag har redovisats (se nedan).

### Barn med assistans

Socialstyrelsen har bedömt hur barns möjligheter till självständighet, delaktighet och utveckling påverkas av att de får ekonomisk ersättning för personlig assistans.<sup>62</sup> Den sammantagna bilden är till största delen positiv. Personlig assistans har inneburit en förbättrad livskvalitet. Barnen har fått ett rikare liv och större möjlighet att delta i aktiviteter på egen hand. Kontinuiteten i stödet har ökat, vilket gör att barnen är tryggare och utvecklas mer. Personlig assistans har lett till förbättrad hälsa för hela familjen och vårdnadshavarnas sammanfattande bedömning är att den personliga assistansen är ovärderlig.

Två problemområden har dock lyfts fram av Socialstyrelsen. Det ena handlar om barns och ungas frigörelseprocess från föräldrarna för att kunna bli så självständiga som möjligt. Vårdnadshavarna kan ha svårt att hålla isär de olika rollerna som personlig assistent och förälder, vilket kan bli särskilt svårt när barnen håller på att bli vuxna och ska bli mer självständiga. Det andra området handlar om barn som riskerar att fara illa eller far illa. Barn som enbart har anhöriga som assistenter kan komma att vistas i slutna miljöer utan insyn och tillsyn.

<sup>61</sup> Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning – Uppföljning av verksamheten med personligt ombud (Socialstyrelsen 2014).

<sup>62</sup> Barn med personlig assistans. Möjligheter till utveckling, självständighet och delaktighet (Socialstyrelsen 2014).

**Tabell 7.8 Kostnader för assistansersättning, antal personer som hade assistans i december månad och antal beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2004–2013**

År	Kostnad totalt (mdkr)	varav stat (mdkr)	varav kommun (mdkr)	Kostnadsökning jämfört med året innan (mdkr)	Antal personer med beviljad assistans	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för kvinnor	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för män
2004	12,7	10,0	2,7	1,6	12 500	99	97	101
2005	14,3	11,3	3,0	1,6	13 400	101	99	103
2006	16,1	12,9	3,2	1,8	14 100	103	101	105
2007	18,2	14,7	3,5	2,1	14 900	106	104	108
2008	19,9	16,0	3,9	1,7	15 300	108	107	110
2009	21,8	17,6	4,2	1,9	15 700	110	109	112
2010	23,2	18,9	4,3	1,4	15 900	113	112	114
2011	24,3	19,9	4,4	1,1	16 000	116	114	116
2012	25,9	21,4	4,5	1,6	15 900	118	117	120
2013	27,1	22,5	4,7	1,2	15 900	121	120	123

Antal personer och antal beviljade assistanstimmar/vecka avser beviljad assistansersättning i december månad.  
Källa: Årlig statistik från Försäkringskassan

### God man och assistans

Socialstyrelsen har analyserat och bedömt fördelar och risker med att personlig assistans utförs av den assistansberättigades gode man.<sup>63</sup> Några slutsatser är att en god man som arbetar som assistent så gott som alltid är en nära anhörig till den enskilde. Exempel på fördel är att en god man/anhörig som är personlig assistent känner den enskilde väl och har förmåga att kommunicera och tolka personens vilja och behov. Han eller hon får även bra kunskap om hur den enskildes samlade assistans utförs och står för trygghet och kontinuitet.

Exempel på risker och problem är att det kan uppstå intressekonflikter och potentiella jävsförhållanden. Det kan vidare saknas insyn och kontroll av att den enskilde får sina behov tillgodosedda. Det kan även, liksom gäller för barnen, försvåra frigörelse och att leva ett självständigt liv. Ytterligare en risk som förs fram är när god man/anhörig är beroende av att arbeta som personlig assistent för sin försörjning. Det finns då en risk att familjens behov av försörjning går före den enskildes behov, t.ex. av sysselsättning.

### Föräldraansvaret i assistansersättningen

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har granskat hur Försäkringskassan tar hänsyn till föräldraansvaret när den bedömer rätten till assistansersättning. Det finns enligt ISF tydliga skillnader i utgångspunkten av bedömningen, vilket innebär en risk för osakliga skillnader i besluten.<sup>64</sup>

### Bilstöd

Det statliga bilstödet består av fyra bidragsdelar; grundbidrag, anskaffningsbidrag, anpassningsbidrag och bidrag till körkortsutbildning. Fordonet ska möjliggöra ett aktivt och självständigt liv för personer med funktionsnedsättning. Ett väl fungerande bilstöd kan leda till ökad delaktighet för dem som inte kan använda allmänna kommunikationer.

Det är mest vanligt att förälder till barn med funktionsnedsättning beviljas bilstöd och det är vanligare att män får bilstöd än kvinnor.

Efterfrågan på bilstöd har ökat de senaste åren liksom kostnaderna. Det bidrag inom förmånen som står för den största ökningen är anpass-

<sup>63</sup> Personlig assistent och god man – Är rollerna förenliga? (Socialstyrelsen 2014).

<sup>64</sup> Vad är normalt? Föräldraansvaret i assistansersättningen (Inspektionen för socialförsäkringen 2014:6).

ningsbidraget vars ökning varit större än samhällets prisutveckling i övrigt. Anpassningsbidraget utgjorde 2013 cirka 76 procent. Ökningen kan delvis förklaras av den tekniska utvecklingen.

**Tabell 7.9 Antal personer som beviljats bilstöd 2006–2013, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper (%)**

	2006	2008	2010	2012	2013
Kostnader mkr	257	200	259	343	368
Personer som beviljats stöd	2 670	1 520	1 680	1 790	1 870
Andel stöd kvinnor, %	48	43	46	44	44
Andel stöd män, %	52	57	54	56	56
Grupp 1, %	40	22	27	31	32
Grupp 2, %	14	10	12	11	9
Grupp 3, %	22	17	16	17	16
Grupp 4, %	1	3	2	2	2
Grupp 5, %	22	47	44	38	42

Grupp 1 Person med funktionsnedsättning under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig.

Grupp 2 Person med funktionsnedsättning under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1.

Grupp 3 Person med funktionsnedsättning som inte tillhör grupperna 1 och 2 som fyllt 18 men inte 50 år.

Grupp 4 Förälder med funktionsnedsättning med barn under 18 år.

Grupp 5 Förälder till barn med funktionsnedsättning om föräldern bor tillsammans med barnet.

Källa: Försäkringskassans årsredovisning och officiella statistik.

En arbetsgrupp i Regeringskansliet med uppgift att göra en översyn av bl.a. bilstödet har konstaterat att förmånens regelverk brister när det gäller incitament som bidrar till en så effektiv användning som möjligt av tillgängliga medel.

Även ISF har i en granskning av bilstödet uppmärksammat stora brister. Enligt ISF har den som beviljas anpassning i dagens system inte incitament att ta hänsyn till anpassningens omfattning eller pris eftersom Försäkringskassan står för hela kostnaden. Kostnaden påverkas enligt ISF också av bristen på konkurrens, framför allt när det gäller företag som utför mycket individuella och avancerade anpassningar. Tillsammans med den fria prissättningen gör detta att systemet inte premierar kostnads-effektiva företag.

Trafikverket och Transportstyrelsen har presenterat förslag om hur en förstärkt rådgivning inom bilstödet kan se ut, hur kostnadsförslag tydligare kan bedömas och jämföras utifrån vissa kriterier samt hur konkurrensen kan främjas i samband med att kostnadsförslag begärs in.

### 7.7.3 Analys och slutsatser

Det finns inget som tyder på att kommunerna generellt sett drar ned på insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen. Kostnaderna ökar liksom antalet som får insatser. Däremot finns en tendens att vissa insatser minskar i omfattning, t.ex. ledsagarservice och korttidsvistelse. Sedan tidigare finns det signaler om skillnader i utformningen av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning.

Kvalitetsaspekterna i insatserna, rättssäkerhet och likvärdighet är viktiga för att uppnå målen inom funktionshinderspolitiken. Den kartläggning, analys och bedömning av behov av fortsatta åtgärder som Socialstyrelsen nu genomför av en del insatser enligt LSS, kan komma att få betydelse för kommande ställningstagande.

Personlig assistans har för många människor med mycket omfattande funktionsnedsättningar varit avgörande för att kunna leva ett bra liv och vara delaktiga i samhället. Rätt använd kan insatsen tillförsäkra personerna goda levnadsvillkor och ge den enskilde stort inflytande över utformningen av stödet. Det är därför angeläget att fortsatt värna assistansen.

Assistansersättningens utveckling har inneburit stora volymökningar och att betydande belopp har tillförts årligen. Det är angeläget att systemet är likvärdigt, rättssäkert och används som det är tänkt. Försäkringskassans hantering av assistansersättningen måste hålla hög kvalitet och vara rättssäker så att brukarna inte riskerar indragningar vid t.ex. tvåårsomprövningar p.g.a. tidigare bristfälliga utredningar. Fortsatta analyser och insatser kan behöva övervägas för att säkerställa reformens ändamålsenlighet och långsiktiga hållbarhet.

Det är även angeläget att bilstödet används effektivt och att de problem som uppdragats åtgärdas.

Personliga ombud är en etablerad och väl fungerande insats i merparten av landets kommuner. Stödet främjar ökad delaktighet för de personer som får del av insatsen.

## 7.8 Politikens inriktning

Socialtjänsten ska främja den enskilde individens ekonomiska och sociala trygghet och bidra till att skapa jämlikhet i levnadsvillkor. På så sätt

möjliggörs människors delaktighet och förutsättningar att aktivt delta i samhällsgemenskapen. Insatser inom socialtjänsten ska präglas av bästa tillgängliga kunskap, god kvalitet samt utgå och utformas utifrån den enskildes behov och förutsättningar.

Det finns skillnader i delaktighet och jämställdhet mellan kvinnor och män inom ramen för socialtjänstens verksamhetsområde. Det är viktigt med ett stärkt jämställdhetsperspektiv. Detta är en uttalad ambition i regeringens politik på detta område.

Delaktighet, självbestämmande och rätts-säkerhet är grundpelare för en väl fungerande socialtjänst. Kontinuitet och möjligheten att få välja hur omsorgen och stödet ska utformas och av vem man tar emot insatserna är en viktig del i detta. Regeringen anser att en mångfald i utbudet av socialtjänsten är viktigt och att det är angeläget att underlätta för t.ex. olika kooperativa aktörer att kunna etablera sig som utförare av socialtjänst. Det är även angeläget att underlätta för andra icke-kommersiella aktörer att växa och utvecklas, liksom att öka möjligheterna för kommuner att i ökad utsträckning kunna vända sig till s.k. non profit-aktörer. Det är även viktigt att kvinnor och män som ska välja får det stöd som behövs för att kunna göra ett väl avvägt val.

I avvaktan på kommande förändringar när det gäller hanteringen av vinster i välfärden kan de upphandlande myndigheterna redan nu, i syfte att minska vinstuttagen i välfärden, använda sig av de möjligheter att premiera kvalitet som finns inom ramen för lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).

### En samlad kunskapsstyrning

För att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten krävs en effektiv, samordnad och ändamålsenlig statlig kunskapsstyrning. Regeringen tar därför flera steg för att stärka den statliga kunskapsstyrningen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Kunskapsstyrningen ska utgå från de behov som brukare, patienter, profession och huvudmän har med syftet att brukare och patienter ska få insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap. En ökad kunskapsstyrning kommer därmed att bidra till ökad kvalitet och trygghet för såväl utförare som brukare och patienter.

Socialstyrelsen får en tydlig roll som ett nav för den statliga kunskapsstyrningen. Det är angeläget att Socialstyrelsen utvecklar kunskapsstöd som vilar på helhetsbedömningar av kunskapsläget vilka bygger både på en vetenskaplig bas och på verksamhetsnära kunskap där den beprövade erfarenheten ges en tydlig roll. För att ge den statliga kunskapsstyrningen ett breddat och mer strategiskt innehåll inrättas ett Kunskapsstyrningsråd där de centrala myndigheterna inom området är representerade. Dessutom inrättas en huvudmannagrupp med ett representativt urval av förtroendevalda från landsting och kommuner. Gruppens sammansättning speglar vikten av att se sambanden mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och de samverkansytor som successivt utvecklas. Den pågående utvecklingen mot en tydligare regional stödstruktur för kvalitetsutveckling som rör både socialtjänst och hälso- och sjukvård är viktig att bygga vidare på också när det gäller fortsatt utveckling av kunskapsstyrning. För att Socialstyrelsen ska kunna ta en strategisk roll som nav i kunskapsstyrningen kommer myndigheten att leda både Kunskapsstyrningsrådet och Huvudmannagruppen.

Ett ytterligare steg för att stärka kunskapsstyrningen på socialtjänstens område är att samla uppdraget att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i socialtjänsten och hälso- och sjukvården hos Statens beredning för medicinsk utvärdering, som föreslås byta namn till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Likaså ges Myndigheten för vårdanalys ett bredat uppdrag till att omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Myndigheten föreslås byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Sammantaget bedömer regeringen att förslagen innebär en tydligare och förstärkt kunskapsstyrning på socialtjänstens område (avsnitt 4.6).

### Stärkt kompetens och kvalitet ger trygghet och långsiktighet

Många av de faktorer som avgör kvaliteten i socialtjänsten är relaterade till tillgång till personal med rätt kompetens. Goda arbetsförhållanden för personalen innebär kvalitet och personkontinuitet för brukarna. Det bidrar till att höja

statusen och attraktiviteten för omsorgsycket samt leder till minskade sjuktal. Personalens kompetens och kunskap kan också på ett effektivt sätt bidra till verksamhetsutveckling om deras långsiktiga möjligheter till personlig och professionell utveckling säkerställs.

Kravet på kvalitet och rättsäkerhet i socialtjänsten ska gälla i hela kedjan, från bedömning av den enskildes behov, utformningen av insatser, genomförande men också genom uppföljning av förväntade resultat. Det är angeläget att kommuner och landsting och övriga aktörer fortsätter att utveckla ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete inom socialtjänsten. Målet bör vara att öka brukarnas delaktighet men också garantera att brukarna erbjuds en god vård och omsorg baserad på bästa tillgängliga kunskap. Detta förutsätter en kunskapsbaserad verksamhet som har förutsättning, förmåga och verktyg att använda tillgänglig kunskap. Vidare behövs också lättillgängliga genomförandestöd i form av informationsteknik, kunskapsunderlag och olika former av vägledning. De regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling som har byggts upp i kommuner och landsting är en viktig förutsättning för och ett stöd i det lokala förbättrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet. De regionala stödstrukturerna är också en förutsättning för den nationella kunskapsstyrningen.

#### *Ökad kvalitet genom förstärkt egenkontroll*

Kvalitet i socialtjänsten kräver också en frekvent och systematisk uppföljning och egenkontroll i kommunerna i kombination med en effektiv statlig tillsyn. I syfte att öka effektiviteten i tillsynen inom socialtjänsten är avsikten att Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) ges i uppdrag att utveckla en metod för hur myndigheten ska utöva tillsyn över hur kommunerna fullgör sin egenkontroll, dvs. sin egna författningsreglerade skyldighet att kontrollera att den egna verksamheten och verksamhet som lagts ut på entreprenad bedrivs med god kvalitet och enligt de regler som gäller.

#### *Ökad kompetens ger en tryggare vård och omsorg*

Socialtjänstens brukare är ingen homogen grupp. Den utgörs av kvinnor och män med skilda behov, förutsättningar och önskemål. Sverige är ett land i ständig förändring. Befolkningens sammansättning och struktur utvecklas snabbt. Tekniken och digitala tjänster får en allt större roll i våra liv. Människor ställer också i allt högre

utsträckning krav på rättsäkerhet, likvärdighet och delaktighet i beslut som rör deras liv. Medborgarna kräver också tillgänglighet till och transparens i de offentliga systemen. Detta ställer nya och stora krav på verksamheterna inom socialtjänsten. Att socialtjänstens medarbetare kontinuerligt får möjlighet att utveckla sin kunskap är således en förutsättning för en väl fungerande verksamhet. Regeringen avser därför att genomföra kompetensinsatser inom socialtjänstens område. Ansvaret för kompetensutveckling inom socialtjänsten ligger hos kommunerna men regeringen ser behov av att via statliga stimulanser öka förutsättningarna för en hög kompetens och goda arbetsvillkor.

#### **Öppna jämförelser**

Regeringen avser att stödja arbetet med öppna jämförelser i socialtjänsten. Jämförelserna har en central roll i det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. De öppna jämförelserna innebär möjligheter till att både synliggöra vad som åstadkommit samt hur verksamheter bör utvecklas för att förbättra resultaten. Det finns dock ett antal områden där jämförelserna måste utvecklas för att de ska utgöra ett ännu mer kraftfullt kvalitetsverktyg för ökad brukarnytta. En ny handlingsplan är för närvarande under utarbetande i samarbete mellan regeringen, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och representanter för privata och idéburna verksamheter. Handlingsplanen syftar till att skapa en gemensam syn på hur öppna jämförelser ska utvecklas och presenteras under den kommande fyraårsperioden. Syftet är också att förtydliga roller och ansvarsfördelning.

#### **Stöd till anhöriga**

Att som anhörig ge vård och omsorg ska vara ett frivilligt åtagande. Den informella omsorg som utförs av anhöriga kvinnor och män är dock omfattande. Socialstyrelsens pilotundersökning av anhörigomsorgens omfattning och konsekvenser visar att det generellt sett är fler kvinnor än män som ger omsorg, och bland yngre omsorgsgivare i förvärvsaktiv ålder är andelen kvinnor betydligt större än andelen män. Kvinnor upplever i högre grad än män att deras livskvalitet påverkas negativt av deras omsorgsåtaganden.

Ett gott stöd till anhöriga är viktigt för att undvika negativa konsekvenser av det informella omsorgsgivandet både för individer och för samhället. År 2009 förtydligades kommunernas skyldighet att erbjuda anhöriga stöd genom en ändring i socialtjänstlagen. Socialstyrelsen gavs i uppdrag att inrätta ett nationellt kompetenscenter för anhörigfrågor, Nka. För närvarande utreds förutsättningarna för Nka:s verksamhet, bl.a. i syfte att förtydliga verksamhetens innehåll och omfattning. Särskilt bör prioriteras att stödja kommunerna att i ökad utsträckning utforma anhörigstödande insatser utifrån det individuella behovet samt att uppmärksamma könsrelaterade skillnader och konsekvenser i anhörigstödet. Socialstyrelsens uppföljning visar att stödet till anhöriga till barn med omfattande omsorgsbehov och till barn med föräldrar med omsorgs- eller stödbehov särskilt brister. Detta bör uppmärksammas i kommande insatser på området.

För en handläggare som utreder en människas behov kan det vara svårt att skilja ut de anhörigas behov av stöd från det stöd och hjälpbehov som den enskilde brukaren har. Ett bedömningsstöd för handläggare i syfte att bättre kartlägga anhörigas behov och situation bör därför övervägas.

### 7.8.1 Omsorgen om äldre

Äldrepolitiken ska skapa förutsättningar för jämlikhet, delaktighet och trygghet och stimulera äldre kvinnor och män att kunna leva ett aktivt och gott liv efter arbetslivets slut. God vård och omsorg inbegriper också att få avsluta livet med värdighet.

Politiken ska bidra till att stärka och tillvarata äldres rättigheter och förebygga diskriminering och övergrepp.

Det är grundläggande att äldre personer ska ha tillgång till en likvärdig och jämlik äldreomsorg oavsett var i landet de bor.

Kvaliteten ska vara så hög att de äldre inte behöver komplettera omsorgen genom att köpa tilläggstjänster för att uppnå skälig standard och att anhöriga till äldre inte ska behöva gå ner i arbetstid för att kompensera för brister i omsorgen. Äldre människor och deras anhöriga ska kunna lita på att vården och omsorgen är av god kvalitet samt att det finns tillräckligt med personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

De ökade behov som förutses till följd av de demografiska förändringarna medför utma-

ningar. Den framtida vården och omsorgen för äldre kvinnor och män måste byggas på en stabil och långsiktigt hållbar grund med utgångspunkt i att den åldrande befolkningen inte utgör en homogen grupp. Kvinnor och män har rätt att livet igenom bli bemötta som individer med olika behov och önskemål.

### Långsiktig kvalitetsplan för äldreomsorgen

Regeringen anser att nya mål och en ny inriktning för äldrepolitiken bör utvecklas under 2015. Detta ska ske inom ramen för framtagandet av en Nationell kvalitetsplan. Utgångspunkter för arbetet bör vara jämlikhet, trygghet, delaktighet och inflytande och arbetet bör leda till tydliga prioriteringar för genomförandet av äldrepolitiken.

### Stärkt bemanning i omsorgen

I syfte att stärka äldreomsorgens förutsättningar kommer regeringen att prioritera bemanning. Regeringen avsätter därför 2 miljarder kronor per år 2015–2018 för en satsning på stärkt bemanning. Målet är ökad trygghet och kvalitet för den enskilde.

I många avseenden är god kvalitet kopplad till att de anställda – som ska vara kvalificerade och kompetenta – är tillräckligt många. En stärkt bemanning leder enligt regeringens bedömning till bättre äldreomsorg, eftersom det kan skapa utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde, men också större möjlighet för personalen att gemensamt utveckla verksamheten. För att långsiktigt säkra tillgången till personal måste attraktiviteten i yrket vara hög.

Att stärka bemanningen kan även förväntas förbättra arbetsmiljön och därigenom öka attraktionskraften för yrken inom omsorgen.

### Höjt avgiftstak för avgifter för äldre- och handikappomsorg

Regeringen avser att i särskild proposition föreslå att takbeloppen i högkostnadsskyddet inom äldreomsorgen höjs från och med 1 juli 2015. Regeringens avsikt är att de båda takbeloppen avseende hemtjänst och dagverksamhet respektive del av flerbäddsrum i särskilt boende höjs

med 224 kronor per månad. Förslaget medför att kommunernas möjlighet till avgiftsuttag ökar. Regeringen föreslår därför, i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen, att anslaget Kommunalekonomisk utjämning minskas med 75 miljoner kronor 2015. Från och med 2016 beräknas anslaget minskas med 150 miljoner kronor per år.

## 7.8.2 Individ- och familjeomsorg

### Barn- och ungdomsvården

Samhället har ansvar för att säkerställa att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. Samhället har ett särskilt stort ansvar för barn och unga som växer upp i samhällets vård. Det är viktigt att fortsätta att stärka barnets rätt till stabila och trygga uppväxtvillkor.

Arbetet med barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa och deras familjer är ett av socialtjänstens svåraste uppdrag. För de anställda inom socialtjänsten handlar arbetet många gånger om att fatta svåra, och för barn och ungdomar och deras föräldrar, mycket ingripande beslut. Handläggare som utreder situationen för barn som far illa behöver få de bästa förutsättningarna för att kunna utföra sitt arbete med största möjliga kvalitet. Personalen i den sociala barn- och ungdomsvården behöver ha goda arbetsvillkor och en arbetssituation som gör det möjligt att vara tillgänglig för att kunna bygga upp en förtroendefull relation till barnet.

Regeringen har för avsikt att fortsätta utveckla statens stöd till huvudmännen i syfte att bidra till en trygg och säker vård. Den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården ska i dialog med företrädare för ett antal kommuner stärka och stödja socialtjänsten i deras arbete med den sociala barn- och ungdomsvården. Arbetet ska bedrivas i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting och de regionala utvecklingsledarna för barn och unga.

Personalen och dess kompetens är viktig för kvaliteten av vården. Det är viktigt att analysera hur staten bäst kan bidra till goda förutsättningar för personalen i den sociala barn- och ungdomsvården och stödja huvudmännen i arbetet med att säkra kompetensen.

För regeringen är det också angeläget att fortsatt stärka barnperspektivet i den sociala barn-

och ungdomsvården och synliggöra flickor och pojkars egna erfarenheter för en trygg och säker samhällsvård. Det handlar bl.a. om att göra socialtjänsten mer synlig och tillgänglig för flickor och pojkar men också att lyssna till dem och följa upp deras upplevelser av sin placering för att kunna utveckla kvaliteten i vården.

### *Stärkt barnrättsperspektiv i tvångsvården*

Regeringen ser det som angeläget att ytterligare stärka barnperspektivet och rättssäkerheten för barn och unga i tvångsvården. Utredningen om tvångsvård för barn och unga (S 2012:07) ser över bestämmelserna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Utredningen lämnade i februari 2014 delbetänkandet Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga (SOU 2014:3), där bl.a. nya placeringsalternativ som är bättre anpassade till barns och ungas olika behov föreslås. Regeringen avser att återkomma i frågan.

Utredningen ska även göra en översyn över hur långsiktighet och stabilitet i större utsträckning kan säkerställas för barn som är eller bedöms bli långvarigt placerade. Utredningen ska redovisa uppdraget i sin helhet den 15 juni 2015.

### Familjerätt

En viktig uppgift inom familjerätten är att vid separation ge föräldrarna hjälp och stöd att fatta välinformerade beslut med barnets bästa i fokus. Målsättningen är att med barnets bästa i fokus främja samförståndslösningar mellan föräldrarna och att erbjuda stöd i de fall då föräldrarna inte kan enas i frågor som rör barnet. Bestämmelser som rör vårdnad, boende och umgänge ska präglas av ett tydligt barnrättsperspektiv och säkerställa att barnet får komma till tals och vara delaktigt. Detta förhållningssätt följer även av barnkonventionen.

Det är viktigt att reglerna om vårdnad, boende och umgänge uppfattas som moderna och ändamålsenliga när samhällsutvecklingen går mot att allt fler föräldrar väljer att ta aktiv del i sina barns liv, oavsett om de bor ihop eller inte. Barn växer nuförtiden upp i olika familjekonstellationer.



*Barns rätt att komma till**tals i familjerättsliga utredningar*

Socialstyrelsen har i uppdrag att kartlägga i vilken utsträckning, på vilket sätt och när barn kommer till tals i familjerättsliga utredningar om vårdnad, boende och umgänge inom socialtjänsten. Socialstyrelsen ska utifrån kartläggningen överväga om åtgärder behöver vidtas för att stärka barnets ställning i ärenden om vårdnad, boende och umgänge inom socialtjänsten och vid behov lämna förslag till sådana åtgärder. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2014.

*Tvärprofessionellt arbete för bättre**samverkan kring familjer i separation eller konflikt*

För att barn och föräldrar så tidigt som möjligt i samband med en separation ska kunna få adekvat stöd från relevanta verksamheter föreslog Utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad i sitt betänkande (SOU 2011:51) en försöksverksamhet med samordnade tvärprofessionella insatser.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset har tilldelats medel för att i en försöksverksamhet med tvärprofessionellt samarbete, i s.k. samverkansteam, erbjuda föräldrar och barn ett mer samordnat stöd i samband med separationer. Avsikten är att erfarenheterna i ett längre perspektiv ska kunna tas tillvara av kommuner och andra aktörer i deras arbete med stöd till föräldrar och barn vid konflikt eller separation.

*Stöd till föräldrar att reglera underhåll civilrättsligt*

Beräkningar gjorda av Utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad visar att en civilrättslig reglering av underhåll ofta skulle innebära ett betydligt högre underhåll till barnet. I departementspromemorian Ökat stöd för underhållsreglering (Ds 2014:27) har det lämnats förslag om ett antal åtgärder som syftar till att i högre grad få föräldrar att komma överens om underhåll civilrättsligt. Förslagen innebär bl.a. att Försäkringskassan ska ges utökad uppdrag för att ge föräldrar information och stöd i frågor gällande underhållsbidrag och underhållsskyldighet. (För mer information se utg.omr. 12 avsnitt 3.6.)

*Långsiktighet och stabilitet för placerade barn*

Åtterrapporeringar från Socialstyrelsen har visat att nationella adoptioner och vårdnadsöverflyttningar sker i liten utsträckning. Detta trots att dessa åtgärder skulle kunna vara till vissa placerade barns bästa.

Utredningen om tvångsvård för barn och unga (S 2012:07) har mot denna bakgrund fått i uppdrag att göra en översyn över hur långsiktighet och stabilitet i större utsträckning kan säkerställas för barn som är eller bedöms bli långvarigt placerade (dir. 2014:87). I uppdraget ingår att analysera orsakerna till att vårdnadsöverflyttningar och adoptioner används i relativt liten utsträckning samt överväga vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att socialnämnden ska uppmärksamma dessa möjligheter i högre grad. Utredaren ska pröva om förutsättningarna för när socialnämnden ska ansöka om överflyttning av vårdnaden behöver förtydligas. Utredaren ska även överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att stödja socialtjänsten i att uppmärksamma frågan om adoption av familjehemsplacerade barn, t.ex. om adoption bör uppmärksammas efter att placeringen pågått en viss tid. Uppdraget ska redovisas den 15 juni 2015.

*Internationella adoptioner*

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) har rapporterat till regeringen om behov av ökat fokus på stödet till föräldrar inför och efter en adoption. Socialstyrelsen har rapporterat om brister i kommunernas kontroll och ansvar för innehållet i föräldrautbildningarna inför internationell adoption och kompetensen hos utbildarna. Både Socialstyrelsen och MIA framhåller behovet av ökad samverkan mellan kommuner. Regeringen bedömer att det finns skäl att överväga insatser på området i syfte att öka kommunernas kompetens och förutsättningar för samverkan.

**Föräldrastöd**

Föräldrastödpolitiken är sektorsövergripande och kräver samordnade insatser på alla områden där föräldrastöd berörs. Arbetet behöver därför fokusera på att fortsätta stärka förutsättningar för samverkan mellan föräldrastödjande aktörer. Det är också viktigt att den kunskapsbas om föräldrastödjande arbete som byggts upp förvaltas, att utvecklingen på området fortsätter att följas och att arbetsformer för stödet vidareutvecklas. Utgångspunkten i regeringens föräldrastödspolitik är ett brett och samordnat stöd som omfattar universellt och riktat stöd till föräldrar i alla relevanta samhällssektorer.

Familjecentrum samlar förebyggande och stödjande insatser för barn och föräldrar såsom mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet. På familjecentrum finns goda förutsättningar för samordnade och lättillgängliga insatser och stöd till föräldrar och barn. Det förekommer flera olika benämningar för verksamheterna, såsom t.ex. familjecentral och familjens hus, samt en variation i fråga om vilka basverksamheter som ingår, där ett hundratal verksamheter i landet har fyra samlokaliserade basverksamheter och där ett sjuttioital har tre samlokaliserade basverksamheter.

Uppdraget till länsstyrelserna att stödja kommuner och landsting i det föräldrastödjande arbetet fortsätter.

Uppdraget till Folkhälsomyndigheten att genom Örebro universitet erbjuda utbildning i föräldrastödjande arbete fortgår, liksom Socialstyrelsens arbete med att utvärdera stödet till föräldrar inom hälso- och sjukvården.

### Ekonomiskt bistånd

Att personer är arbetslösa och saknar rätt till arbetslöshetsersättning är vanliga orsaker till behovet av ekonomiskt bistånd. Det är viktigt att den som tar emot ekonomiskt bistånd får stöd att komma in på arbetsmarknaden eller komma tillbaka till arbete, men det är även viktigt att relevanta krav ställs på individen att hitta en långsiktig egen försörjning. Socialtjänsten såväl som Arbetsförmedlingen har i detta sammanhang en viktig funktion att fylla för att motverka långtidsarbetslöshet och bidra till att personer med svag förankring på arbetsmarknaden får stöd att komma i arbete.

Det är angeläget att socialtjänstens arbete baseras på bästa tillgängliga kunskap om vilka arbetssätt och insatser som bidrar till långsiktiga lösningar på människors försörjningsproblem. Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla en modell för systematisk uppföljning av socialtjänstens arbete med att stödja personer med ekonomiskt bistånd till egen försörjning (dnr S2014/6131). Uppdraget avser att undersöka användbarheten av bedömningsinstrumentet FIA (förutsättningar inför arbete) i socialtjänstens ordinarie verksamheter.

Regeringen föreslår att fritidspenget ska avskaffas fr.o.m. den 1 januari 2015. Det är vik-

tigt att det stöd som ges bygger på den svenska modellen med en generell social välfärd och inte är ett riktat stöd som riskerar att vara utpekande. Enligt regeringens mening är den utformning som fritidspenget har inte förenlig med socialtjänstens intentioner om den enskildes ansvar, självbestämmande och integritet. I stället bör de medel som avsatts för fritidspenget användas för en förstärkning av det ekonomiska biståndet och därmed på ett bättre sätt ge barn i de mest ekonomiskt utsatta familjerna möjlighet till fritidsaktiviteter.

### *EU:s fond för europeiskt*

#### *bistånd till dem som har det sämst ställt*

Som ett led i att bidra till EU2020-målet om fattigdomsminskning ska fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt i Sverige användas till att stödja åtgärder för social delaktighet och att de personer som har det sämst ställt integreras i samhället. Ett program har överlämnats till Europeiska kommissionen och beslut väntas under slutet av 2014. Åtgärder ska bl.a. handla om samhällsorienterade insatser, insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

### Missbruks- och beroendevården

#### *Nationella riktlinjer bidrar*

#### *till en kunskapsbaserad verksamhet*

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som publicerades 2007 har bidragit till att användningen av kunskapsbaserade metoder ökat. För att stödja en evidensbaserad praktik har regionala stödstrukturer byggts upp i alla län. Dessa utgör en lokal resurs och dialogpartner i den statliga kunskapsstyrningen. Under 2015 kommer Socialstyrelsen att publicera en uppdatering av riktlinjerna. Dessa kommer utgöra en vägledning för den fortsatta utvecklingen av missbruks- och beroendevården.

#### *Tidig och tillgänglig vård*

Ett område där tidigare kartläggningar visat bristande tillgänglighet i vissa delar av landet, är läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO). Socialstyrelsen har därför i uppdrag att granska situationen i de landsting där tillgängligheten till sådan behandling brister och lämna förslag till hur den kan öka. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2015.

Under perioden 2014–2016 avser regeringen att fördela 35 miljoner kronor årligen för att stödja ett lokalt och regionalt utvecklingsarbete som innebär att landsting och kommuner tillsammans med polisen gemensamt utvecklar alternativa lösningar till förvaring i arrest av de personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB). Målet är att öka den medicinska säkerheten och förbättra omvårdnaden om de som omhändertas och få till stånd en varaktig praxisändring så att färre förs till arres-ten jämfört med i dag. På så sätt underlättas också efterföljande insatser i form av råd, stöd och behandling. För att nå framgång och varaktig förändring ska de lokala behoven vara styrande för vilka lösningar man väljer att utveckla. Eftersom målet är en tydlig och varaktig praxisändring avser regeringen att kontinuerligt följa utvecklingen.

#### *Ansvar och samverkan*

Regeringen bedömer att den regionala stödstrukturen utgör en viktig resurs för den fortsatta utvecklingen av missbruks- och beroendevården, där lokal uppföljning, former för stärkt brukarmedverkan, implementering av Socialstyrelsens reviderade riktlinjer och ökad medicinsk säkerhet och bättre omvårdnad av personer som omhändertas enligt LOB kommer att utgöra angelägna utvecklingsområden under 2015.

#### *Stärkt barn- och föräldraperspektiv i vården*

Under 2011–2014 har Kunskap till praktik utvidgats till att även omfatta stöd till utveckling av ett stärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården. Utvecklingsarbetet är en del av en satsning på att utveckla stödet till barn som växer upp i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är huvudaktörer. På lokal nivå har arbetet bl.a. inneburit att former för samverkan mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och sociala barn- och ungdomsvård har utvecklats. Ett barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården är angeläget.

### **Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden**

Regeringen kommer att fortsätta arbetet mot hemlöshet, inte minst vad gäller vräkningar av familjer med barn. Kronofogdemyndighetens statistik visar att antalet vräkningar där barn är berörda har minskat under de senaste åren. Det är dock angeläget att vräkningar av familjer med barn förebyggs och motverkas även i fortsättningen. Möjligheten att underlätta inträdet på bostadsmarknaden för resurssvaga grupper är också betydelsefullt.

### **Stöd till brottsoffer**

Det är viktigt att arbetet med att utveckla socialtjänstens arbete för att stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor och barn samt hbtq-personer fortsätter. Det är även betydelsefullt att utvecklingen av målinriktade, strukturerade och samordnade insatser på kommunal nivå fortsätter. I detta arbete har kvinno- och brottsofferjourerna en viktig roll. Även insatser riktade till våldsutövare är angeläget.

Årligen avsätts 109 miljoner kronor för att utveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld samt till våldsutövare. Stödet omfattar även en nationell och regional stödstruktur i syfte att bidra till ett mer långsiktigt metodutvecklingsarbete på området. Det är angeläget att arbetet fortsätter. Socialstyrelsens slututvärdering av satsningen överlämnas till regeringen våren 2015.

Den nationella samordnaren mot våld i nära relationer överlämnade sitt betänkande till regeringen i juni 2014. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

### **Prostitution och människohandel**

En viktig åtgärd för att bekämpa prostitution och människohandel är att öka kunskapen hos berörda myndigheter och utveckla samverkan mellan myndigheterna. Länsstyrelsen i Stockholms län har i uppdrag att utveckla den nationella samordningen och samverkan mot prostitution och människohandel. Samordningen och samverkan ska även fortsatt utvecklas för att säkerställa att utsatta flickor, pojkar,

kvinnor och män får det stöd och skydd de behöver och att deras rättigheter tas till vara.

### 7.8.3 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

Kvinnor, män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att verka i vardagen på lika villkor vad gäller delaktighet och tillgänglighet. För att det ska vara genomförbart krävs bl.a. att det finns tillgång till individuellt utformade stödinsatser. Regeringen anser att god kvalitet, kompetens, likabehandling och rättssäkerhet ska präglade stödverksamheterna.

#### Assistansersättning

Assistansreformen har på ett avgörande sätt förbättrat levnadsvillkoren för kvinnor, män, flickor och pojkar med omfattande funktionsnedsättningar. Reformen har generellt inneburit större inflytande och bättre livskvalitet. Regeringen anser därför att det är angeläget att värna denna reform. Assistansen ger möjlighet till delaktighet i samhällslivet och bidrar till att livsförhållandena blir mer jämlika för människor som har stort behov av stöd för att klara de grundläggande behoven.

Det har under senare år vidtagits ett antal åtgärder för att komma tillrätta med de problem som myndigheter och utredningar uppmärksammat inom ersättningssystemet. Regeringen avser att analysera de insatser som gjorts. Det är betydelsefullt att ersättningen prövas under rättssäkra och likvärdiga förhållanden och att det blir rätt från början. Det är även angeläget att det finns metoder för att på ett effektivt sätt åtgärda felaktigheter samt motverka brottslighet och att förmånen överutnyttjas.

#### *Pågående åtgärder*

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har sedan maj 2012 i uppdrag att ta fram underlag för att bedöma orsakerna till utfallet av Försäkringskassans beslut om assistansersättning, såväl vid nybeviljade beslut som vid tvåårsomprövningar av beslut. ISF ska även se till förändringar över tid och orsaker till förändringarna samt vilka kvinnor, män, flickor och pojkar som berörs av dessa och vilka stödinsatser de erbjuds i stället. Uppdraget har delredovisats och ska, som

riksdagen tillkännagett regeringen, slutredovisas i slutet av oktober 2014.

ISF har även i uppdrag att följa upp och analysera effekterna av nya regler som ska motverka felaktigheter, brottslighet och överutnyttjande inom personlig assistans och assistansersättning (prop. 2012/13:1, bet. 2012/13:SoU1, rskr. 2012/13:115). I uppdraget ingår även att följa upp de åtgärder som Försäkringskassan genomfört för att utveckla styrning och organisation i syfte att effektivisera handläggningen och kontrollen av ärenden inom assistansersättningen. ISF ska vidare bedöma om det finns behov av kompletterande åtgärder. Uppdraget ska delredovisas senast den 15 december 2015 och slutredovisas senast den 15 december 2017.

#### *Det fortsatta arbetet*

Socialstyrelsen har under 2014 redovisat regeringsuppdrag, dels hur barns möjligheter till självständighet, delaktighet och utveckling påverkas av att de får ekonomisk ersättning för personlig assistans, dels fördelar och risker med att personlig assistans utförs av den assistansberättigades gode man.

Försäkringskassan har redovisat åtgärder för att säkerställa en bättre kontroll och en mer rättssäker hantering av assistansersättningen, vilket även inkluderar förslag på lagändringar. Myndigheten har även redovisat åtgärder för att de medicinska underlagen ska bli bättre.

Assistansersättningsutredningen har i betänkandet Förändrad assistansersättning – en översyn av ersättningssystemet (SOU 2014:9) lämnat förslag till en ny ersättningsmodell för assistansersättningen och förslag bl.a. om ersättning vid ordinarie assistents sjukdom. Utredningens förslag har remissbehandlats.

En central del i det kommande arbetet blir att ta ställning till den fortsatta hanteringen av de slutsatser, åtgärder och förslag som lämnats och kommer att lämnas. Det inkluderar även frågan hur assistansersättning ska utgå vid sjukhusvistelse. Det finns problem och en bredare översyn av lagstiftningen kan behöva övervägas.

#### Bilstöd

Bilstödet är en betydelsefull förmån för att främja delaktigheten i samhället för kvinnor, män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning. Det är därför angeläget att stödet används

så att det på bästa sätt kommer den enskilde personen till del.

En arbetsgrupp har nyligen presenterat förslag till förändringar av reglerna för bilstödet. Förslagen avser främst anpassningsbidraget p.g.a. att kostnadsutvecklingen för detta bidrag har varit hög i förhållande till annan prisutveckling. Arbetsgruppen anser bl.a. att regelverket brister när det gäller incitament att beakta kostnaderna för anpassning. För den enskilde människan är det t.ex. i dag ekonomiskt lönsamt att köpa en bil till låg kostnad för att sedan få bilen anpassad.

Regeringen avser att under 2015 lämna en proposition till riksdagen om förändrade regler i bilstödet.

#### *Pågående uppdrag*

Trafikverket och Transportstyrelsen har i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur en eventuell flytt av bilstödsfrågor från Trafikverket till Transportstyrelsen skulle kunna genomföras. Uppdraget ska redovisas senast den 19 december 2014.

#### **Personliga ombud**

Regeringen anser att personliga ombud är en välriktad och väl fungerande verksamhet som utgör ett viktigt stöd till kvinnor och män med psykiska funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen har i olika utvärderingar konstaterat att verksamheten med personliga ombud stärker den enskildes självbestämmande, främjar möjligheten till jämlika levnadsvillkor och ökar delaktigheten i samhället.

Antalet kommuner med personligt ombud och det totala antalet ombud har legat på ungefär samma nivå de senaste åren.

#### **Stöd och service enligt LSS**

Stöd- och serviceinsatser enligt LSS är för många kvinnor, män, flickor och pojkar med omfattande funktionsnedsättningar nödvändiga för att kunna uppnå goda levnadsvillkor. I syfte att stärka kvaliteten, rättssäkerheten och likvärdigheten i verksamheter genomförs ett antal riktade satsningar inom området.

#### *Kartläggning av LSS-insatser*

Socialstyrelsen har i uppdrag att kartlägga insatserna ledsagarservice, avlösarservice, korttids-

vistelse samt bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt LSS. Om Socialstyrelsen bedömer att lagstiftningen i något avseende behöver ses över eller preciseras får myndigheten lämna sådana förslag. Syftet är att få kunskap om det behövs ytterligare åtgärder för att stärka likvärdighet och rättssäkerhet i kommunernas beslut för de insatser som kartläggningen omfattar. Uppdraget ska redovisas senast den 15 februari 2015.

#### *Kompetenssatsning för handläggare*

Regeringen anser att det är angeläget att på olika sätt stödja och stimulera huvudmännens långsiktiga arbete med att på olika sätt stärka kompetensen.

Socialstyrelsen har i uppdrag att upphandla en utbildning för handläggare som prövar ärenden enligt LSS. Utbildningen ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Utbildningen ska omfatta 7,5 högskolepoäng med tonvikt på den allmänna inriktningen i LSS samt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen ska lämna en lägesrapport den 1 november varje år.

#### *Stödverktyg*

Kvalitetsregistret Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) används för att förbättra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Användningen av BPSD-registret har visat sig vara framgångsrikt då det minskar behovet av tvingande åtgärder, ökar kvinnor och mäns välbefinnande och utvecklar personalens arbetssätt.

Regeringen anser att det finns anledning att utveckla ett motsvarande kvalitetsregister som kan användas inom verksamheter där det bor och vistas kvinnor, män, flickor och pojkar med kognitiv funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har redan i uppdrag att utveckla och sammanställa ett kunskapsunderlag inom verksamhetsområdet stöd till personer med funktionsnedsättning. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2015.

#### *Samordning av insatser*

Regeringen avser att få till stånd ett utvecklingsarbete för förstärkt samordning av stöd till flickor och pojkar med funktionsnedsättning och deras anhöriga. Många familjer bär själva en samordnande roll i administrationen av kontak-

ter med myndigheter och upplever ett stort behov av stöd vad gäller samordningen.

Sveriges Kommuner och Landsting har beviljats medel för att utreda förutsättningarna för ett utvecklingsarbete inom detta verksamhetsområde. Arbetet ska redovisas den 31 december 2014.

### Hjälpmedel

Regeringen verkar för ökat inflytande i valet av hjälpmedel. Regeringens inriktning på det fortsatta arbetet, som avser både personer med funktionsnedsättningar och äldre, redovisas under området Funktionshindervisning (avsnitt 6).

#### *Service- och signalhundar*

Sedan 2009 pågår en försöksverksamhet med assistanshundar. Syftet med försöksverksamheten är att öka antalet service- och signalhundar i aktiv tjänst med 60–70 hundar och att utifrån detta underlag göra en utvärdering av hur en ökad användning av service- och signalhundar påverkar brukarnas behov av offentliga stödinsatser. Försöksverksamheten kommer att redovisas i december 2014.

### Jämställdhet

Andelen kvinnor, män, flickor och pojkar som får del av samhällets stödinsatser skiljer sig påtagligt åt. Regeringen anser att det behövs ett starkt jämställdhetsperspektiv vid bedömningen av stödinsatser. Regeringen avser att ge Myndigheten för delaktighet i uppdrag att genomföra en fördjupad analys utifrån ett jämställdhetsperspektiv (avsnitt 6.5).

## 7.9 Förslag till avskaffande av fritidspeng

### Ärendet och dess beredning

I en promemoria (dnr S2014/7189/FST) som tagits fram inom Socialdepartementet föreslås ett avskaffande av den s.k. fritidspengen i socialtjänstlagen (2001:453) som infördes den 1 juli 2014. Promemorian har remissbehandlats.

Det lagförslag som remitterats och remissinstanserna framgår av bilaga 2. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2014/7189/FST).

Något yttrande från Lagrådet har inte inhämtats då lagförslaget författningstekniskt och även i övrigt är av sådan beskaffenhet att Lagrådets granskning skulle sakna betydelse.

### Nuvarande reglering

I 4 a kap. socialtjänstlagen finns det sedan den 1 juli 2014 bestämmelser om ersättning för barns kostnader för fritidsaktiviteter. Bestämmelserna innebär i huvudsak att hushåll med barn i årskurs 4–9 har rätt till ersättning för fritidsaktiviteter (fritidspeng) om hushållet vid ansökan har försörjningsstöd och har haft försörjningsstöd under minst sex månader den senaste tolv månadersperioden. Barnets fritidsaktiviteter ska vara regelbundna och ledarledda samt främja ett aktivt deltagande i samhällets gemenskap. I 2 kap. socialtjänstförordningen (2001:937) anges bl.a. att fritidspengen uppgår till högst 3 000 kronor per barn och tolv månadersperiod.

### Förslag om ändring i socialtjänstlagen

---

**Regeringens förslag:** Bestämmelserna om fritidspeng i 4 a kap. socialtjänstlagen (2001:453) ska upphöra att gälla.

---

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

**Remissinstanserna:** Av de åtta remissinstanser som yttrat sig avstyrker Socialstyrelsen, Barnombudsmannen, Sveriges Kommuner och Landsting och Rädda Barnen förslaget. Kammarrätten i Göteborg och Förvaltningsrätten i Karlstad har inget att erinra mot förslaget. Socialstyrelsen, Barnombudsmannen och Rädda barnen är kritiska till att regleringen upphävs så snart efter införandet och utan att reformen har hunnit utvärderas. Om ändringen beslutas vill Socialstyrelsen framhålla vikten av att regeringen på andra sätt verkar för ökade möjligheter för barn i ekonomiskt utsatta familjer att delta i fritidsaktiviteter, bl.a. genom en generell förstärkning av det ekonomiska

biståndet. Om fritidspengen avskaffas poängterar Barnombudsmannen att det är angeläget att regeringen tar initiativ till andra åtgärder som innebär att barn i ekonomiskt utsatta familjer får möjlighet att ta del av fritidsaktiviteter. Rädda Barnen tycker att det är mycket positivt med breda och generella insatser på området men menar att det finns en risk att dessa inte kommer barn i mer utsatta situationer till del och att förändringen riskerar att drabba de mest utsatta barnens möjligheter till en aktiv fritid. Rädda Barnen välkomnar en utveckling av försörjningsstödet men ser inte hur en förändring skulle ha avgörande betydelse för det område som nu regleras genom fritidspengen. Sveriges Kommuner och Landsting anser att stödet (dvs. fritidspengen) är rätt utformat för att nå målet att ge barnen i dessa familjer samma förutsättningar att utöva fritidsaktiviteter som andra barn. Akademikerförbundet SSR återupprepar den kritik av fritidspengen som man framförde när den skulle införas och förespråkar en höjning av barn delen i riksnormen i stället. Riksidrottsförbundet avstår från att lämna synpunkter på förslaget men betonar betydelsen av att alla barn och ungdomar ges möjlighet att delta i idrottsföreningarnas barn- och ungdomsverksamhet.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen föreslår att bestämmelserna om fritidspengen ska upphöra att gälla. Det är viktigt att det stöd som ges bygger på den svenska modellen med generell social välfärd och inte är ett riktat stöd som riskerar att vara utpekande. Regeringen anser att den utformning som fritidspengen har inte är förenlig med socialtjänstens intentioner om den enskildes ansvar, självbestämmande och integritet. Riksnormen i försörjningsstödet är däremot utformad så att den enskilde själv ges möjlighet att bestämma hur stödet ska disponeras. Stödet bör därför utformas så att barnet själv kan välja hur han eller hon ska spendera sin fritid. Barnet ska inte begränsas av snäva kriterier som t.ex. att fritidsaktiviteten ska vara regelbunden och ledarledd.

Regeringen avser därför att använda de medel som avsatts för fritidspengen till att höja barn delen i riksnormen för barn i åldrarna 7–18 år. Därmed ges flickor och pojkar i de mest ekonomiskt utsatta familjerna bättre möjligheter att välja sina fritidsaktiviteter.

*Barnombudsmannen* ifrågasätter hur barn som påbörjat fritidsaktiviteter ska kunna få fortsätta

deltagandet. Det är enligt regeringens mening viktigt att barnperspektivet tillämpas vid utredningar om ekonomiskt bistånd. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2013:1) ges exempel på hur detta kan ske, t.ex. genom att socialnämnden beräknar kostnaderna enligt riksnormen till en högre nivå om det är en förutsättning för att barn ska kunna delta i fritidsaktiviteter. Utöver rätten till försörjningsstöd finns även en rätt till bistånd till livsföring i övrigt vilket innebär att socialnämnden kan ge bistånd till skäliga kostnader för rekreation, om det finns särskilda skäl. Om det finns barn i hushållet, bör socialnämnden göra en särskild bedömning av barnets behov. Socialnämnden får även ge bistånd utöver det som följer av 4 kap. 1 § om det finns skäl för det (4 kap. 2 §). Enligt 9 kap. 2 § har socialnämnden rätt att återkräva ekonomisk hjälp som lämnats i annat fall än som avses i 4 kap. 1 §. Härmed föreligger en möjlighet för den enskilde att ansöka om bistånd för att kunna betala en aktivitet i förskott.

Det är också angeläget med satsningar på andra områden i samhället som underlättar för flickor och pojkar att bedriva en aktiv fritid, särskilt för de mest utsatta barnen i samhället. Tillgången till kultur är inte jämnt fördelad i samhället i dag. Regeringens ambition är därför att barn och ungdomar ska få bättre möjligheter att delta i idrott, friluftsverksamhet och kulturskola. Regeringen föreslår att en nationell biblioteksstrategi tas fram för att främja samverkan och kvalitetsutveckling inom hela biblioteksväsendet. För att tillgängliggöra kunskap och kulturupplevelser för alla avser regeringen införa fri entré till statliga museer. Anslaget till vissa statliga museer höjs därför med 80 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015. Vidare avser regeringen att under 2015–2018, som ett led i en satsning på kulturverksamhet i miljonprogramsområdena, tillföra totalt 230 miljoner kronor till kulturverksamhet och konstnärlig gestaltning av boendemiljön. Regeringen kommer att avsätta 400 miljoner kronor för åren 2015–2018 för att stärka den kommunala musik- och kulturskolan. Bidraget ska bl.a. möjliggöra sänkta taxor i kultur- och musikskolan. Syftet är att ge barn och unga likvärdig tillgång till kultur och kulturutövande. Se vidare utg.omr. 17, avsnitt 1.8.3.

## **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

Det är angeläget att lagändringarna träder i kraft så snart som möjligt. Förslaget är därför att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2015. Äldre föreskrifter bör dock fortfarande gälla för sådana ansökningar om fritidspeng som har prövats före ikraftträdandet. Detsamma bör gälla mål och ärenden om sådan ersättning till dess att målet eller ärendet har vunnit laga kraft. En övergångsbestämmelse bör därför införas med denna innebörd. Detta innebär att obehörigen eller felaktigt utbetald fritidspeng kommer att få återkrävas även efter lagens ikraftträdande och att bestämmelserna om fritidspeng även fortsättningsvis kommer att kunna tillämpas i mål och ärenden om fritidspeng som har prövats före lagens ikraftträdande. *Socialstyrelsen* liksom *Förvaltningsrätten i Karlstad* har anført att det bör förtydligas vad som ska gälla för ansökningar som inkommit till socialnämnden men inte prövats vid tiden för ikraftträdandet och huruvida dessa utgör ärenden om ersättning för vilka äldre föreskrifter ska gälla. Enligt regeringens mening är det rimligt att sådana ansökningar handläggs som ansökningar om bistånd. För att tydliggöra detta bör en övergångsbestämmelse införas med denna innebörd. För den som har beviljats försörjningsstöd enligt 4 kap. 1 § kan det i en sådan situation vara aktuellt för socialnämnden att särskilt pröva frågan om det finns särskilda skäl för att beräkna kostnaderna till en högre nivå (4 kap. 3 § andra stycket) eller om det finns skäl för att ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § (4 kap. 2 §).

## **Följdändringar**

Upphävandet av bestämmelserna i socialtjänstlagen om fritidspeng kommer att medföra följdändringar i socialtjänstförordningen.

## **Konsekvenser**

### *Ekonomiska konsekvenser*

I och med avskaffandet av fritidspengen kommer det bidrag som betalas ut till kommunerna för detta ändamål att upphöra. Samtidigt upphör kommunernas kostnader för fritidspengen, varför förslaget sammantaget inte får några ekonomiska konsekvenser för kommunerna. De medel

som avsatts för fritidspengen används i stället för en förstärkning av det ekonomiska biståndet och ger därmed på ett bättre sätt flickor och pojkar i de mest ekonomiskt utsatta familjerna möjlighet att själva välja fritidsaktiviteter.

### *Konsekvenser för det kommunala självstyret*

Förslaget innebär att ett åliggande för kommunerna tas bort vilket främjar det kommunala självstyret.

### *Konsekvenser för barnet*

Fritidspengen är riktad till barn i familjer med långvarigt försörjningsstöd för att delta i ledarledda och organiserade fritidsaktiviteter. Ett avskaffande av fritidspengen kan därför innebära minskade möjligheter för vissa barn i familjer med långvarigt försörjningsstöd. Regeringen avser emellertid i stället att göra en förstärkning av barndelen i riksnormen för barn i åldrarna 7–18 år, vilket innebär att även barn i familjer med tillfälligt behov av försörjningsstöd får en ekonomisk förstärkning. Detta ger tillsammans med regeringens andra insatser för att förbättra möjligheten att bedriva en aktiv fritid, på ett bättre sätt barn i de mest ekonomiskt utsatta familjerna möjlighet att själva prioritera hur han eller hon vill bedriva sin fritid. Parallellt med de här föreslagna lagändringarna bedriver regeringen således ett arbete med förordningsändringar avseende riksnormen i försörjningsstödet som innebär en förstärkning av det ekonomiska biståndet. Förordningsändringarna bör träda i kraft samtidigt med de föreslagna lagändringarna.

## **Författningskommentar**

### *Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen*

#### **9 kap. 1 §**

Paragrafen har ändrats till följd av upphävandet av 4 a kap., dvs. på grund av avskaffandet av bestämmelserna om ersättning för barns kostnader för fritidsaktiviteter.

#### **16 kap. 3 §**

Paragrafen har ändrats till följd av upphävandet av 4 a kap., dvs. på grund av avskaffandet av bestämmelserna om ersättning för barns kostnader för fritidsaktiviteter.



## Övergångsbestämmelsen

Bestämmelserna om ersättning för kostnader för barns fritidsaktiviteter (fritidspeng) ska upphöra att gälla vid utgången av december 2014. Äldre föreskrifter ska dock fortfarande gälla för en ansökan om fritidspeng som har prövats före ikraftträdandet. Detsamma gäller mål och ärenden om sådan ersättning till dess att målet eller ärendet har vunnit laga kraft. Övergångsbestämmelsen innebär att obehörigen eller felaktigt utbetald fritidspeng får återkrävas även efter lagens ikraftträdande och att bestämmelserna om fritidspeng även fortsättningsvis ska tillämpas i mål och ärenden som avser sådana ansökningar om ersättning som har prövats före lagens ikraftträdande. En ansökan om fritidspeng som har kommit in före ikraftträdandet men som inte har prövats före den tidpunkten ska handläggas som en ansökan om bistånd. För den som har beviljats försörjningsstöd enligt 4 kap. 1 § kan det då vara aktuellt för socialnämnden att särskilt pröva frågan om det finns särskilda skäl för att beräkna kostnaderna till en högre nivå (4 kap. 3 § andra stycket) eller om det finns skäl för att ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § (4 kap. 2 §).

## 7.10 Budgetförslag

### 7.10.1 4:1 Personligt ombud

**Tabell 7.10 Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013	94 209	10 251	
2014	104 460 <sup>1</sup>		95 580
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>104 460</b>	
2016	Beräknat	104 460	
2017	Beräknat	104 460	
2018	Beräknat	104 460	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning. Anslaget får även användas för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen.

## Regeringens överväganden

Verksamhet med personligt ombud för kommunerna är en frivillig verksamhet vilket medför att antalet ombud kan variera något år från år. Socialstyrelsen redovisar emellertid en stabil utveckling och myndigheten beräknar att anslaget täcker nuvarande verksamhet.

**Tabell 7.11 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:1 Personligt ombud**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 104 460 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Personligt ombud* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 104 460 000 kronor per år.

### 7.10.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

**Tabell 7.12 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2013	338 024	15 952	
2014	318 929 <sup>1</sup>		308 685
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>322 554</b>	
2016	Beräknat	314 054	
2017	Beräknat	309 054	
2018	Beräknat	300 054	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- statsbidrag till tolktjänst,
- bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation,
- bidrag till nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor,
- verksamhet samt avveckling av verksamhet vid Hjälpmedelsinstitutet,
- verksamhet med service- och signalhundar,
- insatser för attitydförändring på arbetsmarknaden,
- insatser för familjer med barn med omfattande funktionsnedsättning,
- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom funktionshindersonrådet,
- statistikutveckling inom funktionshindersonrådet,
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder samt
- statsbidrag för viss verksamhet på funktionshindersonrådet.

### Regeringens överväganden

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om en fyraårig satsning på stärkt likvärdighet och säkerhet för insatser inom LSS. För 2015 innebär det en ytterligare ökning av detta anslag med 12,5 miljoner kronor.

Den 1 maj 2014 inordnades de delar av den idéella föreningen Hjälpmedelsinstitutets (HI) uppgifter som anses vara ett statligt åtagande i Myndigheten för delaktighet. I samband med detta avvecklas HI:s verksamhet. Förändringen bedöms ge bättre förutsättningar för ett mer effektivt och kunskapsbaserat arbete inom funktionshindersonrådet utifrån ett uttalat medborgarperspektiv. Organisationsförändringen kommer även innebära administrativa effektiviseringar. Vissa avvecklingskostnader kan komma att belasta detta anslag även under 2015.

Regeringen föreslår därför att detta anslag minskas med 27,875 miljoner kronor och att anslaget 3:1 Myndigheten för delaktighet ökas med 13,5 miljoner kronor.

I budgeten för 2013 stärktes detta anslag tillfälligt under 2013 och 2014 med 1 miljon kronor för finansiera uppbyggnaden av ett system för öppna jämförelser av daglig verksamhet i LSS och meningsfull sysselsättning inom SoL. I och med att den insatsen nu är slutförd minskas detta anslag med 1 miljon kronor.

Regeringen föreslår i höständeringsbudget för 2014 att anslaget 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning ökas med 20 miljoner kronor. Finansieringen hämtas ur detta anslag vilket gör att anslagsnivån för 2014 minskas med 20 miljoner kronor. Minskningen bedöms inte påverka den verksamhet som finansieras ur anslaget för 2014.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2015 att detta anslag minskas med 16,375 miljoner kronor jämfört med 2014.

**Tabell 7.13 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersonrådet**

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>338 929</b>	<b>338 929</b>	<b>338 929</b>	<b>338 929</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-16 375	-24 875	-29 875	-38 875
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>322 554</b>	<b>314 054</b>	<b>309 054</b>	<b>300 054</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 322 554 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersonrådet* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 314 054 000 kronor, 309 054 000 kronor respektive 300 054 000 kronor.

### 7.10.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

**Tabell 7.14 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2013		367 589		-12 619
2014	Anslag	366 995 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	351 726
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>266 995</b>		
2016	Beräknat	266 995		
2017	Beräknat	266 995		
2018	Beräknat	266 995		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för att finansiera utgifter för bilstöd till personer med funktionsnedsättning enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

#### Regeringens överväganden

Kostnaden för att anpassa bilar för personer med funktionsnedsättning har under flera år ökat betydligt mer än kostnadsutvecklingen i övrigt. Regeringen avser att under 2015 lämna förslag till riksdagen om hur denna utveckling kan brytas.

Riksdagen beslutade i budgeten för 2014 att tillfälligt tillföra anslaget 80 miljoner kronor. I höständringsbudget för 2014 föreslår regeringen att anslaget behöver förstärkas med ytterligare 20 miljoner kronor. Det innebär att anslaget för 2014 sammantaget tillfälligt förstärkts med 100 miljoner kronor.

Sammantaget innebär detta att anslaget minskas med 100 miljoner kronor för 2015 jämfört med 2014.

**Tabell 7.15 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014 <sup>1</sup></b>	<b>346 995</b>	<b>346 995</b>	<b>346 995</b>	<b>346 995</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-80000	-80000	-80000	-80000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volymer				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>266 995</b>	<b>266 995</b>	<b>266 995</b>	<b>266 995</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 266 995 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 266 995 000 kronor för respektive år.

### 7.10.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

**Tabell 7.16 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2013		22 455 447		-582 455
2014	Anslag	23 235 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	23 389 000
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>24 421 000</b>		
2016	Beräknat	25 709 000		
2017	Beräknat	27 122 000		
2018	Beräknat	28 644 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statlig assistansersättning till personer med funktionsnedsättningar enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

## Kompletterande information

I förordningen (1993:1091) om assistansersättning finns ytterligare bestämmelser om assistansersättningen.

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning mätt i assistanstimmar per vecka och beviljad ersättning per timme är de faktorer som styr utgifternas storlek. Timbeloppet för 2015 är 284 kronor. För 2014 var det 280 kronor.

## Regeringens överväganden

Det har under de senaste åren genomförts en rad åtgärder för att komma till rätta med de problem som finns inom området statlig assistansersättning. Det gäller bl.a. Försäkringskassans hantering av ersättningen, oegentligheter, överutnyttjande och ersättnings konstruktion. Syftet med åtgärderna är att säkerställa assistansersättningens långsiktiga hållbarhet.

Assistansersättningsutredningen, som haft i uppdrag att se över modellen för ersättning, har i betänkandet Förändrad assistansersättning – en översyn av ersättningsystemet (SOU 2014:9) bl.a. föreslagit att nuvarande timschablon görs om till en grundschablon med i stort samma innehåll som i dag. En skillnad är att schablonen även ska täcka kostnader vid ordinarie assistents sjukfrånvaro. Till detta föreslås en ny tilläggschablon som ska beviljas personer som har särskilt stora behov av assistans nätter och helger. Utredningens förslag har remissbehandlats och bereds inom Regeringskansliet.

För 2015 har regeringen beslutat att fastställa schablonbeloppet för assistansersättningen till 284 kronor per timme. Det innebär att schablonbeloppet räknas upp med 4 kronor jämfört med 2014. Det motsvarar pris- och löneomräkningen (PLO) och överensstämmer med vad som aviserades i Budgetpropositionen för 2014. Timbeloppet räknas därmed inte upp med lika mycket

som tidigare år. Det leder till att prognosen för kommande år blir lägre än om regeringen utgått från den ordning som gällt tidigare. Bakgrunden till den lägre uppräkningsen är att det inför beslutet av 2014 års timschablon framkom att den del av schablonen som avser administration, kompetensutveckling och assistansomkostnader m.m. (de s.k. övriga kostnaderna) var för högt beräknad i förhållande till Försäkringskassans allmänna råd.

**Tabell 7.17 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>23 235 000</b>	<b>23 235 000</b>	<b>23 235 000</b>	<b>23 235 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-350 000	-448 000	-460 000	-468 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	603 000	1 580 000	2 540 000	3 601 000
Volym	933 000	1 342 000	1 807 000	2 276 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>24 421 000</b>	<b>25 709 000</b>	<b>27 122 000</b>	<b>28 644 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 24 421 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 25 709 000 000 kronor, 27 122 000 000 kronor respektive 28 644 000 000 kronor.

### 7.10.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

**Tabell 7.18 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

2013	Utfall	1 250 677	Anslags-sparande	521 953
2014	Anslag	1 744 780 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 568 646
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 413 180</b>		
2016	Beräknat	2 370 530		
2017	Beräknat	2 156 530		
2018	Beräknat	2 156 530		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att

- genom riktade insatser ge bättre förutsättningar för en ökad bemanning och kvalitet i omsorgen,
- öka kunskap och kompetens inom äldreområdet,
- främja kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom äldreområdet,
- öka antalet platser i särskilt boende samt att stimulera fram nya boendeformer för ett tryggt boende för äldre,

- stödja och utveckla anhöriga och närståendes insatser,
- fördela statsbidrag till pensionärsorganisationer,
- fördela statsbidrag till organisationer som vårdar och hjälper närstående.

#### Bemyndigande och ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2015 för ramanslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 500 000 000 kronor 2016–2018.

**Skälen till regeringens förslag:** Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldre som ska utlysas av ett eller flera forskningsråd, till exempel av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) och Vetenskapsrådet (VR), samt om investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende och trygghetsboende för äldre som ska administreras av Boverket.

**Tabell 7.19 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

	Utfall 2013	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
Ingående åtaganden	569 893	525 702	670 000	–	–	–
Nya åtaganden	257 304	409 298	129 000	–	–	–
Infriade åtaganden	- 301 495	- 265 000	- 299 000	- 317 000	- 122 249	- 60 751
Utestående åtaganden	525 702	670 000	500 000	–	–	–
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>670 000</b>	<b>670 000</b>	<b>500 000</b>	–	–	–

## Regeringens överväganden

I budgeten för 2011 förstärktes anslaget under åren 2011 till 2014 tillfälligt med 200 miljoner kronor för satsningar på lokala värdighetsgarantier och en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Det innebär att anslaget för 2015 minskas med 200 miljoner kronor jämfört med 2014.

I budgetpropositionen för 2014 beslutade riksdagen om ett införande av en fritidspeng för barn i familjer med försörjningsstöd. En konsekvens av detta beslut är att detta anslag minskas med 20 miljoner kronor jämfört med 2014. Anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med motsvarande belopp.

Socialstyrelsen har under åren 2012 till 2014 genomfört en uppföljning av de ändrade bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) om personer som vårdar eller stödjer närstående. Socialstyrelsen har för detta uppdrag tilldelats 2,2 miljoner kronor per år ur detta anslag. I och med att uppdraget slutförs så ska dessa medel återföras till de 300 miljoner kronor som riksdagen beslutade om i kommunalekonomisk utjämning till följd av lagändringen. Detta anslag föreslås därför minskas med 2,2 miljoner kronor och anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning inom utgiftsområde 25* ökas med motsvarande belopp.

Myndigheten för vårdanalys föreslås få ett vidgat uppdrag till att omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (se avsnitt 4.6 Förslag om en mer samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur). Finansieringen för det vidgade uppdraget hämtas från detta anslag som för 2015 minskas med 2,4 miljoner kronor. Anslaget 1:1 Myndigheten för vårdanalys ökas med 2 miljoner kronor. För 2016 och framåt uppgår finansieringen till ytterligare 2,4 miljoner kronor per år så att den permanenta finansieringen från och med 2016 uppgår till 4,8 miljoner kronor per år.

För åren 2013–2015 finansieras delar av verksamheten vid Ersättningsnämnden från detta anslag. För 2015 minskas finansierings-nivån något jämfört med 2014 och därför ökas detta anslag med 5 miljoner kronor. Anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* minskas med motsvarande belopp.

I budgeten för 2013 beslutade riksdagen att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* skulle förstärkas med 105 miljoner för socialtjänstövergripande kunskaps- och infrastruktursatsningar. Finansieringen av insatsen hämtades ur detta anslag. Regeringen aviserade att man inför 2015 års budgetproposition ska se över nivån på den fortsatta satsningen efter 2014. Regeringen föreslår att den fortsatta satsningen halveras till att omfatta 52,5 miljoner kronor från och med 2015. Det innebär att detta anslag ökas med 52,5 miljoner kronor och att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med motsvarande belopp.

Arbetet med att minska alkohol- och tobakskonsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bedrivs i enlighet med den strategi som riksdagen fattade beslut om den 30 mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203). Strategi-perioden löper till och med 2015 men finansiering av insatserna i strategin sträcker sig endast till 2014. För att finansiera insatserna för 2015 föreslår regeringen att 185 miljoner kronor tillfälligt tillförs anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel* och detta anslag minskas med motsvarande belopp. Förslaget aviserades i budgetpropositionen för 2014.

Regeringen föreslår i denna proposition en riktad satsning på äldreområdet för att förbättra förutsättningarna för en ökad bemanning och kvalitet i äldreomsorgen. Anslaget för 2015 ökas därför med 2 000 miljoner kronor. Med anledning av att tidsbegränsade satsningar inom äldreomsorgen löper ut minskas anslaget med 956 miljoner kronor 2015.

Sammantaget innebär regeringens förslag att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ökas med 668,4 miljoner kronor för 2015 jämfört med 2014.

**Tabell 7.20 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>1 744 780</b>	<b>1 744 780</b>	<b>1 744 780</b>	<b>1 744 780</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	853 400	625 750	411 750	411 750
Överföring till/från andra anslag	-185 000			
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 413 180</b>	<b>2 370 530</b>	<b>2 156 530</b>	<b>2 156 530</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 413 180 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 2 370 530 000 kronor, 2 156 530 000 kronor respektive 2 156 530 000 kronor.

### 7.10.6 4:6 Statens institutionsstyrelse

**Tabell 7.21 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

År	Utfall	849 066	Anslags-sparande	29 996
2013	Utfall	849 066	Anslags-sparande	29 996
2014	Anslag	878 119 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	831 716
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>881 816</b>		
2016	Beräknat	905 942 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	927 358 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	953 629 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 879 912 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 879 912 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 879 912 tkr i 2015 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Statens institutionsstyrelsens förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för utgifter för Statens institutionsstyrelse (SiS) uppgift att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom myndighetens verksamhetsområde.

### Kompletterande information

SiS är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i ungdomsvård, sluten ungdomsvård och missbrukarvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring två tredjedelar med avgifter, medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag.

### Bemyndiganden och ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att besluta om disposition och ekonomiskt mål för avgifter som tas ut med stöd av lagen av 6 kap. 3§ tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

**Skälen för regeringens förslag:** En stor del av SiS verksamhet finansieras med avgifter på insatser där efterfrågan kan variera. Regeringen har låtit Statskontoret och Ekonomistyrningsverket utreda SiS finansieringsmodell (dnr S2009/9138/FST, S2010/9059/FST). Regeringen avser att från och med 2015 utveckla finansieringsmodellen för SiS i syfte att stärka myndighetens förutsättningar att långsiktigt och effektivt styra verksamheten.

**Tabell 7.22 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet <sup>1</sup>	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2013	0	1 417 641	2 260 337	-842 696
Prognos 2014	0	1 558 000	2 341 000	-783 000
Budget 2015	0	1 447 369	1 447 369	0

<sup>1</sup> Från och med 2015 redovisas enbart de kostnader som finansieras med avgifter.

### Regeringens överväganden

Europaparlamentet och Europeiska unionens råd har i förordning beslutat om att samtliga europeiska medlemsländer ska införa en fond,

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 223/2014 av den 11 mars 2014 om fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt. Fonden kommer finnas tillgänglig under åren 2015–2020. Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige (Svenska ESF-rådet) ska administrera fonden och Ekonomistyrningsverket kommer få i uppdrag att utföra revision av fonden. Finansieringen av förvaltning och revision av fonden hämtas från detta anslag. Anslaget minskas därför med 1,8 miljoner kronor. Anslaget 1:5 Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige inom utgiftsområde 14 ökas med 1,5 miljoner kronor och anslaget 1:8 Ekonomistyrningsverket inom utgiftsområde 2 ökas med 0,3 miljoner kronor.

**Tabell 7.23 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, 4:6 Statens institutionsstyrelse**

*Tusental kronor*

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>878 119</b>	<b>878 119</b>	<b>878 119</b>	<b>878 119</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	6 624	32 797	54 265	80 593
Beslut <sup>3</sup>	-2 927	-4 974	-5 026	-5 083
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>881 816</b>	<b>905 942</b>	<b>927 358</b>	<b>953 629</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget föreslås för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar. Anslaget minskas även med 344 000 kronor från och med 2015. Under åren 2015–2018 används medlen för finansiering av gemensam e-förvaltning.

Regeringen föreslår att 881 816 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 905 942 000 kronor, 927 358 000 kronor respektive 953 629 000 kronor.

## 7.10.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

**Tabell 7.24 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

*Tusental kronor*

2013	Utfall	378 016	Anslags-sparande	62 615
2014	Anslag	519 715 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	463 156
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>376 215</b>		
2016	Beräknat	377 215		
2017	Beräknat	342 215		
2018	Beräknat	342 215		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att stimulera utvecklingen av socialt arbete genom

- evidensbaserad praktik i socialtjänsten,
- medel för insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor,
- påskynda utvecklingen av öppna jämförelser och brukarinflytande,
- satsning för att motverka hemlöshet,
- att stärka förutsättningarna för och uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården samt andra särskilda tillfälliga åtgärder i samma syfte,
- insatser för att förstärka missbrukarvården,
- kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom området,
- bidrag för att utveckla samverkan med idéburna organisationer,
- bidrag till statistiska undersökningar samt
- att fördela statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området.
- programmet för fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt 2014–2020 samt för statlig medfinansiering av programmet.

### Regeringens överväganden

I budgeten för 2013 beslutade riksdagen att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* skulle förstärkas med 105 miljoner för



socialtjänstövergripande kunskaps- och infrastruktursatsningar. Regeringen aviserade samtidigt att man inför 2015 års budgetproposition ska se över nivån på den fortsatta satsningen efter 2014. Regeringen föreslår att den fortsatta satsningen halveras till att omfatta 52,5 miljoner kronor från och med 2015. Det innebär att detta anslag minskas med 52,5 miljoner kronor och att anslaget 4:5 *stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ökas med motsvarande belopp.

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om ett införande av en fritidspeng för familjer med barn med försörjningsstöd. För 2014 ökades anslaget med 41 miljoner kronor och för 2015 tillförs anslaget, till följd av samma beslut, ytterligare 40 miljoner kronor. Förstärkningen för 2015 finansieras delvis från anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* som därmed minskas med 20 miljoner kronor. Regeringen föreslår dock i denna proposition att fritidspengen från och med 2015 avskaffas och att resurserna som avsatts för detta ändamål i stället förs till det generella statsbidraget till kommunerna. Detta anslag föreslås därför minska med 81 miljoner kronor och anslaget 1:1 *Kommunal-ekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 ökas med motsvarande belopp.

Regeringen bedömer att det, utifrån planerade insatser som finansieras via anslaget, även finns ett utrymme att minska anslaget med 50 miljoner kronor för 2015.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2015 att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med 143,5 miljoner kronor jämfört med 2014.

**Tabell 7.25 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>519 715</b>	<b>519 715</b>	<b>519 715</b>	<b>519 715</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-172 500	-171 500	-206 500	-206 500
Överföring till/från andra anslag	29 000	29 000	29 000	29 000
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>376 215</b>	<b>377 215</b>	<b>342 215</b>	<b>342 215</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 376 215 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 377 215 000 kronor, 342 215 000 kronor respektive 342 215 000 kronor.

### 7.10.8 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården

**Tabell 7.26 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2013	Utfall	159 085	Anslags-sparande	150 315
2014	Anslag	365 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	365 000
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>180 000</b>		
2016	Beräknat	0		
2017	Beräknat	0		
2018	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för att finansiera utgifter för ersättning enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga i vissa fall. Anslaget får även användas för utgifter för resor, ersättning till vittnen för förlorad inkomst samt utgifter för psykologiskt stöd i anslutning till prövning av sökandes rätt till ersättning.

### Regeringens överväganden

Enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga i vissa fall har personer som utsatts för övergrepp eller försummelser av allvarlig art i samband med att de varit omhändertagna för samhällsvård under perioden 1 januari 1920 till och med den 31 december 1980 rätt till ersättning. Ersättning lämnas med schablonbelopp om 250 000 kronor. Ersättningsnämnden handlägger och beslutar i ersättningsfrågorna efter det att ansökan lämnats till nämnden.

De beräknade kostnadskonsekvenserna i propositionen Ersättning av staten till personer som utsatts för övergrepp eller försummelser i sam-

hällsvården (2011/12:160) är baserade på beräkningar som gjordes av Upprättelseutredningen (SOU 2011:9). Utredningen har gjort sina uppskattningar utifrån offentlig statistik, svensk och internationell forskning samt erfarenheter från liknande ersättningsystem. Utredningens bedömning är att mellan 2 000 och 5 000 personer kommer beviljas ersättning. I propositionen konstaterar regeringen att beräkningarna är behäftade med stor osäkerhet och bedömer det som mest troligt att kostnaderna kommer hamna i den övre delen av spannet och uppgå till ca 1 250 miljoner kronor fördelat över tre år.

Mot bakgrund av hittillsvarande utfall och de prognoser som Ersättningsnämnden lämnat under första halvåret 2014 så bedömer regeringen att efterfrågan efter givna regler och därmed förbrukningen av medel för 2015 kommer bli 185 miljoner kronor lägre än vad som beräknades i budgeten för 2014.

Inom anslaget finansieras även kostnader för resor, ersättning till vittnen för förlorad inkomst samt kostnader för psykologiskt stöd i anslutning till prövning av sökandes rätt till ersättning.

**Tabell 7.27 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården**

*Tusental kronor*

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>365 000</b>	<b>365 000</b>	<b>365 000</b>	<b>365 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut		-365 000	-365 000	-365 000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volym	-185 000			
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>180 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 180 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:8 *Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården* för 2015.

## 7.10.9 4:9 Ersättningsnämnden

**Tabell 7.28 Anslagsutveckling 4:9 Ersättningsnämnden**

*Tusental kronor*

2013	Utfall	39 406	Anslags-sparande	6 494
2014	Anslag	44 350 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	43 243
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>39 315</b>		
2016	Beräknat	0		
2017	Beräknat	0		
2018	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för Ersättningsnämndens förvaltningsutgifter.

### Regeringens överväganden

Ersättningsnämnden som bildades den 1 januari 2013 ska, enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelse i samhällsvården av barn och unga i vissa fall, handlägga och besluta i ersättningsfrågorna efter det att ansökan lämnats till nämnden. Nämndens verksamhet för 2015 finansieras från två källor, anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och andra åtgärder inom äldreområdet* med 19,35 miljoner kronor och anslaget 4:7 *Bidrag till socialt arbete m.m.* med 20 miljoner kronor. Jämfört med 2014 så innebär det att anslaget för 2015 minskas med 5 miljoner kronor och att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och andra åtgärder inom äldreområdet* ökar med motsvarande belopp. Anslaget till Ersättningsnämnden pris- och löneuppräknas inte.

**Tabell 7.29 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 4:9 Ersättningsnämnden**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>44 350</b>	<b>44 350</b>	<b>44 350</b>	<b>44 350</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	0	0	0	0
Beslut <sup>3</sup>	-5 035	-44 350	-44 350	-44 350
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>39 315</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Anslaget för Ersättningsnämnden PLO-uppräknas inte.

<sup>3</sup> Anslaget föreslås för att bidra med 35 000 kronor till att finansiera prioriterade satsningar.

Regeringen föreslår att 39 315 000 kronor anvisas under anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* för 2015.

#### 7.10.10 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

**Tabell 7.30 Anslagsutveckling 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2013	14 871		203
2014	15 154 <sup>1</sup>		14 974
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>15 238</b>	
2016	Beräknat	15 342 <sup>2</sup>	
2017	Beräknat	15 604 <sup>3</sup>	
2018	Beräknat	16 018 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 15 199 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 15 201 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 15 202 tkr i 2015 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Anslaget får även användas för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och till de adopterades organisationer.

#### Kompletterande information

I förordningen (2008:1239) finns bestämmelser om statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och riksorganisationer för adopterade.

#### Regeringens överväganden

**Tabell 7.31 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>15 154</b>	<b>15 154</b>	<b>15 154</b>	<b>15 154</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	97	240	502	916
Beslut <sup>3</sup>	-13	-52	-52	-52
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>15 238</b>	<b>15 342</b>	<b>15 604</b>	<b>16 018</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget föreslås för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

Regeringen föreslår att 15 238 000 kronor anvisas under anslaget 4:10 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 15 342 000 kronor, 15 604 000 kronor respektive 16 018 000 kronor.



## 8 Barnrättspolitik

### 8.1 Omfattning

Barnrättspolitikerna omfattar frågor med utgångspunkt i de mänskliga rättigheterna som ska tillförsäkras målgruppen barn under 18 år, enligt konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen) och andra internationella överenskommelser. Inom området finns myndigheten Barnombudsmannen.

### 8.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 8.1** Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik

*Miljoner kronor*

	Utfall 2013	Budget 2014 <sup>1</sup>	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
5:1 Barnombudsmannen <sup>1</sup>	23	24	24	<b>24</b>	24	24	25
5:2 Insatser för att förverkliga barns rättigheter i Sverige	9	33	29	<b>34</b>	34	28	22
<b>Summa Barnrättspolitik</b>	<b>32</b>	<b>57</b>	<b>52</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>52</b>	<b>47</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 8.3 Mål för området

Målet för barnrättspolitikerna är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (se avsnitt 3.4). Målet grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera barnkonventionen och syftar till att främja och skydda barnets rättigheter och intressen i samhället.

### 8.4 Resultatredovisning

#### 8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Bedömningsgrunderna för barnrättspolitikerna ska kopplas dels till innehållet i politikens målsättning och dels till de områden och åtgärder som har varit särskilt angelägna enligt förra regeringen (prop. 2013/14:1). Dessa är:

- ett strategiskt angreppssätt på nationell, regional samt internationell nivå för att tillgodose barnets rättigheter,
- uppföljning av hur lagstiftningen och dess tillämpning överensstämmer med barnets rättigheter,
- stöd i föräldraskapet,
- uppmärksamma ekonomiskt och socialt utsatta barn,
- uppmärksamma barn med funktionsnedsättning,
- stärka skyddet mot våld, övergrepp och exploatering,
- bättre kunskap om barnets uppväxtvillkor och om barnets egna åsikter i frågor som rör dem.

Barnombudsmanen har utvecklat ett webbaserat uppföljningssystem, *Max 18*, som visar statistik och information som gör det möjligt att följa hur barns levnadsvillkor utvecklas och hur barnets rättigheter tillgodoses i Sverige. Förra regeringens mål för barnrättspolitikerna har inom ramen för uppföljningssystemet brutits ned i sex områden: ekonomi, hälsa, utbildning, trygghet, delaktighet samt stöd och skydd. Sammanlagt har hittills drygt 50 indikatorer tagits fram på dessa områden. Regeringen anser dock att det är

för tidigt att använda uppföljningssystemet som ett heltäckande verktyg för redovisningen av resultat för barnrättspolitikerna i budgettexten. Detta på grund av att antalet indikatorer fortfarande är relativt begränsat. Dessutom finns det, för vissa indikatorer, ännu inte tillgänglig statistik för åren 2013 och 2014. Regeringen har för avsikt att återkomma i frågan kring indikatorer som underlag för resultatredovisningen inom barnrättspolitikerna.

#### 8.4.2 Resultat

Nedan presenteras en resultatredovisning av de mest relevanta åtgärderna som förra regeringen har vidtagit för att genomföra barnkonventionen på nationell, regional och lokal nivå.

I skrivelsen *Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige* som överlämnades till riksdagen 2013 lämnades en redovisning av det långsiktiga arbetet för att förverkliga barnets rättigheter enligt barnkonventionen, de senaste årens åtgärder och resultat samt åtgärder för framtiden (skr. 2013/14:91).

I skrivelsen *Ett stärkt föräldrastöd – för barnets rätt till trygga uppväxtvillkor* som även den överlämnades till riksdagen 2013 redovisades vilka insatser som genomförts i syfte att stärka stödet till föräldraskapet (Skr. 2013/14:87).

#### Det strategiska barnrättsarbetet

Ett tydligt barnrättsperspektiv ska genomsyra det sektorsövergripande arbetet med att genomföra regeringens barnrättspolitik. För det krävs ett systematiskt och strategiskt arbete. Utgångspunkten för ett sådant arbete är den av riksdagen godkända *Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige* (prop. 2009/10:232, bet. 2010/11:SoU3, rskr. 2010/11:35). Strategin är ett verktyg för staten, statliga myndigheter, kommuner och landsting i arbetet med att förverkliga barnets rättigheter.

Arbetet med barnets rättigheter har intensifierats i kommuner och landsting. Under 2010–2013 pågick arbetet enligt *Handslaget* – en överenskommelse mellan förra regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om att stärka barnets rättigheter. Erfarenheter och goda exempel på hur kommuner och landsting kan

arbete med barnets rättigheter har utvecklats och spridits. För att den kunskap och de erfarenheter som överenskommelsen bidragit till ska kunna tas till vara i det fortsatta arbetet med barnets rättigheter i kommuner och landsting ingick parterna en ny överenskommelse t.o.m. 30 juni 2014 om att stärka barnets rättigheter, bland annat om att involvera kommuner och landsting i Sveriges periodiska rapportering till barnrättskommittén.

Under 2014 har Barnombudsmannens arbete inom ramen för projektet *Pejling och dialog* avslutats genom en nationell konferens om olika arbetsätt med att sprida kunskap och erfarenheter för att genomföra barnets rättigheter i praktiken.

Kommuner och landsting spelar en viktig roll för att tillgodose barnets rättigheter. Länsstyrelsen i Jönköpings län har därför fått i uppdrag att i samverkan med övriga länsstyrelser och i samråd med Barnombudsmannen bl.a. lämna förslag på hur länsstyrelserna skulle kunna utgöra en regional stödstruktur för att barnets rättigheter ska tillgodoses på lokal och regional nivå.

På det internationella planet initierade den förra regeringen en process för ett globalt strategiskt erfarenhetsutbyte på regeringsnivå om skydd mot barnaga genom lagstiftning och föräldrastöd. Med anledning av barnkonventionens 25-årsjubileum och 35-års jubileum för den svenska lagstiftningen mot barnaga anordnades våren 2014 en första högnivåkonferens i Stockholm. Regeringsrepresentanter från 24 länder och fyra världsdelar utbytte erfarenheter om framgångsrika arbetsätt och utmaningar när det gäller att skydda barn mot aga. Erfarenhetsutbytet ska fortsätta – den österrikiska regeringen har beslutat att följa upp konferensen i Stockholm med ett liknande evenemang i Wien 2016.

### **Uppföljning av hur lagstiftningen och dess tillämpning överensstämmer med barnets rättigheter**

Barnrättsperspektivet i socialtjänstlagen har stärkts genom att barnets bästa ska vara avgörande vid beslut och andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser. Barnet ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. En utredare har fått i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna i lagen

(1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt analysera behovet av förändringar och förtydliganden av regelverket i syfte att stärka barnrättsperspektivet och rätts-säkerheten för barn och unga upp till 20 år.

Sedan den 1 juli 2013 har barn som vistas i landet utan tillstånd rätt till utbildning enligt skollagen och rätt till hälso- och sjukvård. Vidare har bestämmelsen i utlänningslagen om uppehållstillstånd på grund av synnerligen ömmande omständigheter setts över (prop. 2013/14:216). I syfte att stärka barnrättsperspektivet har begreppet synnerligen ömmande omständigheter ändrats till särskilt ömmande när det gäller barn som söker uppehållstillstånd. Ändringarna trädde i kraft den 1 juli 2014.

### **Bättre kunskap om barnets uppväxtvillkor och om barnets egna åsikter**

Sex nya indikatorer har tillkommit 2013 för uppföljningssystemet *Max 18*. Ett flertal indikatorer i uppföljningssystemet kan delas upp utifrån olika bakgrundsfaktorer, till exempel kön eller socioekonomisk bakgrund.

Sammantaget visar uppföljningssystemet att de allra flesta barn och ungdomar växer upp under goda levnadsvillkor. De senaste åren har den ekonomiska situationen förbättrats reellt för de flesta barnhushållen. Nästan 9 av 10 barn går ut grundskolan med gymnasiebehörighet. Likaså känner sig de allra flesta barn trygga i skolan.

SCB har på uppdrag av Socialdepartementet genomfört en undersökning med syftet att få en bild av hur vardagen ser ut för barn vars föräldrar inte lever ihop. Undersökningen visar att 35 procent av barnen med särlevande föräldrar bor växelvis, alltså ungefär lika mycket hos sin vardera föräldern. Det som mest påverkar beslutet om hur barn till särlevande föräldrar ska bo är att båda föräldrarna vill träffa eller ha nära till barnet. Andra vanliga skäl är att barnet ska kunna bo kvar i samma område och ha nära till förskola eller skola. Att barnen bor växelvis är enligt undersökningen vanligare om föräldrarna är födda i Sverige och om båda föräldrarna har hög utbildningsnivå och höga inkomster. Sambanden mellan socioekonomiska faktorer och växelvist boende tycks generellt sett vara starkare för män.

Barnombudsmannen har uppmärksammat omständigheten att barn och unga med erfarenheter av psykisk ohälsa saknar information om

det stöd och den vård som erbjuds. Myndigheten har också signalerat bristande dokumentation av tvångsvårdsåtgärder i fall där patienterna varit under 18 år, något som är problematiskt ur ett barnrättsperspektiv.

Att komma till tals ger barnen möjligheter till delaktighet och inflytande. Utöver de ändringar i lagstiftningen som redovisats ovan har flera uppdrag till relevanta myndigheter syftet att ta fram och sprida metoder för delaktighet och ökat inflytande för barn. Barnombudsmannen har rapporterat sitt uppdrag att inhämta barns och ungas åsikter och erfarenheter av kränkande behandling och trakasserier. De barn Barnombudsmannen har träffat berättade om många olika former av kränkningar och trakasserier, inklusive om våld, bl.a. i skolan. Barnombudsmannen har även haft i uppdrag att vidareutveckla metoder för att inhämta åsikter från barn och unga med funktionsnedsättning. Myndigheten för delaktighet har haft förra regeringens uppdrag att undersöka och sammanställa hur barn och unga med funktionsnedsättning som lever med många myndighetskontakter upplever sin situation och det stöd de får. I rapporten ”*Barn äger*” redovisar myndigheten att det finns ett behov av ökat stöd till barn med funktionsnedsättningar. I regleringsbrevet för 2014 fick Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga i vilken utsträckning barn kommer till tals i familjerättsliga utredningar om vårdnad, boende och umgänge inom socialtjänsten samt på vilket sätt och när detta sker. Socialstyrelsen fick också ett uppdrag att ta fram en modell för att lyssna på barn i familjehem samt tillämpa modellen i en pilotundersökning. Socialstyrelsen har dessutom uppdraget att på nationell nivå följa upp de bestämmelser i socialtjänstlagen och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) som trädde i kraft den 1 januari 2013. Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget den 1 december 2015.

### **Uppmärksamma socialt och ekonomiskt utsatta barn**

Barn har rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska och sociala utveckling. Föräldrarna eller andra som är ansvariga för barnet har huvudansvaret för att säkerställa de levnadsvillkor som är nödvändiga för

barnets utveckling. Det offentliga ska vid behov ge stöd för det uppdraget.

Under de senaste åren har den disponibla inkomsten i reala termer i princip ökat för samtliga barnhushållstyper samtidigt som andelen som fått det relativt sämre ökat något. Risken för låg ekonomisk standard ökar om föräldrar är ensamstående, lågutbildade, yngre, utrikes födda och bland dessa alldeles särskilt vad gäller de som bott i Sverige i mindre än fem år.

För att öka möjligheterna för föräldrarna att nå enighet i frågor som rör barnets försörjning har de kommunala samarbetsamtalen utvidgats till att även omfatta dessa frågor (prop. 2012/13:189). Lagändringen trädde i kraft den 1 juli 2014. Socialstyrelsen har getts i uppdrag att ta fram utbildningsmaterial till de kommunala samtalsledarna samt att sprida information om samarbetsamtalen till allmänheten.

Flera kommuner har tagit fram kommunala handlingsplaner mot ekonomisk utsatthet bland barn. Detta arbete ligger i linje med strategin för att stärka barns rättigheter. Länsstyrelserna i Skåne och Västerbottens län har fått i uppdrag att genom en försöksverksamhet anpassad till de lokala förhållandena stödja kommunerna i framtagandet av sådana planer. I uppdraget ingår även att komma med förslag om hur kommunernas arbete i dessa frågor även framöver kan stöttas från regional nivå.

### **Stärkt skydd mot våld, övergrepp och exploatering**

I skrivelsen *Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige* (skr. 2013/14:91) presenterades en handlingsplan för skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp. I handlingsplanen redovisas en sammanfattning av de mest relevanta åtgärderna under i huvudsak perioden 2007–2013 samt nya åtgärder för 2014–2015. De angelägna områdena för det framtida arbetet är ökat skydd och stöd till utsatta flickor och pojkar, ökad kunskap och information om barnets rättigheter riktad till barn, deras vårdnadshavare och allmänheten samt metodstöd till yrkesverkssamma som möter barn i sitt arbete.

Sverige ratificerade 2013 Europarådets konvention mot sexuella övergrepp och sexuell exploatering av barn, den s.k. Lanzarotekon-



ventionen och har vidtagit de lagändringar som var nödvändiga inför ratificeringen.

Europeiska kommissionen har fattat beslut om att det inom EU ska finnas ett gemensamt journalnummer för försvunna barn, 116 000. Syftet med journalnumret för försvunna barn är att det dygnet runt ska gå att ringa ett och samma nummer oavsett i vilket EU-land man befinner sig i. SOS Alarm har genom ett tillägg i Alarmeringsavtalet fått uppdraget att dygnet runt ta emot samtal om försvunna barn och vidarebefordra dem till ansvariga myndigheter och där så är möjligt stödja utredningsarbetet. Det nya journalnumret verkar sedan december 2013 i nära anknytning till nödnumret 112. Hittills under 2014 har journalnumret tagit emot drygt 900 anrop av vilka drygt 200 har registrerats som ärenden.

Socialstyrelsen har i uppdrag att göra en utlysning bland statliga universitet och högskolor i Sverige och föreslå för regeringen vilket lärosäte som bör få i uppdrag att vara ett nationellt centrum för kunskap om våld och andra övergrepp mot barn (dnr S2012/275).

### Barnombudsmannens verksamhet

Barnombudsmannen har prioriterat att bevaka, följa upp och driva på rättigheterna för barn och unga som har upplevt psykisk ohälsa och behöver stödinsatser. Resultatet av arbetet presenterades i myndighetens årsrapport för 2014, *Bryt tystnaden*. Myndigheten har också bevakat och drivit på rättigheterna för barn och unga som är frihetsberövade och misstänkta för brott med utgångspunkt i årsrapporten för 2013, *Från insidan*. Affischen har spridits till samtliga polisstationer och kriminalvårdsenheter. Barnrättsdagarna 2013 om barns och ungas rätt till delaktighet och inflytande som myndigheten anordnat i samarbete med Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Barnrättsakademien vid Örebro Universitet hade drygt 850 deltagare. Antalet s.k. unika besökare på myndighetens särskilda webbsidor för barn och unga och har ökat markant. Årsrapporten *Från Insidan* har anpassats för målgruppen barn och unga och presenterats separat på webbplatsen. Myndigheten har uppmärksammat den förra regeringen på bl.a. frågor där svensk lagstiftning bör ses över för att säkerställa barnets rättigheter i arrest och häkte. I regleringsbrevet för 2014 fick Kriminalvården ett återrapporteringskrav om att särskilt redovisa

omfattningen av isoleringsbrytande åtgärder för unga häktade med respektive utan restriktioner. Åklagarmyndigheten fick i regleringsbrevet för 2014 ett återrapporteringskrav om att redovisa omfattningen av restriktioner och i vilken utsträckning åklagare fattar beslut om att unga häktade ska ges tillstånd att ha kontakt med närstående och andra under häktningstiden. Mot bakgrund av Barnombudsmannens årsrapportering ska det av myndighetens redovisning särskilt framgå vilka åtgärder som har vidtagits för unga.

### 8.4.3 Analys och slutsatser

De flesta barn som lever i Sverige växer upp under goda förhållanden. Det finns dock barn vars uppväxtvillkor måste förbättras. Det handlar exempelvis om barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer, och som därmed löper högre risk för den sociala utsatthet som ofta är nära sammankopplad med låg ekonomisk standard.

Staten och kommunerna är skyldiga att bistå föräldrarna i deras uppgift att säkerställa den levnadsstandard som krävs för barnets utveckling. Arbetet för att förebygga och minska den ekonomiska och sociala utsattheten hos barn är något som därför kräver insatser inom ett flertal olika politikområden.

Den fortsatta utvecklingen av uppföljningssystemet *Max 18* är ett viktigt arbete för att få en förbättrad kunskap om flickors och pojkers levnadsvillkor för beslutsfattare på alla nivåer.

I myndigheternas, kommunernas och landstingens såväl övergripande strategiska arbete som konkreta insatser är det dock viktigt att ta hänsyn till att barn är unika individer och att deras situation och behov av stöd kan se olika ut beroende på bl.a. kön, ålder och funktionsnedsättning.

## 8.5 Politikens inriktning

Sverige ska vara ett av de allra bästa länderna att växa upp i. Varje flicka och pojke ska, oavsett bakgrund eller funktionsförmåga, kunna känna sig trygg och ges de bästa förutsättningarna för att utveckla sin potential, att växa som en fritt tänkande människa och kunna delta på egna villkor i samhällsutvecklingen. Regeringen vill

förbättra uppväxtvillkoren för varje barn, inklusive genom att bekämpa de faror och risker som miljöförstöringen innebär. Rättigheterna och livsvillkoren för barn i Sverige ska uppfylla de krav som barnkonventionen och andra internationella överenskommelser innebär när det gäller barn. Regeringen vill också gå vidare med att göra barnkonventionen till lag.

Inom barnrättspolitikerna initieras och samordnas processer för att intentionerna och bestämmelser i barnkonventionen ska genomsyra alla delar av regeringens politik och präglade alla samhällsområden som berör barn. För det krävs det både ett långsiktigt och strategiskt arbete men också särskilda punktinsatser inom väldefinierade verksamhetsområden, riktade mot specifika målgrupper och med tydliga målsättningar. Relevanta insatser kan ske inom flera olika politikområden, exempelvis inom hälsovårdspolitikerna, folkhälsopolitiken, miljöpolitiken och utbildningspolitiken.

Regeringen är angelägen om att vara uppmärksam på nya företeelser som kan påverka barnets livsvillkor negativt för att vid behov bemöta dem med effektiva åtgärder. Det krävs därför en ständig dialog inte bara med det offentliga Sverige, kommuner och landsting, utan också med det civila samhället, den privata sektorn och inte minst med barn och unga.

Regeringen avser att under 2015 särskilt lyfta fram bl.a. följande områden:

- Strategiskt angreppssätt på nationell, regional, lokal samt EU- och övrig internationell nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Uppmärksamma barns och ungas egna åsikter, fortsätta lyssna på barn själva.
- Skydd av barn mot exploatering, våld och övergrepp.
- Stöd och skydd för socialt och ekonomiskt utsatta barn.

#### **Strategiskt angreppssätt på nationell, regional, lokal och EU-nivå samt övrig internationell nivå**

Det långsiktiga arbetet för att tillförsäkra barn de bästa möjliga uppväxtvillkoren grundas i den nationella *Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige* (prop. 2009/10:232).

Regeringen vill påbörja arbetet med göra barnkonventionen till svensk lag. I det arbetet

ska resultatet av den pågående utredningen av hur tillämpningen av lagar och andra föreskrifter överensstämmer med barnets rättigheter enligt barnkonventionen (S2013:08) användas. Utredaren ska lämna sitt betänkande till regeringen i juni 2015. Regeringen avser att återkomma i frågan.

Regeringen kommer att föra en dialog med barnrättskommittén inom ramen för granskningen av Sveriges femte periodiska rapport om genomförandet av barnkonventionen. Efter granskningen ska kommitténs rekommendationer behandlas inom Regeringskansliet och i dialog med berörda statliga myndigheter, kommuner och landsting.

Dialogen med den lokala och regionala förvaltningen är viktig. Det är i kommuner och landsting som de flesta verksamheter som rör barn finns. Det är också där beslut fattas med direkt inverkan på barns, flickors såväl som pojkars, vardag och deras livssituation.

Utgångspunkten för alla offentliga aktörer som arbetar med barnfrågor är aktuell kunskap om barns levnadsvillkor. Uppföljningssystemet *Max 18* har en strategisk betydelse för beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå. *Max 18* visar statistik och information som gör det möjligt att följa hur genomförandet av barnkonventionen utvecklas såväl på nationell som på regional och lokal nivå. Regeringen anser att indikatorerna även i fortsättningen behöver förbättras för att få en så heltäckande bild av barns levnadsvillkor som möjligt, såväl på nationell som på lokal nivå.

EU är en viktig arena för arbetet med att främja barnets rättigheter. Sverige ska arbeta aktivt för konkreta åtgärder inom unionen med utgångspunkt i Lissabonfördraget, enligt vilket skyddet av barnets rättigheter är ett av unionens huvudmål. Regeringen ska bland annat fokusera på att tillsammans med andra medlemsstater bekämpa barnets utsatthet för sexuella övergrepp och exploatering i samband med turism och resande, den s.k. "barnsexturismen". Sverige kommer även i övrigt att arbeta aktivt för att lyfta upp barns rättigheter på den politiska agendan inom EU.

Barnrättsperspektivet ska vara utgångspunkten även i regeringens övriga internationella arbete. Samarbete ska ske med internationella organisationer så som FN, Europarådet och Nordiska Ministerrådet för olika initiativ och insatser för att främja barnets rättigheter.

Sverige kommer även att fortsätta med strategiska bidrag och insatser med fokus bl.a. på att flera länder ska införa ett lagstadgat förbud mot barnaga. Den förra regeringen anordnade i juni 2014 en internationell konferens om skydd av barn mot kroppslig bestraffning. Både lagstiftning och föräldrastöd lyftes fram som viktiga insatser för att motverka aga. Konferensen har blivit startskottet för en internationell process av dialog, erfarenhetsutbyte och samarbete för att öka skyddet mot barnaga. Österrike och Finland har meddelat att de vill anordna följdkonferenser 2016 respektive 2018. Det är viktigt att följa och stödja utvecklingen av denna process.

### Uppmärksamma barns och ungas egna åsikter

En viktig kunskapskälla beträffande flickors och pojkars livsvillkor är deras egna synpunkter. Att lyssna till barn är en förutsättning för att få veta hur de upplever sin situation och, utifrån den kunskapen, överväga eventuella behov av åtgärder. Alla barn, oavsett kön, ålder, funktionsförmåga och annan bakgrund, ska ges förutsättningar att få komma till tals och uttrycka sina egna åsikter.

Barn har olika möjligheter att komma till tals och vissa situationer kan leda till särskild utsatthet för barn. Det kan t.ex. handla om ekonomisk eller social utsatthet, förekomst av missbruk eller psykisk ohälsa i familjen.

För att förbättra barns möjligheter att höras krävs bland annat utbildningsinsatser riktade till berörda professionella och beslutsfattare. Barnombudsmannens har de senaste åren utvecklat metoden *Unga Direkt* för att föra en dialog med barn och unga på deras egna villkor. Det är viktigt att myndigheten fortsätter arbetet med att sprida denna metod till andra berörda offentliga aktörer. Att barn ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem är avgörande för arbetet med att stärka barnets rättigheter.

### Skydd av barn mot exploatering, våld och övergrepp

Inget barn i Sverige ska utsättas för människohandel, exploatering eller sexuella övergrepp. Skydd mot våld och övergrepp är en grundläggande förutsättning för barns trygghet, tillit

och välbefinnande liksom för den personliga utvecklingen.

Åtgärderna i handlingsplanen för skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp för perioden 2014–2015 (skr. 2013/14:91) ska kontinuerligt följas upp. En uppdatering av handlingsplanen för perioden 2016–2018 bör innebära förnyade insatser för skydd av barn.

### Stöd och skydd för barn i utsatta situationer

Det krävs ett strategiskt arbete från såväl riksdag och regering, som kommuner och landsting för att minska risken att barn hamnar i en ekonomiskt utsatt situation. Det är särskilt viktigt att säkerställa att varje barn har de förutsättningar som krävs för att leva ett tryggt och bra liv.

Barn och ungdomar har rätt till en aktiv fritid oavsett bakgrund. Regeringen föreslår att fritidspenget ska avskaffas fr.o.m. den 1 januari 2015. Det är viktigt att det stöd som ges bygger på den svenska modellen med generell social välfärd och inte är ett riktat stöd som riskerar att vara utpekande. Enligt regeringens mening är den utformning som fritidspenget har inte förenlig med socialtjänstens intentioner om den enskildes ansvar, självbestämmande och integritet. I stället bör de medel som avsatts för fritidspenget användas för en förstärkning av det ekonomiska biståndet genom en höjning av barndelen i riksnormen för barn 7–18 år. Därmed ges barn i de mest ekonomiskt utsatta familjerna på ett bättre sätt möjlighet till fritidsaktiviteter. (Se också UO 9, avsnitt 7.9). Även underhållsstödet ska höjas (se även UO 12, avsnitt 3.7.2).

Barn har oavsett bakgrund rätt till kultur och att delta i det kulturella livet. Regeringens ambition är därför att barn och ungdomar ska få bättre möjligheter att delta i idrott, friluftssamhet och kulturskola. Regeringen föreslår därför även att ett bidrag införs för att möjliggöra sänkta taxor i kultur- och musikskolan.

Barn har samma rätt till trygghet, möjligheter och respekt oavsett hur deras familj ser ut. Det är därför viktigt att föräldrar ska erbjudas allt nödvändigt skydd, stöd och bistånd, inte minst anpassade till barnets utveckling, så att de till fullo kan axla det ansvar som föräldraskapet innebär, inklusive kunskap om vilka rättigheter barnet har. Som exempel kan nämnas familjecenter där det finns goda förutsättningar för stöd

till föräldrar och barn. (Se även UO 9, avsnitt 7.9.4)

Barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa. För att alla barn och ungdomar ska få tillgång till läkemedel avser regeringen lämna förslag som innebär att personer under 18 år inte ska betala egenavgift när de får läkemedel, som ingår i förmanen, fr.o.m. den 1 juli 2015.

## 8.6 Budgetförslag

### 8.6.1 5:1 Barnombudsmannen

**Tabell 8.2 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

År	Slagslag	Utvald	Anslags-sparande	Utgifter-prognos
2013	Utfall	23 013	499	
2014	Anslag	23 796 <sup>1</sup>		23 689
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>23 910</b>		
2016	Beräknat	24 062 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	24 466 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	25 111 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014/2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 23 849 tkr i 2015/2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 23 850 tkr i 2015/2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 23 852 tkr i 2015/2015 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Barnombudsmannens förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

**Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014 <sup>1</sup></b>	<b>23 796</b>	<b>23 796</b>	<b>23 796</b>	<b>23 796</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	135	348	753	1 398
Beslut <sup>3</sup>	-21	-82	-83	-83
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>23 910</b>	<b>24 062</b>	<b>24 466</b>	<b>25 111</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet.

2013/1414:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget föreslås för att bidra till att finansiera prioriterade.

Regeringen föreslår att 23 910 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 24 062 000 kronor, 24 466 000 kronor respektive 25 111 000 kronor.

### 8.6.2 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

**Tabell 8.4 Anslagsutveckling Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

År	Slagslag	Utvald	Anslags-sparande	Utgifter-prognos
2013	Utfall	8 748	13 513	
2014	Anslag	33 261 <sup>1</sup>		28 676
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>33 761</b>		
2016	Beräknat	33 761 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	27 761 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	22 261 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen.

## Regeringens överväganden

I enlighet med den föräldrastödssatsning om tidiga insatser för barn och unga som beslutades av riksdagen i budgeten för 2014 så ökas anslaget med 0,5 miljoner kronor per år under 2015 och 2016.

**Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>33 261</b>	<b>33 261</b>	<b>33 261</b>	<b>33 261</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	500	500	-5 500	-11 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>33 761</b>	<b>33 761</b>	<b>27 761</b>	<b>22 261</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 20132013/1414:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 33 761 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Insatser för att förverkliga barnkonventionen* i Sverige för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 33 761 000 kronor, 27 761 000 kronor och 22 261 000 kronor.



## 9 Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

### 9.1 Omfattning

Området omfattar insatser mot narkotika och dopning samt för minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol, liksom ett minskat tobaksbruk och spelberoende.

Vidare finansieras bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol-, narkotika-, dopnings- samt tobakspolitiska insatser.

Inom området finansieras även Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll och Alkoholsortimentsnämnden.

### 9.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 9.1** Utgiftsutveckling inom Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

*Miljoner kronor*

	Utfall 2013	Budget 2014 <sup>1</sup>	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
6:1 Alkoholsortimentsnämnden	0	0	0	0	0	0	0
6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	247	299	277	259	114	114	114
<b>Summa Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel</b>	<b>247</b>	<b>299</b>	<b>277</b>	<b>259</b>	<b>114</b>	<b>114</b>	<b>114</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 9.3 Mål för alkohol-, narkotika-, dopning-, tobak- samt spelpolitiken

Målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT) är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk.

Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (se även avsnitt 3.4).

### 9.4 Resultatredovisning

Den samlade ANDT-strategin syftar till att underlätta statens styrning av utvecklingsinsatserna på ANDT-området. Den anger mål, inriktning och prioriteringar för samhällets insatser under åren 2011–2015. Förutom det övergripande målet innehåller strategin sju långsiktiga mål till vilka ett antal prioriterade mål knutits som ska uppnås under strategiperioden.

ANDT samt spel ingår också som ett av de elva målområdena inom folkhälsopolitiken och omfattas således av uppföljningen av det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet (se vidare avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

#### 9.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De bedömningsgrunder som används för att redovisa resultatet är följande:

1. Skolelevers drogvanor 2013 (CAN)
2. Monitorundersökningen mäter alkoholkonsumtionen i landet (CAN 2014)
3. Undersökningar av levnadsförhållanden, ULF/SILC (SCB)
4. ANDT-indikatorerna (Folkhälsomyndigheten)

Sedan ANDT-strategin antogs har ett samlat uppföljningssystem med indikatorer för att följa ANDT-strategins samtliga mål utarbetats. Folkhälsomyndigheten ansvarar för uppföljningssystemet som möjliggör årliga uppföljningar av bl.a. utvecklingen av konsumtion och missbruk, av medicinska och sociala skadeverkningar samt

av verksamheter och insatser inom ANDT-området. Totalt är det 95 indikatorer uppdelade på de sju långsiktiga målen.

Att utveckla ett samlat uppföljningssystem är i sig ett resultat av strategiarbetet men i den fortsatta presentationen används i första hand indikatorer som mäter konsumtion och konsumtionsmönster. Samtliga indikatorer finns samlade på [www.andtuppfoljning.se](http://www.andtuppfoljning.se).

#### 9.4.2 Resultat

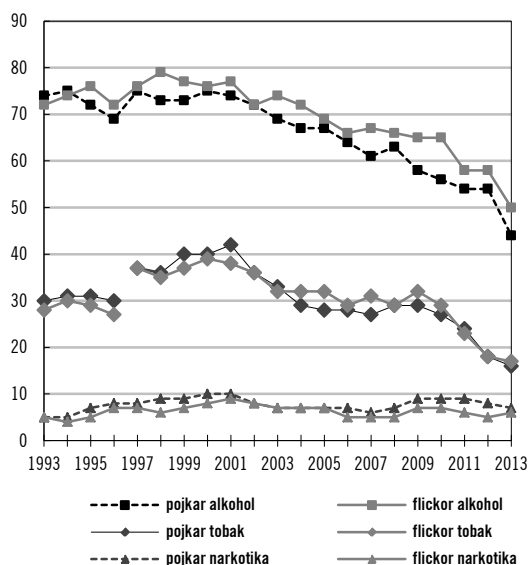
Eftersom det ännu inte är möjligt att ange några samlade resultat av ANDT-strategin redovisas nedan de data som är möjliga att redovisa när det gäller utvecklingen. Se också avsnitt 5.4.2 Folkhälsans utveckling.

#### Utvecklingen när det gäller alkohol, narkotika, dopning samt tobak är i huvudsak positiv

Som framgår av diagram 9.1 har andelen 15–16-åringar som uppger att de dricker alkohol stadigt minskat sedan mitten av 2000-talet från en relativt hög nivå. Andelen 15–16-åringar som konsumerar tobak har i stort sett gått ned sedan början av 2000-talet. Andelen i samma åldersgrupp som någon gång provat narkotika ökade under 1990-talet för att sedan sjunka fram till 2007. Under 2008 skedde en viss uppgång då 9 procent av pojkarna och 7 procent av flickorna uppgav att de någon gång använt narkotika. Därefter har utvecklingen varit relativt stabil och år 2013 var andelen 7 respektive 6 procent.



**Diagram 9.1 Andel konsumenter av alkohol, tobak samt narkotika bland elever i årskurs 9, 1993–2013**



Källa: CAN

Även bland eleverna i gymnasiet år 2 har andelen alkoholkonsumenter minskat sedan startåret 2004. Från ca 90 procent till 77 procent 2013. Åldern för att börja använda narkotika är högre än för alkohol. Bland eleverna i gymnasiet årskurs 2 uppgav 19 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna 2013 att de någon gång använt narkotika. Dessa nivåer är i stort sett oförändrade sedan mätningarna startade 2004.

Alltsedan dopningsfrågor introducerades i olika riksrepresentativa undersökningar under 1990-talets första hälft har omkring en procent av männen och noll procent av kvinnorna svarat att de någon gång provat anabola androgena steroider (AAS).

### Alkoholkonsumtionen

Den totala alkoholkonsumtionen uppgick 2013 till 9,9 liter ren alkohol per person över 15 år, vilket innebär en ökning med 0,7 liter jämfört med året innan. Detta bryter den nedåtgående trend vi har kunnat konstateras sedan 2004 då totalkonsumtionen nådde en topp med 10,5 liter ren alkohol.

Över tid har skillnaderna mellan män och kvinnor i alkoholvanor minskat men aktuella

data visar att männens alkoholkonsumtion, mätt i volym, är cirka dubbelt så hög som kvinnornas<sup>65</sup>. Bland unga är könsskillnaderna mindre. I årskurs 9 dricker pojkarna ca 50 procent mer alkohol än flickorna (i liter ren alkohol) och i gymnasiet år 2 är skillnaderna något större (pojkarna dricker ca 60–70 % mer än flickorna).

Statistik från 2009 visar att den genomsnittliga konsumtionen inom EU uppgår till drygt tolv liter ren alkohol per vuxen och år

När det gäller yngres konsumtion visar ESPAD-studien att andelen 15–16 åringar som rapporterar att de har intensivt konsumerat alkohol någon gång den senaste månaden är lägre i Sverige än genomsnittet i Europa.

### Systembolagets försäljning utgör huvudparten av den alkohol som konsumeras

Alkohol från Systembolaget utgör den största delen av all alkohol som konsumeras. År 2013 utgjorde alkohol från Systembolaget drygt 59 procent av den alkohol som konsumerades. Resandeförseln utgjorde 16 procent, försäljning på restauranger 10 procent och smugglad alkohol 6 procent<sup>66</sup>.

### Rökningen minskar

Enligt Folkhälsomyndigheten har rökningen under de senaste 20 åren minskat med ungefär en procentandel per år i den vuxna befolkningen. Andelen dagligrökare i Sverige är i ett internationellt perspektiv låg, 12 procent av kvinnorna och 11 procent av männen rökte 2013. I gruppen med utländsk bakgrund är andelen som röker dagligen högre än i gruppen med svensk bakgrund. Skillnaden är störst bland männen där 20 procent röker dagligen i jämförelse med 10,5 procent för de med svensk bakgrund. Om man tar med snusning jämnas bilden ut där 22 procent i båda grupperna röker dagligen och/eller snusar. Bland kvinnorna är skillnaden mindre där andelen kvinnor med utländsk bakgrund som röker dagligen är 14 procent mot 12 procent för

<sup>65</sup> Ramstedt, m.fl. 2013a

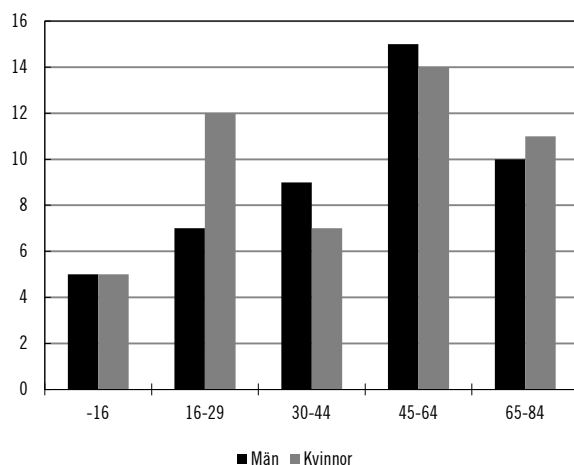
<sup>66</sup> CAN, Monitorundersökningen

kvinnor med svensk bakgrund. Andelen kvinnor som röker och/eller snusar uppgår till 16 respektive 15 procent (SCB, 2013).

Även bland ungdomar har andelen daglig-rökare sjunkit kraftigt under perioden 2000–2013. År 2013 uppgav 5 procent av både flickorna och pojkarna i årskurs 9 att de rökte dagligen eller nästan dagligen. Snusningen har de senaste åren legat på en stabil nivå i åldersgruppen 16–84. I årskurs 2 på gymnasiet var andelen frekventa rökare 17 procent av flickorna och 13 procent av pojkarna<sup>67</sup>.

Socialstyrelsen har tagit fram en modell för att härleda dagens sjuklighet och dödlighet till rökning tidigare i livet. Av Socialstyrelsens rapport Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar (S2013/4381/FST) framgår att rökningen dödade uppskattningsvis 12 000 rökare per år under perioden 2010–2012

**Diagram 9.2** Antal dagligrökare fördelat på kön och ålder, 2013



Källa: Statens folkhälsoinstitut

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) föreslog den tidigare socialdemokratiska regeringen att målet för samhällets insatser inom tobaksområdet skulle vara att minska tobaksbruket. Till målet formulerades fyra delmål fram till år 2014. En tobaksfri livsstart, en halvering av ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa, en halvering av andelen rökare bland de grupper som röker mest samt att

ingen ofrivilligt ska utsättas för tobaksrök i sin omgivning.

Uppföljningen av delmålen bygger på en indexering av data som jämför basåret 2002 med senast tillgängliga data.

Beträffande det första delmålet om en tobaksfri livsstart är utvecklingen positiv. Allt färre kvinnor röker eller snusar under graviditeten och under spädbarnstiden. Även färre pappor röker under barnets spädbarnstid och en samlad beräkning visar att 27 procent av målet har uppnåtts.

Beträffande det andra delmålet om en halvering av antalet ungdomar som börjar röka eller snusa finns det i dagsläget inga tydliga data men tobaksbruket bland ungdomar under 18 år har dock minskat stadigt sedan 2002.

Totalt sett har rökningen minskat med 50 procent och rökningen har också minskat bland de grupper som röker mest.

När det gäller det sista delmålet om att ingen ofrivilligt ska utsättas för passiv rökning beräknas målet vara uppnått till 30 procent. Här har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att komma med förslag på åtgärder för att ytterligare minska den passiva rökningen på allmänna platser, i synnerhet där barn vistas. Uppdraget ska redovisas senast i oktober 2014.

### Spelproblemen i befolkningen har omfördelats

Forskningsprogrammet SWELOGS, som leds och finansieras av Folkhälsomyndigheten, publicerade i januari 2011 sin rapport *Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009* (FHI 2010:23). Resultatet kan jämföras med den svenska studie som genomfördes 1997/1998.

Färre personer spelar för allt mer pengar. Andelen personer som spelar spel om pengar har minskat från 88 till 70 procent under det senaste decenniet. Andelen s.k. problemspelare i befolkningen är två procent. Andelen problemspelare är högst bland dem med lägst utbildning och lägst inkomst.

Spelproblemen i befolkningen har omfördelats under det senaste decenniet. Andelen problemspelare har fördubblats bland män 18–24 år och bland kvinnor 25–44 år. Samtidigt har spelproblemen minskat bland pojkar 16–17 år, vilket var den grupp som hade mest problem med spelandet för tio år sedan. Andelen problemspelare

<sup>67</sup> CAN, 2013

har även minskat bland män 45–64 år och kvinnor 18–24 år.

### 2014 års åtgärdsprogram

I åtgärdsprogrammet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2014 (S2014/3533/FST) konkretiserades statliga uppdrag och satsningar under budgetåret för att nå målen i ANDT-strategin.

#### *Samordning*

Regional och lokal samordning är prioriterat. Länsstyrelserna samordningsfunktioner fungerar som en länk mellan den lokala, regionala och nationella nivån och främjar regional samverkan mellan myndigheter, idéburna organisationer, näringslivet m.fl. Samtliga länsstyrelser har en sådan funktion på heltid. I de flesta av landets kommuner finns i dag särskilda personer som ansvarar för den lokala samordningen av det förebyggande arbetet.

#### *Minskad tillgänglighet*

När det gäller det första långsiktiga målet i ANDT-strategin, Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska, finns inga tecken på en ökad anskaffning eller tillgänglighet av alkohol och tobak bland ungdomar. Även narkotikaindikatorn pekar åt samma håll, det är en lägre andel av ungdomarna som över tid rapporterar att de haft möjlighet att pröva narkotika om de velat.

Det genomförs också satsningar på en ökad samverkan mellan polis och kommunala verksamheter. I tio av landets län fanns 2012 en regional samverkansgrupp för det ANDT-förebyggande och brottsförebyggande arbetet. På lokal nivå finns samverkan på motsvarande sätt i 200 kommuner. Lokala samverkansavtal mellan polis och kommun har tecknats i 133 kommuner. Dessa avtal syftar till att utveckla det lokala förebyggande arbetet.

TÄNK OM är ett samarbetsprojekt mellan Folkhälsomyndigheten, länsstyrelserna, polisen, Systembolaget och IOGT\_NTO. Syftet är att sprida kunskap till föräldrar om tonåringar och alkohol och att genomföra antilångningsaktiviteter framför allt under storhelger. Under de fyra år som projektet pågått har andelen ungdomar som dricker alkohol minskat och andelen föräldrar som ger sina barn alkohol har minskat avsevärt. År 2010 uppgav tolv procent av eleverna i

årskurs nio och 30 procent av gymnasiets andra-årselever att de fick alkohol av sina föräldrar. Motsvarande siffror för 2013 var fem respektive 15 procent. År 2013 deltog 226 kommuner samt alla 21 län i TÄNK OM.

Arbetet med de sociala insatsgrupperna har fortsatt. Dessa syftar till att genom tidiga, tydliga och samordnade insatser minska risken för att unga väljer en kriminell livsstil och drogmissbruk. Erfarenheterna visar att det inom ramen för de sociala insatsgrupperna har utvecklats ett bra samarbete mellan polis och socialtjänst och att utvecklingen i ungdomsgruppen varit positiv under den tid de haft stöd från en social insatsgrupp. De ursprungliga tolv kommunerna utökades under 2013 med 28 nya kommuner och ytterligare ett trettio är intresserade av att påbörja ett arbete med sociala insatsgrupper. En slutredovisning av projektet kommer att lämnas i oktober 2014. Den 4 september 2014 fattade den förra regeringen beslut om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att låta utvärdera arbetet med sociala insatsgrupper. I uppdraget ingår att utvärdera resultatet för de individer som varit föremål för arbete i en social insatsgrupp och utvärdera samverkansformen sociala insatsgrupper. Utvärderingen ska redovisas till regeringen senast den 30 september 2017. En delredovisning av arbetet ska lämnas senast den 28 februari 2016.

Lagen (2011:111) om förstörande av vissa hälsofarliga missbrukssubstanser (förstörandelagen) har förbättrat förutsättningarna för snabba ingripanden och Tullverket har sedan 2013 utökade möjligheter att kontrollera införsel av punktskattepliktiga alkohol- och tobaksvaror genom att de nu också kan kontrollera varor i omlastningsdepåer.

Under 2013 skapades en ny nordisk internet-spaningsgrupp med deltagare från tull- och polismyndigheterna i de nordiska länderna.

En särskild utredare har nyligen gjort en översyn av den straffrättsliga regleringen i syfte att åstadkomma en modern och ändamålsenlig straffrättslig reglering för narkotikabrott och narkotikasmuggningsbrott. I juni 2014 presenterade utredaren sitt betänkande Synnerligen grova narkotikabrott (SOU 2014:43). Utredaren har bl.a. föreslagit att straffskalorna för grovt narkotikabrott och grov narkotikasmuggling ska delas upp i två och att straffskalan för grovt brott ska vara fängelse i lägst två och högst sju år. För brott som är att anse som synnerligen grova ska dömas till

fängelse i lägst sex och högst tio år. Betänkandet har remitterats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### *Tillsyn*

För en effektiv kommunal tillsyn är det viktigt att Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna ger kommunerna information, råd och stöd som håller hög kvalitet. Vid länsstyrelserna pågår, med stöd av Folkhälsomyndigheten, ett gemensamt utvecklingsarbete för att stärka och utveckla tillsynsverksamheten genom bland annat utbildning och kompetensutveckling. Resultatet har blivit en gemensam arbetsmodell för tillsyn och rådgivning, en höjd ambitionsnivå och systematisk kompetensöverföring mellan handläggarna.

Samtliga länsstyrelser använder numera en tillsynsplan för sitt arbete. Inom alkoholområdet rapporterar 218 kommuner att de arbetar med metoden Ansvarfull alkoholservering och nästan samtliga kommuner använder tillsynsplaner för servering av alkoholdrycker. Även på tobaksområdet har tillsynens förstärkts.

I mars 2012 presenterade en arbetsgrupp ett förslag till hur provköp kan lagregleras och inordnas i det ordinarie tillsynsarbetet. Från och med den 1 maj 2014 har kommunerna rätt att genomföra kontrollköp av folköl, tobak och receptfria läkemedel i syfte att kontrollera att den som lämnar ut dessa varor förvisar sig om att mottagaren har fyllt 18 år (prop. 2013/14:56). Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att ta fram vägledning och sprida kunskapen om möjligheten att använda kontrollköp som tillsynsmetod.

Utredningen om tillsyn av marknadsföring av alkoholdrycker och tobak lämnade sitt betänkande En väg till ökad tillsyn: marknadsföring av och e-handel med alkohol och tobak (SOU 2013:50) sommaren 2013. I januari 2014 tillsattes utredningen E-handel och hemleverans av alkoholdrycker till konsument. Utredningen presenterade sitt betänkande Privat införsel av alkoholdrycker (SOU 2014:58) i juli 2014. Båda utredningarna bereds inom Regeringskansliet.

#### *Stöd till frivilligorganisationer*

Frivilligorganisationerna utför ett viktigt arbete både när det gäller opinionsskapande insatser och konkreta preventionsinsatser. Medel har via Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen fördelats till frivilligorganisationerna för att stärka

dem i deras alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande arbete.

#### *Tobaksprevention*

Folkhälsomyndigheten har också medel för att genomföra särskilda åtgärder inom det nationella tobaksförebyggande arbetet. Satsningen har fokuserat på nationellt stöd till lokalt arbete och nationell samordning av tobaksfrågan samt kraftsamling för tobaksavvänjning. Under 2013 har förstärkningen av Folkhälsomyndighetens tillsyn avseende tobakslagen och kompetens- och utbildningsinsatser för länsstyrelser och kommuner fortsatt. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2015.

Av en utvärdering som Karlstads universitet gjort av tobakspreventivt arbete i Värmland under perioden 2009–2010 (Lokalt tobakspreventivt arbete, gör det någon skillnad?) framgår att det finns relativt tydliga skillnader i synen på preventiva insatser mellan de kommuner som har en hög respektive låg tobakskonsumtion bland skoleleverna. Det tycks som om politikererna i kommunerna med en låg tobakskonsumtion bland eleverna är mer insatta i det tobakspreventiva arbetet. Det tycks också som om synen på tillsyn har betydelse. Intervjuade näringsidkare i lågkonsumtionskommunerna menar bestämt att det inte förekommer att ungdomar under 18 år skulle kunna köpa tobak i deras affärer.

#### *Skydd av barn*

Folkhälsomyndigheten har under flera år arbetat med att samordna och utveckla det alkohol- och tobaksförebyggande arbetet inom mödra- och barnhälsovården. Arbetet har bidragit till att lägga grunden för ett långsiktigt förebyggande arbete som omfattar kvalitetssäkring, kompetensutveckling, spridning av information, ny forskning m.m.

Socialstyrelsen har i uppdrag att stötta införande av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården. 2012 införlivades det pågående utvecklingsarbetet av alkohol- och tobaksinformation till blivande föräldrar i detta uppdrag. Arbetet leds av Socialstyrelsen i samarbete med Svenska Barnmorskeförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkarförbundet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2014.

Under 2014 harsatsningen på att utveckla stödet till barn som växer upp i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsned-

sättning eller där det förekommer våld fortsatt. Det är ett nationellt utvecklingsarbete som innebär en samlad och långsiktig satsning som berör flera myndigheters ansvarsområden. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting är huvudaktörer. Arbetet har syftat till att utveckla fungerande strukturer, erbjuda kompetensutveckling till personal och stärka samverkan inom och mellan berörda verksamheter i kommuner och landsting. Mer familjeorienterade arbetssätt är under utveckling och ska användas inom missbruks- och beroendevården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Mödra- och barnhälsovården, förskola och skola har också ingått i satsningen.

Inom ramen för uppdraget har Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet tagit fram en kunskapsöversikt om skador hos barn av alkohol under graviditeten samt om diagnostisering. Därutöver görs en kartläggning vid Stockholms universitet av verksamheter för stöd till gravida och spädbarnsfamiljer. Ett av målen är att få ökad kunskap om olika diagnoser som kan sättas i samband med mammans missbruk under graviditeten. En rapport publicerades under 2013 och ett särskilt forskarnätverk har initierats av Socialstyrelsen. Under 2014 har Socialstyrelsen fortsatt sitt utvecklingsarbete med öppna jämförelser för att belysa missbruks- och beroendevårdens arbete utifrån ett barn- och föräldraperspektiv.

Under våren 2013 påbörjade Folkhälsomyndigheten sitt arbete med systematiska kunskapsöversikter om det vetenskapliga stödet för de metoder som erbjuds barn som lever i familjer där föräldrarna har problem förorsakade av missbruk m.m. Myndigheten fördelar också medel till utvecklingsprojekt inom området.

#### *EU och internationellt arbete*

Tillsammans med de övriga nordiska länderna har Sverige under flera år arbetat för att det alkoholskadeförebyggande arbetet ska ges högre prioritet inom EU och internationellt. Under 2006 antogs en EU-strategi för att stödja medlemsländerna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna. EU:s alkoholstrategi sträckte sig t.o.m. 2012. Under 2012 pågick ett gemensamt arbete mellan kommissionen och medlemsländerna för att utvärdera strategin. Medlemsländerna har gemensamt framfört att det finns behov av en fortsatt men mer fokuserad EU-strategi. I december 2012 antog EU:s

hälsoministrar rådsslutsatser som bland annat uppmanade EU-kommissionen att återkomma med ett förslag till en fortsatt strategi till stöd för EU:s medlemsländer. Arbetet har dock försenats på grund av att en ny EU-kommission tillträdde under 2014. Under året har en frivillig tvåårig handlingsplan med inriktning på unga utarbetats i samarbete mellan medlemsländerna och EU-kommissionen.

Världshälsoförsamlingen antog 2010 en global alkoholstrategi. För att sprida och genomföra strategin inrättades ett globalt nätverk med representanter från WHO:s medlemsländer, där Sverige tillsammans med Sydafrika var ordförande. Året därpå, 2011, antog WHO Euro en handlingsplan för att genomföra den globala strategin (European Alcohol Action Plan 2012–2020).

Inom EU finns en narkotikastrategi för perioden 2013–2020. Strategin syftar till att bidra till en minskad efterfrågan och tillgång på narkotika inom EU och till en minskning vad gäller de skador för hälsan och samhället som orsakas av narkotika. Strategin utgör dels ett stöd och ett komplement till nationell politik och en ram för samordnade och samlade insatser, dels en ram för EU:s externa samarbete inom detta område.

Som en del i satsningen mot cannabis genomfördes en internationell vetenskaplig konferens på temat cannabis i Stockholm i november 2013. Konferensen samlade ett stort antal nationella och internationella politiker, experter och forskare.

I april 2014 skickade Sverige sin fjärde rapport om implementeringen av WHO:s ramkonvention om tobak. Rapporten utgör underlag inför den sjätte partskonferensen (COP 6) för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll som äger rum i oktober 2014 i Moskva, Ryssland. Vid den femte partskonferensen (COP 5) år 2012 i Seoul, Sydkorea antogs ett protokoll om illegal handel med tobaksprodukter. Sverige under-tecknade protokollet i januari 2014 och frågan om hur protokollet ska genomföras i Sverige bereds inom Regeringskansliet.

Inom ramen för EU:s Östersjöstrategi är hälsa från och med 2013 ett eget prioritetsområde och arbete pågår med att identifiera mål och indikatorer. Arbetet koordineras av Nordliga Dimensionens Partnerskap för Hälsa och Socialt Välbefinnande (NDPHS), sedan 2013 en internationell organisation med säte i Stockholm. Kunskaps- och erfarenhetsutbyte sker bland

annat inom alkohol och drogberoende i arbetsgruppen ASAEK (Alcohol and Substance Abuse Expert Group). Folkhälsomyndigheten är Sveriges representant.

I mars 2014 hölls ett högnivåmöte inom ramen för FN:s Narkotikakommission. Huvudsyftet var att lägga grunden för de fortsatta förberedelserna inför Generalförsamlingens särskilda möte om narkotika som ska hållas under våren 2016.

### 9.4.3 Analys och slutsatser

Syftet med den samlade ANDT-strategin är att få till en långsiktig utveckling mot de i strategin angivna målen (se avsnitt 9.4).

Det samlade uppföljningssystemet som nu finns på plats gör det möjligt att på ett bättre sätt än tidigare kunna följa utvecklingen. Detta gäller såväl konsumtion och utbud som samhällets insatser.

Även om det är för tidigt att slå fast några tydliga effekter av de insatser som genomförts inom ramen för strategin visar dock tillgängliga data på en positiv utveckling.

Det långsiktiga arbetet med tydliga mål har underlättat en ökad samordning mellan olika huvudmän och sektorer. Samhällets mål har tydliggjorts och en rad olika insatser har initierats. Kontinuitet och långsiktighet är viktiga element i strategin. Det är därför angeläget att aktörer på nationell, regional och lokal nivå fortsätter att prioritera insatser för att nå ANDT-strategins mål.

Alkoholkonsumtionen bland ungdomar har gått ner. Detta gäller både för flickor och för pojkar. Totalkonsumtionen i hela befolkningen har dock ökat något jämfört med året innan. Trenden över flera år har dock varit nedåtgående. Sverige har på vissa områden gått emot den allmänna ökningstrenden i Europa, exempelvis vad gäller så kallad intensivkonsumtion av alkohol bland unga. Andelen som prövat eller använder narkotika eller röker har minskat under 2000-talet. Detta gäller både för kvinnor och för män. Genomförandet av rökfria miljöer fick en påverkan på exponering av tobaksrök hos arbetstagare och har bidragit till minskningen. Även om utvecklingen har gått i rätt riktning så ligger ANDT-användningen fortfarande på en alltför hög nivå.

Åtgärder för att minska tobaksbruket är viktigt för att förbättra folkhälsan och inom sjukvården är rökavvänjning en av de mest effektiva metoderna. Därför är fortsatta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder riktade såväl till barn och unga som till vuxna angelägna.

Den samlade slutsatsen är att utvecklingen under strategiperioden varit positiv i förhållande till de av riksdagen antagna målen för ANDT-politiken.

## 9.5 Politikens inriktning

### En samlad strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak

Hälsan är idag ojämlikt fördelad mellan olika befolkningsgrupper. Socioekonomisk bakgrund spelar en avgörande roll. Ett område där detta är tydligt är alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Regeringens samlade politik på området är därför en viktig del av folkhälsopolitiken (se avsnitt 5.5 Politikens inriktning).

Av propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken m.m. (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203) framgår mål och inriktning för hur samhällets insatser på ANDT-området ska genomföras, samordnas och följas upp under åren 2011–2015. Under 2015 har regeringen för avsikt att återkomma beträffande utformningen av det framtida ANDT-arbetet.

Liksom när det gäller folkhälsoarbetet i stort kommer regeringen att föra en aktiv och effektiv folkhälsopolitik som bygger på en helhetssyn på människan och tar i beaktande de socioekonomiska bakgrundsvariablerna som också gör sig gällande inom ANDT-området.

Inför FN:s särskilda möte om narkotika som kommer att genomföras i Generalförsamlingen (UNGASS) våren 2016 kommer förberedelser att göras för svenskt deltagande. Sveriges syfte är att UNGASS ska resultera i ett fortsatt starkt stöd för FN:s narkotikakonventioner.

Utvecklingen inom ANDT-området är i allt större utsträckning beroende av vad som pågår i omvärlden. Sverige kommer därför att fortsätta att arbeta för en ny övergripande alkoholstrategi och en mer folkhälsobaserad alkoholpolitik inom EU och för en global uppslutning bakom WHO:s globala alkoholstrategi.

## Utredningar

Utredningen om tillsyn av marknadsföring och e-handel med alkoholdrycker (Dir. 2012:43) redovisade sitt uppdrag i juni 2013 i betänkande En väg till ökad tillsyn: marknadsföring av och e-handel med alkohol och tobak (SOU 2013:50). Utredningen har bl.a. gjort en kartläggning av omfattningen, inriktningen och formerna av sådan marknadsföring av alkoholdrycker som riktar sig till konsumenter, kartlagt i vilken omfattning barn och ungdomar exponeras för marknadsföring av alkoholdrycker och tobak via digitala medier och tv (inklusive beställ-tv) samt klarlagt vilka metoder som används. Utredaren har också, mot bakgrund av den tekniska utvecklingen, analyserat förutsättningarna för att bedriva central tillsyn av gällande regler för marknadsföringen av alkoholdrycker och tobak.

I juli 2014 redovisade Alkoholleveransutredningen (dir. 2014:1) i sitt betänkande Privat införsel av alkoholdrycker (SOU 2014:58) förslag till hur tillsyn av e-handel och hemleverans av alkoholdrycker till konsumenter bör bedrivas. Utredaren föreslår bl.a. ett förbud mot kommersiellt främjande av privat införsel av alkoholdrycker. Båda utredningarna bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

I juli 2014 tillsattes utredningen Genomförande av EU:s tobaksprodukt direktiv m.m. (Dir. 2014:108) Utredaren ska i ett delbetänkande senast den 1 februari 2015 redovisa resultatet av sina överväganden om nödvändiga anpassningar för genomförandet av direktiv 2014/40/EU. Uppdraget ska redovisas senast den 1 september 2015.

## Ökad uppmärksamhet kring spelberoende

Under senare tid har problemen med spelberoende fått ökad uppmärksamhet

Inom Socialdepartementet pågår arbete med att se över frågor som rör prevention, vård och behandling av spelmissbruk. Socialstyrelsens förslag kring hur vård- och behandlingsinsatser för spelberoende kan utvecklas, förslagen redovisades i maj 2013, hanteras inom ramen för detta arbete. Arbetet beräknas vara klart i augusti 2015.

## 9.6 Budgetförslag

### 9.6.1 6:1 Alkoholsortimentsnämnden

**Tabell 9.2 6:1 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

2013	Utfall	49	Anslags-sparande	182
2014	Anslag	232 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	233
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>234</b>		
2016	Beräknat	236 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	241 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	247 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 234 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 234 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 234 tkr i 2015 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Alkoholsortimentsnämndens förvaltningsutgifter.

### Regeringens överväganden

**Tabell 9.3 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 6:1 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>232</b>	<b>232</b>	<b>232</b>	<b>232</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	2	5	10	16
Beslut <sup>3</sup>		-1	-1	-1
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>234</b>	<b>236</b>	<b>241</b>	<b>247</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget föreslås att minska för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 234 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 Alkoholsortimentsnämnden för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 236 000 kronor, 241 000 kronor respektive 247 000 kronor.

## 9.6.2 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

**Tabell 9.4 Anslagsutveckling 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2013	Utfall	246 879		40 286
2014	Anslag	298 629 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	277 236
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>258 629</b>		
2016	Beräknat	113 629 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	113 629 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	113 269 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för särskilda åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel. Anslaget får även användas för utgifter för statsbidrag till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

### Regeringens överväganden

Arbetet med att minska alkohol- och tobaks-konsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bedrivs i enlighet med den strategi som riksdagen fattade beslut om den 30 mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203). Strategiperioden löper till och med 2015 men finansiering av insatserna i strategin sträcker sig endast till 2014. För att finansiera insatserna för 2015 föreslår regeringen att anslaget tillförs 185 miljoner kronor tillfälligt under 2015. Dessa medel hämtas tillfälligt för 2015 från anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken. Detta förslag aviserades i budgetpropositionen för 2014.

Regeringen bedömer att det, utifrån planerade insatser som finansieras via anslaget, även finns ett utrymme att under 2015 minska anslaget med 40 miljoner kronor.

Sammantaget innebär regeringens förslag att för 2015 att anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning samt spel* minskas med 40 miljoner kronor jämfört med 2014.

**Tabell 9.5 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning samt spel**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014 <sup>1</sup></b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-225 000	-185 000	-185 000	-185 000
Överföring till/från andra anslag	185 000			
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>258 629</b>	<b>113 629</b>	<b>113 629</b>	<b>113 629</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 258 629 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 113 629 000 kronor, 113 629 000 kronor respektive 113 629 000 kronor.



# 10 Forskning under utgiftsområde 16

## Utbildning och universitetsforskning

### 10.1 Omfattning

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

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte (byte namn den 1 juli 2013 från Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS. Forte finansierar grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet och inom social- och folkhälsovetenskap.

### 10.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 10.1** Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

*Miljoner kronor*

	Utfall 2013	Budget 2014 <sup>1</sup>	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
<i>Forskningspolitik</i>							
7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	26	34	33	<b>29</b>	29	29	30
7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	472	512	506	<b>511</b>	514	523	537
<b>Totalt för utgiftsområde 9 Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning</b>	<b>498</b>	<b>546</b>	<b>539</b>	<b>540</b>	<b>543</b>	<b>553</b>	<b>567</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Forte ska inom ramen för sin uppgift bl.a. utreda vilka forskningsbehov som är angelägna och främja och ta initiativ till sådan forskning. Forte ska också främja och ta initiativ till mång- och tvärvetenskaplig forskning. Vidare ska myndigheten ansvara för kommunikation om forskning och forskningsresultat, främja och ta initiativ till vetenskaplig publicering och kunskapsförmedling samt till dialog om den forskning som finansieras av rådet. Forte har ansvar för samordning av forskning om barn och ungdomar, äldre, funktionshinder, socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning samt forskning om internationell migration och etniska relationer. Forte ska främja och ta initiativ till forskningssamarbete och erfarenhetsutbyte internationellt och inom EU.

Enligt regeringens proposition Forskning och innovation (prop. 2012/13:30) har Forte och Vetenskapsrådet vidare delat ansvar inom sina respektive forskningsområden för en forskningssatsning inom området åldrande och hälsa samt för vårdforskning.

Forte har vidare regeringsuppdrag på särskilda områden (se utg.omr. 9 avsnitt 7.11.5), och föreslås få en roll i den statliga kunskapsstyrningen (se utg.omr. 9 avsnitt 4.6).

### 10.3 Mål

Regeringens mål för forskningspolitiken är att Sverige ska vara en framstående forskningsnation, där forskning och innovation bedrivs med hög kvalitet och bidrar till samhällets utveckling och näringslivets konkurrenskraft (utg.omr.16 avsnitt 8.2). Av regeringens proposition Forskning och innovation (prop. 2012/13:30 s. 16–17, bet. 2012/13:UbU3, rskr. 2012/13:151) framgår vidare att det är nödvändigt att strävan efter kvalitet i form av vetenskaplig excellens, nyttiggörande och relevans ska finnas inom hela forskningssystemet.

## 10.4 Resultatredovisning

### 10.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Regeringens uppföljning av forskningspolitikens måluppfyllelse redovisas under utgiftsområde 16. Det är generellt sett svårt att mäta måluppfyllelse för forskningspolitiken och resultatet av forskning inom olika områden. Forskningsresultat kan komma till nytta för annan forskning eller för samhället i övrigt, men det kan ta många år och effekterna är svåra att avgränsa och mäta. Verket för innovationssystem (Vinnova) har fått i uppdrag att, i samråd med Vetenskapsrådet, Formas och Forte, utforma metoder och kriterier för bedömning av prestation och kvalitet i lärosätenas samverkan med det omgivande samhället, i termer av relevans och nyttiggörande av forskningsbaserad kunskap.

Grunden för bedömning av Fortes resultat är myndighetens redovisning av sin verksamhet, inklusive de processer som Forte har för utlysningar och krav för att få forskningsmedel, bedömningar av ansökningar, granskningar och utvärderingar av forskning m.m. Nyttiggörande av forskningsresultat bedöms bl.a. utifrån Fortes olika insatser för att kommunicera forskningsresultat. Ansökningstryck i förhållande till beviljat forskningsstöd ger en bild av konkurrensen om forskningsstöd. När det nya ansöknings- och projekthanteringssystemet Prisma tas i drift kommer systematiska redovisningar att kunna göras av bibliometriska mått som publiceringar och citeringar av vetenskapliga artiklar samt av nyttiggörande av forskningsresultat i övrigt.

### 10.4.2 Resultat

#### Forskningsmedel

Forte stöder forskning på många olika sätt. Medel beviljas till treåriga forskningsprojekt, till sexåriga s.k. programstöd, och till långsiktiga satsningar på starka forskningsmiljöer, s.k. Forte-center, som kan ges stöd i upp till 10 år. Myndigheten prioriterar stödformer som särskilt riktar sig till yngre forskare och beviljar bl.a. medel till forskarskolor och s.k. postdok-ansökningar. Stöd till postdok ger yngre, nydisputerade forskare möjlighet att i nära anslutning till sin doktorsexamen fortsätta sin forskarkarriär.

Forte ger också bidrag till forskningsvistelser i utlandet, resor, gästforskare, nätverk samt konferenser och symposier.

Forte fördelar forskningsmedel efter utlysning och ansökan i öppen konkurrens. Forte strävar efter att öka andelen internationella bedömare. Forte har ett tydligt krav på att resultat från den forskning som stöds publiceras i internationellt kvalitetsgranskade tidskrifter som tillämpar fri tillgång för alla (open access).

Forte genomför på eget initiativ utvärderingar av olika slag, oftast med internationella granskare. Syftet är att värdera forskningens kvalitet och identifiera kunskapsluckor och brister.

Forte bedömer ansökningar om projektbidrag och juniorforskarbidrag i två steg. Först bedöms en skiss, därefter en fullständig ansökan. Under 2013 fick Forte ca 1 770 ansökningar om forskningsstöd till en summa av 6,7 miljarder kronor. Myndigheten beviljade 468 miljoner kronor till totalt 314 ansökningar. Under den senaste treårsperioden har antalet ansökningar ökat med 15 procent. Andelen projekt som får forskningsmedel har sjunkit något. De genomsnittliga forskningsmedlen per projekt har dock ökat. Var fjärde projektledare var under 40 år 2013 och andelen av dem som fått projektmedel som är yngre än 40 år har ökat under de senaste fem åren. En bidragande orsak till detta kan vara införandet av juniorforskarbidrag 2011. Andelen forskare som har fått forskningsstöd för första gången har minskat och andelen projektledare över 60 år har ökat. En bidragande orsak till dettakan vara den ökade konkurrensen om forskningsmedel.

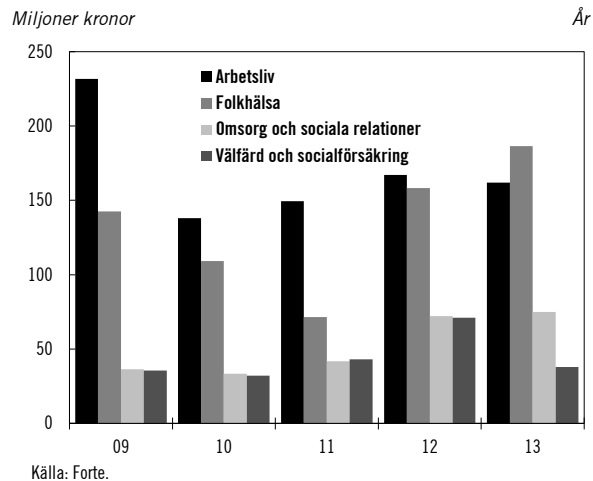
Könsfördelning när det gäller projektstöd har blivit jämnare. Fler kvinnor än män skickar in skisser, fler kvinnor än män går vidare med fullständiga ansökningar och fler kvinnor än män får sina ansökningar beviljade. I genomsnitt får en något högre andel kvinnor än män del av Fortes forskningsmedel (58 procent kvinnor) och andelen har ökat. Sammantaget är något fler än hälften av bedömarna i Fortes sju prioriteringskommittéer kvinnor.

Närmare 60 procent av det forskningsstöd som Forte beviljade 2013 gick till Karolinska institutet, Göteborgs universitet och Stockholms universitet.

Sammanlagt har Forte under perioden 2009–2013 beslutat bevilja nära 2 miljarder kronor i forskningsstöd, samtliga stödformer inräknade.

Forte delar in forskningsstödet i huvudområden. Området Arbetsliv, som omfattar huvudområdena Arbete och hälsa, Arbetsmarknad och Arbetsorganisation, beviljades under femårsperioden sammanlagt 43 procent av medlen. Huvudområdet Folkhälsa beviljades 33 procent av medlen, medan huvudområdet Omsorg och sociala relationer samt Välfärd och socialförsäkring beviljades 13 procent respektive 11 procent av de sammanlagda medlen.

Diagram 10.1 Årligen beviljade forskningsmedel av Forte 2009–2013 fördelade på Fortes huvudområden



Under 2009–2013 har vissa särskilda satsningar på forskningsstöd gjorts. Inom Arbetslivsområdet gjordes bl.a. en satsning 2009 på tre forskningscentra (Center of Excellence). Enligt regeringens forsknings- och innovationsproposition (prop. 2012/13:30 Forskning och innovation) har forskningen om åldrande och hälsa samt vårdforskning stärkts. Forte har under 2009–2013 beslutat bevilja ca 216 miljoner kronor respektive 43 miljoner kronor till dessa områden.

De beviljade medlen inkluderar en särskild satsning på barn och ungas psykiska hälsa på 262 miljoner kronor. Denna satsning har Forte tillsammans med Vetenskapsrådet, Verket för innovationssystem (Vinnova) samt Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande (Formas) tagit initiativ till. Satsningen sträcker sig över perioden 2012–2017. Forskningsstöd på ca 142 miljoner kronor har beviljats till alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel (ANDTS).

Tillgängliga bibliometriska analyser visar enligt Fortes årsredovisning att den forskning som Forte finansierar står sig väl i internationella jämförelser.

## Strategi och analys

Forte har medverkat i arbetet med att följa upp de strategiska satsningarna från den forsknings- och innovationspolitiska propositionen 2008. Vidare initierade Forte under 2013 en internationell utvärdering av svensk forskning inom området arbetsorganisation. Myndigheten arbetar med att utveckla utlysningssystem, beredningsprocesser och administrativa stödsystem. Forte tar vidare fram en strategisk plan för sin verksamhet. Kompetensförsörjningen ses över bl.a. utifrån Fortes utvidgade internationella uppdrag, och mot bakgrund av digitalisering av ansöknings- och projekthantering samt kommande generationsväxling.

## Samverkan

Forte samverkar med övriga statliga forskningsfinansiärer, främst genom den samordningsgrupp som Forte, Formas, Vinnova, Vetenskapsrådet (VR) och Energimyndigheten har bildat.

Arbetet under 2013 har framför allt varit inriktat på de nya uppdrag myndigheterna har fått genom forsknings- och innovationspropositionen (prop. 2012/13:30), inrättandet av strategiska innovationsområden och initierandet av den gemensamma samordningsfunktionen för europeiska blandfinansierade program. Kommunikationscheferna för Forte, Vinnova, VR och Formas har en samverkansgrupp för forskningskommunikation.

Forte och VR samverkar runt bl.a. utlysningar av medel för vårdforskning och för forskning om äldre och hälsa. Vidare samverkar Forte med olika myndigheter och andra aktörer bl.a. inom hälsa, vård och omsorg samt arbetslivsområdet och inom det sociala området när det gäller evidensbaserad forskning och effektstudier.

## Internationellt forskningsamarbete

Forte arbetar för att främja internationalisering av svensk forskning och verkar för ett ökat samarbete med utländska forskare och finansiärer. Forte har ett ökande engagemang på internationell och europeisk nivå, bl.a. inom ramen för Sveriges bilaterala samarbetsavtal med Indien

och Kina och till följd av uppdrag i samband med EU:s åttonde ramprogram Horisont 2020.

För att skapa en mer konkurrenskraftig och fokuserad forskning samordnar EU:s medlemsländer sin nationella forskningsfinansiering på vissa områden genom gemensam programplanering, s.k. Joint Programming. Forte har under ett antal år representerat Sverige i initiativet More Years Better Lives (JPI MYBL) där forskning från olika forskningsområden och länder sammanförs för att belysa samhällsfrågor som påverkas av demografiska förändringar. Forte deltar också i initiativet Neurodegenerative Disease Research (JPND) som är världens största forskningsinitiativ för att möta utmaningen med neurodegenerativa sjukdomar.

Forte har vidare bidragit till en kartläggning i ett urval av länder av deras databaser som avser äldre.

## Kommunikation och nyttiggörande

Forte bidrar till forskares kunskapsförmedling genom att ge bidrag till publicering, nätverk, resor och internationella konferenser i Sverige. Forskare som finansieras av Forte ska fr.o.m. 2013 publicera sina artiklar med fri tillgång för alla (open access).

Från och med den 1 juli 2012 är alla publikationer från Forte gratis. Det har resulterat i en tydlig ökning av beställningar samtidigt som kostnaderna för logistik och lagerhållning har minskat.

Under 2013 har myndigheten anordnat och bidragit till seminarier och konferenser, informerat om forskning i nyhetsbrev och genom forskningsmagasinet Forte. Fortefinansierad forskning presenteras på nätet i form av teman inom samhällsrelevanta ämnesområden. Myndighetens webbplats har under 2013 haft 188 000 externa besök, vilket är en betydande ökning jämfört med 2012. Forte är också delägare i forskningsportalen forskning.se.

## 10.4.3 Analys och slutsatser

Antalet forskningsansökningar till Forte har fortsatt att öka. Regeringen ser positivt på Fortes arbete med strategier, analys och utvärderingar samt på den översyn som Forte gör av såväl interna arbetsformer och verksamhet in-

klusive personalförsörjning och kompetensbehov som av sin beredningsorganisation.

Forte arbetar för att vidareutveckla former för ökad kommunikation med olika intressenter i relevanta delar av forskningsfinansieringsprocessen. Forte har fortsatt att förbättra tillgängligheten till forskningsresultat och att utveckla sin webbplats. Det är viktigt att detta arbete fortsätter.

Forte samverkar och samarbetar på ett tillfredsställande sätt med andra aktörer inom sitt ansvarsområde både nationellt och internationellt. Forte främjar på olika sätt internationaliseringen av svensk forskning.

Regeringen anser att Forte uppfyller uppsatta krav och mål och att myndighetens verksamhet fungerar väl. Regeringen avser att, mot bakgrund av bl.a. myndighetens kompetensförsörjning och ökande arbetsbelastning, följa Fortes ekonomi och strategiska arbete för att utveckla sin verksamhet.

## 10.5 Politikens inriktning

Politikens inriktning för forskning redovisas under utg.omr.16 avsnitt 9.10 Forskning.

## 10.6 Budgetförslag

### 10.6.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

**Tabell 10.2 Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning**

Tusental kronor

2013	Utfall	26 141	Anslags-sparande	-776
2014	Anslag	33 564 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	32 643
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>28 735</b>		
2016	Beräknat	28 955 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	29 456 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	30 242 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 28 663 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 28 664 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 28 667 tkr i 2015 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Forskningsrådets för hälsa, arbetsliv och välfärds (Forte) förvaltningsutgifter.

### Regeringens överväganden

Anslaget föreslås minska med 25 000 kronor 2015 och beräknas minska med 98 000 kronor 2016, 98 000 kronor 2017 och 98 000 kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

Anslaget har för perioden 2015–2018 beräknats enligt följande.

**Tabell 10.3 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>28 564</b>	<b>28 564</b>	<b>28 564</b>	<b>28 564</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	196	489	990	1 776
Beslut	-25	-98	-98	-98
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>28 735</b>	<b>28 955</b>	<b>29 456</b>	<b>30 242</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 28 735 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 28 955 000 kronor, 29 456 000 kronor respektive 30 242 000 kronor.

### 10.6.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

**Tabell 10.4 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

2013	Utfall	471 677	Anslags-sparande	15 126
2014	Anslag	512 442 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	506 321
<b>2015</b>	<b>Förslag</b>	<b>511 374</b>		
2016	Beräknat	514 456 <sup>2</sup>		
2017	Beräknat	523 126 <sup>3</sup>		
2018	Beräknat	537 046 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2014 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 510 094 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 510 124 tkr i 2015 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 510 166 tkr i 2015 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, kommunika-

tionsinsatser, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

### Regeringens överväganden

Anslaget föreslås minska med 453 000 kronor 2015 och beräknas minska med 1 748 000 kronor 2016, 1 746 000 kronor 2017 och 1 749 000 kronor 2018 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar.

Anslaget har för perioden 2015–2018 beräknats enligt följande.

**Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2015–2018, för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

	2015	2016	2017	2018
<b>Anvisat 2014<sup>1</sup></b>	<b>512 442</b>	<b>512 442</b>	<b>512 442</b>	<b>512 442</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	-615	3 762	12 430	26 353
Beslut	-453	-1 748	-1 746	-1 749
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>511 374</b>	<b>514 456</b>	<b>523 126</b>	<b>537 046</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2013/14:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2014. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2016–2018 är preliminär.

Regeringen föreslår att 511 374 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* för 2015. För 2016, 2017 och 2018 beräknas anslaget till 514 456 000 kronor, 523 126 000 kronor respektive 537 046 000 kronor.

### 10.6.3 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2015 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 961 000 000 kronor 2016–2019.

därför bemyndigas att under 2015 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 961 000 000 kronor 2016–2019.

**Skälen för regeringens förslag:** Den forskning som Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. Regeringen bör

**Tabell 10.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

	Utfall 2013	Prognos 2014	Förslag 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018–2019
Ingående åtaganden	768 965	827 149	973 000	–	–	–
Nya åtaganden	529 861	658 293	499 795	–	–	–
Infriade åtaganden	-471 677	-512 442	-511 795	-490 000	-296 000	-175 000
Utestående åtaganden	827 149	973 000	961 000	–	–	–
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>877 000</b>	<b>973 000</b>	<b>961 000</b>	–	–	–