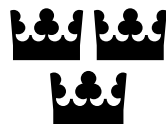


# Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9





## Förslag till statens budget för 2016

## Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	13
2	Lagförslag.....	15
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	15
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2015:319) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	17
2.3	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....	18
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haag-konventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner .....	20
2.5	Förslag till lag om ändring i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling.....	21
2.6	Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) .....	26
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	27
3.1	Omfattning.....	27
3.2	Utgiftsutveckling .....	27
3.3	Skatteutgifter.....	28
3.4	Mål för utgiftsområdet .....	29
4	Hälo- och sjukvårdspolitik.....	31
4.1	Omfattning.....	31
4.2	Utgiftsutveckling .....	31
4.3	Mål för området .....	32
4.4	Resultatrevisning .....	32
4.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	32
4.4.2	Resultat .....	33
4.4.3	Analys och slutsatser .....	53
4.5	Politikens inriktning.....	55
4.6	Förslag om kostnadsfria läkemedel för barn.....	60
4.6.1	Ärendet och dess beredning.....	60
4.6.2	Hälo- och sjukvård och läkemedel för barn i dag.....	61
4.6.3	Gällande rätt.....	65
4.6.4	Regeringens förslag och bedömning.....	68

4.6.5	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	73
4.6.6	Konsekvenser.....	73
4.6.7	Författningskommentar.....	77
4.7	Budgetförslag.....	78
4.7.1	1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....	78
4.7.2	1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering .....	79
4.7.3	1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	80
4.7.4	1:4 Tandvårdsförmåner .....	80
4.7.5	1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	81
4.7.6	1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....	83
4.7.7	1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	85
4.7.8	1:8 Bidrag till psykiatri.....	87
4.7.9	1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet .....	88
4.7.10	1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....	89
4.7.11	1:11 Läkemedelsverket .....	90
4.7.12	1:12 E-hälsomyndigheten .....	90
4.7.13	8:1 Socialstyrelsen.....	91
4.8	Övrig verksamhet .....	93
4.8.1	Läkemedelsverket .....	93
4.8.2	Apotek Produktion & Laboratorier AB .....	94
5	Folkhälsopolitik .....	95
5.1	Omfattning .....	95
5.2	Utgiftsutveckling.....	95
5.3	Mål för området.....	96
5.4	Resultatredovisning.....	96
5.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	96
5.4.2	Resultat .....	97
5.4.3	Analys och slutsatser.....	109
5.5	Politikens inriktning.....	111
5.6	Budgetförslag.....	114
5.6.1	2:1 Folkhälsomyndigheten.....	114
5.6.2	2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	115
5.6.3	2:3 Bidrag till WHO.....	116
5.6.4	2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	117
5.6.5	6:1 Alkoholsortimentsnämnden.....	118
5.6.6	6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....	118
6	Funktionshinderspolitik.....	121
6.1	Omfattning .....	121
6.2	Utgiftsutveckling.....	121
6.3	Mål för funktionshinderspolitiken .....	122
6.4	Resultatredovisning.....	122
6.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	122
6.4.2	Resultat .....	122
6.4.3	Analys och slutsatser.....	125
6.5	Politikens inriktning.....	125
6.6	Budgetförslag.....	126
6.6.1	3:1 Myndigheten för delaktighet .....	126
6.6.2	3:2 Bidrag till handikapporganisationer .....	127

7	Politik för sociala tjänster .....	129
7.1	Omfattning.....	129
7.2	Utgiftsutveckling .....	129
7.3	Mål för politik för sociala tjänster .....	130
7.4	Resultatredovisning – övergripande verksamheter .....	130
7.4.1	Brister inom socialtjänsten är ofta relaterade till personalsituationen och brister i samverkan .....	131
7.4.2	Förbättrad statlig styrning med kunskap .....	131
7.4.3	Valfrihetssystem.....	133
7.4.4	Stöd till anhöriga.....	133
7.4.5	Samverkan med idéburna organisationer inom det sociala området.....	134
7.4.6	EU och övrigt internationellt arbete .....	134
7.4.7	Utsatta EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige .....	135
7.4.8	Analys och slutsatser .....	135
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 .....	141
7.6	Resultatredovisning – Individ- och familjeomsorg.....	142
7.6.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	142
7.6.2	Resultat .....	143
7.6.3	Analys och slutsatser .....	155
7.7	Resultatredovisning – Personer med funktionsnedsättning .....	158
7.7.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	158
7.7.2	Resultat .....	159
7.7.3	Analys och slutsatser .....	166
7.8	Politikens inriktning.....	167
7.8.1	Omsorgen om äldre.....	168
7.8.2	Individ- och familjeomsorg.....	170
7.8.3	Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning.....	176
7.9	Lagförslag avseende avskaffande av fritidspeng enligt socialtjänstlagen .....	178
7.10	Nytt namn för Myndigheten för internationella adoptioner.....	182
7.11	Budgetförslag .....	184
7.11.1	4:1 Inspektionen för vård och omsorg .....	184
7.11.2	4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	185
7.11.3	4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....	187
7.11.4	4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....	187
7.11.5	4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	189
7.11.6	4:6 Statens institutionsstyrelse.....	191
7.11.7	4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	192
7.11.8	4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården .....	193
7.11.9	4:9 Ersättningsnämnden .....	194
7.11.10	4:10 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd .....	195
8	Barnrättspolitik.....	197
8.1	Omfattning.....	197
8.2	Utgiftsutveckling .....	197

8.3	Mål för området.....	198
8.4	Resultatredovisning.....	198
8.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	198
8.4.2	Resultat .....	198
8.4.3	Analys och slutsatser.....	204
8.5	Politikens inriktning.....	205
8.6	Budgetförslag.....	208
8.6.1	5:1 Barnombudsmannen .....	208
8.6.2	5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige.....	209
9	Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning .....	211
9.1	Omfattning .....	211
9.2	Utgiftsutveckling.....	211
9.3	Mål.....	212
9.4	Resultatredovisning.....	212
9.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	212
9.4.2	Resultat .....	212
9.4.3	Analys och slutsatser.....	215
9.5	Politikens inriktning.....	215
9.6	Budgetförslag.....	215
9.6.1	7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....	215
9.6.2	7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	216
9.6.3	Bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	217
Bilaga 1	Förslag om kostnadsfria läkemedel för barn	
Bilaga 2	Förslag till avskaffande av fritidspeng	
Bilaga 3	Förslag om Samordnat ansvar för vissa familjefrågor	

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp.....	14
Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg .....	27
Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2016–2019. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	28
Tabell 3.3 Skatteutgifter.....	28
Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom Hälso- och sjukvårdspolitik.....	31
Tabell 4.2 Hälso- och sjukvårdsutgifter, 2011–2013.....	33
Tabell 4.3 Kostnader för läkemedel, 2010–2014.....	48
Tabell 4.4 Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd, kvinnor och män, 2010–2014 .....	52
Tabell 4.5 Antal barn och läkemedel, 2006–2014.....	62
Tabell 4.6 Antal barn och läkemedel uppdelat på läkemedelsgrupper, 2014 .....	63
Tabell 4.7 Betalda egenavgifter för barns läkemedel uppdelat på läkemedelsgrupper, 2014 .....	63
Tabell 4.8 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....	78
Tabell 4.9 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....	79
Tabell 4.10 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....	79
Tabell 4.11 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering .....	79
Tabell 4.12 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	80
Tabell 4.13 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	80
Tabell 4.14 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner.....	80
Tabell 4.15 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:4 Tandvårdsförmåner.....	81
Tabell 4.16 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....	81
Tabell 4.17 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	82
Tabell 4.18 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....	83
Tabell 4.19 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	85
Tabell 4.20 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	85
Tabell 4.21 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	86
Tabell 4.22 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri.....	87
Tabell 4.23 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri .....	87
Tabell 4.24 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:8 Bidrag till psykiatri.....	88
Tabell 4.25 Anslagsutveckling 1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet .....	88
Tabell 4.26 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet .....	89

Tabell 4.27 Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....	89
Tabell 4.28 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....	89
Tabell 4.29 Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket .....	90
Tabell 4.30 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:11 Läkemedelsverket .....	90
Tabell 4.31 Anslagsutveckling 1:12 E-hälsomyndigheten .....	90
Tabell 4.32 Offentligrättslig verksamhet .....	91
Tabell 4.33 Uppdragsverksamhet .....	91
Tabell 4.34 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:12 E-hälsomyndigheten .....	91
Tabell 4.35 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen .....	91
Tabell 4.36 Offentligrättslig verksamhet .....	92
Tabell 4.37 Uppdragsverksamhet .....	92
Tabell 4.38 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 8:1 Socialstyrelsen .....	93
Tabell 4.39 Offentligrättslig verksamhet .....	94
Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik .....	95
Tabell 5.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten .....	114
Tabell 5.3 Uppdragsverksamhet .....	114
Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:1 Folkhälsomyndigheten ...	115
Tabell 5.5 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....	115
Tabell 5.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....	116
Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....	116
Tabell 5.8 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO .....	116
Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:3 Bidrag till WHO .....	117
Tabell 5.10 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	117
Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	118
Tabell 5.12 Anslagsutveckling 6:1 Alkoholsortimentsnämnden .....	118
Tabell 5.13 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 6:1 Alkoholsortimentsnämnden .....	118
Tabell 5.14 Anslagsutveckling 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel .....	118
Tabell 5.15 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel .....	119
Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitiken .....	121
Tabell 6.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet .....	126
Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 3:1 Myndigheten för delaktighet .....	127
Tabell 6.4 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer .....	127
Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer .....	127
Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster .....	130
Tabell 7.2 Prognos för procentuell förändring av olika åldergruppers befolkningsandelar, 2015–2030 .....	137
Tabell 7.3 Utveckling av andelen personer i särskilt boende samt med hemtjänst ...	138
Tabell 7.4 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre .....	139
Tabell 7.5 Kommunens kostnader för insatser till barn och unga .....	143
Tabell 7.6 Antal ensamkommande barn .....	144
Tabell 7.7 Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd 2009–2014 .....	149



Tabell 7.8 Kommunens kostnader för missbruksvård .....	151
Tabell 7.9 Barn berörda av vräkning.....	152
Tabell 7.10 Kostnader för assistansersättning, antal personer som hade assistans i december månad och antal beviljade timmar per vecka i genomsnitt samma månad 2004-2014.....	163
Tabell 7.11 Antal personer som beviljats bilstöd 2007–2013, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper (%) .....	166
Tabell 7.12 Anslagsutveckling 4:1 Inspektionen för vård och omsorg.....	184
Tabell 7.13 Offentligrättslig verksamhet.....	184
Tabell 7.14 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:1 Inspektionen för vård och omsorg .....	185
Tabell 7.15 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	185
Tabell 7.16 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	186
Tabell 7.17 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning.....	187
Tabell 7.18 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4.3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....	187
Tabell 7.19 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning .....	187
Tabell 7.20 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....	188
Tabell 7.21 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	189
Tabell 7.22 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	189
Tabell 7.23 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	191
Tabell 7.24 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse .....	191
Tabell 7.25 Offentligrättslig verksamhet.....	191
Tabell 7.26 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:6 Statens institutionsstyrelse .....	192
Tabell 7.27 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	192
Tabell 7.28 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	193
Tabell 7.29 Anslagsutveckling 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården.....	193
Tabell 7.30 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården .....	194
Tabell 7.31 Anslagsutveckling 4:9 Ersättningsnämnden .....	194
Tabell 7.32 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:9 Ersättningsnämnden ....	195
Tabell 7.33 Anslagsutveckling 4:10 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.....	195
Tabell 7.34 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:10 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.....	196
Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik.....	197
Tabell 8.2 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen .....	208
Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 5:1 Barnombudsmannen .....	208
Tabell 8.4 Anslagsutveckling 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige .....	209

Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige .....	209
Tabell 9.1 Utgiftsutveckling Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning .....	211
Tabell 9.2 Utbetalt forskningsbidrag 2010–2014 i miljoner kronor för olika bidragstyper, fördelat på andel kvinnor och män.....	214
Tabell 9.3 Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning .....	215
Tabell 9.4 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning .....	216
Tabell 9.5 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	216
Tabell 9.6 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning .....	216
Tabell 9.7 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	217

## Diagramförteckning

---

Diagram 4.1 Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2009–2013 .....	33
Diagram 4.2 Landstingens intäkter 2014, procentuellt fördelade på intäktslag .....	33
Diagram 4.3 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2014, procentuellt fördelade på verksamhetsområde .....	34
Diagram 4.4 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, efter utbildningsnivå, kvinnor och män, 2004–2013 .....	35
Diagram 4.5 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, efter utbildningsnivå, kvinnor och män, 2004–2013 .....	35
Diagram 4.6 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, efter utbildningsnivå, kvinnor och män, 2004–2013 .....	36
Diagram 4.7 Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke, efter utbildningsnivå, kvinnor och män, 2004–2013 .....	36
Diagram 4.8 Relativ femårsöverlevnad vid cancersjukdom, kvinnor och män, 2004–2013 .....	36
Diagram 4.9 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver, kvinnor och män, 2010–2014 .....	37
Diagram 4.10 Patientupplevd kvalitet i primärvård, kvinnor och män, 2014 .....	37
Diagram 4.11 Andel i befolkningen som alltid/ofta får hjälp av ordinarie läkare/mottagning att koordinera eller planera vård från andra läkare/ ställen, 2014 .....	38
Diagram 4.12 Andel som instämmer helt eller delvis i att väntetider till besök på vårdcentral är rimliga, kvinnor och män, 2010–2014 .....	38
Diagram 4.13 Andel patienter som får behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar, 2011–2014 .....	39
Diagram 4.14 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister, 2009–2013 .....	42
Diagram 4.15 Antal hälso- och sjukvårdspersonal för olika professioner, kvinnor och män, 2012 .....	45
Diagram 4.16 Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel samtidigt, kvinnor och män, 2009–2013 .....	47
Diagram 4.17 Kostnader för läkemedelsförmånerna, kvinnor och män, 2010–2014 .....	48
Diagram 4.18 Regionala variationer av väntetider inom cancervården för olika cancerformer, 2013 .....	50
Diagram 4.19 Patientupplevd kvalitet inom psykiatrisk öppen- och slutenvård, kvinnor och män, 2014 .....	51
Diagram 4.20 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist, kvinnor och män, 2010–2014 .....	53
Diagram 5.1 Medellivslängd och friska levnadsår, kvinnor och män, 2005–2014 .....	97
Diagram 5.2 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, 2004–2013 .....	98
Diagram 5.3 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2013 .....	98
Diagram 5.4 Antal döda i hjärtinfarkt, stroke och cancer, 2004–2013 .....	99

Diagram 5.5 Antal döda i hjärtinfarkt, stroke och cancer, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2013 .....	99
Diagram 5.6 Antal självmord, kvinnor, ålder, 1992–2013.....	99
Diagram 5.7 Antal självmord, män, ålder, 1992–2013 .....	100
Diagram 5.8 Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, kvinnor, 2004–2014.....	100
Diagram 5.9 Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, män, 2004–2014.....	100
Diagram 5.10 Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), kvinnor och män, 2004–2014.....	102
Diagram 5.11 Andel som anger att de har en stillasittande fritid respektive att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, kvinnor och män, 2005–2014.....	105
Diagram 5.12 Andel som anger att de har en stillasittande fritid, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2014 .....	105
Diagram 5.13 Andel som anger att de fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2014.....	105
Diagram 5.14 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, kvinnor och män, 2004–2014.....	106
Diagram 5.15 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2014 .....	106
Diagram 5.16 Sjukdomsburda (DALY) orsakad av alkohol, narkotika och tobaksrökning i Sverige, kvinnor och män, 1999, 2005 och 2010.....	107
Diagram 7.1 Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1996–2014.....	148
Diagram 7.2 Barn i hushåll med ekonomiskt bistånd .....	150
Diagram 8.1 Andel barn i ekonomiskt utsatta familjer.....	202
Diagram 9.1 Årligen beviljade forskningsmedel av Forte 2010–2014 fördelade områdena hälsa, arbetsliv och välfärd .....	213

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (avsnitt 2.1 och 4.6),
2. antar förslaget till lag om ändring i lagen (2015:319) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (avsnitt 2.2 och 4.6),
3. antar förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) (avsnitt 2.3 och avsnitt 7.9),
4. antar förslaget till lag om ändring i lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haag-konventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner (avsnitt 2.4 och avsnitt 7.10),
5. antar förslaget till lag om ändring i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling (avsnitt 2.5 och avsnitt 7.10),
6. antar förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (avsnitt 2.6 och avsnitt 7.10),
7. godkänner målet för hälso- och sjukvårdspolitik: Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (avsnitt 4.3),
8. bemyndigar regeringen att för 2016 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 4.7.6),
9. bemyndigar regeringen att för 2016 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 4.7.6),
10. bemyndigar regeringen att under 2016 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 18 450 000 kronor 2017 och 2018 (avsnitt 4.7.8),
11. bemyndigar regeringen att under 2016 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 510 000 000 kronor 2017–2022 (avsnitt 5.6.2),
12. bemyndigar regeringen att under 2016 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 653 000 000 kronor 2017–2019 (avsnitt 7.11.5),
13. bemyndigar regeringen att under 2016 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 1 000 000 000 kronor 2017–2020 (avsnitt 9.6.3),
14. för budgetåret 2016 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt följande uppställning:

**Anslagsbelopp***Tusental kronor*

Anslag		
1:1	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	34 000
1:2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	79 713
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	139 203
1:4	Tandvårdsförmåner	5 617 003
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	22 173 558
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	3 753 019
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden	503 094
1:8	Bidrag till psykiatri	1 080 893
1:9	Bidrag för samordning och tillgänglighet	1 000 000
1:10	Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74 000
1:11	Läkemedelsverket	131 485
1:12	E-hälsomyndigheten	119 189
2:1	Folkhälsomyndigheten	375 043
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	57 178
3:2	Bidrag till handikapporganisationer	188 742
4:1	Inspektionen för vård och omsorg	638 458
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	530 014
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	266 995
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	26 344 000
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	2 765 000
4:6	Statens institutionsstyrelse	893 202
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	789 115
4:8	Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	31 500
4:9	Ersättningsnämnden	6 701
4:10	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	23 727
5:1	Barnombudsmannen	24 289
5:2	Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	33 761
6:1	Alkoholsortimentsnämnden	238
6:2	Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	163 629
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	33 618
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	505 732
8:1	Socialstyrelsen	596 410
<b>Summa</b>		<b>69 237 676</b>

## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

*dels* att 5 och 19 §§ ska ha följande lydelse,

*dels* att rubriken närmast före 19 § ska sättas närmast före 20 §,

*dels* att det närmast före 19 § ska införas en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 5 §<sup>1</sup>

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,5 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger kostnadstaket,

2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger kostnadstaket, och

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2012:927. Ändringen innebär bl.a. att sjunde stycket tas bort.

3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 2,454 gånger kostnadstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

*Vad som sägs i andra–femte styckena gäller inte för varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.* *Andra–femte styckena gäller inte varor som är kostnadsfria enligt 19 §.*

*Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas bestämmelserna i andra–femte styckena gemensamt för barnen. Kostnadsreducering gäller under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år. Med förälder avses även familjehemsförälder. Som förälder räknas även den som en förälder stadigvarande sammanbor med och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.*

*Särskilda bestämmelser om kostnadsfrihet*

#### 19 §<sup>2</sup>

*Förbrukningsartiklar som avses i 18 § 3 skall tillhandahållas kostnadsfritt om de på grund av sjukdom förskrivs av läkare eller tandläkare eller av någon annan som Socialstyrelsen förklarar behörig därtill.*

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

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

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016.
2. En förmånsberättigad person som har fyllt 18 år före den 1 januari 2016 och som vid ikraftträdandet har rätt till kostnadsreducering med stöd av 5 § sjunde stycket behåller denna rätt under ett år räknat från första inköpstillfället.
3. En förmånsberättigad person som fyller 18 år efter den 31 december 2015 och som vid ikraftträdandet har rätt till kostnadsreducering med stöd av 5 § sjunde stycket behåller denna rätt efter att ha fyllt 18 år under ett år räknat från första inköpstillfället.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2003:76.



## 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2015:319) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 18 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. i stället för lydelsen enligt lagen (2015:319) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt SFS 2015:319*

*Föreslagen lydelse*

### 18 §

Läkemedelsförmånerna ska, när beslut fattas enligt 7 §, omfatta

1. varor *på* vilka 18 kap. 2 § läkemedelslagen (2015:315) är *tillämplig* och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor,

2. förbrukningsartiklar som *behövs* vid stomi och som förskrivs av läkare eller *av* annan som Socialstyrelsen förklarat *behörig därtill*, och

3. förbrukningsartiklar som *behövs* för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering.

1. varor *för* vilka *det med stöd av* 18 kap. 2 § läkemedelslagen (2015:315) *har föreskrivits att läkemedelslagen helt eller delvis ska gälla* och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor,

2. förbrukningsartiklar som *en förmånsberättigad behöver* vid stomi och som förskrivs av läkare eller *någon* annan som Socialstyrelsen förklarat *har behörighet till sådan förskrivning*, och

3. förbrukningsartiklar som *en förmånsberättigad på grund av sjukdom behöver* för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering *och som förskrivs av läkare, tandläkare eller någon annan som Socialstyrelsen förklarat har behörighet till sådan förskrivning*.

## 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 §,
- samtycke enligt 6 kap. 14 §, eller

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 §,
- samtycke enligt 6 kap. 14 §, eller

<sup>1</sup> Senaste lydelse av

4 a kap. 1 § 2014:468

4 a kap. 2 § 2014:468

4 a kap. 3 § 2014:468

rubriken till 4 a kap. 2014:468.

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

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

– 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 2016.
  2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för en ansökan om ersättning för kostnader för barns fritidsaktiviteter som har kommit in före ikraftträdandet.

## 2.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haag-konventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

2 §<sup>1</sup>

*Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) är centralmyndighet enligt konventionen och fullgör de uppgifter som ankommer på en sådan myndighet, om inte något annat följer av lag eller annan författning.*

*MIA utfärdar intyg enligt artikel 23 i konventionen när adoptionen har ägt rum i Sverige eller när ett utländskt adoptionsbeslut har omvandlats här i landet enligt artikel 27 i konventionen och 5 § denna lag.*

*Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd är centralmyndighet enligt konventionen och fullgör de uppgifter som ankommer på en sådan myndighet, om inte något annat följer av lag eller annan författning.*

*Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd utfärdar intyg enligt artikel 23 i konventionen när adoptionen har ägt rum i Sverige eller när ett utländskt adoptionsbeslut har omvandlats här i landet enligt artikel 27 i konventionen och 5 § denna lag.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2004:768.

## 2.5 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling

Härigenom föreskrivs att 4, 5, 6 a, 7, 8 a–8 c, 9–10, 12 och 14 §§ lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling ska ha följande lydelse.

### Nuvarande lydelse

### Föreslagen lydelse

#### 4 §<sup>1</sup>

Den eller de som vill adoptera ett barn från utlandet *skall* anlita en sammanslutning som avses i 3 §. Detta gäller dock inte enstaka fall av adoption som avser släktingbarn eller där det annars finns särskilda skäl att adoptera utan förmedling av en auktoriserad sammanslutning. *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) skall* i sådana fall innan barnet lämnar landet pröva om förfarandet är godtagbart.

Den eller de som vill adoptera ett barn från utlandet *ska* anlita en sammanslutning som avses i 3 §. Detta gäller dock inte enstaka fall av adoption som avser släktingbarn eller där det annars finns särskilda skäl att adoptera utan förmedling av en auktoriserad sammanslutning. *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd ska* i sådana fall innan barnet lämnar landet pröva om förfarandet är godtagbart.

#### 5 §<sup>2</sup>

*MIA* avgör frågor om auktorisation och har tillsyn över de auktoriserade sammanslutningarna.

*Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* avgör frågor om auktorisation och har tillsyn över de auktoriserade sammanslutningarna.

#### 6 a §<sup>3</sup>

En sammanslutning, som har auktorisation enligt 6 §, får beviljas auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i ett annat land, i viss del av ett annat land eller med viss adoptionskontakt i ett annat land, under förutsättning att

1. det andra landet har en adoptionslagstiftning eller annan tillförlitlig reglering av internationell adoption, som beaktar de grundläggande principer för internationell adoption som uttrycks i Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter och i 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner,

2. det andra landet eller den aktuella delen av det andra landet har en fungerande administration kring internationell adoptionsverksamhet,

3. det står klart att sammanslutningen kommer att förmedla adoptioner från det andra landet eller den aktuella delen av det andra landet på ett sakkunnigt och omdömesgillt sätt, utan vinstintresse och med barnets bästa som främsta riktmärke,

4. sammanslutningen redovisar kostnaderna i det andra landet och hur de fördelar sig,

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2009:289.

5. det med hänsyn till kostnadsbilden och omständigheterna i övrigt bedöms som lämpligt att sammanslutningen inleder eller fortsätter ett adoptionsarbete med det andra landet, och

6. sådan annan verksamhet än internationell adoptionsförmedling som sammanslutningen bedriver, inte äventyrar förtroendet för adoptionsverksamheten.

En sammanslutning som beviljats auktorisation för att arbeta med internationell adoptionsförmedling i ett annat land, viss del av ett annat land eller med viss adoptionskontakt i ett annat land, får bedriva verksamhet i det landet endast om behörig myndighet i det andra landet har gett sitt tillstånd till det, eller har förklarat att den är beredd att acceptera sammanslutningens verksamhet i landet.

I ärenden om auktorisation enligt denna paragraf ska *MIA* samråda med den svenska utlandsmyndigheten i det andra landet, om det inte är uppenbart obehövt, samt vid behov med barnrättsorganisationer som verkar i det andra landet.

I ärenden om auktorisation enligt denna paragraf ska *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* samråda med den svenska utlandsmyndigheten i det andra landet, om det inte är uppenbart obehövt, samt vid behov med barnrättsorganisationer som verkar i det andra landet.

#### 7 §<sup>4</sup>

Auktorisation enligt 6 § får ges för högst fem år och auktorisation enligt 6 a § får ges för högst två år. Har en ny ansökan ingivits till *MIA* innan tidigare auktorisation löpt ut gäller tidigare auktorisationsbeslut i avvaktan på *MIA:s beslut*. Auktorisationen får även förenas med andra villkor som har betydelse för bedrivande av verksamheten, såsom vad som *skall* gälla om inbetalning av avgifter samt redovisning.

Auktorisation enligt 6 § får ges för högst fem år och auktorisation enligt 6 a § får ges för högst två år. Har en ny ansökan getts in till *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* innan tidigare auktorisation löpt ut gäller tidigare auktorisationsbeslut i avvaktan på *beslut från Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd*. Auktorisationen får även förenas med andra villkor som har betydelse för bedrivande av verksamheten, såsom vad som *ska* gälla om inbetalning av avgifter samt redovisning.

För att täcka kostnaderna för verksamheten får en auktoriserad sammanslutning ta ut skäliga avgifter av dem som anlitar sammanslutningen för internationell adoptionsförmedling.

---

<sup>4</sup> Senaste lydelse 2004:769.

8 a §<sup>5</sup>

Sammanlutningen *skall* skyndsamt meddela *MIA* sådana förändringar i sammanlutningens verksamhet i Sverige och i utlandet samt sådana förändringar i politiska, juridiska eller andra förhållanden i utlandet som kan ha betydelse för förmedlingsverksamheten.

Sammanlutningen *ska* skyndsamt meddela *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* sådana förändringar i sammanlutningens verksamhet i Sverige och i utlandet samt sådana förändringar i politiska, juridiska eller andra förhållanden i utlandet som kan ha betydelse för förmedlingsverksamheten.

8 b §<sup>6</sup>

En auktoriserad sammanlutning är skyldig att dokumentera förmedlingsverksamheten. Dokumentation *skall* utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärenden samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Dokumentation *skall* bevaras så länge den kan antas ha betydelse för den som förmedlats för adoption genom sammanlutningen, eller för honom eller henne närstående personer.

Kopia av handlingar som avser en viss adoption *skall* skickas till den socialnämnd som avses i 6 kap. 15 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Om sammanlutningen upphör med sin förmedlingsverksamhet, *skall* dokumentation av förmedlingsverksamheten överlämnas till *MIA* för förvaring.

En auktoriserad sammanlutning är skyldig att dokumentera förmedlingsverksamheten. Dokumentation *ska* utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärenden samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Dokumentation *ska* bevaras så länge den kan antas ha betydelse för den som förmedlats för adoption genom sammanlutningen, eller för honom eller henne närstående personer.

Kopia av handlingar som avser en viss adoption *ska* skickas till den socialnämnd som avses i 6 kap. 15 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Om sammanlutningen upphör med sin förmedlingsverksamhet, *ska* dokumentation av förmedlingsverksamheten överlämnas till *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för förvaring.

---

<sup>5</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>6</sup> Senaste lydelse 2004:769.

8 c §<sup>7</sup>

Den som en sammanslutnings handlingar i förmedlingsverksamheten rör *skall* på begäran, så snart som möjligt, tillhandahållas efterfrågade handlingar för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om det inte kan antas att en annan enskild person lider men.

Frågor om utlämnande enligt första stycket prövas av den som ansvarar för handlingarna. Anser denne att någon handling eller en del av en handling inte bör lämnas ut *skall* han eller hon genast med eget yttrande överlämna frågan till *MIA* för prövning.

Den som en sammanslutnings handlingar i förmedlingsverksamheten rör *ska* på begäran, så snart som möjligt, tillhandahållas efterfrågade handlingar för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om det inte kan antas att en annan enskild person lider men.

Frågor om utlämnande enligt första stycket prövas av den som ansvarar för handlingarna. Anser denne att någon handling eller en del av en handling inte bör lämnas ut *ska* han eller hon genast med eget yttrande överlämna frågan till *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för prövning.

9 §<sup>8</sup>

*MIA* har rätt att inspektera en auktoriserad sammanslutnings verksamhet och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

Den vars verksamhet inspekteras är skyldig att lämna den hjälp som behövs vid inspektionen.

*Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* har rätt att inspektera en auktoriserad sammanslutnings verksamhet och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

9 a §<sup>9</sup>

*MIA* får förelägga en auktoriserad sammanslutning att avhjälpa brister i förmedlingsverksamheten.

*Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* får förelägga en auktoriserad sammanslutning att avhjälpa brister i förmedlingsverksamheten.

10 §<sup>10</sup>

Auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i Sverige *skall* återkallas, om de förutsättningar som anges i 6 § inte längre finns. Sådan auktorisation *skall* också återkallas om sammanslutningen inte tillhandahåller *MIA* begärda upplysningar eller handlingar enligt 9 §

Auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i Sverige *ska* återkallas, om de förutsättningar som anges i 6 § inte längre finns. Sådan auktorisation *ska* också återkallas om sammanslutningen inte tillhandahåller *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* be-

<sup>7</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>8</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>9</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>10</sup> Senaste lydelse 2004:769.



eller följer myndighetens beslut enligt 9 a §. Detsamma gäller om sammanslutningen inte förmedlat något barn under de senaste två åren, om det inte finns särskilda skäl.

Auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i ett annat land *skall* återkallas, om de förutsättningar som anges i 6 eller 6 a § inte längre finns.

En auktorisation *skall* vidare återkallas, om sammanslutningen inte uppfyller villkor som uppställts för auktorisationen.

gärda upplysningar eller handlingar enligt 9 § eller följer myndighetens beslut enligt 9 a §. Detsamma gäller om sammanslutningen inte förmedlat något barn under de senaste två åren, om det inte finns särskilda skäl.

Auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i ett annat land *ska* återkallas, om de förutsättningar som anges i 6 eller 6 a § inte längre finns.

En auktorisation *ska* vidare återkallas, om sammanslutningen inte uppfyller villkor som uppställts för auktorisationen.

#### 12 §<sup>11</sup>

Om en auktoriserad sammanslutning har vägrat adoptionsförmedling i ett visst fall, får *MIA* på begäran av den eller dem som söker adoption uppdra åt sammanslutningen att ändå förmedla adoptionen.

Om en auktoriserad sammanslutning har vägrat adoptionsförmedling i ett visst fall, får *Myndigheten familjerätt och föräldraskapsstöd* på begäran av den eller dem som söker adoption uppdra åt sammanslutningen att ändå förmedla adoptionen.

#### 14 §<sup>12</sup>

*MIA:s beslut* enligt 4 § tredje meningen, 6 §, 6 a § första stycket, 7 § första stycket, 9 a och 10 §§ får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

*Beslut av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* enligt 4 § tredje meningen, 6 §, 6 a § första stycket, 7 § första stycket, 9 a och 10 §§ får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

I fråga om överklagande av *MIA:s* beslut enligt 8 c § andra stycket gäller bestämmelserna i 6 kap. 7–11 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

I fråga om överklagande av beslut *av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* enligt 8 c § andra stycket gäller bestämmelserna i 6 kap. 7–11 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

*MIA:s beslut* i övrigt får inte överklagas.

*Beslut i övrigt av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* får inte överklagas.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016.

---

<sup>11</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>12</sup> Senaste lydelse 2009:465.

## 2.6 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att 26 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 26 kap. 13 §

Sekretess gäller hos *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)* i ärende om sådana frågor för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. Motsvarande sekretess gäller för handlingar som lämnats över till *MIA* för förvaring enligt 8 b § tredje stycket lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling.

Sekretess gäller hos *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* i ärende om sådana frågor för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. Motsvarande sekretess gäller för handlingar som lämnats över till *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för förvaring enligt 8 b § tredje stycket lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst femtio år.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016.

## 3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

### 3.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar områdena Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsopolitik inklusive alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel, Funktionshinderspolitik, Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning samt Barnrättspolitik.

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

### 3.2 Utgiftsutveckling

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

*Milljoner kronor*

	Utfall 2014	Budget 2015 <sup>1</sup>	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
Hälso- och sjukvårdspolitik	31 667	33 345	32 472	<b>35 301</b>	33 572	33 622	33 360
Folkhälsopolitik	787	898	798	<b>804</b>	858	859	836
Funktionshinderspolitik	221	236	236	<b>246</b>	247	248	249
Politik för sociala tjänster	28 195	29 587	29 488	<b>32 289</b>	32 854	33 832	32 620
Barnrättspolitik	48	58	52	<b>58</b>	52	47	48
Forskningspolitik	553	540	533	<b>539</b>	546	555	566
Äldreanslag	118	104	98	<b>0</b>	0	0	0
<b>Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg</b>	<b>61 589</b>	<b>64 768</b>	<b>63 676</b>	<b>69 238</b>	<b>68 129</b>	<b>69 164</b>	<b>67 679</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2016–2019.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>61 898</b>	<b>61 898</b>	<b>61 898</b>	<b>61 898</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	48	112	206	297
Beslut	4 283	908	-567	-3 821
Övriga makro- ekonomiska förutsätt- ningar	1 487	2 953	4 626	5 706
Volymer	1 523	2 261	3 004	3 603
Överföring till/från andra utgifts- områden		0	0	0
Övrigt	-2	-4	-4	-4
<b>Ny ramnivå</b>	<b>69 238</b>	<b>68 129</b>	<b>69 164</b>	<b>67 679</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2016 realekonomiskt fördelad.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2016
Transfereringar <sup>1</sup>	64 675
Verksamhetsutgifter <sup>2</sup>	4 538
Investeringar <sup>3</sup>	25
<b>Summa ramnivå</b>	<b>69 238</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2014 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

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

### 3.3 Skatteutgifter

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

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 2015 (skr. 2014/15:98). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till utgiftsområde 9.

**Tabell 3.3 Skatteutgifter**

Miljoner kronor

	Prognos 2015	Prognos 2016
Nedsatt förmånsvärde alkoholås	10	10
Läkemedel	2 040	2 130
Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård	-	-
<b>Totalt för utgiftsområde 9</b>	<b>2 050</b>	<b>2 140</b>

Ett "-" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

#### Nedsatt förmånsvärde alkoholås

Enligt 11 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229) 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. 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 § mervärdesskattelagen (1994:200). Det innebär att försäljningen är undantagen från mervärdesskatt men att ingående mervärdesskatt är avdragsgill. (Icke receptbelagda läkemedel beskattas med normal skattesats.) Skattebefrielsen ger upphov till en skatteutgift avseende mervärdesskatt.

### Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård

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

### 3.4 Mål för utgiftsområdet

I det följande redovisas de mål som gäller för utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg och underliggande områden. Regeringen lämnar i denna proposition (avsnitt 4.3) förslag om ändring av målet för Hälso- och sjukvårdspolitik.

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

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

#### Folkhälsopolitik inklusive alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel (avsnitt 5)

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

#### Funktionshinderspolitik (avsnitt 6 och 7)

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

#### Politik för sociala tjänster (avsnitt 7)

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

#### Barnrättspolitik (avsnitt 8)

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

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

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



## 4 Hälsa- och sjukvårdspolitik

### 4.1 Omfattning

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

De anslag som omfattas av avsnittet rör tandvårdsförmåner, läkemedelsförmåner, bidrag till folkhälsa och sjukvård, sjukvård i internationella förhållanden, bidrag till psykiatri, bidrag för samordning och tillgänglighet samt bidrag för mänskliga väpnader och celler.

Avsnittet omfattar även anslag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket, E-hälsa-myndigheten samt Socialstyrelsen. Myndigheternas verksamheter rör i vissa avseenden flera avsnitt under utgiftsområdet. Inom avsnittet behandlas också det statligt ägda bolaget Apotek Produktion & Laboratorier AB.

### 4.2 Utgiftsutveckling

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

Miljoner kronor

	Utfall 2014	Budget 2015 <sup>1</sup>	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
<i>Hälsa- och sjukvårdspolitik</i>							
1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	30	32	32	<b>34</b>	34	34	35
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	59	68	67	<b>80</b>	80	82	83
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	140	133	131	<b>139</b>	140	143	145
1:4 Tandvårdsförmåner	5 226	5 786	5 156	<b>5 617</b>	5 850	6 046	6 286
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	21 546	22 650	22 650	<b>22 174</b>	22 270	22 270	22 270
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	1 625	1 443	1 352	<b>3 753</b>	2 735	2 635	2 097
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	489	612	485	<b>503</b>	482	494	504
1:8 Bidrag till psykiatri	809	842	811	<b>1 081</b>	1 079	1 079	1 084
1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet	1 000	1 000	1 000	<b>1 000</b>	0	0	0
1:10 Bidrag för mänskliga väpnader och celler	74	74	74	<b>74</b>	74	0	0
1:11 Läkemedelsverket	121	123	120	<b>131</b>	132	135	138
1:12 E-hälsomyndigheten	54	114	115	<b>119</b>	114	115	117
8:1 Socialstyrelsen	494	469	480	<b>596</b>	580	590	601
<b>Summa Hälsa- och sjukvårdspolitik</b>	<b>31 667</b>	<b>33 345</b>	<b>32 472</b>	<b>35 301</b>	<b>33 572</b>	<b>33 622</b>	<b>33 360</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 4.3 Mål för området

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

---

**Regeringens förslag:** Regeringen föreslår att följande mål ska gälla för hälso- och sjukvårdspolitiken: Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

---

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen föreslår att i målet för hälso- och sjukvårdspolitiken tydliggöra att hälso- och sjukvården även ska vara jämlik och jämställd.

Det främsta skälet till förslaget är de utmaningar som finns när det gäller att minska ojämlikheterna i hälso- och sjukvården. Det handlar t.ex. om omotiverade skillnader mellan socioekonomiska grupper, geografiska områden samt mellan kvinnor och män respektive flickor och pojkar. Jämställdhet är även en dimension av jämlikhet. Regeringen vill särskilt lyfta fram jämställdhetsperspektivet i målet. I den första delen av målet återkommer grundläggande dimensioner från det nuvarande målet, dvs. att hälso- och sjukvården ska vara behovsanpassad, effektiv och av god kvalitet. Den andra delen av målet omfattar dimensioner som framför allt har bäring på att hälso- och sjukvård ska ges efter behov, dvs. vara jämlik, jämställd och tillgänglig. Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken gäller liksom tidigare även för tandvården.

Det nuvarande målet beslutades i samband med budgetpropositionen för 2008 (prop. 2007/08:1, bet. 2007/08:SoU1, rskr. 2007/08:86). I samband med budgetpropositionen för 2009 beslutades att målet för politikområdet Hälso- och sjukvårdspolitik skulle gälla för hälso- och sjukvårdspolitiken under utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Regeringen anser att det fortsatt är angeläget att hälso- och sjukvårdspolitiken ska ha som mål att hälso- och sjukvården ska vara behovs-

anpassad, effektiv, tillgänglig och av god kvalitet. Därför föreslås inga ändringar i dessa delar.

Det bör även noteras att insatserna inom ramen för hälso- och sjukvårdspolitiken bidrar till uppfyllelsen av regeringens mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (avsnitt 5 Folkhälsopolitik). En jämställd hälso- och sjukvård bidrar dessutom till uppfyllelsen av de jämställdhetspolitiska målen (utg.omr. 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering). En god hälsa för kvinnor och män respektive flickor och pojkar bidrar till ett jämställt och aktivt deltagande i samhället.

Inom ramen för olika författningar finns ytterligare mål för hälso- och sjukvården och dess olika verksamheter.

### 4.4 Resultatredovisning

Resultatredovisningen avser att belysa hur de statliga insatserna bidragit till uppfyllelsen av det nuvarande målet för hälso- och sjukvårdspolitiken. Strukturen på resultatredovisningen utgår från olika verksamhetsområden. Under rubriken Analys och slutsatser behandlas resultaten i förhållande till det nuvarande målet, dvs. att hälso- och sjukvården ska vara behovsanpassad, tillgänglig, effektiv och av god kvalitet.

#### 4.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Måluppfyllelsen inom hälso- och sjukvårdspolitiken bedöms bl.a. med utgångspunkt i följande indikatorer:

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

Där det är tillämpligt redovisas indikatorerna efter relevanta faktorer såsom kön och socioekonomi. Indikatorer och bedömningsgrunder som används för att följa måluppfyllelsen bygger



framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer.

#### 4.4.2 Resultat

##### Hälsa- och sjukvården utgår till stor del från den kommunala självstyrelsen

Statens ansvar för hälso- och sjukvården omfattar att främja goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet i vid bemärkelse. Landstingen och i viss utsträckning kommunerna har ett primärt ansvar för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering och drift.

Det delade ansvaret för hälso- och sjukvården avspeglas i tabell 4.2 som redovisar utgiftsutvecklingen inom området. Diagram 4.1 visar kostnaderna för hälso- och sjukvård per invånare. Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2013 till 22 286 kronor per invånare. I öppna jämförelser av hälso- och sjukvården 2014 konstateras att kostnadsökningarna generellt sett varit måttliga under den senaste tioårsperioden, mätt som kostnad per invånare i fasta priser.

**Tabell 4.2 Hälsa- och sjukvårdsutgifter, 2011–2013**

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

	2011	2012	2013 <sup>2</sup>
Offentlig sektor <sup>3</sup>	327,6 (85)	336,6 (84)	348,8 (84)
Stat <sup>3</sup>	5,9 (2)	6,3 (2)	6,8 (2)
Landsting <sup>3</sup>	223,7 (68)	229,1 (68)	236,5 (68)
Kommuner <sup>3</sup>	98,0 (30)	101,2 (30)	105,5 (30)
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	1,9 (0,5)	2,0 (0,5)	2,4 (0,6)
Hushållens ideella organisationer	0,3 (0,1)	0,3 (0,1)	0,3 (0,1)
Företag	1,7 (0,4)	1,7 (0,4)	1,8 (0,4)
Hushållens utgifter ur egen ficka	54,4 (14)	57,7 (14)	61,4 (15)
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>385,9</b>	<b>398,4</b>	<b>414,7</b>
Andel av bruttonationalprodukten (BNP)	10,6	10,8	11,0

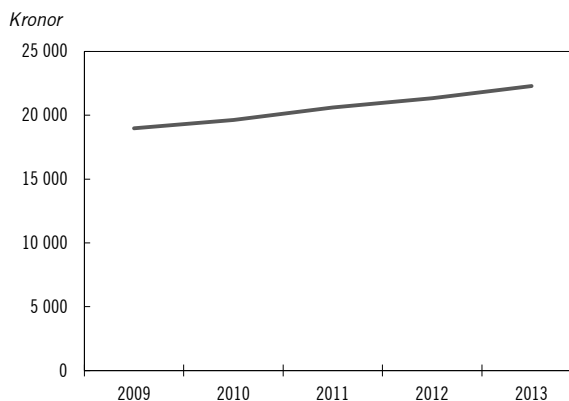
<sup>1</sup> Hälsoräkenskaperna redovisar fr.o.m. 2015 uppgifter på ett delvis nytt sätt. Uppdateringarna innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdsbegreppet utökats, vilket framför allt påverkar hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Detta medför att hälso- och sjukvårdens andel av BNP nu är högre än enligt tidigare publicerad data. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.

<sup>2</sup> Uppgifterna för 2013 är baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.

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

Källa: Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna).

**Diagram 4.1 Hälsa- och sjukvårdskostnader per invånare, 2009–2013**

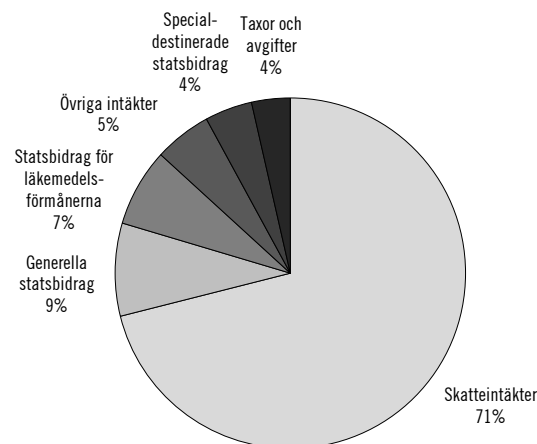


Anm: Strukturjusterade kostnader i 2013 års priser. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstrukturingskostnader är exkluderade. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.

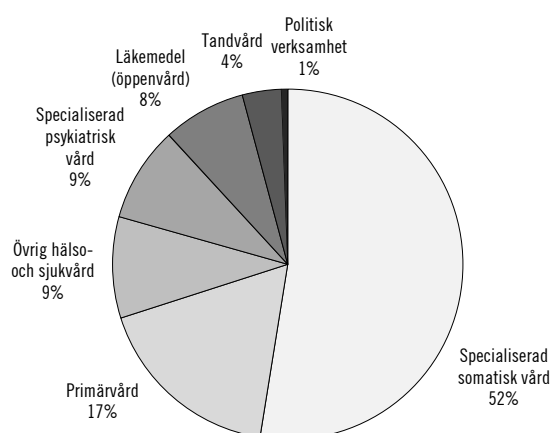
Källor: Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen (Öppna jämförelser hälso- och sjukvård 2014).

Diagram 4.2 och 4.3 redovisar fördelningen av landstingens intäkter respektive kostnader för hälso- och sjukvård. Av landstingens totala kostnader bestod ca 90 procent av kostnader för hälso- och sjukvård. Jämfört med föregående år är fördelningarna av landstingens intäkter och kostnader i stort sett oförändrade.

**Diagram 4.2 Landstingens intäkter 2014, procentuellt fördelade på intäktslag**



Källor: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

**Diagram 4.3 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2014, procentuellt fördelade på verksamhetsområde**

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

### Positiv utveckling överlag, trots ojämlikheter

Den svenska hälso- och sjukvården presterar överlag goda resultat. I internationella jämförelser intar svensk hälso- och sjukvård en framstående position i flera avseenden. Utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet följs kontinuerligt upp genom t.ex. olika typer av öppna jämförelser och rapporter, såsom Socialstyrelsens årliga lägesrapporter. Under de senaste decennierna har medicinska resultat och effektivitet överlag förbättrats. Det kvarstår dock utmaningar vad gäller t.ex. ett patientcentrerat förhållningssätt, samordning och tillgänglighet. Det förekommer fortsatt ojämlikheter inom hälso- och sjukvården.

#### *Ojämlikheter inom hälso- och sjukvård*

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi.

Alla skillnader i vården är inte ojämlik vård. Skillnader kan vara medicinskt motiverade eller uttryck för en väl fungerande patientcentrerad vård som tar hänsyn till den enskildes behov och situation. Lika villkor och likvärdigt bemötande är inte samma sak som samma villkor och samma bemötande. Arbetet för en mer jämlik vård inriktas på att identifiera och motverka omtiverade skillnader.

Hälso- och sjukvården kan bidra till förbättrade förutsättningar för att uppnå jämlik hälsa. Detta kan bl.a. ske genom ökad tillgänglighet för grupper med stort behov av hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och behandlande insatser. Jämlik hälsa behandlas framför allt i avsnitt 5 Folkhälsopolitik. Ojämlikheter i hälsa kan yttra sig inom hälso- och sjukvården som skillnader i resultat även om de behandlande insatserna varit likvärdiga.

Skillnader i utfall vad gäller hälsa och vård lyfts bl.a. fram genom uppföljning av insjuknande, dödlighet, vård och behandling. Uppföljningarna visar t.ex. på skillnader mellan socioekonomiska grupper. Resultatredovisningen använder utbildningsnivå för att beskriva socioekonomiska skillnader. Det finns dessutom regionala skillnader mellan landstingen på grund av olikheter i lokala förutsättningar och organisation. Det finns även skillnader mellan könen. Kvinnor har sämre självskattad hälsa och söker oftare vård än män. Motsvarande gäller för flickor och pojkar. Män har samtidigt kortare medellivslängd än kvinnor, vilket delvis beror på högre dödlighet i sjukdomar som egentligen går att förebygga och behandla. Kvinnor och män vårdas däremot i samma utsträckning på sjukhus. Ett exempel på ojämlik vård är att både kvinnor och män med psykisk sjukdom underbehandlas för andra åkommor än psykisk ohälsa inom olika delar av hälso- och sjukvården.

#### *Sammanfattande mått illustrerar resultat för flera sjukdomar*

Hälso- och sjukvården kännetecknas av en positiv utveckling i stort, trots vissa konstaterade ojämlikheter. Detta styrks bl.a. av sammanfattande indikatorer som tagits fram för att följa utvecklingen på en övergripande nivå.

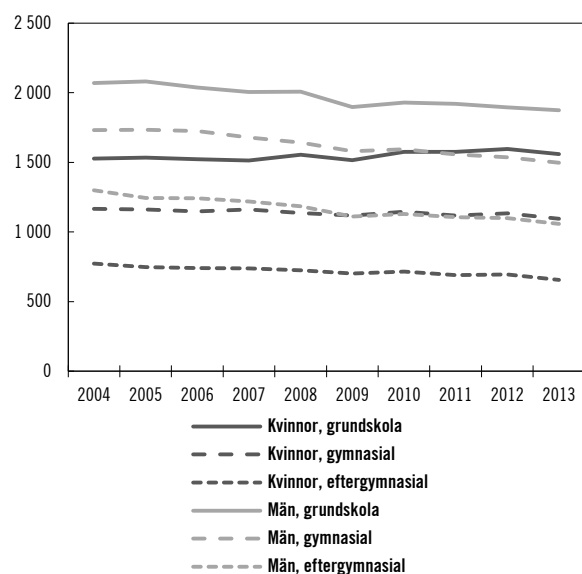
Diagram 4.4 visar utvecklingen av undvikbara slutenvårdstillfällen. Måttet bygger på antagandet att ett väl fungerande omhändertagande inom den öppna vården för ett antal utvalda sjukdomstillstånd kan förhindra att patienterna behöver vårdas på sjukhus. Män vårdas i högre utsträckning än kvinnor inom slutenvården för dessa diagnoser. En orsak till detta kan vara att det är vanligare att män drabbas av några av de sjukdomar som omfattas av måttet. En annan orsak kan vara att män inte i lika hög grad som kvinnor söker vård i öppna vårdformer. Undvikbar slutenvård är vanligare bland kvinnor och

män med lägre utbildning, vilket illustrerar betydelsen av socioekonomiska faktorer.

Diagram 4.5 visar utvecklingen av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Måttet består av dödlighet i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka genom tidig upptäckt och medicinska insatser. Dödligheten för män är generellt sett högre än för kvinnor i de diagnoser som ingår. Även för denna indikator påverkar socioekonomiska faktorer utfallet så tillvida att kvinnor och män med lägre utbildning har högre dödlighet i dessa sjukdomar.

**Diagram 4.4 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, efter utbildningsnivå, kvinnor och män, 2004–2013**

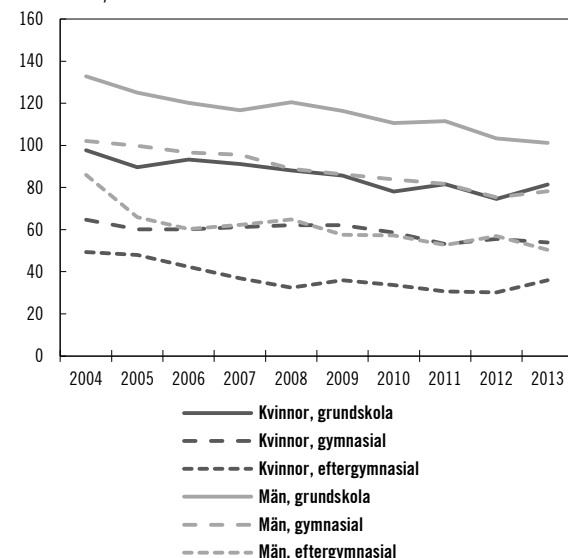
Antal personer per 100 000 invånare



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

**Diagram 4.5 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, efter utbildningsnivå, kvinnor och män, 2004–2013**

Antal döda per 100 000 invånare

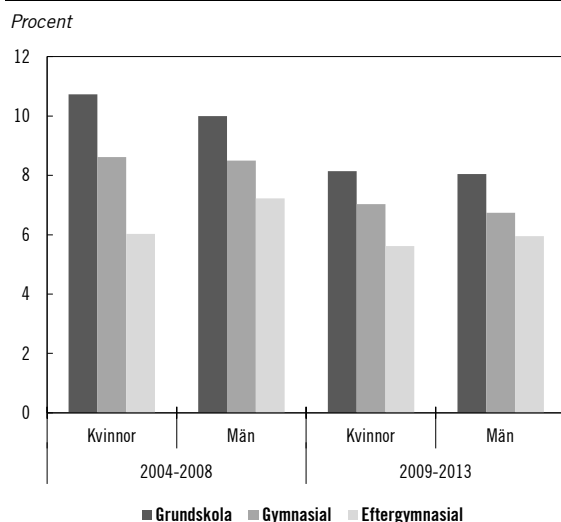


Anm: Åldersgrupperna 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.  
Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

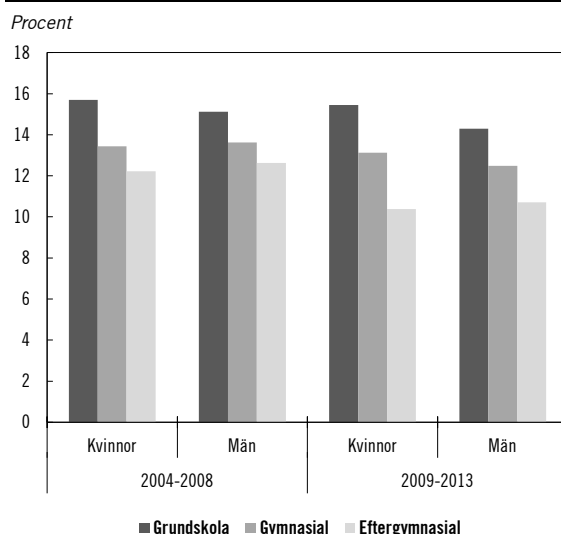
*Resultat för stora sjukdomsgrupper illustrerar utvecklingen inom hälso- och sjukvården*

För att exemplifiera utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet presenteras i det följande dödlighet efter diagnos och behandling i hjärt- och kärlsjukdom respektive cancer. Dessa sjukdomar motsvarar de vanligaste dödsorsakerna i Sverige (avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

Diagram 4.6 och 4.7 visar dödlighet inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt respektive förstagsstroke. Måtten avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården. De senaste 10–20 åren har dödligheten efter hjärtinfarkt och stroke minskat tydligt för kvinnor och män. Det finns en tendens till avtagande minskning de senaste åren. Män som insjuknar i stroke vårdas oftare än kvinnor vid en strokeenhet, en vårdinsats som rekommenderas oavsett kön. Kvinnor och män med lägre utbildning har generellt sett en högre dödlighet efter hjärtinfarkt och stroke.

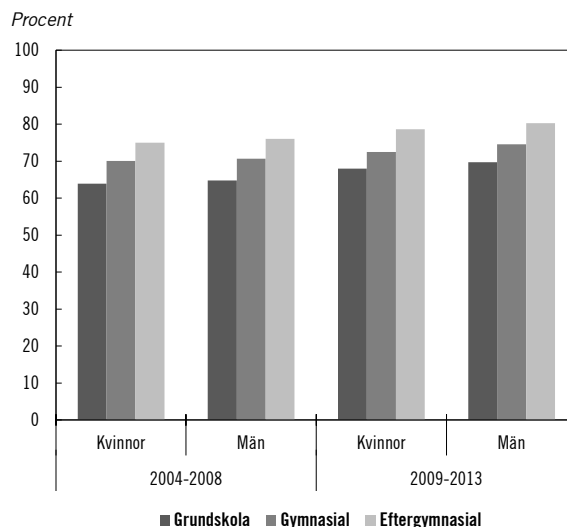
**Diagram 4.6 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, efter utbildningsnivå, kvinnor och män, 2004–2013**

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

**Diagram 4.7 Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke, efter utbildningsnivå, kvinnor och män, 2004–2013**

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

Diagram 4.8 visar den relativa femårsöverlevnaden vid cancersjukdom. Överlevnaden vid cancer har generellt sett ökat under de senaste 20 åren. Dessa förbättringar beror bl.a. på att vården har fått bättre möjligheter att ställa tidig diagnos och erbjuda effektiv behandling. Canceröverlevnaden har ökat mer bland män än bland kvinnor, vilket resulterat i att skillnaden mellan könen minskat vad avser detta övergripande mått. Kvinnor och män med lägre utbildning har generellt lägre överlevnad efter en cancerdiagnos.

**Diagram 4.8 Relativ femårsöverlevnad vid cancersjukdom, kvinnor och män, 2004–2013**

Anm: Åldersgrupperna 30–79 år (ålder vid diagnos). Åldersstandardiserade värden. Femårsmedelvärden.  
Källa: Socialstyrelsen (Cancerregistret, Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

### Medborgar- och patientperspektiv ger utgångspunkter för utvecklingsarbete

En central utgångspunkt för hälso- och sjukvården är att den ska utgå från den enskildes behov av vård. En patientcentrerad vård betyder att god vård ska genomföras i samråd med patienten och med respekt för hans eller hennes självbestämmande och integritet. Ett patientcentrerat förhållningssätt kan bidra till bättre resultat och en mer jämlik vård.

*Omdömen varierar mellan landsting och män är något mer nöjda än kvinnor*

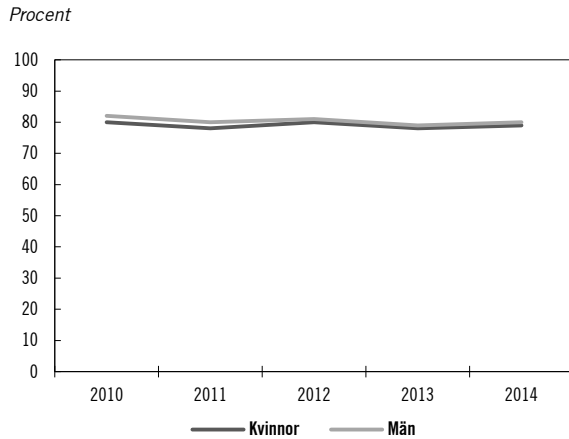
Befolkningens och patienternas omdömen avseende hälso- och sjukvården följs upp regelbundet genom enkätundersökningar. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomför exempelvis undersökningarna Vårdbarometern och Nationell patientenkät. Undersökningarna visar på regionala variationer vad gäller bedömningen av olika aspekter av hälso- och sjukvården. Män är generellt mer nöjda än kvinnor. Könsskillnaderna är inte stora, men de är genomgående och systematiska.

*Åtta av tio anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver*

Vårdbarometern undersöker befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Diagram 4.9 visar att nästan 80 procent anser att de har tillgång till

den sjukvård de behöver. Andelen som uppger sig ha stort förtroende för vårdcentralerna respektive sjukhusen i sitt landsting var 64 respektive 71 procent 2014. Personer med ett sämre allmänt hälsotillstånd instämde överlag i mindre utsträckning i ovanstående påståenden.

**Diagram 4.9** Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver, kvinnor och män, 2010–2014



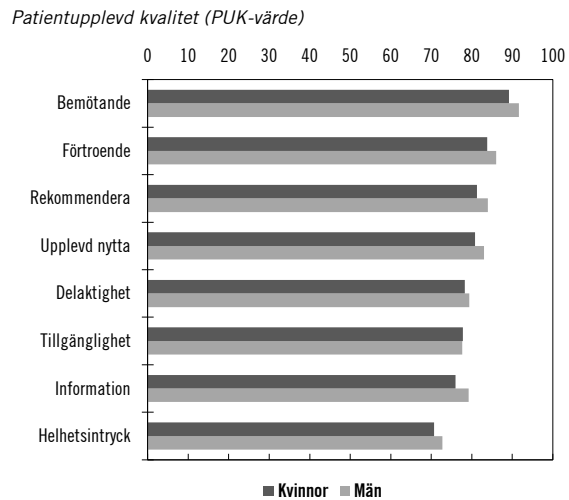
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

#### *Nio av tio är nöjda med bemötandet*

Nationell patientenkät undersöker patienternas erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården. Diagram 4.10 visar att patienterna generellt ger höga omdömen om primärvården. Omdömena är stabila över tid. Omkring 90 procent av patienterna inom primärvård och specialiserad vård är nöjda med bemötandet. Det kan dock på grund av svarsbortfall ifrågasättas om resultatet helt speglar uppfattningarna hos svårt sjuka eller socioekonomiskt utsatta grupper.

Det finns behov för hälso- och sjukvården att utveckla bemötandet, t.ex. vad gäller patientinformation och delaktighet. I mötet med patienten kan hälso- och sjukvården även ha betydelse för att upptäcka kvinnors och barns våldsutsatthet. Socialstyrelsen redovisade i oktober 2014 ett uppdrag vilket omfattade att ta fram en vägledning för personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att förstärka personalens förutsättningar att upptäcka våldsutsatthet (utg.omr. 13 Jämställdhet och nyanlända invandrares etablering).

**Diagram 4.10** Patientupplevd kvalitet i primärvård, kvinnor och män, 2014

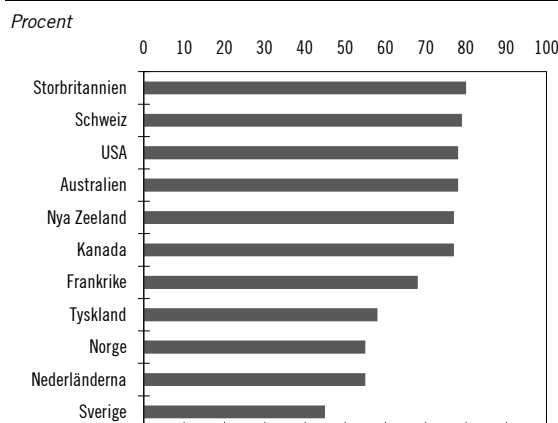


Anm: Resultaten presenteras i form av ett viktat värde, patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Ett PUK-värde ligger mellan 0 och 100 och ett högre värde innebär högre patientupplevd kvalitet. Vid framräkningen av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort såsom "ej ifyllt" och "ej aktuellt". Varje 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).

#### *Sämre resultat för patientcentrering och samordning än andra länder*

Sverige deltog 2014 i en internationell jämförande befolkningsundersökning (International Health Policy Survey, IHP). Resultaten visar bl.a. på att svensk hälso- och sjukvård presterar sämre än andra länder vad gäller patientcentrering och samordning (diagram 4.11). Det gäller särskilt för personer med återkommande vårdbehov. När det gäller stöd till personer med kronisk sjukdom mellan läkarbesöken pekar däremot undersökningen på att Sverige är bland de bättre på att erbjuda stöd. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerade i november 2014 en rapport som sammanfattar de svenska och internationella resultaten från undersökningen.

**Diagram 4.11 Andel i befolkningen som alltid/ofta får hjälp av ordinarie läkare/mottagning att koordinera eller planera vård från andra läkare/ställen, 2014**

Anm: Patienter som aldrig behövt koordinering har exkluderats. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.

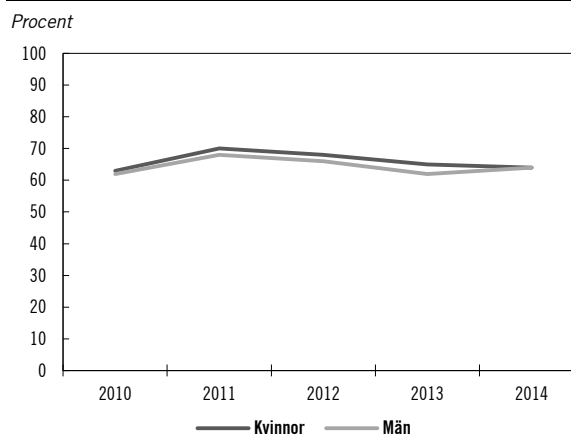
Källa: The Commonwealth Fund (International Health Policy Survey, IHP).

### Ojämn utveckling av tillgängligheten

Tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård är god i bemärkelsen att systemet omfattar alla och att patientavgifterna är förhållandevis låga.

Diagram 4.12 redovisar andelen i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att väntetider till besök på vårdcentral är rimliga. Resultaten visar på en tendens till negativ trend de senaste åren. Personer med grundskoleutbildning och de som är födda i Norden är generellt sett mer nöjda med tillgängligheten jämfört med dem med längre utbildning respektive dem som är födda utanför Norden. Skillnaderna mellan kvinnor och män är små.

Andelen av befolkningen som uppger att de under de senaste tre månaderna avstått från vård trots behov är ca 15 procent. Denna andel är något högre bland kvinnor jämfört med män samt bland personer med grundskole- eller gymnasieutbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Orsakerna till att avstå från vård trots behov är ofta andra än ekonomiska och har bl.a. att göra med vårdens tillgänglighet.

**Diagram 4.12 Andel som instämmer helt eller delvis i att väntetider till besök på vårdcentral är rimliga, kvinnor och män, 2010–2014**

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

### Väntetider i primärvård och specialiserad vård

Väntetiderna inom primärvården och den specialiserade vården har minskat sett över en längre period, enligt Socialstyrelsen. Det finns dock regionala skillnader och sedan 2011 är väntetiderna överlag relativt stabila.

Inom primärvården besvarades ca 90 procent av telefonsamtalen samma dag och ca 90 procent av kvinnor respektive män fick komma på ett läkarbesök inom sju dagar under 2014 och 2015. Dessa tidsperioder omfattas av den nationella vårdgarantin. Antalet vårdcentraler har varit runt 1 100 de senaste åren. Omkring 80 procent av vårdcentralerna finns i områden nära tätorter. För ca 80 procent av invånarna tar det mindre än fem minuter längre att åka med bil till en annan vårdcentral än till den som är närmast bostaden.

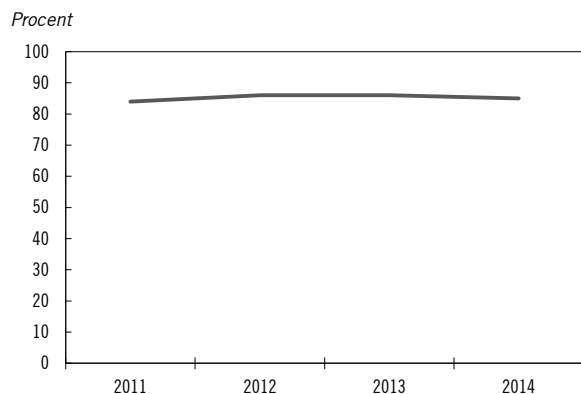
Andelen patienter som fick komma på första besök i specialiserad vård inom 90 dagar var ca 90 procent 2014. Diagram 4.13 redovisar utvecklingen av andelen patienter som fick behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar. Dessa tidsperioder omfattas också av den nationella vårdgarantin.

Den genomsnittliga totala vistelsetiden vid samtliga akutmottagningar var 2 timmar och 50 minuter första halvåret 2014, enligt Socialstyrelsen. Sedan den första mätningen 2010 har vistelsetiden ökat med 28 minuter. Närmare var tredje patient som besökt akuten menar att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Ovanstående uppgifter avseende specialist- och akutvården finns inte att tillgå uppdelade på kön.

De utmaningar som finns inom cancervården i form av långa väntetider som även varierar över landet beskrivs vidare nedan i samband med avsnittet om cancervård.

**Diagram 4.13 Andel patienter som får behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar, 2011–2014**



Anm: Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.  
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Väntetidsdatabasen Signe).

#### Ytterligare uppföljning av tillgängligheten

Regeringen har gett stöd till uppföljning av tillgängligheten, bl.a. genom utveckling av den nationella väntetidsdatabasen som förvaltas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Socialstyrelsen har dessutom i uppdrag att förbättra uppföljningen av tillgängligheten.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys redovisade i juni 2015 ett uppdrag om att göra en fördjupad analys av tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Analysen visar att det finns variationer mellan landsting, mellan olika vårdområden och även över året. Enligt myndigheten kan väntetiderna kortas genom effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalför-sörjning.

Världen över, och särskilt i Sverige, har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård. Denna utveckling har bidragit till bättre resultat och effektivitet. Det finns dock i vissa fall tecken på vårdplatsbrist inom den slutna vården. Detta kan leda till överbeläggningar, arbetsmiljöproblem och patientsäkerhetsrisker. Mot den bakgrunden följs även förekomsten av överbeläggningar upp.

#### Granskning inom tillgänglighetsområdet

Under de senaste åren har statliga initiativ inom tillgänglighetsområdet omfattat det obligatoriska vårdvalet i primärvården, den lagstadgade vårdgarantin och den tidigare prestationsbaserade överenskommelsen mellan staten och SKL med fokus på tillgänglighet. Socialstyrelsen har tidigare bl.a. beskrivit att den prestationsbaserade överenskommelsen kan leda till undanträngning av vissa patientgrupper.

Riksrevisionen granskade under 2014 det obligatoriska vårdvalet och den lagstadgade vårdgarantin. Dessutom granskade Riksrevisionen överenskommelser mellan staten och SKL inom hälso- och sjukvården. Regeringen redogjorde under 2015 för sina bedömningar och åtgärder med anledning av Riksrevisionens iakttagelser och rekommendationer (skr. 2014/15:52 och skr. 2014/15:72).

#### Insatser för tillgänglighet, samordning och en patientcentrerad vård

##### Överenskommelse för bättre tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffade i april 2015 en överenskommelse för bättre tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård. Överenskommelsen omfattar 1 miljard kronor 2015. Merparten av medlen ska komma landstingen till del i form av stimulansmedel. Överenskommelsen ersätter för 2015 den tidigare prestationsbaserade överenskommelsen mellan staten och SKL inom tillgänglighetsområdet.

Den övergripande målsättningen med överenskommelsen är att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård genom att främja och utveckla insatser för en mer patientcentrerad och tillgänglig vård. Överenskommelsen innebär bl.a. att landstingen ska ta fram handlingsplaner för hur vården ska utvecklas i enlighet med överenskommelsens målsättning. Planerna ska tas fram tillsammans med såväl patient- som verksamhetsföreträdare. Landstingen kommer också att följa upp och rapportera hur tillgängligheten i vården utvecklas samt redovisa genomförda insatser.

Arbetet kan t.ex. innebära att utveckla det ut-åtriktade arbetet i socioekonomiskt utsatta områden. Medlen kan även användas för innovativa lösningar för kommunikation mellan invånare

och vårdgivare, såsom olika slags e-hälsotjänster. Det kan också handla om insatser för förbättrad samordning av vården för patientgrupper som ofta är beroende av insatser från både primärvård och specialistvård.

#### *Patientlagen i kraft*

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen (2014:821) i kraft. Syftet med patientlagen är bl.a. att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården. Patientlagen ger bl.a. patienter möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, dvs. primärvård och öppen specialistvård, i hela landet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att följa införandet av lagen och belysa om lagen får avsedd effekt. I februari 2015 publicerades en baslinjemätning av hur vården levde upp till patientlagens krav innan lagen trädde i kraft. Mätningen visar bl.a. på brister i efterlevnaden av vissa skyldigheter som gällt sedan många år tillbaka.

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

Statskontoret har i uppdrag att analysera implementering och tillämpning av det nya regelverket som trädde i kraft den 1 juli 2013 genom lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. 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. I sin delrapport från april 2015 bedömer Statskontoret att personer som omfattas av lagen och söker hälso- och sjukvård i de flesta fall erbjuds vård i enlighet med vad lagen föreskriver.

#### *Utredningar och andra initiativ*

Utredningen om betalningsansvarslagen lämnade i mars 2015 betänkandet Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (SOU 2015:20). Utredningens förslag syftar till att minska ledtider och förbättra samordning av landstingens och kommunernas insatser efter slutenvård. Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Utredningen om beslutoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning (dir. 2012:72) redovisar sitt uppdrag i september 2015. Härutöver har utredningen om donations- och transplantationsfrågor bl.a. i uppdrag att se

över tillgängligheten till organ (dir. 2013:25). Uppdraget ska redovisas i oktober 2015.

Socialstyrelsen har under 2015 i uppdrag att göra en kartläggning av hur samtliga landsting formulerar sina uppdrag till primärvården. Kartläggningen ska omfatta såväl medicinskt innehåll som strukturella aspekter såsom förhållande till andra vårdnivåer och huvudmän. Under 2014 avsattes dessutom medel för att stärka patientens ställning genom stöd till utvecklingsprojekt med inriktning på landstingens ersättningsystem.

#### **Kunskapsbaserad vård och omsorg genom styrning med kunskap**

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård innebär att insatserna bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta patienternas behov på bästa möjliga sätt. Att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad vilar i hög grad på professionernas kompetens. En mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård bidrar till en mer jämlik, behovsanpassad och effektiv vård av hög kvalitet.

Styrning med kunskap avser system eller processer som syftar till en evidensbaserad praktik där kvalitetssäkrad kunskap sprids och tillämpas samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder fasas ut. Med statlig styrning med kunskap avses de föreskrifter och olika former av kunskapsstöd som statliga myndigheter tar fram och som riktar sig till huvudmän och olika professioner inom verksamheterna. Exempel på kunskapsstöd är nationella riktlinjer, utvärderingar och öppna jämförelser.

#### *Stärkt statlig styrning med kunskap*

Riksdagen beslutade i december 2014 om en mer samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur (prop. 2014/15:1, bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71). Reformen syftar till att den statliga styrningen i detta avseende ska bli mer samordnad, effektiv och anpassad efter de behov patienter och brukare, professioner samt huvudmän har.

Regeringen tog under året flera steg inför ikraftträdandet den 1 juli 2015. Ett led i arbetet var att besluta om en ny förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förordningen tydliggör vad som avses med denna statliga styr-



ning. Berörda statliga myndigheter ska bl.a. samverka i ett rådgivande organ, Rådet för styrning med kunskap. Rådet består av nio myndigheter med centrala roller i detta hänseende och utgör ett strategiskt forum för bl.a. kunskapsutveckling och nyttiggörande av forskning och innovationer. Föreskrifter från deltagande myndigheter ska samlas i en gemensam författningssamling för vilken Socialstyrelsen är utgivande myndighet. Representanter för huvudmännen erbjuds att delta i ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen. Härigenom skapas en struktur som speglar ansvarsfördelningen mellan staten och kommunsektorn vad gäller hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsens uppdrag har renodlats och vidareutvecklats så att myndigheten fått en tydligare roll som ett nav för den statliga styrningen med kunskap. Socialstyrelsen har även blivit värmyndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Uppdraget för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har breddats till att även innefatta socialtjänstens område. Även uppdraget för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utvidgats till att omfatta socialtjänstens område samt den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Folkhälsomyndigheten har övertagit Socialstyrelsens uppgifter enligt smittskyddslagen (2004:168) och lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

#### *Överenskommelse om kunskapsstöd och uppföljning*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slöt i januari 2015 en överenskommelse om kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården. Målet är att bidra till en jämlik, tillgänglig och säker vård av god kvalitet. Överenskommelsen omfattar ca 70 miljoner kronor för 2015. Medlen är bl.a. avsedda för insatser som ska främja en mer kunskapsbaserad och patientcentrerad hälso- och sjukvård. Aktiviteterna bidrar till genomförandet av den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Insatser för att följa upp tillgänglighet, patientsäkerhet och läkemedelsanvändning omfattas också.

#### *Nationella riktlinjer och utvärderingar*

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram kunskapsstöd, exempelvis i form av nationella rikt-

linjer, för åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det finns nationella riktlinjer för flertalet stora sjukdomsgrupper såsom hjärt- och kärlsjukdom, diabetes och de vanligaste cancerformerna.

Socialstyrelsen utvärderar regelbundet genomslaget av de nationella riktlinjerna. Myndigheten publicerade under 2014 och 2015 utvärderingar avseende sjukdomsförebyggande metoder, rörelseorganens sjukdomar, demenssjukdom samt kronisk obstruktiv lungsjukdom. Utvärderingarna visar på ett skiftande genomslag för riktlinjerna och adresserar flera rekommendationer till huvudmännen. Vidare framkommer att det tar lång tid innan riktlinjerna når ut i hälso- och sjukvården och tillämpas fullt ut.

#### *Översyn av organisation och regelverk*

Aktörer som verkar inom hälso- och sjukvården ska bidra till att det offentliga systemet på ett effektivt sätt skapar kvalitet och jämlikhet för invånarna.

Regeringen tillsatte i mars 2015 en utredning för att se över förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (dir. 2015:22, utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner). Uppdraget ska slutredovisas i november 2016.

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

Härutöver ska resultatet av utredningen om ökad koncentration av den högspecialiserade vården redovisas i november 2015 (dir. 2014:56). Syftet är uppnå förbättrade vårdresultat, en mer jämlik vård samt ett mer effektivt resursutnyttjande.

#### **Kvalitetsregister och öppna jämförelser bidrar till brett förbättringsarbete på olika nivåer**

Uppgifter om hälso- och sjukvårdens resultat från de nationella kvalitetsregistren underlättar uppföljning och förbättringsarbete i flera avseenden. Kvalitetsregistren bidrar bl.a. med underlag till öppna jämförelser. Öppna jämförelser har bidragit till bättre resultat och minskade

skillnader inom vården genom att arbetet med öppna jämförelser bland ledningar och personal sätter fokus på kvalitet och resultat.

#### Överenskommelse om nationella kvalitetsregister

Sedan 2011 finns en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) angående utveckling och finansiering av nationella kvalitetsregister 2012–2016. För 2015 omfattar överenskommelsen 220 miljoner kronor i statliga medel och 100 miljoner kronor från landstingen.

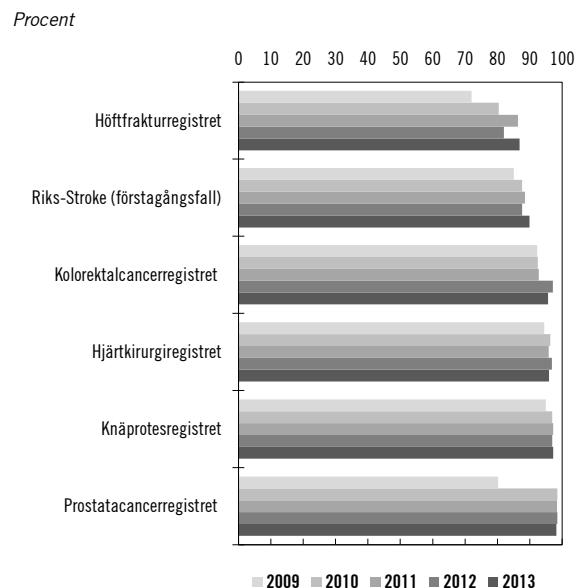
Insatserna inriktas på att förbättra datakvalitet, analyser och återkoppling. Hälso- och sjukvårdsverksamheterna bör i ökad utsträckning ha tillgång till och använda kvalitetsregister för lokalt förbättringsarbete, forskning och innovation. Dessutom genomförs insatser för ökad patientmedverkan, samordning av it-system och minskad dubbelregistrering. Inom ramen för överenskommelsen beviljades under 2015 medel till 89 register och 18 registerkandidater.

Den nationella uppföljningen av primärvårdens resultat är mindre utvecklad än uppföljningen av den specialiserade vården. Detta försvårar dels uppföljning av primärvården som en del av hälso- och sjukvården, dels uppföljning i vissa särskilda avseenden. Ett exempel på det senare är uppföljningen av kvinnors vård, eftersom de i högre grad än män söker sig till primärvården med anledning av exempelvis långvariga smärttillstånd och psykisk ohälsa.

#### Utvärdering av insatser avseende nationella kvalitetsregister

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys delredovisade i november 2014 ett uppdrag om att utvärdera insatserna avseende nationella kvalitetsregister. Myndigheten konstaterar att arbetet bidragit till utveckling av kvalitetsregistren, men att utmaningar återstår för att nå de slutgiltiga målen. Av de sex konkreta effektmål som sattes för slutet av 2013 har två uppnåtts: målet om att presentera resultatdata till patienter och målet om att verksamhetschefer ska använda registren i förbättringsarbete. Utmaningarna består t.ex. i att minska den manuella inmatningen och dubbelregistreringen samt att förbättra datakvaliteten och täckningsgraden. Diagram 4.14 redovisar goda exempel på utvecklingen av kvalitetsregistrens täckningsgrad som har betydelse för registrens användbarhet.

Diagram 4.14 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister, 2009–2013



Anm: Täckningsgrad i nationella kvalitetsregister i förhållande till totala antalet registreringar i Socialstyrelsens hälsodataregister. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön. Uppgifterna för Nationella prostatacancerregistret är ej jämförbara över åren.

Källa: Socialstyrelsen (Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren – jämförelser av täckningsgrader 2014).

#### Stöd till öppna jämförelser

Regeringen stöder arbetet med öppna jämförelser. Det sker dels genom uppdrag till Socialstyrelsen, dels genom överenskommelsen med SKL om kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården som beskrivs ovan. Utvecklingsarbetet tar sin utgångspunkt i handlingsplanen för öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården för 2014 och 2015. Det handlar t.ex. om att tillgängliggöra och främja användningen av öppna jämförelser bland patienterna, professionerna och verksamheterna. Socialstyrelsen har i uppdrag att under 2015 lägga särskild tonvikt på bl.a. jämlik vård samt skillnader mellan kvinnor och män.

#### Kunskapsuppbyggnad och informationsspridning inom särskilda områden

##### Sammanställning av kunskap inom förlossningsområdet

Den svenska mödra- och förlossningsvården håller i allmänhet hög kvalitet. Det finns dock fortfarande problem med komplikationer och skador hos födande kvinnor i samband med förlossning.

Mot denna bakgrund gav regeringen i mars 2015 Statens beredning för medicinsk och social

utvärdering (SBU) i uppdrag att systematiskt utvärdera, sammanställa och tillgängliggöra kunskap av betydelse för förlossningsvården. Uppdraget har bäring på metoder för att minska komplikationer och skador hos den födande kvinnan. Dessutom omfattas andra frågor inom förlossningsvården som har relevans för den födande kvinnans hälsa samt en kartläggning av vetenskapliga kunskapsluckor.

#### *Kunskapsbaserad användning av medicinteknik*

Inom hälso- och sjukvården har medicintekniska produkter en betydelsefull roll. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) redovisade i december 2014 ett uppdrag att bedriva försöksverksamhet angående hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade i sin utvärdering från februari 2015 att verksamheten har potential att skapa värde men att den bör utvecklas inom vissa områden.

Förhandlingarna avseende Europeiska kommissionens förslag till förordningar om medicintekniska produkter och viss diagnostik har fortsatt under året.

#### *Ökad samordning av resurser för personer med sällsynta sjukdomar*

Nationella funktionen för sällsynta diagnoser (NFSD) inrättades 2012. NFSD arbetar med samordning och informationsspridning inom området sällsynta sjukdomar. Under perioden 2015–2017 prioriteras verksamhet som bidrar till ökad samordning av hälso- och sjukvårdens insatser för denna målgrupp. Bland annat fungerar funktionen som en sammanhållande instans i arbetet med att bilda center för sällsynta diagnoser vid landets regionsjukhus. I dag finns sådana center i Stockholm och Göteborg. Beslut om att inrätta center har tagits i sydöstra respektive södra sjukvårdsregionen.

#### *Planeringsunderlag för traumavård*

För att kunna omhänderta ett större antal svårt skadade vid en allvarlig händelse kan det finnas behov av samordning mellan landsting. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en systematisk genomgång av traumavården och att utarbeta ett planeringsunderlag. Avsikten är att underlaget ska kunna stödja landstingen i att upprätta planer för traumavården och underlätta samverkan vid en allvarlig händelse.

#### *Kunskapsstöd och informationsmaterial för könsdysfori*

Könsdysfori är den medicinska benämningen för ett tillstånd som innebär ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen på grund av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet. Socialstyrelsen redovisade i april och juni 2015 uppdrag inom området. Myndigheten har tagit fram kunskapsstöd för vård av vuxna med könsdysfori respektive för vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Kunskapsstöden kompletteras av informationsmaterial till vårdsökande respektive hälso- och sjukvårdspersonal inom bl.a. primärvård.

#### **Fortsatt arbete för att främja förutsättningarna för patientsäkerhet och tillsyn**

##### *Förvaltning av infrastruktur för patientsäkerhet*

Insatser för en förbättrad patientsäkerhet har varit fortsatt prioriterade under året. Medel har tilldelats Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja landstingens patientsäkerhetsarbete och Socialstyrelsen för att följa utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet.

Under 2011–2014 slöts årliga överenskommelser mellan staten och SKL för insatser inom patientsäkerhetsområdet. Under 2014 avsattes totalt 675 miljoner kronor för patientsäkerhet, varav 525 miljoner kronor utbetalades till landstingen i enlighet med 2014 års överenskommelse.

Socialstyrelsen bedömer att överenskommelserna har gett positiva effekter, men att utvecklingen går långsamt. Överenskommelserna har påskyndat införandet av nya metoder och former för insamling, sammanställning och analys av data. Därmed har de bidragit till uppbyggnaden av en nationell infrastruktur för patientsäkerhet. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner minskar inte på nationell nivå. Däremot pekar SKL:s senaste mätning på en minskning av antalet allvarliga vårdskador. Riksrevisionen publicerade i juni 2015 en granskning avseende statliga insatser inom patientsäkerhetsområdet och relaterad tillsyn (RiR 2015:12).

Härutöver har en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag för att stärka skyddet för den enskilde vid vissa behandlingar och ingrepp som

utförs i exempelvis estetiskt syfte (dir. 2014:61). Uppdraget ska redovisas i november 2015.

#### *Tillsynen belyser problemområden*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inrättades 2013 och har i uppdrag att utöva tillsyn över bl.a. hälso- och sjukvård (avsnitt 7 Politik för sociala tjänster). Tillsynen ska bidra till säker hälso- och sjukvård av god kvalitet och på lika villkor i hela landet.

Under 2015 har IVO utvecklat metoder och redskap som ska ligga till grund för den egeninitierade tillsynen. En riskanalys har tagits fram som identifierar områden där det finns ökad risk för att hälso- och sjukvården inte bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning. Till dessa områden hör bl.a. samverkan mellan olika aktörer i vårdkedjan samt frågor om kompetensförsörjning och informationssäkerhet.

IVO:s tillsynsrapport för 2014 visar att de områden inom hälso- och sjukvården som pekats ut genom riskanalys behöver utvecklas vidare. En fortsatt utveckling kräver enligt IVO insatser på både nationell och regional nivå beträffande organisatoriska förutsättningar, ledarskap och kompetensutveckling. IVO lyfter även fram att patienter bör ges en aktiv roll i vårdens förbättringsarbete.

Barn och ungdomar som har kontakt med socialtjänst eller hälso- och sjukvård har rätt att kontakta IVO för att få information om sina rättigheter. IVO redovisade i december 2014 ett uppdrag att utveckla och pröva arbetssätt som säkerställer att barn som tvångsvårdas inom den psykiatriska vården får framföra sin mening inom ramen för tillsynsinsatser.

#### *En mer effektiv klagomålshantering*

Patienter och anhöriga fick 2011 utökade möjligheter att anmäla klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal.

Statskontoret redovisade i mars 2015 ett uppdrag att följa utvecklingen av klagomålshanteringen inom IVO. En viktig slutsats var att IVO bör se över sin ärendehantering för att göra den mer enhetlig och rättssäker. För att effektivisera klagomålshanteringen har IVO bl.a. genomfört en genomlysning av ärendeprocesserna, utvecklat en mer effektiv handläggning och inrättat en upplysningstjänst som ska stödja enskilda som vill få sina klagomål prövade av IVO.

Mot bakgrund av att ansvarsfördelningen mellan de instanser som tar emot klagomål inte

var ändamålsenlig tillsattes 2014 en utredning (dir. 2014:88). Utredningen lämnade i mars 2015 delbetänkandet Sedd, hörd och respekterad (SOU 2015:14). Betänkandet innehåller förslag om att vårdgivare och patientnämnder ska utgöra en första instans för klagomål. Vidare gör utredningen bedömningen att IVO:s ansvar för att pröva klagomål bör begränsas till särskilda fall. Delbetänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Uppdraget ska slutredovisas i december 2015.

Regeringen gav i juli 2015 även ett uppdrag till IVO att tillsammans med företrädare för patientnämnder, landsting och kommuner skapa en långsiktig samverkansstruktur. Samverkansstrukturen ska bidra till att IVO kan sammanställa och analysera klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal på nationell nivå. Erfarenheterna från klagomålen ska återkopplas till vårdgivarna och utgöra underlag för IVO:s tillsyn.

#### **Analys av kompetensförsörjningen pekar på fortsatt hög efterfrågan på personal**

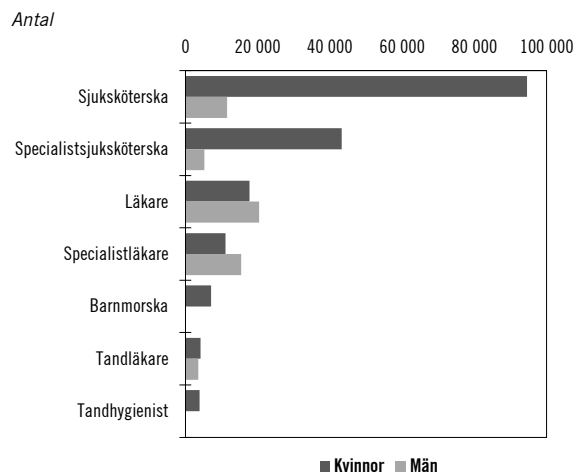
Medarbetare med rätt kompetens är en förutsättning för en god vård. Tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal ökar, men samtidigt ökar efterfrågan mer. För att stödja landstingens och kommunernas personalplanering har Socialstyrelsen i uppdrag att årligen ta fram ett nationellt planeringsstöd.

Av det nationella planeringsstödet 2015 framgår att tillgången på läkare, specialistläkare, barnmorskor och sjuksköterskor har ökat under 2007–2012. Tillgången på specialistsjuksköterskor har däremot minskat under perioden. Av Socialstyrelsens analys framgår att tillgången på ovannämnda personalgrupper i varierande grad är otillräcklig. Däremot har arbetsmarknaden för tandläkare och tandhygienister utvecklats mot balans mellan tillgång och efterfrågan.

Diagram 4.15 visar antal kvinnor och män som arbetar inom några av professionerna inom hälso- och sjukvården. Sverige har i internationellt perspektiv relativt många läkare per invånare. Antalet praktiserande läkare var 3,9 per 1 000 invånare 2012, enligt OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Genomsnittet för länderna inom Europeiska unionen var 3,4 per 1 000 invånare.

Mot bakgrund av att det inom vissa yrkeskategorier råder brist på utbildad personal har medel avsatts för utbyggnad av utbildningar. Det handlar bl.a. om utbildningarna till sjuksköterska, barnmorska och specialistsjuksköterska (utg.omr. 16 Utbildning och universitetsforskning).

**Diagram 4.15 Antal hälso- och sjukvårdspersonal för olika professioner, kvinnor och män, 2012**



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

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

#### *Insatser för en effektiv process för utlandsutbildade*

Hälso- och sjukvårdspersonal utbildad i annat land är en viktig resurs för svensk hälso- och sjukvård. Rörligheten har ökat mellan länderna inom Europeiska unionen (EU) och Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). För Sveriges del är de inflyttade fler än de utflyttade för alla yrkesgrupper som omfattas av det nationella planeringsstödet.

Regeringen har vidtagit åtgärder för att effektivisera prövningen av ansökningar om legitimation för hälso- och sjukvårdspersonal som har utbildning från ett land utanför EU/EES. Socialstyrelsen har under 2015 fått i uppdrag att bl.a. anordna kunskapsprov. Syftet med kunskapsproven är att pröva huruvida utlandsutbildade yrkesutövare lever upp till de svenska kraven, vilket bl.a. har betydelse för patientsäkerheten. Vidare har Socialstyrelsen fått i uppdrag att göra insatser för att korta handläggningstiderna och förbättra informationen till de sökande.

#### *Effektiv användning av medarbetarnas resurser*

Det finns flera tecken på att medarbetarnas resurser kan användas mer effektivt. Även om det i Sverige finns relativt många läkare per invånare träffar de färre patienter jämfört med

många andra länder, enligt OECD. Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (dir. 2013:104) publicerade i december 2014 en diskussionspromemoria. Promemorian påtalar behov av att utveckla styrsystem, it-stöd samt organisation och arbetssätt som stöder patientens väg genom vården. Uppdraget ska slutredovisas i december 2015.

#### **E-hälsa främjar tillgänglig och säker information inom vård och omsorg**

Hälso- och sjukvården använder flera typer av it-verktyg, dels som stöd i det dagliga patientarbetet, dels i form av tjänster för att hjälpa den enskilde i vårdkontaktarna. Flertalet av olika aktörers utvecklingsinsatser inom e-hälsoområdet tar sin utgångspunkt i den nationella strategin från 2010, Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg.

E-hälsomyndigheten inrättades den 1 januari 2014. Myndighetens uppdrag omfattar bl.a. ansvar för viss it-infrastruktur inom hälso- och sjukvårdsområdet samt uppföljning och samordning inom e-hälsoområdet. Myndigheten redovisade i december 2014 ett uppdrag om att utreda förutsättningar för en funktion som samordnar e-hälsoarbetet.

E-hälsokommittén avlämnade i mars 2015 sitt slutbetänkande, Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32). Ärendet remissbehandlas och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### *E-hälsa för medborgare, patienter och personal*

Ur ett patientperspektiv genomförs insatser för att införa eller öka användningen av e-hälso-tjänster för patienterna. E-hälsomyndigheten har i uppdrag att tillhandahålla en elektronisk tjänst i form av ett personligt hälsokonto. Utvecklingen av det personliga hälsokontot HälsaFörMig har fortsatt under året. Landstingen har dessutom gjort insatser för personliga e-hälso-tjänster. Fler invånare kommunicerar med vården via tjänsten Mina vårdkontakter och patienter får i större utsträckning möjlighet att ta del av sin journalinformation via internet.

Ur ett personalperspektiv pekar rapporter på att de effektiviseringsvinster som införandet av olika it-stöd syftat till inte har realiserats. Detta framhölls bl.a. i den diskussionspromemoria som

den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande presenterade 2014.

*Fortsatta insatser för att skapa gemensamma strukturer för informationsutbyte*

Patientinformation behöver kunna tillgängliggöras för behörig personal i olika delar av verksamheterna. I detta syfte har Socialstyrelsen ett ansvar för att samordna arbetet för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i hälso- och sjukvård och socialtjänst (avsnitt 7 Politik för sociala tjänster). Det handlar bl.a. om förvaltning av en nationell termbank och internationella klassifikationer.

Socialstyrelsen arbetade under 2014 även vidare med ett tidigare uppdrag om att utveckla förutsättningar för ett nationellt system avseende ordinationsorsaker vid läkemedelsbehandling. E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen har i uppdrag att under 2015 göra en analys av vilka resurser som behövs för långsiktig drift och förvaltning av ett nationellt system för ordinationsorsaker.

Inom ramen för det europeiska nätverket eHealth Network pågår olika insatser i syfte att utveckla utbyte av e-recept och viss patientinformation inom Europa. Dessutom finns inom ramen för Nordiska ministerrådet en e-hälso-grupp som t.o.m. maj 2015 leddes av Sverige och som arbetat för att utveckla bl.a. e-recepttjänster.

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

I syfte att främja rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle finns sedan 2011 den nationella läkemedelsstrategin med tillhörande handlingsplan. Läkemedelsverket har i uppdrag att kontinuerligt samordna och följa upp arbetet med att genomföra den nationella läkemedelsstrategin. Strategin har bidragit till att etablera ett gott samverkansförfarande med en tydlig arbetsprocess. Av omkring 40 aktiviteter i handlingsplanen 2014 har cirka hälften avslutats.

*Ordnat införande och stegvist godkännande av nya läkemedel*

Inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin har initiativ tagits till att skapa en nationell process för att uppnå ett mer samordnat nationellt införande av nya läkemedel för alla patienter i landet. Initiativet kallas ordnat införande och involverar myndigheter, landsting

och industri. Målsättningen är att åstadkomma en kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av nya läkemedel. Arbetet har bl.a. resulterat i en nationell rekommendation för introduktion av nya läkemedel mot hepatit C.

*Insatser för bättre läkemedelsbehandling av barn och äldre*

Den nationella läkemedelsstrategin har bl.a. fokuserat på läkemedelsbehandling för utsatta patientgrupper, framför allt barn och äldre.

Många läkemedel är ofullständigt dokumenterade för flickor och pojkar. Läkemedelsbehandling av barn bygger i stället ofta på den kunskap och erfarenhet som finns inom barnsjukvården.

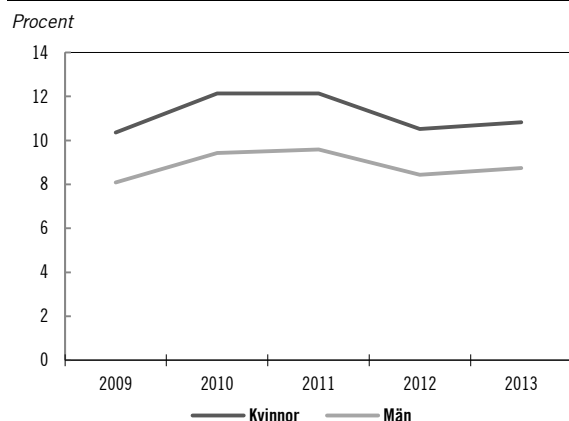
Regeringen har under 2015 tilldelat medel till den kunskaps- och evidensbaserade databasen för barnläkemedel, ePed, vid Astrid Lindgrens barnsjukhus. Medlen bidrar till att utveckla databasen till ett nationellt kunskapsstöd för läkemedelsordinationer till barn. Läkemedelsverket har i uppdrag att verka för effektivare och säkrare läkemedelsanvändning hos barn. Arbetet har bl.a. resulterat i bildandet av ett svenskt pediatriskt nätverk för klinisk läkemedelsforskning, SwedPedMed. Nätverket syftar till att främja klinisk läkemedelsforskning på barn. Inom ramen för uppdraget har Läkemedelsverket också tagit fram behandlingsrekommendationer för barnsjukvården.

Det kvarstår problem med läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Antalet rapporterade biverkningar bland personer 65 år eller äldre var under 2009–2013 ca 8 500 för kvinnor och ca 6 000 för män, enligt Socialstyrelsen. En bidragande orsak till könsskillnaden är att kvinnor konsumerar mer läkemedel än män. Diagram 4.16 redovisar andelen äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel samtidigt. Parallell användning av tio eller fler preparat är en signal om att läkemedelsbehandlingen möjligen kan förbättras. Av diagrammet framgår att andelen som har många läkemedel är högre bland kvinnor än bland män. Nästan var tionde gång en äldre person läggs in på sjukhus beror det på läkemedelsbiverkningar, vilket delvis kan förebyggas.

Mot bakgrund av ovanstående har aktiviteter genomförts för att bl.a. främja användning av lämpliga läkemedel i passande dosering bland äldre. Socialstyrelsen hade under 2014 i uppdrag att studera, sammanställa och sprida kunskap om

läkemedelsbehandling hos äldre. Arbetet resulterade t.ex. i webbutbildningar för läkare. Äldres läkemedelsanvändning har även uppmärksammats inom ramen för arbetet med att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre (avsnitt 7 Politik för sociala tjänster).

**Diagram 4.16 Andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel samtidigt, kvinnor och män, 2009–2013**



Anm: Omfattar personer 75 år eller äldre.  
Källa: Socialstyrelsen (Läkemedelsregistret).

#### *Apoteken bidrar till god läkemedelsanvändning*

Strukturerade läkemedelssamtal kan i vissa fall främja följsamheten till behandling. Läkemedelsverket redovisade i december 2014 ett uppdrag avseende sådana läkemedelssamtal på apotek. Av redovisningen framgår att den variant av strukturerade läkemedelssamtal som prövats är praktiskt genomförbar under vissa förutsättningar.

Generiskt utbyte innebär att apoteket byter ut ett förskrivet läkemedel mot ett billigare likvärdigt läkemedel. Vid s.k. generisk förskrivning använder förskrivaren substansnamnet i stället för produktnamnet. Läkemedelsverket har haft i uppdrag att utreda eventuella vinster med generisk förskrivning i förhållande till andra åtgärder som också syftar till förbättringar i patientsäkerhetshänseende. Redovisningen från maj 2015 omfattar en rekommendation om att inte införa generisk förskrivning samt flera förslag för att främja patientsäkerheten. Rapporten har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

För narkotiska läkemedel kan elektronisk förskrivning, i stället för användning av tryckta receptblanketter, förbättra säkerheten och minska risken för att dessa läkemedel når ut i missbrukarledet. Läkemedelsverket och Socialstyrelsen redovisade i juni 2015 ett uppdrag angående möjligheter för att minska alternativt helt

upphöra med förskrivningen av narkotiska läkemedel via särskilda receptblanketter. Hälso- och sjukvårdens insatser vid missbruk och beroende beskrivs även under avsnitt 7 Politik för sociala tjänster.

Läkemedelsverket redovisade i mars 2015 ett uppdrag om det fortsatta utvecklingsarbetet med apoteksindikatorer för god patientsäkerhet, tillgänglighet och kvalitet på apotek. Målsättningen med arbetet var att bistå allmänheten i jämförelser av olika apoteksaktörer.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) publicerade i juni 2014 en analys av lex Maria-anmälningar och klagomål inom apoteksverksamheten 2010–2013. Av analysen framgår att IVO tar emot relativt få anmälningar och klagomål beträffande apoteken, men att underrapportering kan förekomma.

#### *Utredningsbetänkanden om läkemedel och apotek*

Läkemedels- och apoteksutredningen hade i uppdrag att göra en översyn av vissa frågor som rör prissättning, tillgång och marknadsförutsättningar inom läkemedels- och apoteksområdet. Utredningen redovisade i april och december 2014 sina två sista betänkanden, Läkemedel för särskilda behov (SOU 2014:20) respektive Läkemedel för djur, maskinell dos och sällsynta tillstånd – hantering och prissättning (SOU 2014:87). Betänkandena har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### **Nya effektiva läkemedel påverkar kostnadsutvecklingen**

Läkemedelsförmånerna ger den enskilde ett skydd mot höga kostnader vid inköp av förmånsberättigade varor, framför allt läkemedel. Landstingen är ansvariga för att finansiera kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Landstingen har sedan 1998 fått ett specialdestinerat statsbidrag för läkemedelsförmånerna. Under 2014 introducerades nya och kostsamma läkemedel som innebar medicinska genombrott för patienter som tidigare saknat effektiv behandling.

#### *Överenskommelse kring formerna för statens bidrag till läkemedelsförmånerna*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) enades i mars 2015 om en överenskommelse kring formerna för statens bidrag till landstingen avseende läkemedelsförmånerna

m.m. Överenskommelsen innebär bl.a. att landsingen 2015 får ett statligt bidrag om 22 483 miljoner kronor för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. Detta belopp omfattar även bidrag för vissa andra kostnader inom läkemedelsområdet som också tidigare finansierats på motsvarande sätt.

#### *Stabil kostnadsutveckling för läkemedelsförmånerna*

De totala läkemedelskostnaderna är relativt stabila som andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna (tabell 4.3). För 2014 uppgick kostnaderna för läkemedelsförmånerna till 19 366 miljoner kronor (diagram 4.17). Det motsvarar en viss ökning jämfört med 2013. Kostnadsutvecklingen för de senare åren har annars ofta uppvisat en trend med minskade kostnader. Kvinnor får i högre grad än män ta del av medlen för läkemedelsförmånerna. Kvinnor står således även för en högre andel av egenavgifterna jämfört med män, 56 jämfört med 44 procent 2014. En bidragande anledning till detta är att kvinnor använder mer läkemedel än män.

**Tabell 4.3 Kostnader för läkemedel, 2010–2014**

Miljoner kronor (inklusive mervärdesskatt)

	2010	2011	2012	2013	2014
Läkemedelsförmånerna	20 737	20 909	19 676	19 331	19 366
Egenavgift	5 089	5 033	5 324	5 614	5 639
Andel egenavgift <sup>1</sup>	19,7 %	19,4 %	21,3 %	22,5 %	22,6 %
Slutenvård <sup>2</sup>	6 876	7 146	6 992	6 981	7 009
Receptfritt <sup>2</sup>	4 561	4 690	4 899	5 090	4 635
<b>Totala läkemedelskostnader</b>	<b>37 263</b>	<b>37 778</b>	<b>36 891</b>	<b>37 016</b>	<b>36 649</b>
Andel av hälso- och sjukvårds-kostnader	11,8 %	11,4 %	9,1 %	8,8 %	– <sup>3</sup>

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

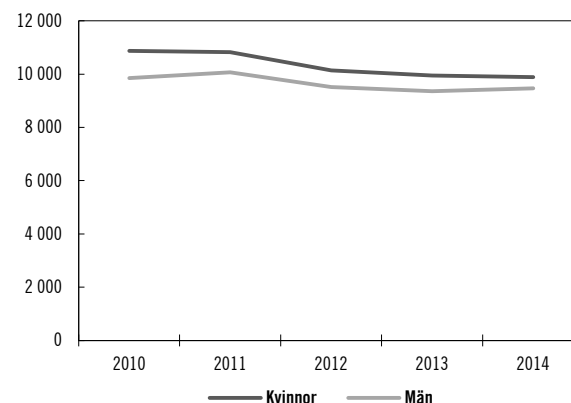
<sup>2</sup> Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.

<sup>3</sup> Uppgift om totala hälso- och sjukvårdskostnader saknas för 2014.

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

**Diagram 4.17 Kostnader för läkemedelsförmånerna, kvinnor och män, 2010–2014**

Miljoner kronor (inklusive mervärdesskatt)



Källa: E-hälsomyndigheten.

#### *Jämförelse av läkemedelspriser mellan Sverige och andra länder*

Sverige har internationellt sett en låg prisnivå för konkurrensutsatta läkemedel, enligt en rapport som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) publicerade i december 2014. En förklaring till detta är priskonkurrens genom systemet för generiskt utbyte på apotek. Där emot har Sverige något högre priser för läkemedel där konkurrens saknas. För läkemedel med patentskydd kan det delvis bero på att Sverige tillämpar värdebaserad prissättning, vilket innebär att priset sätts utifrån värdet som tillförs samhället. För läkemedel utan patentskydd har TLV vidtagit åtgärder i form av effektivare omprövningar och nya föreskrifter om prissänkning av vissa äldre läkemedel.

#### *Insatser för en långsiktigt hållbar kostnadsutveckling*

Sedan 2013 finns en överenskommelse mellan staten och Läkemedelsindustriföreningen (LIF) gällande prissänkningar för läkemedel vars godkännande skedde för mer än 15 år sedan. I budgetpropositionen för 2014 aviserades ett antal åtgärder som skulle realisera en besparing, dels genom överenskommelsen med LIF, dels genom att TLV skulle utveckla sitt arbete med den värdebaserade prissättningen.

TLV redovisade i december 2014 ett uppdrag om att följa upp överenskommelsen. För 2014 bidrog överenskommelsen till att kostnaderna för läkemedelsförmånerna minskade med ca 265 miljoner kronor. Patienternas egenavgifter minskade med ca 90 miljoner kronor. TLV bedömer således att målsättningen i överenskommelsen uppfylldes för 2014. Samtidigt finns



andra faktorer som påverkar den totala kostnadsutvecklingen, t.ex. den demografiska utvecklingen med fler äldre.

Dessutom har TLV arbetat med bl.a. att effektivisera myndighetens omprövningar av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. Vidare har TLV påbörjat ett arbete med att utveckla samarbetet mellan företag och landsting genom s.k. trepartsöverläggningar. Insatserna genererade 2014 en besparing för läkemedelsförmånerna och patienternas egenavgifter på 215 respektive 55 miljoner kronor.

Sammantaget fram t.o.m. 2015 ligger de beräknade besparingarna väl i linje med de som angavs i budgetpropositionen för 2014.

TLV redovisade i mars 2015 ett uppdrag om konsekvenser av att vissa receptbelagda läkemedel inte omfattas av läkemedelsförmånerna. Myndigheten föreslår bl.a. åtgärder för bättre prisinformation och för att möjliggöra utbyte på apotek till billigare alternativ, även om läkemedlet inte ingår i förmånerna. Rapporten har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### **Omregleringen av apoteksmarknaden har effekter av betydelse för läkemedelsanvändningen**

Omregleringen av apoteksmarknaden 2009 har haft varierande följder beträffande tillgänglighet till olika slags läkemedel. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har t.ex. tidigare konstaterat att tillgängligheten till vanliga receptfria läkemedel ökat, medan tillgängligheten till receptbelagda läkemedel i vissa fall minskat. Apotekens bidrag till god läkemedelsanvändning behandlas framför allt under motsvarande rubrik ovan.

#### *Tillgång till apotek över landet*

Statliga åtgärder har vidtagits för att främja försättningarna för apotek i glesbygd. Totalt fördelade Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) under 2014 ca 8 miljoner kronor till 29 apotek, enligt förordningen (2013:80) om apoteksstöd i glesbygd.

Försäljningsställen som fungerar som apoteksombud fyller en viktig funktion för att upprätthålla tillgängligheten till läkemedel i landet. På Apoteket AB:s årsstämma 2015 förlängdes bolagets åtagande att t.o.m. juni 2016 behålla befintliga apoteksombud i den utsträckning som behövs för en god läkemedelsförsörjning. Läke-

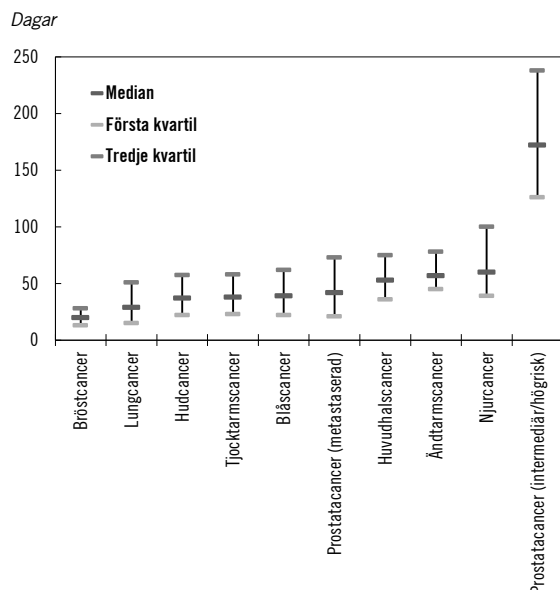
medelsverkets rapport om apoteksombud från april 2014 har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Rapporten omfattar bl.a. förslag avseende en ny konkurrensneutral lagreglering av apoteksombud.

Den s.k. handelsmarginalen är en statlig ersättning till apoteken för att expediera läkemedel. TLV genomförde under 2014 och 2015 en översyn av handelsmarginalen. I delrapporten från februari 2015 behandlas det offentliga behov av läkemedel och service på apotek. I rapporten konstaterar TLV att uppföljningen av apotekens arbete i mötet med apotekskunden behöver utvecklas. I slutrapporten från juni 2015 föreslår myndigheten att den maximala ersättningen för dyrare läkemedel höjs. Finansieringen av höjningen föreslås ske genom en sänkning av apotekens ersättning för läkemedel med lägre priser. Syftet med förslaget är att förstärka apotekens incitament att beställa, hantera och expediera även dyrare läkemedel och på detta sätt främja att kunderna får tillgång till behandling.

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

Cancervårdens medicinska kvalitet är i allmänhet hög. De medicinska resultaten har utvecklats positivt under flera år (diagram 4.8). Det finns dock regionala skillnader i den vård och behandling som ges vid cancer. Det gäller t.ex. för väntetiderna som dessutom i flera fall är långa.

Diagram 4.18 redovisar variation av väntetider inom cancervården för olika cancerformer. För flera cancerformer får patienterna i vissa delar av landet vänta tre gånger så lång tid från remiss till behandling som i andra delar av landet. Inget landsting har dock genomgående långa väntetider för de nio cancerområden som ingår i Socialstyrelsens årliga väntetidsmätningar. Det har under senare år inte skett större förändringar av medianväntetiderna i landet. Generellt gäller att män har en längre väntetid än kvinnor där det är jämförbart, men skillnaderna är små.

**Diagram 4.18 Regionala variationer av väntetider inom cancer vården för olika cancerformer, 2013**

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. Väntetiderna avser olika tidsintervall mellan besök, diagnos, remiss och behandling. Kvartildata finns ej tillgängliga uppdelat på kön.  
Källa: Socialstyrelsen (Väntetider i cancer vården).

### Överenskommelse om kortare väntetider i cancer vården

Regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL) enades i januari 2015 om en överenskommelse om kortare väntetiderna i cancer vården. Överenskommelsen för 2015 omfattar ca 450 miljoner kronor. Den är en del av regeringens insatser för att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i syfte att skapa en mer jämlik cancer vård med ökad kvalitet. I första hand handlar förbättringsarbetet om att förkorta vårdförloppet mellan att misstanke om cancer föreligger till behandlingsstart. En viktig åtgärd för att åstadkomma detta är att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp. Samtliga landsting har under 2015 beslutat att de ska införa standardiserade vårdförlopp.

### Regionala cancercentrum (RCC) har en positiv effekt på cancer vården

De statliga insatserna inom cancerområdet utformas sedan 2009 i enlighet med en nationell cancerstrategi (SOU 2009:11). En central del av cancerstrategin är inrättandet av sex regionala cancercentrum (RCC).

Socialstyrelsens uppföljning från februari 2015 visar på ett generellt högt förtroende för RCC inom regionerna. Samtliga RCC har en god samverkan med högsta ledningen och medarbetare i

hälso- och sjukvården. En stor del av utvecklingsarbetet sker i samverkan med vården genom lokala processledare. Myndigheten konstaterar vidare att alla RCC har kommit långt när det gäller att införa patientperspektiv och patient-medverkan i utvecklingsarbetet. Konkreta resultat har uppnåtts vad gäller införandet av kontaktsjuksköterskor samt planer för psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård. Fler nationella vårdprogram bidrar till en mer jämlik vård i hela landet. Inom ramen för RCC har arbetet med nivåstrukturerings fortsatt. Det innebär att delar av den högspecialiserade cancer vården samordnas på nationell nivå. Beslut har fattats om koncentring av vård för peniscancer och arbete pågår med nivåstrukturerings för fler cancerformer.

### Riktade insatser inom området psykisk ohälsa

De statliga insatserna inom området psykisk ohälsa har sedan 2012 utgått från den s.k. PRIO-planen (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen.

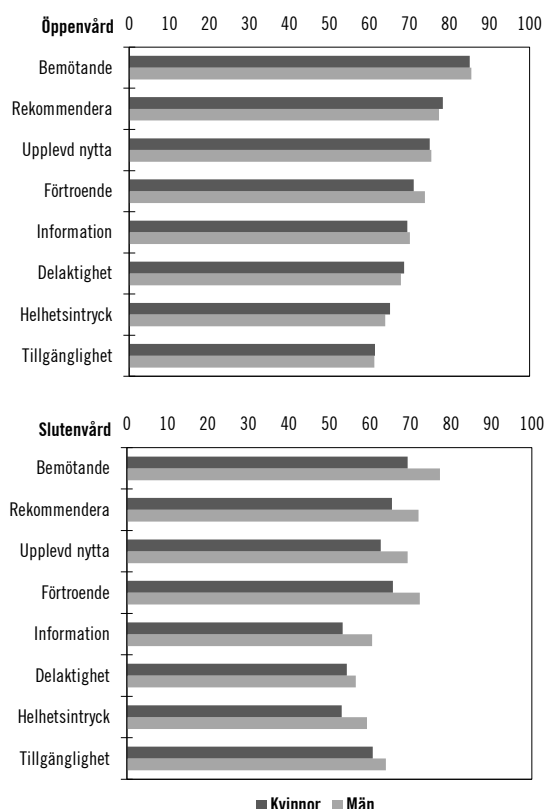
Regeringen har sett över hur långsiktigt hållbara insatser ska utformas. Den nya inriktningen ska bättre svara mot den ökande psykiska ohälsan i Sverige och de utmaningar den psykiatriska vården står inför.

Diagram 4.19 redovisar patientupplevd kvalitet inom psykiatrisk öppen- och slutenvård. Kvinnor och män inom psykiatrisk vård upplever att de är mindre delaktiga och informerade jämfört med patienter inom andra vårdformer. Omdömena är positivare inom den psykiatriska öppenvården än inom slutenvården. I den psykiatriska öppenvården är könsskillnaderna små. Inom den psykiatriska slutenvården upplever kvinnor i lägre grad än män att de blivit bra bemötta och fått tillräckligt med information. Omdömena är stabila över tid.

Av Barnombudsmannens årsrapport 2014 framgår att vissa barn och ungdomar som har erfarenheter av att söka hjälp och få behandling för psykisk ohälsa upplever brister vad gäller information och bemötande.

**Diagram 4.19 Patientupplevd kvalitet inom psykiatrisk öppen- och slutenvård, kvinnor och män, 2014**

Patientupplevd kvalitet (PUK-värde)



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

### Förstärkt styrning med kunskap

Inom ramen för PRIO-planen bedrivs ett arbete för samordnad och behovsanpassad styrning med kunskap.

Socialstyrelsen har i uppdrag att ansvara för arbetet som också omfattar andra myndigheter inom hälsoområdet. Myndigheterna har under 2014 och 2015 tagit initiativ till olika slags kunskapsstöd inom områdena adhd (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), depression, självmordprevention, ätstörningar samt tidiga insatser för barn och unga.

Socialstyrelsen konstaterade i en uppdragsredovisning från oktober 2014 att användningen av psykofarmaka är hög bland barn och ungdomar som är placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB), i jämförelse med jämnåriga i befolkningen.

### Ökad samverkan och delaktighet

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slöt i december 2014 den fjärde i raden av årliga överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Överenskommelsen för 2015 omfattar ca 700 miljoner kronor.

Inriktningen har delvis varit att stärka samverkan och delaktighet. Därutöver har överenskommelserna bl.a. inriktats på att stimulera tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri. Resultat ses framför allt vad gäller samverkan och delaktighet. Till exempel har andelen kommuner och landsting som träffat överenskommelser om samverkan ökat från 40 procent 2010 till 97 procent 2014. Vad gäller prestationsmedel för att öka tillgängligheten är resultatet blygsammare. Mellan 2013 och 2014 minskade exempelvis antalet landsting, från 17 till 16 av totalt 21 landsting, som klarade att erbjuda barn och unga ett första besök hos barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar.

Under 2014 remissbehandlades departementspromemorian Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28). Ärendet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### Kroniska sjukdomar en allt större utmaning

En av de största utmaningarna för hälso- och sjukvården är ökningen av kroniska sjukdomar. Med en större andel äldre ökar förekomsten av dessa sjukdomar. Närmare halva befolkningen har i dag minst en kronisk sjukdom. Förekomsten är ca 50 procent bland kvinnor och ca 40 procent bland män. Till denna grupp riktas omkring 80–85 procent av hälso- och sjukvårdens resurser.

Under 2015 avsatte regeringen 100 miljoner kronor för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Insatser utförs enligt den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar för 2014–2017. Strategin pekar ut tre viktiga utvecklingsområden. Dessa är patientcenterad vård, kunskapsbaserad vård samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder. Ett övergripande syfte med strategin är att främja en hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård med särskilt fokus på primärvården.

*Insatser inom utpekade utvecklingsområden*

Under året har insatser genomförts tillsammans med berörda aktörer för att fortsatt stödja utvecklingen inom områdena som pekas ut i den nationella strategin för kroniska sjukdomar.

Ovan beskrivs överenskommelsen som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slutit för 2015 om kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården. Flera av insatserna inom ramen för överenskommelsen har bäring på strategins fokusområden. Därutöver har Socialstyrelsen fått i uppdrag att fördela medel till patienternas och professionernas organisationer.

Regeringen har dessutom sett ett behov av att stärka arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fortsatt stödja tillämpningen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården. Uppdraget ska utföras tillsammans med företrädare för professionernas organisationer. Vidare har Livsmedelsverket fått i uppdrag att bl.a. främja arbetet med goda matvanor inom hälso- och sjukvården.

**Statligt stöd till tandvård**

Tandhälsan uppvisar överlag en positiv utveckling, men det finns skillnader mellan socioekonomiska grupper. Landstingen erbjuder avgiftsfri tandvård för barn och unga. För vuxna finns det statliga tandvårdsstödet. Stödet ska stimulera till regelbunden och förebyggande tandvård samt motverka alltför höga kostnader för patienter med stora tandvårdsbehov.

De totala tandvårdsutgifterna uppgick till 24 064 miljoner kronor 2013, enligt preliminära uppgifter från Statistiska centralbyrån (Hälsöräkenskaperna). Av de totala utgifterna uppgick hushållens utgifter till ca 62 procent. Tabell 4.4 redovisar utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd. Kvinnor tar i något högre grad än män del av stödet. Ett skäl till detta är att kvinnor besöker tandvården något oftare än män.

**Tabell 4.4 Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd, kvinnor och män, 2010–2014***Miljoner kronor<sup>1</sup>*

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Allmänt tandvårdsbidrag<sup>2</sup></b>					
Kvinnor	470	474	469	466	458
Män	411	415	414	412	404
<b>Särskild tandvårdsbidrag<sup>3</sup></b>					
Kvinnor	–	–	–	11	18
Män	–	–	–	5	8
<b>Högekostnads-skydd<sup>4</sup></b>					
Kvinnor	1 997	1 996	2 005	2 137	2 153
Män	1 995	1 989	1 996	2 114	2 141
<b>Samtliga tre tandvårdsstöd</b>					
Kvinnor	2 466	2 469	2 474	2 614	2 629
Män	2 405	2 404	2 410	2 531	2 554
<b>Total<sup>5</sup></b>	<b>4 872</b>	<b>4 874</b>	<b>4 884</b>	<b>5 146</b>	<b>5 183</b>

<sup>1</sup> Uppgifterna baseras på besök som rapporterats till Försäkringskassans tandvårdsregister och ska inte betraktas som slutligt utfall för det statliga tandvårdsstödet.

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

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

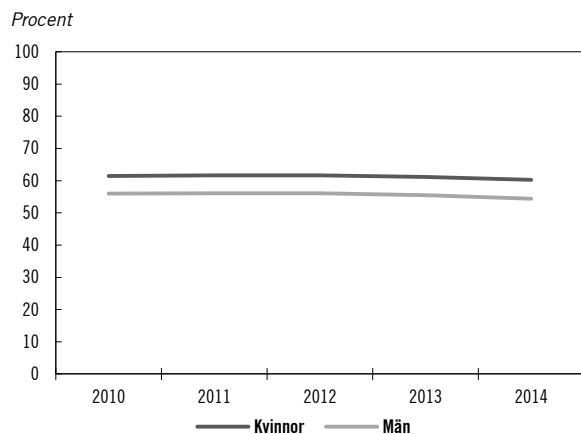
<sup>4</sup> Högekostnads-skyddet innebär att den försäkrade vid större behandlingar inte behöver betala hela kostnaden själv.

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

Källa: Försäkringskassan.

*Besöksfrekvensen oförändrad sedan 2008 års tandvårdsreform*

Andelen vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist är oförändrad sedan 2008 års tandvårdsreform (diagram 4.20). Kvinnor besöker tandvården marginellt mer än män. Dessutom kvarstår skillnader i besöksfrekvens mellan socioekonomiska grupper och olika delar av landet. Cirka 15 procent av kvinnor respektive män uppgav att de avstått från att söka tandvård trots behov, enligt en enkätundersökning av Folkhälsomyndigheten 2013. Det är ungefär samma andel som för hälso- och sjukvården i sin helhet. Av de som avstått från tandvård trots behov uppgav omkring 60 procent av kvinnor respektive män att de avstått tandvård av ekonomiska skäl, vilket är ungefär samma andel som innan det nuvarande tandvårdsstödet infördes.

**Diagram 4.20 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist, kvinnor och män, 2010–2014**

Källor: Försäkringskassan och Statistiska centralbyrån.

#### Nöjda tandvårdspatienter

En hög andel, 92 procent av kvinnor respektive män 2013, som besöker tandvården känner sig respektfullt bemötta och anser att tandvården i stort är patientfokuserad, enligt Socialstyrelsen. Även mätningen av Svenskt kvalitetsindex 2014 visar att patienterna inom tandvården är fortsatt nöjda. Tandvården presterar väl i jämförelse med andra branscher och områden inom samhälls-service.

#### Utredningsbetänkande om tandvårdsreform

Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd avlämnade i augusti 2015 sitt slutbetänkande, Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76). Utredningens huvudsakliga syfte var att analysera hur den befintliga organisationen och det befintliga systemet för tandvårdssubvention för vuxna kan förbättras för att effektivare bidra till att uppnå målen med tandvårdsstödet samtidigt som god kostnads-kontroll säkerställs. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

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

I Sverige genomfördes 2009 och 2010 en vaccinationskampanj med vaccinet Pandemrix efter att Världshälsoorganisationen (WHO) hade deklarerat en influensapandemi. Efter vaccinationskampanjen drabbades ett ökat antal personer av sjukdomen narkolepsi.

Narkolepsiföreningen Sverige har beviljats ekonomiskt bidrag 2011–2015 för att möta de

drabbade barnens, ungdomarnas och deras familjers behov av stöd.

Under 2012 träffades en långsiktig, block-överskridande 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). Ärendet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### 4.4.3 Analys och slutsatser

Hälso- och sjukvårdspolitiken bidrar till uppfyllelsen av målet att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet.

Regeringen konstaterar att svensk hälso- och sjukvård överlag presterar goda resultat. I internationella jämförelser intar Sverige i flera avseenden en framstående position. Regeringen bedömer dock att måluppfyllelsen behöver förbättras. Regeringen noterar särskilt att det finns tydliga ojämlikheter inom dagens hälso- och sjukvård. Det handlar t.ex. om omotiverade skillnader mellan socioekonomiska grupper, geografiska områden och kön. Till exempel är lägre utbildning förknippat med högre dödlighet efter hjärtinfarkt, det finns regionala skillnader inom cancervården och män vårdas i högre utsträckning än kvinnor vid en strokeenhet. Hälso- och sjukvårdspolitiken bidrar även till att uppnå regeringens mål att sluta de påverkbara hälso-klyftorna inom en generation (avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

Generellt sett är resultaten av statens insatser inom hälso- och sjukvårdspolitiken ofta svåra att avgränsa och mäta på ett övergripande plan. Vid bedömning av resultaten bör det beaktas att de insatser som regeringen initierat sedan sitt tillträde befinner sig i ett tidigt skede. Därutöver är hälso- och sjukvårdens prestationer beroende av insatser från flera olika aktörer. Exempelvis har landstingen, och i viss utsträckning kommunerna, huvudansvaret för planering, finansiering och drift av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens förutsättningar påverkas även av dynamiska omvärldsfaktorer inom angränsande områden. Sådana omvärldsfaktorer är t.ex. kunskaps- och teknikutveckling, demo-

grafisk utveckling, internationalisering och människors förväntningar på välfärden. Den demografiska utvecklingen kännetecknas bl.a. av nettomigration och en ökande andel äldre.

Nedan följer en redovisning av regeringens analys och slutsatser, med utgångspunkt i de olika dimensionerna i målet för hälso- och sjukvårdspolitiken, dvs. behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet.

### Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Många kvinnor och män bedömer att de har tillgång till den vård de behöver. En samlad bedömning av hälso- och sjukvårdens resultat visar dock på vissa fortsatta utmaningar vad gäller tillgänglighet, patientdelaktighet, samordning och jämlikhet.

Regeringen bedömer att fortsatta förbättringar är motiverade för att hälso- och sjukvården i större utsträckning ska ges utifrån den enskildes behov. En hälso- och sjukvård som ges på lika villkor efter behov är också en jämlik hälso- och sjukvård. Att nå ökad jämlikhet och jämställdhet i hälso- och sjukvården kräver ett brett och långsiktigt arbete inriktat mot bl.a. tillgänglighet, kunskapsuppbyggnad, behandlingsmetoder och attityder.

Regeringen vidtar åtgärder som främjar en mer jämlik vård. Till exempel kan insatserna avseende dels tillgängligheten och styrningen med kunskap, inklusive olika kunskapsstöd, dels cancervården bidra till en mer jämlik vård. Regeringen bedömer att det är angeläget att systematiskt följa upp kvinnors och mäns hälsa respektive vård och omsätta resultaten i arbetet för en mer jämställd vård. Arbetet bidrar på ett övergripande plan till uppfyllelsen av de jämställdhetspolitiska målen (utg.omr. 13 Jämställdhet och nyanlända invandrares etablering). En god hälsa för kvinnor och män respektive flickor och pojkar bidrar till ett jämställt och aktivt deltagande i samhället.

Att främja den enskildes delaktighet i den egna hälso- och sjukvården kan bidra till att den bättre motsvarar den enskildes behov. Hälso- och sjukvården präglas inte sällan av ett organisations- och funktionsperspektiv snarare än ett tydligt patientperspektiv. Samordning och patientdelaktighet kan förbättras. En relevant insats i detta avseende är t.ex. överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges

Kommuner och Landsting (SKL) om tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård. Ett annat exempel är uppföljningen av huruvida den nya patientlagen lever upp till lagens intentioner.

Regeringen framhåller även att bemötandet inom hälso- och sjukvården är av betydelse för att identifiera mer än rent medicinska behov, såsom kvinnors och barns våldsutsatthet samt flickors och pojkars bästa.

### Tillgänglig hälso- och sjukvård

Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården har i vissa avseenden förbättrats sett över en längre period. Den positiva utvecklingen tycks dock ha avstannat i flera avseenden. Regeringen bedömer att fortsatta utmaningar ger anledning till ett förnyat angreppssätt när det gäller att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården.

God tillgänglighet inom öppna vårdformer, såsom primärvården, är viktigt för det sjukdomsförebyggande arbetet och för att främja jämlik hälsa. Det kvarstår geografiska skillnader beträffande tillgänglighet. Därtill kan det konstateras att besöksfrekvensen inom tandvården är oförändrad sedan 2008 års tandvårdsreform. Regeringens insatser inom olika områden bidrar till att förbättra tillgängligheten i flera avseenden. Två exempel är överenskommelserna mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård respektive kortare väntetider i cancervården. Även kompetensförsörjning och effektiv användning av professionernas kompetens bidrar positivt till tillgängligheten.

Tillgång till läkemedel på lika villkor förutsätter en ekonomiskt hållbar och kunskapsbaserad läkemedelsanvändning. Staten har genom överenskommelsen med SKL inom läkemedelsområdet bidragit till en god tillgång till effektiv läkemedelsbehandling. Insatserna inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin har gett resultat, men det finns förbättringspotential. Konsekvenserna av omregleringen av apoteksmarknaden kräver vidare hantering. Regeringen kan således konstatera att det finns behov av fortsatta insatser för att främja en adekvat tillgång till och användning av läkemedel.

## Effektiv hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvårdsområdet bedrivs ett aktivt arbete för att främja effektivitet. Regeringen bedömer samtidigt att resurserna i vissa fall fortfarande kan användas på ett mer effektivt sätt.

Professionernas kompetens är en oundgänglig resurs inom hälso- och sjukvården. Tillgången på personal har i vissa avseenden förbättrats över de senaste åren, men brister kan fortfarande påvisas. Regeringen bedömer att det finns förbättringspotential vad gäller planering och användning av professionernas kompetens. Det kan t.ex. handla om att frigöra tid för patienten genom mindre administration. Trots utmaningarna för personalen är kvinnor och män relativt nöjda med bemötandet inom hälso- och sjukvården. Regeringens insatser syftar bl.a. till att främja förutsättningarna för en effektivare användning av befintlig kompetens. Det sker t.ex. genom arbetet inriktat på kvinnor och män med utländsk utbildning som söker svensk legitimation.

Inom e-hälsoområdet bedrivs utvecklingsarbete av betydelse för såväl hälso- och sjukvårdens effektivitet som kvalitet och säkerhet. Trots framsteg finns fortfarande utrymme för effektiviseringsvinster genom förbättrad it-användning inom hälso- och sjukvården. Det statliga engagemanget inom området har bidragit till en god grund utifrån vilken olika berörda aktörer tillsammans behöver bygga vidare.

Beträffande läkemedelsområdet har kostnadsutvecklingen varit relativt stabil de senaste åren, vilket tyder på att systemet fungerat väl i detta avseende. De åtgärder som vidtagits för att uppnå en långsiktig och hållbar prissättning och finansiering av läkemedel har haft stor effekt på kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Målsättningen i överenskommelsen mellan staten och Läkemedelsindustriföreningen (LIF) avseende prissänkningar för vissa läkemedel uppfylldes 2014. Det besparingsbeting som presenterades i budgetpropositionen för 2014 bedöms ha uppfyllts 2014. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) gör bedömningen att så kommer att ske även 2015.

Samordning med bäring på hälso- och sjukvårdens verksamheter kan också bidra till ökad effektivitet. Insatser för att utveckla styrningen med kunskap bidrar t.ex. till samordningsvinster. Dessutom visar erfarenheterna med regionala

cancercentrum (RCC) på att samordning och nivåstrukturering i vissa fall kan bidra till ökad effektivitet, jämlikhet och kvalitet inom hälso- och sjukvården.

## Hälso- och sjukvård av god kvalitet

Svensk hälso- och sjukvård kännetecknas av hög kvalitet inom flera områden, vilket t.ex. yttrar sig i goda medicinska resultat. Den intensiva kunskapsutvecklingen inom området ställer höga krav på styrning med kunskap för att upprätthålla den höga kvaliteten.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat är grundläggande för kvalitetsutvecklingsarbete. Det fortsatta reformarbetet med att förbättra den statliga styrningen med kunskap bidrar positivt till hälso- och sjukvårdens förutsättningar att erbjuda jämlik vård av hög kvalitet. I detta avseende levererar kvalitetsregister och kunskapsstöd såsom nationella riktlinjer, öppna jämförelser och utvärderingar viktiga resultat. Tillsynen bidrar också med kunskap för förbättringsarbete. Därutöver uppmärksammas kvalitetsaspekter genom regeringens riktade insatser inom olika områden. Insatserna har gett resultat som förväntas leda till fortsatt kvalitetsförbättring framöver. Det gäller exempelvis psykisk ohälsa, cancer, den nationella läkemedelsstrategin och kroniska sjukdomar.

Hälso- och sjukvården bör ha ett hälsoinriktat förhållningssätt. Ett sådant förhållningssätt lyfter fram hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Det är t.ex. relevant inom områdena såsom psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar. I detta avseende är det viktigt med god tillgänglighet för grupper med stort behov av sådana insatser. Ett hälsoinriktat förhållningssätt bidrar även till en jämlik hälsa i befolkningen.

## 4.5 Politikens inriktning

Hälso- och sjukvården i Sverige ska vara världsledande. Regeringens hälso- och sjukvårdspolitik ska medverka till att befolkningen erbjuds en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

Svensk hälso- och sjukvård är på flera sätt framstående. Den uppvisar goda medicinska resultat och god effektivitet. Samtidigt finns det utmaningar. Vården är i dag alltför ofta ojämlik mellan olika delar av landet, mellan könen och mellan grupper i samhället. Det finns också problem med hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, vilket bl.a. leder till en otillfredsställande tillgänglighet och en minskad effektivitet. Hälso- och sjukvården är i första hand landstingens ansvar. Staten ansvarar bl.a. för lagstiftningen, men har även ett övergripande ansvar för att vården är jämlik. Staten ska bidra till att landstingen har förutsättningar att kunna erbjuda en god vård.

För att stärka hälso- och sjukvården i bred bemärkelse föreslår regeringen, utöver de riktade initiativ som beskrivs nedan, att landstingen via det generella statsbidraget tillförs 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017 (utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner). Förslaget lämnas mot bakgrund av att hälso- och sjukvården möter stora utmaningar, bl.a. i form av demografi, digitalisering och kompetensförsörjning.

Regeringen förstärker engångsvis hälso- och sjukvården med 1 miljard kronor 2016 för att möjliggöra särskilt angelägna insatser. Medlen ska fördelas proportionellt till landstingen utifrån befolkningens mängd.

Arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården i bred bemärkelse ska fortsatt ske i dialog med olika berörda aktörer. Det handlar bl.a. om hälso- och sjukvårdens huvudmän, medarbetare, patienter och dessa gruppers organisationer. En långsiktig utveckling av hälso- och sjukvården sker bäst i samsyn mellan dessa olika aktörer.

### Jämlik vård

Alla ska erbjudas en god vård efter behov på lika villkor. Regeringens insatser för en mer jämlik vård genomförs på många plan. Till exempel bidrar ett patientcentrerat förhållningssätt, tillgänglighet och styrning med kunskap till en jämlik vård av god kvalitet. Även flera av regeringens särskilda satsningar bidrar till en utveckling i denna riktning. Det gäller t.ex. insatser inom områdena cancer, läkemedel, kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa samt förlossningsvård och kvinnors hälsa.

### Patientcentrerad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården ska präglas av ett patientcentrerat förhållningssätt, dvs. att god vård genomförs i samråd med patienten och med respekt för hennes eller hans självbestämmande och integritet. Patienten ska ses som en resurs i den egna vården. Intentionerna med den nya patientlagen (2014:821) måste få genomslag i vården. Delaktighet för den enskilde bidrar till en jämlik vård av god kvalitet. God tillgänglighet är en förutsättning för en hälso- och sjukvård utifrån patientens behov och följaktligen en prioriterad fråga. Köer och väntetider är besvärande för patienten och dyrt för samhället. En patientcentrerad vård innebär också att vårdinsatserna är samordnade mellan olika delar av vården samt mellan landsting och kommuner. Patientsäkerhet och tillsyn kommer fortsatt att vara viktiga frågor. Regeringen avser även att fortsätta stödja det arbete som bedrivs inom ramen för den s.k. etiska plattformen för öppenhet och insyn i vård och omsorg.

#### *Fokus på grupper med omfattande vårdbehov*

En mer patientcentrerad och samordnad vård är bl.a. angelägen för personer som ofta kommer i kontakt med olika delar av hälso- och sjukvården samt angränsande verksamheter. Det handlar t.ex. om personer med kroniska sjukdomar, personer med psykisk ohälsa, multisjuka äldre samt barn och unga.

Satsningen på att utveckla arbetet med att förebygga och behandla kroniska sjukdomar är av vikt i detta hänseende. Denna satsning omfattar 450 miljoner kronor under 2014–2017 och 50 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018. Mot bakgrund av det stora antalet patienter med kroniska sjukdomar och att huvuddelen av hälso- och sjukvårdens resurser riktas till denna grupp är det av strategisk betydelse att vården i hög utsträckning är utformad för att möta dessa patienters behov.

För att förbättra hälsan hos äldre personer avser regeringen föreslå att avgiftsfrihet ska gälla för personer som är 85 år och äldre. Förslaget kommer avse vårdavgifter inom öppen hälso- och sjukvård och som ingår i det nationella högkostnadsskyddet. Ändringen är avsedd att träda i kraft i den 1 januari 2017. Landstingen ska kompenseras via det generella statsbidraget (utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner).



## Rätt användning av professionernas kompetens

Kompetensförsörjningen är en stor utmaning för hälso- och sjukvården. Även om det i svensk vård aldrig har funnits så många läkare och sjuksköterskor som i dag finns det problem som måste mötas. I begreppet kompetensförsörjning inryms bl.a. möjligheten att rekrytera rätt personal, hur befintlig kompetens används samt vilka möjligheter medarbetarna har att använda sin kompetens på bästa sätt. Problem inom kompetensförsörjningsområdet påverkar en mängd andra områden, däribland vårdens tillgänglighet och förutsättningarna för att bedriva en jämlik vård. Rätt användning av professionernas kompetens bidrar även till en god arbetsmiljö och mer tid för patienterna. Regeringen avser att arbeta vidare för att tillsammans med berörda aktörer diskutera tänkbara lösningar.

### *Professionsmiljard*

Regeringen avsätter 1 miljard kronor per år fr.o.m. 2016 för en professionsmiljard. Satsningen syftar till att höja kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården genom att förbättra förutsättningarna för rätt användning av professionernas kompetens och påverka landstingens kompetensförsörjning i positiv riktning.

Regeringen anser att satsningen bör ta sin utgångspunkt i följande områden: bättre administrativa stöd för professionerna, mer effektiv och ändamålsenlig organisering av arbetsfördelning och arbetssätt samt förbättrade förutsättningar för och planering av kompetensförsörjningen. Insatserna kommer bygga vidare på det alltmer omfattande kunskapsunderlag som pekar på att professionernas resurser kan användas mer ändamålsenligt och effektivt. Dessutom ska den nationella samordnaren inom området slutredovisa sitt uppdrag i december 2015 (dir. 2013:104).

Professionsmiljarden innebär att det förbättringsarbete som förutsågs i samband med budgetpropositionen för 2015 kan förverkligas. Från och med 2016 ersätter professionsmiljarden de tidigare tillgänglighetsinsatserna som uppgått till samma belopp.

### *Etablering av utlandsutbildade gagnar hälso- och sjukvården, sysselsättningen och integrationen*

Personer med utländsk hälso- och sjukvårdsutbildning är en viktig resurs för hälso- och sjukvården. Att ta till vara denna resurs är en viktig del av kompetensförsörjningsarbetet.

Regeringen anser att det är angeläget att påskynda dessa personers etablering på arbetsmarknaden. En snabb etablering svarar mot hälso- och sjukvårdens behov av kompetens, samtidigt som den bidrar till integration och sysselsättning. För att tillvarata kompetensen hos personer med hälso- och sjukvårdsutbildning från andra länder föreslår regeringen att medel tillförs Socialstyrelsen för en snabbare validering av hälso- och sjukvårdspersonal. För ändamålet avsätter regeringen 65 miljoner kronor 2016 och 42 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

## E-hälsa bidrar till en bättre hälso- och sjukvård

Digitaliseringen erbjuder stora möjligheter för framtidens hälso- och sjukvård. E-hälsa bidrar till att förbättra hälso- och sjukvården i vid bemärkelse, t.ex. vad gäller kvalitet, säkerhet och effektivitet. E-hälsa kan underlätta för patienten att vara delaktig i sin egen vård, stödja kontakten mellan patienten och vården samt tillhandahålla mer effektiva stödsystem för vårdens medarbetare.

Regeringen ser för närvarande över utformningen av det framtida arbetet inom e-hälsoområdet. Trots att svensk hälso- och sjukvård har goda förutsättningar att arbeta strategiskt med it-frågor finns det fortfarande brister och hinder. Det handlar bl.a. om journalsystem som inte kan kommunicera med varandra, informationsmängder som behöver föras in flera gånger i olika datasystem samt svårigheter att komma åt data för uppföljnings- och utvecklingsarbete. Regeringens arbete ska vara inriktat på bl.a. standardiseringsfrågor, enhetligare begrepps-användning och regelverk.

Olika aktörer behöver tillsammans verka för att bättre utnyttja den potential som finns inom e-hälsoområdet. Regeringen kommer fortsatt att verka för samarbete och samordning mellan olika aktörernas insatser. Inte minst spelar hälso- och sjukvårdshuvudmännen en central roll genom sitt ansvar för att tillhandahålla ändamålsenliga it-stöd för personalen.

## Tillgång till effektiva läkemedel

Viktiga utgångspunkter i regeringens arbete inom läkemedelsområdet är en jämlik och tidig

tillgång till nya, innovativa och effektiva läkemedel. Det förutsätter bl.a. mekanismer för att säkerställa en kunskapsbaserad praxis och en ekonomiskt hållbar utveckling.

Regeringen avser att, i nära samverkan med berörda aktörer, fortsätta arbetet med samordnade och angelägna utvecklingsinsatser inom läkemedelsområdet. Dessutom avser regeringen att arbeta för att, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), åstadkomma en långsiktigt hållbar hantering av statens bidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna.

#### *Apoteksmarknaden*

Utmaningarna inom apoteks- och läkemedelsområdet har delvis sin grund i omregleringen av apoteksmarknaden. Mot den bakgrunden avser regeringen att göra en översyn av apoteksmarknaden. Arbetet ska utgå från tidigare uppföljningar av den omreglerade apoteksmarknaden. Inriktningen ska vara att åstadkomma en säker, effektiv och jämlik läkemedelsförsörjning och en apoteksmarknad med hög tillgänglighet och god service i hela landet.

#### *Kostnadsfria läkemedel för personer under 18 år*

Regeringen lämnar i denna proposition förslag för att göra det möjligt för personer under 18 år att kostnadsfritt få läkemedel och andra förmånsberättigade varor inom läkemedelsförmånerna (avsnitt 4.6). Reformens syfte är att möjliggöra en vård på lika villkor oavsett barnfamiljers ekonomi och därigenom utjämna hälsoskillnader bland barn och unga. För ändamålet avsätter regeringen 343 miljoner kronor 2016 och för samma ändamål beräknas 409 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Regeringen aviserade initialt denna reform i budgetpropositionen för 2015. Reformen föreslås, i enlighet med avsiktsförklaringen i 2015 års ekonomiska vårproposition, träda i kraft den 1 januari 2016.

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

För att värna unga kvinnors rätt till sexualitet utan oönskade graviditeter avser regeringen föreslå att preventivmedel inom läkemedelsförmånerna ska erbjudas kostnadsfritt till personer under 21 år fr.o.m. den 1 januari 2017.

#### **En stärkt tandvård för unga**

Den kostnadsfria tandvården för barn och unga upp till 19 år har framgångsrikt bidragit till bättre tandhälsa. För att ytterligare förbättra tandhälsan vill regeringen att även unga vuxna ska erbjudas kostnadsfri tandvård. Regeringen avser därför föreslå att tandvård fr.o.m. den 1 januari 2017 ska erbjudas kostnadsfritt för unga upp t.o.m. det år de fyller 21 år. I ett andra steg avses åldersgränsen höjas fr.o.m. den 1 januari 2018 till att gälla unga upp t.o.m. det år de fyller 23 år. Landstingen ska kompenseras via det generella statsbidraget (utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner).

#### **Jämställd hälso- och sjukvård genom insatser för förlossningsvården och kvinnors hälsa**

Det är angeläget att uppnå en mer jämställd hälso- och sjukvård. Alla, oavsett kön eller könsidentitet, ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt när det gäller resurser och insatser.

Regeringen har avsatt 200 miljoner kronor under 2015 och avsätter 400 miljoner kronor per år under perioden 2016–2019 för att förbättra förlossningsvården och stärka insatserna för kvinnors hälsa.

Kvinnor med endast grundskoleutbildning har i flera avseenden haft den minst gynnsamma hälsoutvecklingen. Flera sjukdomar som kvinnor drabbas av i högre utsträckning än män tenderar att vara lägre prioriterade inom hälso- och sjukvården. Förlossningsvården behöver bli mer kunskapsbaserad och tillgänglig. Insatser för att främja kompetensförsörjningen är motiverade, vilket exemplifieras av att fler barnmorskor utbildas (utg.omr. 16 Utbildning och universitetsforskning). För att uppnå ökad jämlikhet och jämställdhet i hälso- och sjukvården krävs ett brett och långsiktigt arbete med fokus på t.ex. tillgänglighet, behandlingsmetoder och attityder.

Satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa tar sin utgångspunkt i det förslag som regeringen lämnade i budgetpropositionen för 2015. I propositionen Vårändringsbudget för 2015 (prop. 2014/15:99, bet. 2014/15:FiU21, rskr. 2014/15:255) avsattes medel för 2015 samtidigt som medel aviserades för kommande år.

### *Kostnadsfri mammografi till kvinnor mellan 40 och 74 år*

Mammografi är ett effektivt sätt att tidigt upptäcka bröstcancer. Täckningsgraden kan dock behöva öka. Detta gäller i synnerhet i socioekonomiskt svaga grupper. Regeringen avser därför föreslå att mammografi regelbundet ska erbjudas kostnadsfritt till kvinnor mellan 40 och 74 år fr.o.m. den 1 juli 2016. Landstingen ska kompenseras via det generella statsbidraget (utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner).

### **Ny inriktning inom området psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa är en stor utmaning. Insatser för psykisk hälsa bidrar till en bättre start i livet för flickor och pojkar. Arbetet har även potential att bidra till att minska sjukskrivningar som är vanligare och ökar mer bland kvinnor än bland män.

För att möta den ökande ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år föreslår regeringen att satsningen inom området psykisk ohälsa förstärks med 280 miljoner kronor per år 2016–2019. Medlen ska användas dels för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete, dels för att stimulera nya initiativ. Regeringen avsätter härmed sammanlagt drygt 1 miljard kronor per år 2016–2019 för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa.

Regeringen ser för närvarande över inriktningen på regeringens insatser inom området psykisk ohälsa. Den nya inriktningen kommer ta sin utgångspunkt i en helhetsyn på psykisk hälsa där även vägen till allvarlig psykisk ohälsa står i fokus.

Härutöver avsätter regeringen medel för att förstärka elevhälsan fr.o.m. 2016 (utg.omr. 16 Utbildning och universitetsforskning). Ett viktigt motiv för investeringen i elevhälsan är ungas psykiska hälsa.

### **Tillgänglig cancervård av hög kvalitet**

Cancervårdens medicinska kvalitet är i allmänhet hög men de regionala skillnaderna i väntetider illustrerar att det finns utrymme för förbättring när det gäller jämlikhet inom cancervården.

Regeringen avsätter 500 miljoner kronor per år under 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 mer nöjda patienter.

Avsikten är att överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inom detta område ska utgöra en väsentlig del av arbetet även framöver. Överenskommelserna ska uppmärksamma behovet av att skapa mer sammanhållna vårdprocesser som utgår från patientens behov.

### **Kvalitet och likvärdighet i centrum**

Inom välfärden ska kvalitet och likvärdighet alltid stå i centrum. Den kapacitet som finns hos professioner och invånare att bidra till en god hälso- och sjukvård måste tas till vara. Stöd- och styrsystem, administrativa strukturer samt regelverk ska bidra till en utveckling mot ökad kvalitet och jämlikhet.

#### *Styrning med kunskap*

Hälso- och sjukvården står ständigt inför en intensiv kunskaps- och teknikutveckling. Regeringen kommer även fortsatt att främja förutsättningarna för styrning med kunskap.

Myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet har centrala roller i den statliga styrningen med kunskap. Regeringens styrning av myndigheterna inom området ska vara strategisk och långsiktig. Myndigheterna ska ha goda förutsättningar att planera och utföra sina verksamheter.

Kunskapsstöd och andra verktyg såsom nationella riktlinjer, kvalitetsregister och öppna jämförelser spelar en fortsatt viktig roll. Regeringen avser att se över och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvård kan uppnås. Syftet är att bidra till att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik.

#### *Insatser för att utveckla primärvården*

Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för patienten och stå för kontinuitet i mötet mellan patient och hälso- och sjukvård. Insatser för att utveckla primärvården är angelägna. Regeringen föreslår en förstärkning på området genom en riktad primärvårdssatsning med fokus på kvinnors hälsa. Satsningen uppgår till 130 miljoner kronor per år 2016–2019.

*Forskning, innovation och livsvetenskap (life science)*

Goda förutsättningar för att bedriva och tillämpa forskning och innovation är nödvändigt för att fortlöpande utveckla hälso- och sjukvården. Livsvetenskap (life science) är av stor betydelse för Sveriges ekonomi, näringslivets utveckling, forskningen, att möta samhällsutmaningar och för människors hälsa, både i Sverige och globalt. Som ett led i regeringens strategiska satsning på sektorn har bl.a. en särskild samordnare tillsatts.

**Tillkännagivanden avseende folktandvårdens ekonomiska redovisning och legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården**

Riksdagen gav under riksmötet 1997/98 regeringen tillkänna att snarast ta initiativ till att ge frågan om särredovisning av folktandvårdens kostnader för vuxentandvården och barn- och ungdomstandvården en tillfredsställande lösning (bet. 1997/98:SoU25, rskr. 1997/98:289). Statskontoret rapporterade i december 2014 sin bedömning att landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården generellt sett har förbättrats betydligt sedan 2010. Regeringen bedömer att landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården i väsentliga delar är tillfredsställande. Regeringen avser att fortsatt följa utvecklingen av landstingens redovisning. Tillkännagivandet är därmed slutbehandlat.

I juni 2015 gav riksdagen regeringen tillkänna att regeringen i budgetpropositionen för 2016 ska avisera ett förslag om att så snart som möjligt införa legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården (bet. 2014/15:SoU17, rskr. 2014/15:215). Aviseringen ska innehålla besked om tidigast möjliga ikraftträdandedatum. Regeringen anser att frågan om att införa en legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården är komplicerad och behöver därför mer tid att se över frågan. Bland annat behöver vissa gränsdragnings- och organisatoriska frågor analyseras ytterligare. Regeringen kommer därför skyndsamt att påbörja ett sådant arbete och avser återkomma till riksdagen senast i budgetpropositionen för 2017.

**4.6 Förslag om kostnadsfria läkemedel för barn**

**4.6.1 Ärendet och dess beredning**

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2015 (prop. 2014/15:1 utg. omr. 9 avsnitt 4.5 och 4.7.5) att personer under 18 år ska få läkemedel och andra förmånsberättigade varor inom läkemedelsförmånerna kostnadsfritt. Detta ska även gälla de personer under 18 år som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. eller av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlännningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Med anledning av den aviserade reformen togs inom Regeringskansliet (Socialdepartementet) en promemoria fram med förslag om ändringar i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. för att kunna genomföra reformen (Ds 2014:42 Kostnadsfria läkemedel för barn). Promemorian skickades på remiss den 14 november 2014 med sista svarsdatum den 11 december 2014. I samband med riksdagens behandling av budgetpropositionen för 2015 uttalade socialutskottet att det inte ställde sig bakom regeringens förslag om ökat anslag för reformen (bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71). Den 9 december 2014 förlängdes remisstiden till den 9 mars 2015. Samtidigt utökades antalet remissinstanser med Förvaltningsrätten i Falun, Kammarrätten i Stockholm och Handikapporganisationerna. Av 2015 års ekonomiska vårproposition (prop. 2014/15:100) framgår att regeringen anser att förslaget ändå ska genomföras med ikraftträdande den 1 januari 2016 och att regeringen avser att återkomma i denna fråga i budgetpropositionen för 2016.

En sammanfattning av promemorian, promemorians författningsförslag och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 1*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2014/08108/FS).

E-hälsomyndigheten och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har under hand fått möjlighet att lämna synpunkter på delar av utkastet till lagrådsremiss.

## Lagrådet

Regeringen beslutade den 21 maj 2015 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 1*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 1*. Regeringen har följt Lagrådets synpunkter.

### 4.6.2 Hälso- och sjukvård och läkemedel för barn i dag

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Enligt Socialstyrelsen förutsätter jämlik vård att bemötande, vård och behandling erbjuds på lika villkor till alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Kort uttryckt ska vård ges utan diskriminering.

Det förekommer hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Detta avspeglar sig bl.a. i den återstående medellivslängden i olika grupper. Enligt de öppna jämförelser om jämlik vård som Socialstyrelsen publicerade 2013 är medellivslängden fem år längre för eftergymnasialt utbildade, jämfört med de som enbart har förgymnasial utbildning. Hälsoskillnader pekar också på olika behov av både vård och preventiva åtgärder.

I syfte att bl.a. utjämna hälsoskillnader har barn sedan flera årtionden successivt garanterats fler och fler möjligheter att få kostnadsfri alternativt subventionerad hälso- och sjukvård samt tandvård. I de flesta landsting betalar barn och ungdomar under 20 år inga patientavgifter i den öppna hälso- och sjukvården. Barn och ungdomar har också rätt till kostnadsfri tandvård t.o.m. den sista december det år de fyller 19 år. I några landsting gäller en högre åldersgräns. Vidare har den som är under 16 år och lider av vissa specificerade sjukdomar rätt till reduktion av sina kostnader för inköp av specielllivsmedel som förskrivits av läkare. Även vacciner som erbjuds barn inom ramen för de nationella vaccinationsprogrammen är kostnadsfria.

Läkemedel är redan subventionerade för barn. Trots detta kan kostnader för läkemedel bli

kännbara för familjer med låga inkomster och det finns undersökningar som talar för att en del föräldrar av ekonomiska skäl väntar med att hämta ut läkemedel till sina barn.

De ekonomiska stödsystem som finns inom socialtjänsten och som kan bistå föräldrar i ekonomiskt utsatta lägen kräver ett relativt omfattande ansöknings- och beslutsförfarande. Hanteringen kan verka besvärlig och kan i vissa fall antas avskräcka behövande att använda systemet, trots att behov finns.

Att införa ett enklare inkomstprövnings-system med syfte att erbjuda de ekonomiskt mest utsatta grupperna kostnadsfria läkemedel till barn skulle vara möjligt. Sannolikt skulle detta emellertid medföra omotiverat stora administrativa kostnader för att införa och upprätthålla systemet.

Barns och ungdomars hälsa är något som prioriteras högt, både i Sverige och i omvärlden. Det fastslås även i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Konventionsstaterna, däribland Sverige, erkänner barnets rätt att få bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

Inga barn ska behöva avstå från läkemedelsbehandling av ekonomiska skäl. För att göra det möjligt med vård på lika villkor för barn oavsett föräldrarnas ekonomi och jämna ut hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper finns det anledning att införa ett icke behovsprövat system med kostnadsfria läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna för barn upp till 18 år.

Läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna bör även vara kostnadsfria för asylsökande barn m.fl. och barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2015 (prop. 2014/15:1 utg. omr. 9 avsnitt 4.5 och 4.7.5) att personer under 18 år ska få läkemedel och andra förmånsberättigade varor inom läkemedelsförmånerna kostnadsfritt. Detta ska gälla även de personer under 18 år som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. eller av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. I samband med riksdagens behandling av budgetpropositionen för 2015 uttalade socialutskottet

att det inte ställde sig bakom regeringens förslag om ökat anslag för reformen (bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71). Av 2015 års ekonomiska vårproposition (prop. 2014/15:100) framgår att regeringen anser att förslaget ändå ska genomföras med ikraftträdande den 1 januari 2016 och att regeringen avser återkomma i denna fråga i budgetpropositionen för 2016.

### Hur finansieras läkemedel och andra förmånsvaror i dag?

Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen via offentliga medel, främst genom landstingsskatten (ca 70 procent), men också via generella och specialdestinerade statsbidrag till landstingen (ca 20 procent). Taxor och avgifter står för ca 4 procent av landstingens intäkter.

Läkemedel medför stora kostnader för såväl stat och landsting som enskilda individer. År 2013 var de totala kostnaderna för läkemedel som används av människor i Sverige 37 miljarder kronor. Staten ersätter landstingen för framför allt den del av kostnaden som avser läkemedelsförmånerna. De årliga bidragen till landstingen regleras kontinuerligt mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Den totala kostnaden för läkemedelsförmånerna uppgår till knappt 25 miljarder kronor, varav patienter betalar drygt 5 miljarder kronor i avgift och staten betalar knappt 20 miljarder kronor. Egenvårds-läkemedel, dvs. receptfria läkemedel, säljs antingen på apotek eller i övrig handel. Kostnaden för dessa läkemedel uppgår till ca 5 miljarder kronor per år. Rekvisitionsläkemedel, dvs. läkemedel som upphandlas av landstingen och som i regel ges till patienter i den specialiserade vården, kostar årligen ca 7 miljarder kronor och finansieras huvudsakligen av landstingen.

Läkemedel och vissa andra förmånsvaror till asylsökande m.fl. finansieras framför allt av Migrationsverket, men även till viss del av enskildas egenavgifter.

Läkemedel till utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd finansieras huvudsakligen av landstingen och till viss del via enskildas egenavgifter.

### Barn och läkemedel

Varje år får cirka en miljon barn läkemedel på recept i Sverige (tabell 4.5). Det totala antalet uthämtade läkemedel på apotek för dessa barn är cirka fyra miljoner. I antalet ingår alla läkemedel oavsett om de omfattas av läkemedelsförmånerna eller inte. Dessa tal har legat relativt stabilt under de senaste åtta åren. Eftersom det totala antalet barn i dessa åldrar legat kring 2,2 miljoner innebär det att ett givet år får nästan vartannat barn minst ett receptförskrivet läkemedel.

**Tabell 4.5 Antal barn och läkemedel, 2006–2014**

Antal <sup>1</sup>		
År	Barn	Läkemedel <sup>2</sup>
2006	1 080 968	3 885 635
2007	1 103 104	4 030 404
2008	1 092 739	4 078 436
2009	1 077 823	4 063 595
2010	1 091 760	4 195 771
2011	1 070 902	4 118 928
2012	1 043 663	4 078 780
2013	991 528	3 880 994
2014	995 127	4 017 883

<sup>1</sup> Här redovisas inte uppgifterna könsuppdelat eftersom skillnaderna är marginella.

<sup>2</sup> Mätt i antal receptorderrader.

Källa: Socialstyrelsen.

Uppdelat på olika grupper av läkemedel finns det några som står för en mycket stor andel av förskrivningarna (tabell 4.6). De två vanligaste, sett till antalet barn, är läkemedel för andningsorgan samt antibiotika. Andra stora grupper är läkemedel för behandling av nervsystemet, t.ex. adhd-läkemedel och anti epileptika.

I tabell 4.6 har läkemedelsgrupperna rangordnats efter hur många barn som 2014 fått läkemedel från de olika grupperna. Eftersom samma barn kan ha fått läkemedel från flera av de olika grupperna blir det totala antalet barn högre än i tabellen.

**Tabell 4.6 Antal barn och läkemedel uppdelat på läkemedelsgrupper, 2014**

Antal

Läkemedelsgrupp	Barn			Läkemedel		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt
R Andningsorgan	194 731	228 628	423 359	455 963	604 096	1 060 059
J Antiinfektiva medel för systemiskt bruk	203 021	184 552	387 573	331 084	297 294	628 378
D Hudpreparat	102 353	101 814	204 167	228 760	233 627	462 381
S Ögon och öron	65 657	75 111	140 768	94 243	108 917	203 160
N Nervsystemet	59 179	67 776	126 955	301 212	417 805	719 017
A Matsmältningsorgan och ämnesomsättning	68 667	57 875	126 542	190 584	172 802	363 386
G Urin- och könsorgan samt könshormoner	106 245	2 105	108 350	246 843	5 554	252 397
H Systemiska hormonpreparat, exkl. könshormoner och insulin	24 471	30 237	54 708	48 453	58 842	107 295
M Rörelseapparaten	26 171	17 310	43 481	36 826	23 332	60 158
P Antiparasitära, insektsdödande och repellerande medel	15 753	10 779	26 532	19 407	13 176	32 583
C Hjärta och kretslopp	9 506	10 993	20 499	20 254	24 393	44 647
B Blod och blodbildande organ	12 775	7 230	20 005	23 954	18 424	42 379
L Tumörer och rubbningar i immunsystemet	2 584	1 954	4 538	15 092	12 608	27 700
V Övrigt	1 709	2 622	4 331	5 865	8 478	14 343

Källa: Socialstyrelsen.

Baserat på betalda egenavgifter var det fyra läkemedelsgrupper som 2014 stod för en större del av kostnaderna (tabell 4.7).

**Tabell 4.7 Betalda egenavgifter för barns läkemedel uppdelat på läkemedelsgrupper, 2014**

Miljoner kronor

Läkemedelsgrupp <sup>1</sup>	Flickor	Pojkar	Totalt
R Andningsorganen	36	54	90
N Nervsystemet	25	49	74
J Antiinfektiva medel för systemiskt bruk	36	36	72
D Hudpreparat	21	23	44

<sup>1</sup> Läkemedelsgrupper som utifrån betalda egenavgifter står för en större del av kostnaderna.

Källa: E-hälsomyndigheten.

### Nuvarande avgifter för barn i hälso- och sjukvården och tandvården och för läkemedel

#### Hälso- och sjukvårdsavgifter för barn

Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) följer att landsting och kommuner i stort sett själva kan bestämma vilka avgifter patienter ska betala vid läkarbesök och för andra tjänster i vården. Det finns emellertid ett reglerat högkostnads-skydd som innebär att en patient betalar högst ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, för öppen hälso- och sjukvård

under en tolv månadersperiod. Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna uppgår till beloppet.

Landstingen har möjlighet att besluta om avgiftsbefrielse för bl.a. öppen hälso- och sjukvård. Nästan samtliga landsting har för 2014 beslutat att barn och ungdom under 20 år inte ska betala någon avgift i öppen hälso- och sjukvård. Från och med 20-årsdagen upphör avgiftsfriheten. Några landsting har andra regler. I Södermanlands, Kronobergs och Blekinge läns landsting upphör avgiftsfriheten fr.o.m. det kalenderår personen fyller 20 år. Stockholms läns landsting tar ut avgift fr.o.m. 18-årsdagen. Gotlands kommun tillämpar halv avgift för barn under 18 år. Uppsala läns landsting tar ut halv avgift för barn och ungdom under 20 år med undantag för besök inom primärvården som är avgiftsfria. I Norrbottens läns landsting betalar barn t.o.m. 17 år ingen avgift för besök på jourtid och helger. Inom Skåne läns landsting tillämpas patientavgifter fr.o.m. 18 års ålder med undantag för besök inom habiliteringen som är avgiftsfri även för vuxna. Örebro läns landsting tillämpar ingen besöksavgift för barn och ungdom under 25 år. Jämtlands läns landsting har avgiftsfria besök vid ungdomspsykiatrisk mottagning t.o.m. 23-årsdagen.

Förutom att öppen hälso- och sjukvård för barn och ungdomar i de flesta fall är avgifts-

befriad gäller det även besök inom skolhälsovården. De vaccinationer som erbjuds barn inom ramen för det nationella vaccinationsprogrammet för barn är också avgiftsfria.

#### *Avgifter för tandvård till barn*

Enligt tandvårdslagen (1985:125) ska folktandvården svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar t.o.m. det år då de fyller 19 år.

Den fria tandvården för barn har successivt byggts ut i olika åldersgrupper allt sedan 1960-talet. Frågan om huruvida avgiftsfriheten ska vara beroende av föräldrarnas inkomster har varit föremål för diskussion. Men redan i Kungl. Maj:ts proposition med förslag om allmän tandvårdsförsäkring m.m. (prop. 1973:45) anfördes att det skulle vara praktiskt ogenomförbart att upprätthålla en inkomstprövningsapparat för att pröva en subventionering av kostnad för tandvård. Vidare anfördes att en allmän tandvårdsförsäkring med rimlig ersättningsnivå till alla befolkningsgrupper i många fall kunde väntas minska låginkomstgruppernas tandvårdskostnader avsevärt och därmed underlätta för dessa grupper att söka en mera fullständig tandvård.

Tandvården för barn och ungdomar är numera avgiftsfri t.o.m. den sista december det år de fyller 19 år.

#### *Avgifter för läkemedel och förbrukningsartiklar till barn*

De flesta läkemedel som förskrivs på recept, vissa preventivmedel, stomiartiklar och vissa förbrukningsartiklar är subventionerade. Patienten betalar endast en s.k. egenavgift när läkemedel hämtas ut på recept. Subventionen innebär att den förmånsberättigade under en tolv månadersperiod sammanlagt inte betalar mer än 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken. Alla barn under 18 år i samma hushåll har ett gemensamt högkostnadsskydd. Detta regleras i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

En del läkemedel är avgiftsbefriade, såsom insulin för diabetiker. Några landsting betalar också hela eller en del av egenavgiften för vissa läkemedel och vissa patientgrupper, t.ex. vissa preventivmedel till unga kvinnor.

#### *Avgifter för livsmedel för särskilda näringsändamål*

Vid vissa sjukdomar, födoämnesintolerans eller funktionsnedsättning kan specialkost eller näringslösningar krävas. Den som är under 16 år

har rätt till kostnadsreducering vid inköp av speciallivsmedel som förskrivits av läkare vid följande diagnoser:

1. Crohns sjukdom
2. fenylketonuri
3. galaktosemi
4. glutenintolerans
5. komjölksproteinintolerans
6. kort tunntarm
7. laktosintolerans (medfödd och sekundär)
8. kronisk njurinsufficiens
9. sojaproteinintolerans, och
10. ulcerös kolit

Rabatten träder in när kostnaderna för speciallivsmedlen vid ett inköpstillefälle överstiger 120 kronor. Den mängd som får expedieras vid ett stillefälle får motsvara högst 90 dagars förbrukning.

Kostnaderna för livsmedlen får inte räknas samman med köp av sådana läkemedel, födelsekontrollerande medel och förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånerna.

#### *Vårdavgifter för bl.a. asylsökande barn*

Ett landsting ska erbjuda bl.a. asylsökande barn hälso- och sjukvård och tandvård i samma omfattning som för barn som är bosatta inom landstinget. Som barn räknas de som inte har fyllt 18 år. I dag betalar asylsökande, såväl vuxna som barn, en vårdavgift på 50 kronor för besök hos läkare inom den offentliga primärvården och för läkarvård som ges efter remiss av sådana läkare, 25 kronor för annan sjukvårdande behandling än läkarvård, om den ges av en vårdgivare efter remiss av en läkare inom den offentliga vården, och 40 kronor för sjukresa. Avgifterna ska betalas endast om motsvarande avgift ska betalas av andra vårdtagare. För receptförskrivna läkemedel ska asylsökande betala en avgift med högst 50 kronor. Enligt Migrationsverkets praxis ger myndigheten ersättning för läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. Egenavgiften inkluderar även insulin, stomiartiklar och förskrivna livsmedel till barn under 16 år. Migrationsverket ersätter hela kostnaden för förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering och som har skrivits ut på hjälpmedelskort. Asylsökande



behöver således inte betala egenavgift för sådana varor.

Enligt apotekens och Migrationsverkets praxis betalas 50 kronor i avgift per expediering, dvs. oavsett hur många läkemedel som hämtas ut vid ett tillfälle. Utbyte av läkemedel på apotek, dvs. från ett förskrivet läkemedel till ett likvärdigt generiskt läkemedel, sker inte när det gäller asylsökande.

Avgiftsfrihet gäller för förebyggande barn- och mödravård som ges av en vårdgivare inom den offentliga primärvården, förlossningsvård samt vård enligt smittskyddslagen (2004:168).

Har en asylsökande inom en sexmånadersperiod betalat mer än 400 kronor för läkarbesök, sjukresor och receptförskrivna läkemedel får Migrationsverket betala ett särskilt bidrag. Finns det i en familj fler än ett barn som inte fyllt 18 år ska beloppet 400 kronor avse det sammanlagda belopp som betalats för barn under 18 år i familjen.

#### *Vårdavgifter för barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*

Landstingen har skyldighet att i vissa fall erbjuda bl.a. hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Det landsting där personen vistas ska erbjuda den föreskrivna vården. Förmånerna gäller dock inte personer som endast tillfälligt avser att vistas i Sverige.

Barn som inte fyllt 18 år ska erbjudas vård i samma omfattning som erbjuds dem som är bosatta inom landstinget. Ett landsting ska också erbjuda de aktuella personerna de läkemedel som förskrivs i samband med vård. Det gäller dock enbart de läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. För barn ingår läkemedel i samma omfattning som för barn som är bosatta inom landstinget.

Av förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd följer att utlänningar som omfattas av denna förordning ska betala vårdavgift på 50 kronor för läkarbesök inom landstingets hälso- och sjukvård eller hos läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget samt för läkarvård som ges efter remiss av sådana läkare. Avgiften för annan sjukvårdande behandling än läkarvård uppgår till 25 kronor och avgiften för sjukresa är max 40 kronor. Kostnadsfrihet gäller för förebyggande barn-

och mödravård som ges av en vårdgivare inom den offentliga primärvården och för förlossningsvård. För läkemedel ska de som omfattas av förordningen betala en avgift med högst 50 kronor per läkemedel för förskrivna läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. Tandvård hos en tandläkare som omfattas av det statliga tandvårdsstödet är kostnadsfri för barn som inte har fyllt 18 år.

### **4.6.3 Gällande rätt**

Kärnan i den svenska hälso- och sjukvården, tandvården m.m., som det allmänna bekostar, består av åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Läkemedelsbehandlingar utgör en viktig del av denna verksamhet. Läkemedel och andra varor som förskrivs bekostas i de flesta fall delvis av patienten själv genom egenavgifter, delvis av staten via bidrag till landstingen samt till viss del av landstingen själva. Föreskrifter om vilka läkemedel och andra varor som är subventionerade, vilka som har tillgång till sådana läkemedel och varor samt om de avgifter patienterna ska betala finns i olika författningar.

#### **Lagen om läkemedelsförmåner m.m.**

Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. innehåller bl.a. bestämmelser om läkemedelsförmåner och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna, vilka som har rätt till förmånerna och förmånernas innehåll.

Med läkemedelsförmåner avses enligt lagen ett skydd mot höga kostnader vid inköp av förmänsberättigade läkemedel och andra varor. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana läkemedel och andra varor.

Förmånerna omfattar receptbelagda och receptfria läkemedel, vissa preventivmedel, förbrukningsartiklar som behövs vid stomi samt förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering (15–18 §§). Det är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket som beslutar om ett läkemedel eller en vara ska ingå i läkemedelsförmånerna, dvs. subventioneras av det offentliga.

Rätt till läkemedelsförmåner har den som är bosatt i Sverige, den som inte är bosatt här men som omfattas av EU-ländernas sociala trygghets-system, i vissa fall den som lämnar landet för att studera i ett annat land samt den som utan att vara bosatt i Sverige har anställning här. Sistnämnda kategori förmånsberättigade har dock inte rätt till förmåner vad avser förbrukningsartiklar vid stomi (4 §).

Förmånerna innebär som anges ovan en reduktion av den enskildes kostnader för vissa läkemedel och andra varor. Enligt 5 § beräknas kostnadsreduceringen på den sammanlagda kostnaden för de läkemedel och andra varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för förmånsberättigade varor inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,5 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen:

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger kostnadstaket,
2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger kostnadstaket, och
3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 2,454 gånger kostnadstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas kostnadsreduceringen gemensamt för barnen. Kostnadsreduceringen gäller under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Det som redovisas ovan innebär att den enskildes kostnader för läkemedel och andra varor som omfattas av förmånerna som regel reduceras stegvis samt att den enskildes kostnader under en tolv månadersperiod som mest uppgår till 2 200 kronor. För vissa förbrukningsartiklar sker dock inte en stegvis reduktion av kostnaderna, utan dessa artiklar ska alltid tillhandahållas kostnadsfritt (19 §).

Föreskrifterna om kostnadsreducering i 5 § tillämpas i fråga om ett läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna om det har förskrivits för människor av läkare, tandläkare, sjuksköterska, barnmorska eller legitimerad tandhygienist i syfte att förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom eller symtom på sjukdom eller i likartat syfte och under förutsättning att receptet är försett med en kod som identifierar den arbetsplats som receptutfärdaren tjänstgör vid (arbetsplatskod) (6 §).

I 21 § finns bestämmelser om utbyte av läkemedel. Dessa bestämmelser syftar till ökad pris-konkurrens och kostnadsbesparingar. I vissa fall får sådant utbyte inte ske av medicinska orsaker och i andra fall kan patienten välja att motsätta sig utbyte. I sistnämnda fall får patienten betala de merkostnader som uppkommer på grund av att utbyte inte sker.

#### *Förordningen om läkemedelsförmåner m.m.*

Förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. innehåller bestämmelser som ansluter till bestämmelserna i lagen om läkemedelsförmåner m.m. Förordningen innehåller bl.a. bestämmelser som innebär krav på att förskrivningar av vissa varor ska göras på ett hjälpmedelskort (8 §) samt bestämmelser som bl.a. har till syfte att motverka att förmånsberättigade varor tas ut i en större mängd än vad som är nödvändigt (2 och 11 §§).

#### **Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.**

I lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. finns bestämmelser om landstingens skyldigheter att, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt tandvårdslagen (1985:125), erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård åt asylsökande och vissa andra utlänningar.

Enligt denna lag ska landsting erbjuda följande barn (personer som inte har fyllt 18 år) vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget:

- barn som är asylsökande,
- barn som har sökt uppehållstillstånd som skyddsbehövande i övrigt,
- barn som har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller efter tillfälligt skydd och som inte är folkbokförda i landet,
- barn som hålls i förvar, samt
- barn som vistas här med stöd av vissa tidsbegränsade uppehållstillstånd.

Detta innebär bl.a. att landstinget även erbjuder läkemedel och vissa varor, t.ex. stomiartiklar, till de barn som omfattas av bestämmelserna i denna lag. Även barn som meddelats beslut om avvísning eller utvisning omfattas av lagen, under förutsättning att de inte håller sig undan verkställighet av beslutet. I sådana fall omfattas de i stället av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

#### *Förordningen om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar*

I förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar finns bestämmelser om den avgift som asylsökande m.fl. själva ska betala för besök i sjukvården och för läkemedel. För receptförskrivna läkemedel ska den som omfattas av lagen betala en avgift med högst 50 kronor. Avgiften gäller oavsett om ett läkemedel förskrivs till ett barn eller en vuxen. Om en utlänning inom loppet av en sexmånadersperiod betalat mer än 400 kronor för läkarbesök, annan sjukvårdande behandling än läkarvård, sjukresor och receptförskrivna läkemedel, får Migrationsverket betala ut ett särskilt bidrag för de kostnader som överstiger 400 kronor. Finns det i en familj fler än ett barn som inte fyllt 18 år ska beloppet 400 kronor avse det sammanlagda belopp som betalats för barn under 18 år i familjen.

#### **Lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd**

Landstingen har enligt lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till vissa utlänningar som vistas inom ett landsting utan att vara bosatta där. Lagen omfattar utlänningar som vistas i Sverige utan stöd av myndighetsbeslut eller författning. Personer som endast tillfälligt avser att vistas i landet omfattas inte av lagen. Härmed avses att från personkretsen undanta t.ex. personer som reser till Sverige utan nödvändiga tillstånd eller vistas i landet längre tid än beviljad visering med syftet att få subventionerad hälso- och sjukvård. Genom att lagen endast riktar sig till utlänningar som vistas olovligen i landet omfattas inte t.ex. turister och affärsresenärer som har tillstånd att vistas i landet (se prop. 2012/13:109 s. 58).

Barn, dvs. personer som inte fyllt 18 år, ska erbjudas vård i samma omfattning som erbjuds dem som är bosatta inom landstinget (6 §). Ett landsting ska även erbjuda dem som omfattas av lagen de läkemedel som förskrivs i samband med vård som ges med stöd av lagen. Det gäller dock enbart läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. (9 §).

#### *Förordningen om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*

I förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd finns bestämmelser om de avgifter som en utlänning ska betala själv enligt lagen om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Bland annat ska de som omfattas av förordningen betala en avgift på högst 50 kronor per läkemedel för förskrivna läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. (7 §). Avgiftsskyldigheten gäller såväl barn som vuxna.

#### **FN:s konvention om barnets rättigheter**

Sverige har genom att 1990 ratificera FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) förbundit sig att leva upp till konventionens bestämmelser som bl.a. slår fast att barn

är självständiga individer med egna rättigheter som ska respekteras.

Barnkonventionen innehåller såväl medborgerliga och politiska rättigheter som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Konventionens grundläggande principer om icke-diskriminering, barnets bästa, rätten till liv och utveckling samt rätten att komma till tals har en egen självständig betydelse, men de ska också genomsyra de övriga bestämmelserna i konventionen.

Konventionen erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. Konventionsstaterna ska vidare sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att bl.a. minska spädbarns- och barnadödligheten, säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård samt bekämpa sjukdom och undernäring.

Enligt den av riksdagen beslutade strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232) ska all lagstiftning som rör barn utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.

#### 4.6.4 Regeringens förslag och bedömning

##### Kostnadsfria läkemedel för barn

**Regeringens förslag:** Läkemedel och andra förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 18 år. Nuvarande kostnadsreducering för barn ska tas bort.

**Regeringens bedömning:** Motsvarande kostnadsfrihet som föreslås ovan bör också gälla barn som omfattas av lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. eller av lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

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

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanser har i sina remissvar uttryckt ett stöd för förslaget och dess intentioner. Ingen remissinstans avstyrker förslaget.

Flera remissinstanser har dock lämnat synpunkter eller vill lyfta vissa farhågor kopplade till förslaget.

*Östergötlands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Västerbottens läns landsting* och *Sveriges Farmaceuter* efterfrågar ytterligare underlag om antalet barn vars föräldrar väntar med att hämta ut läkemedel av ekonomiska skäl. *Värmlands läns landsting* framför i stället att det är väl känt att familjer med låga inkomster i mindre omfattning hämtar ut läkemedel. Bland andra *Läkemedelsverket, Dalarnas läns landsting* och *Sveriges läkarförbund* undrar om man med reformen löser hela problemet då ojämlikhet även orsakas av att vissa läkemedel inte omfattas av läkemedelsförmånerna.

Flera landsting såsom *Södermanlands läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Västra Götalands läns landsting* samt *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* framför att kostnaderna är för lågt beräknade och inte tar hänsyn till ökade kostnader jämfört med nuläget. Vidare pekar SKL, *Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting* och *Blekinge läns landsting* m.fl. på att det råder osäkerhet om hur många barn som vistas i Sverige utan tillstånd och att ökningen av befolkningsgruppen beräknas till två procent per år av Statistiska centralbyrån.

SKL, *Östergötlands läns landsting, Södermanlands läns landsting, Västmanlands läns landsting, Örebro läns landsting, Jönköpings läns landsting, Dalarnas läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Uppsala läns landsting, Västerbottens läns landsting, Läkemedelsindustriföreningen (LIF)* och *Sveriges läkarförbund* lyfter farhågor om att det finns risk att det förutom den önskade effekten av ökad användning av läkemedel även sker en oönskad ökning av läkemedelsanvändningen bland barn och ungdomar. Det finns också en risk att förskjutningen sker från egenvård till vård, med eventuellt fler vårdbesök. Kopplat till dessa farhågor pekar flera remissinstanser på vikten av att reformen följs upp och att nödvändiga förutsättningar för detta säkerställs.

*E-hälsomyndigheten, SKL, LIF* och *Sveriges Apoteksförening* påpekar att det finns behov av att anpassa befintliga it-system men att det inte

tillräckligt tydligt framgår i departementspromemorian att det handlar om dels ändringar i högkostnadsdatabasen, dels i apotekens recept-expedieringssystem.

Sveriges Apoteksförening framför att förslaget påverkar betalningsflöden samt genererar kostnader för it-utveckling på apoteken.

**Skälen för regeringens förslag och bedömning:** Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2015 (prop. 2014/15:1 utg. omr. 9 avsnitt 4.5 och 4.7.5) att personer under 18 år ska få läkemedel och andra förmånsberättigade varor inom läkemedelsförmånerna kostnadsfritt. Detta ska även gälla de personer under 18 år som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. eller av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. I samband med riksdagens behandling av regeringens budgetproposition för 2015 uttalade socialutskottet att det inte ställde sig bakom regeringens förslag om ökat anslag för reformen (bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71). Av 2015 års ekonomiska vårproposition (prop. 2014/15:100) framgår att regeringen anser att förslaget ändå ska genomföras med ikraftträdande den 1 januari 2016 och att regeringen avser att återkomma i denna fråga i budgetpropositionen för 2016. Förslagen som lämnas i denna proposition syftar till att reformen ska kunna genomföras.

#### *Varför behövs kostnadsfria läkemedel för barn?*

En utgångspunkt för reformen är att den ska möjliggöra en vård på lika villkor oavsett barnfamiljers ekonomi och därigenom utjämna hälsoskillnader mellan barn och unga. Inga barn eller unga ska behöva avstå från läkemedelsbehandling av ekonomiska skäl. Den föreslagna reformen är således i linje med statens och landstingens tidigare insatser som bl.a. resulterat i att hälso- och sjukvård, tandvård, speciallivsmedel och vacciner till barn och unga är kostnadsfria eller i vissa fall kraftigt subventionerade. Reformen korresponderar också med FN:s konvention om barnets rättigheter som erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa.

I dag subventioneras läkemedel och vissa varor till barn under 18 år genom olika regelverk, beroende på om barnet är boende i Sverige, asylsökande eller vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. En ytterligare utgångspunkt för re-

formen är att barn och unga, oavsett vilket regelverk som är tillämpligt, ska behandlas lika.

Bland remissinstanserna finns ett brett stöd för reformen och dess intentioner.

#### *Vad och vilka omfattas av förslaget om kostnadsfrihet?*

Reformen omfattar kostnadsfrihet för läkemedel och andra förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Läkemedelsförmånerna kan omfatta såväl receptbelagda som receptfria läkemedel, vissa preventivmedel, förbrukningsartiklar som behövs vid stomi och förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering. Förbrukningsartiklar är i vissa fall kostnadsfria, men som regel innebär förmånerna en reducering av den enskildes kostnader för sådana läkemedel och andra varor som ingår i förmånerna. Läkemedel som faller utanför förmånen, dvs. de som inte omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. samt läkemedel för egenvård, omfattas således inte av reformen om kostnadsfrihet. I likhet med vad som i dag gäller för patienter som uppnått full kostnadsreducering enligt 5 § ska den kostnadsfrihet som nu föreslås inte heller omfatta merkostnader som uppkommer i situationer där en patient själv väljer att inte byta ut ett läkemedel.

I enlighet med de utgångspunkter för reformen som redovisats bör dessa läkemedel och andra varor vara kostnadsfria för de barn som vid inköpstillfället inte har fyllt 18 år och som har rätt till förmåner enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. Förslaget innebär således att kostnadsfrihet kommer att gälla för förmånsberättigade barn som är bosatta i Sverige, barn som inte är bosatta här men som har rätt till vårdförmåner och omfattas av EU-ländernas sociala trygghetssystem, barn som är bosatta här men som studerar i ett annat land samt de barn som utan att vara bosatta i Sverige har anställning här. Sistnämnda kategori förmånsberättigade har dock inte rätt till förmåner vad avser förbrukningsartiklar som behövs vid stomi.

Utöver de barn vars förmåner regleras i lagen om läkemedelsförmåner ska även asylsökande barn m.fl. samt barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd omfattas av reformen. Detta innebär att förmånsberättigade läkemedel och varor ska vara kostnadsfria för barn som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och

sjukvård för asylsökande m.fl. eller av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Kostnadsfriheten bör gälla till den dag barnet fyller 18 år.

Avgiftsskyldighet för läkemedel för asylsökande m.fl. regleras i förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar. Regeringen har för avsikt att genomföra reformen för asylsökande barn m.fl. genom ändring i denna förordning.

Vad gäller utlänningar som omfattas av lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd har landstingen i dag en skyldighet att erbjuda dessa de läkemedel som förskrivs i samband med vård som ges med stöd av lagen och som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. I förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd regleras vilka avgifter utlänningen ska betala för läkemedel. För att barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ska få kostnadsfria läkemedel har regeringen för avsikt att göra ändringar i denna förordning.

Landstingen är i dag inte skyldiga att erbjuda de utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd andra varor än läkemedel. För att barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ska kunna tillförsäkras tillgång till kostnadsfria varor på samma sätt som i Sverige bosatta barn måste lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ändras. Denna ändring kommer att ske i särskild ordning. Ikraftträdandet i denna del kommer därför att senareläggas, målsättningen är att det sker så snart som möjligt.

#### *Hur omfattande är problemet och när reformen rätt grupper?*

Läkemedel är redan subventionerade för barn. Trots detta kan kostnader för läkemedel bli kännbara för familjer med låga inkomster och det finns undersökningar som talar för att en del föräldrar av ekonomiska skäl väntar med att hämta ut läkemedel till sina barn. Vissa remissinstanser har efterfrågat ytterligare underlag för att visa hur utbrett problemet är med barn vars föräldrar väntar med eller avstår ifrån att hämta ut läkemedel av ekonomiska skäl. Samtidigt påpekar Värmlands läns landsting att det är väl känt

att familjer med låga inkomster i mindre omfattning hämtar ut läkemedel.

Reformen är en del i arbetet att utjämna hälsoskillnader mellan barn. Tidigare reformer från såväl stat som landsting innebär bl.a. kostnadsfri eller kraftigt subventionerad hälso- och sjukvård, tandvård, speciallivsmedel och vacciner till samtliga barn och unga oavsett betalningsförmåga hos föräldrarna. Att frångå den principen för läkemedel är enligt regeringens bedömning inte motiverat och kan slå fel eftersom syftet är att möjliggöra vård på lika villkor för barn oavsett föräldrarnas ekonomi och att jämna ut hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper. De ekonomiska stödssystem som finns inom socialtjänsten kräver ett relativt omfattande ansöknings- och beslutsförfarande som i sig kan innebära en fördröjning av att hämta ut ett nödvändigt läkemedel. Att införa ett enklare inkomstprövningssystem medför sannolikt omotiverat höga administrativa kostnader i förhållande till fördelarna. Av dessa anledningar anser regeringen att de aktuella läkemedlen och varorna ska vara kostnadsfria för alla flickor och pojkar under 18 år.

Reformen tar som sagt sikte på de läkemedel och andra förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ lagen om läkemedelsförmåner m.m., vilka redan i dag omfattas av statlig subventionering med högkostnadskydd. Denna statliga subventionering med skydd mot höga kostnader finns för att alla ska ha tillgång till bra och effektiva behandlingar. Det är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som prövar och beslutar vilka läkemedel som ska vara subventionerade och omfattas av högkostnadskyddet. I den prövning som TLV gör ingår inte bara en bedömning av hur kostnadseffektivt läkemedlet är utan även medicinska och humanitära överväganden. Regeringen bedömer därmed, utifrån det system som finns för prövning av statlig subventionering, att det endast är de läkemedel och andra förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ lagen om läkemedelsförmåner m.m. som ska vara kostnadsfria för barn. Således omfattas läkemedel utanför förmånen eller läkemedel för egenvård inte av reformen om kostnadsfrihet. Detta utesluter dock inte att övriga ekonomiska stödssystem inom socialtjänsten kan nyttjas i dessa fall för att underlätta för ekonomiskt utsatta föräldrar och barn.

*Beräkningsunderlag och kostnader*

Ett antal remissinstanser har ifrågasatt beräkningen av kostnaderna för reformen. Regeringens beräkningar är till stor del baserade på nuvarande transaktioner inom högkostnads-skyddet. Reformen i sig bör leda till att färre föräldrar avstår ifrån att hämta ut läkemedel till sina barn. Landstingen får ersättning för läkemedelskostnader genom det specialdestinerade statsbidrag som staten betalar till landstingen för läkemedelsförmånerna. Ersättning för denna reform kommer huvudsakligen att hanteras inom ramen för detta system.

*Sveriges Apoteksförening* har framfört att förslaget medför negativa konsekvenser för apoteken genom påverkan på betalningsflöden, framför allt när det gäller senarelagd ersättning för de egenavgifter som apoteken i dag får omgående vid expedieringstillfället samt den egenavgift om 50 kronor som tas ut av apoteken när exempelvis asylsökande barn får ett läkemedel expedierat. Här vill regeringen förtydliga att den egenavgift som kommer att slopas för asylsökande barn i stället kommer att faktureras Migrationsverket av apoteken tillsammans med själva läkemedelskostnaden. Regeringen bedömer vidare att reformen inte ska motivera någon ändring av handelsmarginalen. Tidigare regering bedömde i propositionen *Ökad tillgänglighet och mer ändamålsenlig prissättning av läkemedel* (prop. 2013/14:93 s. 95 och s. 104) att det skulle leda fel att basera handelsmarginalen på enskilda apoteks kostnader och att det inte finns skäl att frångå den bedömning som gjordes i samband med omregleringen av apoteksmarknaden i fråga om handelsmarginalens fastställande. Regeringen delar denna bedömning.

*Eventuellt önskad effekt av reformen*

Farhågor har förts fram att reformen skulle kunna medföra oönskade effekter. Exempel som har nämnts är ett ökat eller ändrat förskrivningsbeteende hos läkare t.ex. genom påtryckning från föräldrar om att få ett visst läkemedel, såsom antibiotika, förskrivet. Detta kan då leda till en önskad ökning av läkemedelsanvändningen bland barn och unga. Även risken för ett ökat uttag av förskrivna läkemedel har nämnts. Det finns också en risk att förskjutning sker från egenvård till vård, med eventuellt fler vårdbesök, då läkemedel blir kostnadsfria för barn och ungdomar, t.ex. allergimedier som förskrivs vid läkarbesök.

Som en konsekvens av reformen bör uttaget av förskrivna läkemedel öka då föräldrar inte längre av ekonomiska skäl kommer att avstå från att hämta ut läkemedel till sina barn. Regeringen bedömer dock att risken är liten för de oönskade effekter av reformen som vissa remissinstanser pekar på. När det gäller förskrivning av läkemedel har regeringen ett stort förtroende för professionen och dess förmåga att utifrån kunskaper samt det etiska regelverk som finns kunna hantera påtryckningar. Vidare finns i svensk lagstiftning omfattande reglering av hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. Här kan nämnas skyldighet att bidra till att patientsäkerheten upprätthålls, att personalen utför sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att den som har störst behov av vård ska ges företräde. När det gäller antibiotikaanvändning så pågår i Sverige sedan länge ett omfattande arbete att öka kunskapen för att minska förbrukningen av icke-nödvändig antibiotika. Bland annat har behandlingsrekommendationer tagits fram och som en följd av ökad följsamhet till dessa inom vården så har förbrukningen hos barn av icke-nödvändig antibiotika minskat.

Regeringen avser dock att noga följa reformen för att tidigt kunna identifiera eventuella oönskade effekter.

*Nödvändiga följdändringar*

I lagen om läkemedelsförmåner m.m. finns en bestämmelse som innebär att om en förälder eller föräldrar har flera gemensamma barn i sin vård, så räknas alla barnens egenavgifter ihop, dvs. ett slags gemensamt högkostnadsskydd. Denna bestämmelse kommer inte att fylla någon funktion om den ovan nämnda bestämmelsen om kostnadsfrihet införs i lagen. Det föreslås därför att bestämmelsen om gemensamt högkostnadsskydd ska utgå ur lagen. Under en övergångsperiod föreslås dock att barn som fyller 18 år får behålla sin plats i högkostnadstrappan, dvs. där även syskonens inbetalda avgifter inkluderas under ett år från första inköpstillfället. Detta beskrivs vidare i avsnitt 4.6.5.

Regeringen är medveten om att det krävs ändringar i existerande it-system för att genomföra reformen. Det handlar dels om anpassningar i högkostnadsdatabasen vid E-hälsomyndigheten, dels om ändringar i receptexpedieringssystemen hos apoteken. Högkostnadsdatabasen är en

databas med tillhörande it-tjänster som apotekens system kopplar upp sig mot för att kunna ställa prisfrågor och registrera köp samt transaktioner. Regeringen avser att ge E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra nödvändiga förändringar i myndighetens it-system. När det gäller ändringar i receptexpedieringsystemet vid apoteken så följer genomförande av dessa som en del i de krav på verksamheten som framgår av lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

### **Förtydliganden om vissa förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånerna**

**Regeringens förslag:** Förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering ska kunna ingå i läkemedelsförmånerna under förutsättning att en förmånsberättigad behöver dem på grund av sjukdom samt att de förskrivs av läkare, tandläkare eller någon annan som Socialstyrelsen förklarat har behörighet till sådan förskrivning. Det ska förtydligas att sådana förbrukningsartiklar även är kostnadsfria för förmånsberättigade personer som vid inköpstillfället har fyllt 18 år.

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

**Remissinstanserna:** Inga remissinstanser har några synpunkter på förslagen. *Västmanlands läns landsting* och *Värmlands läns landsting* har dock framfört att det saknas kostnadsberäkningar för dessa förslag.

**Skälen för regeringens förslag:** I lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. finns bestämmelser om vilka andra varor än läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. Bland annat anges i 18 § tredje punkten att läkemedelsförmånerna ska omfatta förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering. I 19 § anges att sådana förbrukningsartiklar är kostnadsfria om de förskrivits på grund av sjukdom av läkare, tandläkare eller av någon annan som Socialstyrelsen förklarat behörig därtill.

Det har kommit in remissynpunkter på att det saknas beräkningar avseende kostnadsfrihet för sådana förbrukningsartiklar. Här vill regeringen förtydliga att det i denna del inte föreslås någon

ändring i förhållande till vad som gäller i dag, sådana förbrukningsartiklar är redan kostnadsfria. Som en följd av att läkemedel och andra varor inom förmånssystemet blir kostnadsfria för barn föreslår dock regeringen att bestämmelsen om kostnadsfrihet för nämnda förbrukningsartiklar ska ändras till att gälla för vuxna, dvs. personer som vid inköpstillfället fyllt 19 år.

Därutöver föreslår regeringen att förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering endast ska kunna ingå i läkemedelsförmånerna om en förmånsberättigad behöver dem på grund av sjukdom och om de förskrivits på grund av sjukdom av någon som har behörighet till sådan förskrivning.

Bestämmelser om kostnadsfrihet för sådana förbrukningsartiklar som omfattas av 18 § tredje punkten har funnits sedan införandet av den numera upphävda lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. Av 7 § sistnämnda lag följde att förbrukningsartiklar som behövdes för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering skulle tillhandahållas kostnadsfritt om de på grund av sjukdom förskrivits av läkare eller tandläkare eller av någon annan som Socialstyrelsen förklarat behörig därtill. Av förarbetena till bestämmelsen framgår bl.a. att regeringen ansåg att sådana vid sjukdom receptförskrivna förbrukningsartiklar som oundgängligen erfordras för att ett läkemedel ska kunna tillföras kroppen eller som erfordras för egenkontroll av medicinering ska ingå i läkemedelsförmånerna och tillhandahållas patienten kostnadsfritt (se prop. 1996/97:27 s. 48).

När lagen om läkemedelsförmåner m.m. infördes skapades i 19 § denna lag en bestämmelse som med vissa redaktionella justeringar motsvarade 7 § lagen om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. Därefter infördes 18 § tredje punkten i lagen om läkemedelsförmåner m.m. Skälet till detta var att regeringen ansåg att en statlig priskontroll var angelägen även avseende dessa förbrukningsartiklar. Därför skulle det ingå i Läkemedelsförmånsnämndens uppgift att besluta om de ska ingå i läkemedelsförmånerna och att fastställa försäljningspris för dem (se prop. 2002/03:42 s. 41 f.). Det framgår inte av propositionen att avsikten var att ta bort kravet på att förbrukningsartiklarna ska ingå i förmånerna endast när de förskrivs på grund av



sjukdom av någon som har behörighet till sådan förskrivning.

Det torde således aldrig ha varit avsikten att låta sådana förbrukningsartiklar ingå i läkemedelsförmånerna utan krav på samband med sjukdom och förskrivning av behöriga förskrivare. Det föreslås därför att det i 18 § tredje punkten införs krav på att de aktuella förbrukningsartiklarna, för att omfattas av läkemedelsförmånerna, ska ha förskrivits på grund av sjukdom av läkare eller tandläkare eller någon annan som Socialstyrelsen förklarat har behörighet till sådan förskrivning. Som en konsekvens tas motsvarande krav bort från 19 §.

Regeringens förslag i denna del avviker förfatningstekniskt från förslaget i promemorian på så sätt att regeringen föreslår att ändringen ska regleras i lagen (2015:319) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

#### 4.6.5 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

**Regeringens förslag:** De föreslagna bestämmelserna ska träda i kraft den 1 januari 2016.

Äldre föreskrifter om gemensam kostnadsreducering under ett år räknat från första inköpstillfället för vissa barn ska fortfarande gälla för förmånsberättigade personer som under denna tid fyller 18 år.

**Promemorians förslag:** I promemorian föreslås ett annat ikraftträdandedatum. Vidare saknas förslag till övergångsbestämmelser.

**Remissinstanserna:** Ingen av remissinstanserna har något att anföra i fråga om ikraftträdandet. *E-hälsomyndigheten* och *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* uppmärksammar att borttagandet av 5 § sjunde stycket lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. innebär att personer som har uppnått kostnadsreducering inom högkostnadsskyddet efter sin 18-årsdag får betala fullt pris för läkemedel och andra varor som de med nuvarande regelverk skulle ha fått kostnadsfritt eller till reducerat pris under resterande delen av den pågående ettårsperioden.

**Skälen för regeringens förslag:** Det är väsentligt att de nya bestämmelserna träder i kraft så snabbt som möjligt. De föreslagna be-

stämmelserna bör därför träda i kraft den 1 januari 2016.

Enligt nuvarande bestämmelser i 5 § sjunde stycket tillämpas bestämmelserna om kostnadsreducering gemensamt för barn i samma familj. Kostnadsreduceringen gäller under ett år från det första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Som anges ovan föreslår regeringen att läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna ska vara kostnadsfria för barn upp till 18 år. Som en följd av detta tas bestämmelserna om gemensam kostnadsreducering för barn bort. För att undvika en försämring för familjer med flera barn anser regeringen att en förmånsberättigad person som vid ikraftträdandet omfattas av reglerna om gemensam kostnadsreducering ska få behålla uppnådd kostnadsreducering under ett år från första inköpet även om denne under perioden fyllt 18 år. De inköp som gjorts under pågående ettårsperiod före den 1 januari 2016, även de som avser andra förmånsberättigade barn i familjen, får således under resterande del av perioden läggas till grund för kostnadsreducering för den förmånsberättigade som under perioden har fyllt 18 år. En förmånsberättigad person som påbörjat en inköpsperiod och som fyller 18 år efter den 31 december 2015 kommer således fr.o.m. den 1 januari 2016 till 18-årsdagen ha rätt till kostnadsfria läkemedel och varor. Därefter beräknas kostnadsreduceringen under resterande del av perioden på de inköp som gjorts under pågående period före den 1 januari 2016, även de som avser andra förmånsberättigade barn i familjen.

#### 4.6.6 Konsekvenser

##### Sammanfattning

Konsekvenserna av promemorians förslag är att barn under 18 år kommer att erbjudas kostnadsfria läkemedel och varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Den aktuella gruppen får därmed inga kostnader för förmånsvaror när de expedieras på apotek.

Det innebär i sin tur att apotekens intäkter i form av egenavgifter vid expediering senareläggs då dessa måste invänta betalning från landstingen. I och med att landstingen har kostnadsansvar för de varor inom förmånerna som expedierats på apotek till barn bosatta i Sverige

och till barn som saknar tillstånd att vistas i Sverige kommer landstingets kostnader att öka. Det i sin tur kommer att påverka det statsbidrag som staten betalar till landstingen för läkemedelsförmånerna och därmed öka statens kostnader.

De minskade intäkter som apoteken får för läkemedel och varor inom förmånerna för bl.a. asylsökande barn kommer att faktureras Migrationsverket och öka den myndighetens kostnader.

E-hälsomyndigheten får en kostnad för anpassning av sin högkostnadsdatabas. Även apoteken får kostnader för att genomföra följd-förändringar i sina receptexpedieringssystem.

Förslaget innebär en utvidgad skyldighet för landstingen och därmed en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Denna inskränkning måste vägas mot förslagets syfte, dvs. att säkerställa att alla barn, oavsett ekonomiska förutsättningar, får läkemedel och andra varor inom förmånerna som de har behov av. Vikten av en god hälsa och en vård på lika villkor för barn, oavsett föräldrarnas ekonomi, bedöms väga över den begränsade inskränkning som förslaget innebär för landstingens självstyrelse.

Den föreslagna reformen bedöms inte inverka negativt på jämställdheten mellan kvinnor och män, utan snarare medföra viss positiv effekt.

I promemorian *Kostnadsfria läkemedel för barn* (Ds 2014:42) beräknas statens kostnader för reformen till 410 miljoner kronor per år.

### **Kostnadseffekter**

#### *Kostnadseffekter av avgiftsfria läkemedel för förmånsberättigade barn*

Den totala kostnaden för läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna uppgick 2013 till knappt 25 miljarder kronor. Kostnaderna för läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna betalas till största delen av landstingen, som i sin tur ersätts för denna kostnad av staten genom ett specialdestinerat statsbidrag. Statsbidraget för läkemedelsförmånerna (utg.omr. 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna*) uppgick 2013 till ca 21 miljarder kronor. En mindre del av de totala kostnaderna, drygt 5 miljarder kronor, finansierades av patienternas egenavgifter. Inbetalda egenavgifter

från personer under 18 år uppgår på årsbasis till ca 400 miljoner kronor.

I promemorian *Kostnadsfria läkemedel för barn* (Ds 2014:42) beräknas statens kostnader för reformen till 410 miljoner kronor per år.

#### *Kostnadseffekter av avgiftsfria läkemedel för asylsökande barn*

I förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar finns bestämmelser om avgifter som bl.a. asylsökande personer ska betala för vård. Av förordningen framgår att asylsökande personer ska betala 50 kronor för receptförskrivna läkemedel.

Asylsökande barn betalar även egenavgifter för bl.a. insulin och stomiartiklar.

Migrationsverket lämnar enligt förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande ersättning till landsting, kommuner och öppenvårdsapotek för kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård och receptförskrivna läkemedel som de har för utlänningar som har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige som asylsökande samt de som har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd och som inte är folkbokförda här i landet.

Enligt uppgifter från Migrationsverket fanns det den 1 oktober 2014 ca 21 700 barn inskrivna i mottagningssystemet. Den absoluta merparten av dessa omfattas av subventionsreglerna. De som kan falla utanför är personer som bor i eget boende och har beviljats uppehållstillstånd, där gäller subventionen maximalt en månad efter beviljat uppehållstillstånd.

För utlänningar som vistas på en förläggning får ersättning för receptförskrivna läkemedel ges även efter det att de har beviljats uppehållstillstånd, om utlänningen inte anvisats eller kunnat utnyttja en anvisad plats i en kommun. För utlänningar som har sökt asyl och som inte vistas på förläggning när de beviljas uppehållstillstånd finns rätten till ersättning kvar under en månad från det att tillstånd har beviljats.

Enligt en prognos från Migrationsverket kommer det i genomsnitt att finnas 94 200 personer i mottagningssystemet 2015. Om samma andel av dessa är barn som i oktober 2014 innebär det att det kommer att finnas ca 28 000 asylsökande barn i Sverige 2015.

Under 2012 och 2013 betalade Migrationsverket 38 631 000 kronor respektive 33 806 000 kronor till apoteken för samtliga asylsökandes kostnader. I beloppen inkluderas ersättning för

läkemedel, förbrukningsartiklar (stomiartiklar och artiklar som behövs för att tillföra kroppen läkemedel eller för egenkontroll av läkemedel av medicinering), smittskyddsläkemedel, insulin och sådana livsmedel till barn under 16 år som förskrivs på livsmedelsanvisning. Beloppen går inte att separera på vuxna respektive barn. Det saknas också uppgifter om vilka egenavgifter som de asylsökande barnen har betalat för läkemedlen och övriga varor.

Om de aktuella barnen får lika många läkemedel expedierade som barn som omfattas av läkemedelsförmånerna, dvs. 50 procent hämtar i snitt ut fyra läkemedel per år, innebär det att 14 000 barn får totalt 56 000 läkemedel expedierade 2015. Asylsökande barn betalar 50 kronor per expediering och inte per läkemedel. Med en egenavgift om 50 kronor per förmånsläkemedel innebär det en ökad kostnad om ca 2 800 000 kronor för Migrationsverket, om ett läkemedel per expediering hämtas ut. Sannolikt expedieras inte ett läkemedel i taget, utan flera. Detta innebär att den sammanlagda egenavgiften som asylsökande barn betalar under ett år sannolikt blir lägre. Regeringen bedömer därför att de ökade kostnaderna kommer att uppgå till 2 000 000 kronor.

Barn som omfattas av läkemedelsförmånerna hämtade 2013 ut stomiartiklar till ett värde av 5,7 miljoner kronor. Egenavgiften för dessa varor var 425 000 kronor. Uppskattningsvis har asylsökande barn samma behov vad gäller stomiartiklar. Med beaktande av att de asylsökande barnen är mycket färre än barn som omfattas av läkemedelsförmånerna bedöms kostnadsökningen bli högst marginell.

#### *Kostnadseffekter av avgiftsfria läkemedel för barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*

Av förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd framgår att personer som omfattas av den aktuella lagen ska betala en avgift om 50 kronor per förskrivet läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner.

Apoteken fakturerar i dag det landsting där den tillståndslösa personen har hämtat ut sitt läkemedel för den del av läkemedelskostnaden som inte täcks av egenavgiften. När läkemedlen blir kostnadsfria för de aktuella barnen och ungdomarna kommer hela läkemedelskostnaden således att faktureras landstingen.

Det saknas av naturliga skäl tillförlitliga uppgifter över antal personer som vistas i landet utan tillstånd. Personerna finns inte registrerade med vare sig person-, samordnings- eller annat registreringsnummer. Personerna är oftast inte heller villiga att avslöja sin identitet. Av regeringens proposition Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd (prop. 2012/13:109) framgår att Socialstyrelsen har beräknat antalet barn som vistas i landet utan tillstånd till 2 000–3 000.

Varje år får cirka en miljon barn som omfattas av läkemedelsförmånerna läkemedel på recept. Det totala antalet läkemedel för dessa barn är cirka fyra miljoner, dvs. i genomsnitt fyra läkemedel per barn och år. I antalet ingår alla uthämtade läkemedel oavsett om de omfattas av läkemedelsförmånerna eller inte. Dessa tal har legat relativt stabilt under de senaste åtta åren. Då det saknas uppgifter om gruppens läkemedelskostnader och inbetalda egenavgifter kan endast schabloniserade beräkningar av kostnaderna göras. Uppskattningsvis finns det 3 000 papperslösa barn under 18 år i Sverige. Om de hämtar ut lika mycket läkemedel som barn och unga som omfattas av läkemedelsförmånerna, dvs. 50 procent hämtar i snitt ut fyra läkemedel per år, innebär det att barnen i den aktuella gruppen hämtar ut 6 000 läkemedel årligen på apotek.

Om läkemedel och andra varor blir kostnadsfria för den aktuella gruppen kommer apoteken att fakturera landstingen för hela kostnaden, dvs. inklusive den uteblivna egenavgiften. Med en egenavgift om 50 kronor per förmånsläkemedel innebär det en ökad kostnad för landstingen med ca 300 000 kronor. Förslaget bedöms således inte ge upphov till några nämnvärda konsekvenser för landstingen.

Det saknas reglering om vilka avgifter som den aktuella gruppen ska betala för förbrukningsartiklar. Det finns inte heller några samlade uppgifter om vad barnen de facto betalt för varorna. Med beaktande av att det är relativt få barn med en begränsad vårdkonsumtion bedöms kostnaderna att öka endast högst marginellt.

#### **Konsekvenser för E-hälsomyndigheten**

Den som bedriver detaljhandel med läkemedel har en skyldighet att löpande rapportera in försäljningsuppgifter till E-hälsomyndigheten. För

att genomföra reformen krävs därmed anpassningar i högkostnadsdatabasen som finns vid myndigheten. Detta är en databas med tillhörande it-tjänster som apotekens system kopplar upp sig mot för att kunna ställa prisfrågor och registrera köp och transaktioner. De förändringar som krävs är att det införs krav på ny information i prisfrågetjänsten där det blir obligatoriskt att ange ålder på patienten och gallra barns konton i högkostnadsdatabasen. E-hälsomyndigheten behöver också se till att motsvarande information kan tas emot av myndigheten från apoteksaktörernas receptexpeditionssystem. Kostnaderna för att genomföra de nödvändiga förändringarna uppskattas till 2 miljoner kronor.

### Konsekvenser för apoteken

Ovan beskrivs de förändringar som krävs i den högkostnadsdatabas och tillhörande it-tjänster som finns vid E-hälsomyndigheten. För att apoteken ska kunna skicka in motsvarande information till E-hälsomyndigheten krävs följdförändringar i apotekens receptexpedierings-system. Att apoteken är skyldiga att genomföra dessa förändringar följer av de krav på verksamheten som framgår av lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Sveriges Apoteksförning har uppskattat kostnaden för nödvändiga förändringar till totalt 6 miljoner kronor beräknat på att det finns fyra godkända receptexpedieringssystem.

Apoteken får även merkostnader till följd av senarelagd ersättning för de egenavgifter som apoteken i dag får omgående vid expedieringstillfället. Framöver kommer apoteken i stället att behöva invänta betalning från landstingen. Baserat på den uppskattade kostnaden för reformen ger det enligt Sveriges Apoteksförning ökade kostnader om 1 miljon kronor för apoteken. Till detta kommer även mycket marginella kostnader för senareläggning av ersättning av expedieringsavgift om 50 kronor som asylsökande barn i dag betalar. Denna avgift kommer apoteken framöver i stället att fakturera Migrationsverket. Regeringen bedömer att reformen inte motiverar någon ändring av handelsmarginalen, se vidare under avsnitt 4.6.4.

### Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget om kostnadsfria läkemedel för barn innebär en skyldighet för landstingen att finansiera även egenavgifterna för läkemedel och andra förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. till vissa barn under 18 år. Landstingen har även en skyldighet att erbjuda utlänningar, som omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, läkemedel som förskrivs i samband med vård som ges med stöd av lagen. Förslaget innebär en mindre utvidgning av landstingens skyldigheter genom att även egenavgiften ska betalas av landstingen, vilket får betraktas som en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Denna inskränkning måste vägas mot förslaget syfte, dvs. att säkerställa att alla barn, oavsett ekonomiska förutsättningar, får de läkemedel och andra förbrukningsvaror som de är i behov av.

Ett mindre ingripande alternativ för det kommunala självstyret skulle vara att staten ersatte apoteken direkt för uteblivna egenavgifter. Detta skulle emellertid kräva bl.a. dubbla ersättningssystem, investeringar i nya datasystem och medföra sämre uppföljningsmöjligheter och bedöms inte vara en lämplig lösning.

Sammantaget bedöms vikten av att garantera god hälsa och en vård på lika villkor för alla barn väga över den begränsade inskränkning som förslaget innebär i den kommunala självstyrelsen. Förslaget bedöms därför vara proportionerligt och godtagbart.

### Konsekvenser för jämställdheten

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Alla människor ska således ha möjlighet att få en god vård, oavsett kön.

Det är fler kvinnor än män som anger ekonomiska skäl för att de avstår från att hämta ut läkemedel (39 respektive 32 procent).<sup>1</sup> Ensamstående med barn avstår från att hämta ut läkemedel nära fyra gånger så ofta som befolkningen

<sup>1</sup> Folkhälsorapport 2009 (Socialstyrelsen 2009).

i stort. Gruppen ensamstående med barn består till mer än 75 procent av kvinnor.<sup>2</sup> Det framgår inte av rapporterna om de som av ekonomiska skäl avstår från att hämta ut sina egna läkemedel även avstår från att hämta ut läkemedel till sina barn. Det finns emellertid indikationer på att så kan vara fallet.

Eftersom reformen innebär att alla barn under 18 år oavsett kön ska få kostnadsfria förmånsvoror är den ur jämställdhetsperspektiv neutral till sin utformning. Förändringen förväntas emellertid få störst betydelse för familjer med låga inkomster, där ensamstående kvinnor med barn är en stor grupp. Förslaget kan därför i viss mån få positiv inverkan på jämställdheten mellan kvinnor och män.

#### 4.6.7 Författningskommentar

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

###### 5 §

I paragrafen definieras vad som avses med läkemedelsförmåner. Vidare anges hur reduceringen av den enskildes kostnader för läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna ska beräknas. De ändringar som görs i sak förändras av de ändringar som föreslås i 19 § (se kommentar nedan).

Ändringen i *sjätte stycket* är endast språklig. Paragrafen ändras i sak genom att *sjunde stycket* tas bort.

Övervägandena finns i avsnitt 4.6.4.

###### 19 §

I paragrafens *första stycke* anges att förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte fyllt 18 år. Detta innebär att kostnadsfriheten gäller till den dag den förmånsberättigade fyller 18 år. Kostnadsfrihet enligt detta stycke omfattar dock inte förbrukningsartiklar vid stomi för den som är under 18 år och som inte är bosatt i Sverige men som har anställning här. Detta följer av 4 § andra

stycket. Med inköpstillfälle avses tidpunkten när varorna expedieras till den enskilde på apotek.

Paragrafens *andra stycke* är nytt och motsvarar delvis nuvarande reglering. I stycket anges att även varor som avses i 18 § tredje punkten, dvs. förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering, ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället fyllt 18 år. Detta innebär ingen skillnad i förhållande till nuvarande regler men som en följd av införandet av första stycket förtydligas att kostnadsfriheten även gäller förmånsberättigade personer som fyllt 18 år.

De krav på att förbrukningsartiklarna ska förskrivas på grund av sjukdom av läkare, tandläkare eller någon annan som Socialstyrelsen har förklarat har behörighet därtill, som hittills funnits i 19 §, har med vissa språkliga ändringar förts över till 18 § tredje punkten (se kommentar i avsnitt Förslaget till lag om ändring i lagen (2015:319) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.).

För kostnadsfrihet enligt första och andra styckena krävs att läkemedel eller varor har förskrivits i behörig ordning (se 6 och 18 §§). Kostnadsfrihet för läkemedel enligt första stycket gäller inte sådana merkostnader som uppkommer i situationer där en patient själv väljer att inte byta ut ett läkemedel enligt 21 § tredje stycket 3.

Övervägandena finns i avsnitt 4.6.4.

##### Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

*Punkten 1* anger när lagen träder i kraft.

*Punkterna 2* och *3* innehåller övergångsbestämmelser. Syftet med dessa är att undvika en försämring för familjer med flera barn som med nuvarande reglering har rätt till gemensam kostnadsreducering.

I *punkten 2* anges att en förmånsberättigad person som har fyllt 18 år före den 1 januari 2016 och som vid ikraftträdandet har rätt till kostnadsreducering med stöd av 5 § sjunde stycket behåller denna rätt under ett år räknat från första inköpstillfället. Inköp som gjorts under ettårsperioden före den 1 januari 2016, även de som avser andra barn i familjen, får således till periodens utgång ligga kvar som grund för kostnadsreduceringen för den person som fyllt 18 år.

I *punkten 3* anges att en förmånsberättigad person som fyller 18 år efter den 31 december

<sup>2</sup> Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2011).

2015 och som vid ikraftträdandet har rätt till kostnadsreducering med stöd av 5 § sjunde stycket behåller denna rätt efter att ha fyllt 18 år under ett år räknat från första inköpstillfället. Detta innebär att dessa personer fr.o.m. den 1 januari 2016 kommer ha rätt till kostnadsfria läkemedel och andra varor med stöd av 19 § första stycket till den dag de fyller 18 år. Därefter kommer inköp som gjorts under ettårsperioden före den 1 januari 2016, även de som avser andra barn i familjen, till periodens utgång läggas till grund för kostnadsreduceringen.

I de fall någon kostnad inte uppstått för den enskilde är det inte fråga om inköp i lagens mening. Detta innebär att de läkemedel och varor som den förmånsberättigade fått kostnadsfritt efter den 1 januari 2016 innan denne fyllt 18 år inte kan utgöra grund för ytterligare kostnadsreducering under den innevarande ettårsperioden.

Övergångsbestämmelserna har utformats i enlighet med *Lagrådets* synpunkter.

Övervägandena finns i avsnitt 4.6.5.

#### Förslaget till lag om ändring i lagen (2015:319) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

##### 18 §

I paragrafen regleras vilka andra varor än läkemedel som kan omfattas av läkemedelsförmånerna.

I *första punkten* görs en språklig ändring som innebär att det förtydligas att det är varor för vilka det med stöd av 18 kap. 2 § läkemedelslagen (2015:315) har föreskrivits att läkemedelslagen helt eller delvis ska gälla, som omfattas av läkemedelsförmånerna.

I *andra punkten* görs språkliga ändringar som innebär bl.a. att ordet ”behövs” ersätts med ”en förmånsberättigad behöver” samt att orden ”förklarar behörig därtill” ersätts med ”har behörighet till sådan förskrivning”.

Vidare ändras *tredje punkten* i sak genom att det läggs till två krav för att de förbrukningsartiklar som omfattas av bestämmelsen ska kunna ingå i läkemedelsförmånerna. Dels krävs att en förmånsberättigad behöver förbrukningsartiklarna på grund av sjukdom, dels krävs att förbrukningsartiklarna förskrivs av läkare, tandläkare eller någon annan som Socialstyrelsen förklarar har behörighet till sådan förskrivning.

Motsvarande krav i 19 § tas bort (se kommentar i avsnitt Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.).

Övervägandena finns i avsnitt 4.6.4.

## 4.7 Budgetförslag

### 4.7.1 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

**Tabell 4.8 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys**

Tusental kronor				
2014	Utfall	29 827	Anslags-sparande	762
2015	Anslag	31 825 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	31 777
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>34 000</b>		
2017	Beräknat	34 172 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	34 472 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	34 969 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 34 002 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 34 002 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 34 002 tkr i 2016 års prisnivå.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Anslaget ökades med 2 miljoner kronor 2015 och föreslås öka med ytterligare 2 miljoner kronor 2016 mot bakgrund av att myndighetens uppdrag har utvidgats till att omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Från och med 2017 beräknas motsvarande nivå. Finansiering sker genom att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskas.

**Tabell 4.9 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>31 825</b>	<b>31 825</b>	<b>31 825</b>	<b>31 825</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	251	412	694	1 163
Beslut	1 924	1 935	1 953	1 981
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>34 000</b>	<b>34 172</b>	<b>34 472</b>	<b>34 969</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 34 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 34 172 000 kronor, 34 472 000 kronor respektive 34 969 000 kronor.

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

**Tabell 4.10 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering**

Tusental kronor

			Anslags- sparande	
2014	Utfall	59 461		335
2015	Anslag	67 887 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	66 527
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>79 713</b>		
2017	Beräknat	80 492 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	81 625 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	83 126 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Motsvarar 79 715 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 79 611 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 79 610 tkr i 2016 års prisnivå.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

SBU fick den 1 juli 2015 ett samlat ansvar för att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Motsvarande uppgifter flyttades från Socialstyrelsen till SBU. Av denna anledning ökade anslaget med 6,5 miljoner kronor 2015. Anslaget föreslås öka med ytterligare 6,5 miljoner kronor 2016. För 2017 och framåt beräknas motsvarande nivå. Finansiering sker genom att anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskas.

I syfte att renodla finansieringen av SBU föreslås anslaget öka med 4,5 miljoner kronor 2016 för verksamheter av permanent karaktär. Anslaget beräknas öka med 4,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Förslaget avser översättning av utländska kunskapsöversikter och en upplysningstjänst för vården. Finansiering sker genom att anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* minskas.

**Tabell 4.11 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>67 887</b>	<b>67 887</b>	<b>67 887</b>	<b>67 887</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	981	1 652	2 724	4 023
Beslut	10 845	10 953	11 013	11 216
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>79 713</b>	<b>80 492</b>	<b>81 625</b>	<b>83 126</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 79 713 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 80 492 000 kronor, 81 625 000 kronor respektive 83 126 000 kronor.

#### 4.7.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

**Tabell 4.12 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor				
2014	Utfall	140 276	Anslags-sparande	-3 513
2015	Anslag	132 882 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	131 224
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>139 203</b>		
2017	Beräknat	140 488 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	142 517 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	145 041 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 139 206 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 139 213 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 139 213 tkr i 2016 års prisnivå.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Anslaget ökade med 19 miljoner kronor 2014 och med 18 miljoner kronor 2015 till följd av myndighetens utökade uppgifter inom läkemedelsområdet rörande den utvecklade takprismodellen och den värdebaserade prissättningen samt för förstärkt tillsyn. För detta ändamål föreslås 17 miljoner kronor 2016. För ändamålet beräknas 17 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

I syfte att renodla finansieringen av TLV föreslås anslaget öka med 5,4 miljoner kronor 2016 för verksamhet av permanent karaktär. Anslaget beräknas öka med 5,4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Förslaget avser hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedel vars huvudsakliga användning är inom slutenvården. Finansiering sker genom att anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* minskas.

**Tabell 4.13 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor				
	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015 <sup>1</sup></b>	<b>132 882</b>	<b>132 882</b>	<b>132 882</b>	<b>132 882</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne-omräkning <sup>2</sup>	2 251	3 495	5 458	7 908
Beslut	4 070	4 111	4 177	4 251
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>139 203</b>	<b>140 488</b>	<b>142 517</b>	<b>145 041</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 139 203 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 140 488 000 kronor, 142 517 000 kronor respektive 145 041 000 kronor.

#### 4.7.4 1:4 Tandvårdsförmåner

**Tabell 4.14 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner**

Tusental kronor				
2014	Utfall	5 225 700	Anslags-sparande	458 840
2015	Anslag	5 785 510 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	5 156 018
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>5 617 003</b>		
2017	Beräknat	5 850 324		
2018	Beräknat	6 046 024		
2019	Beräknat	6 286 384		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 2014 uppgick anslagssparandet till 459 miljoner kronor. Anslagssparandet drogs in vid årsskiftet 2014/15. Jämfört med anvisade medel 2015 beräknas utgifterna bli ca 629 miljoner kronor lägre, vilket innebär ett anslagssparande även 2015. Avvikelsen beror på att efterfrågan beräknas bli lägre än den bedömning som gjordes i budgetpropositionen för 2015.

Regeringen avser att fr.o.m. den 1 januari 2017 göra tandvård kostnadsfri för unga upp t.o.m. det år de fyller 21 år. I ett andra steg avses åldersgränsen höjas fr.o.m. den 1 januari 2018 till att gälla unga upp t.o.m. det år de fyller 23 år. Regeringen beräknar att anslaget minskas med 43 miljoner kronor 2017 och med 113 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018 då utgifter för dessa åldersgrupper inte längre belastar detta anslag. Reglering av kostnaderna avses ske inom anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner som beräknas öka med 276 miljoner kronor 2017 och 576 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018.

Anslagsnivån för 2016 och framåt revideras jämfört med anvisade medel 2015 eftersom detta anslag är av en anslagstyp vars nivå anpassas efter utgiftsprognoser för kommande år. Utgiftsutvecklingen för anslaget är främst beroende av ersättningsnivåer och antal personer som besöker tandvården. Anslaget beräknas öka successivt under prognosperioden vilket främst förklaras av en kombination av befolknings- och prisökningar. Dessa ökningarna redovisas på volymraden i tabell 4.15.

**Tabell 4.15 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:4 Tandvårdsförmåner**

Tusental kronor				
	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>5 785 510</b>	<b>5 785 510</b>	<b>5 785 510</b>	<b>5 785 510</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut		-43 000	-103 000	-103 000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volymer	-168 507	107 814	363 514	603 874
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>5 617 003</b>	<b>5 850 324</b>	<b>6 046 024</b>	<b>6 286 384</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 5 617 003 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 5 850 324 000 kronor, 6 046 024 000 kronor respektive 6 286 384 000 kronor.

### 4.7.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

**Tabell 4.16 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor				
År	Typ	Belopp	Notering	Belopp
2014	Utfall	21 546 310	Anslags-sparande	-316 310
2015	Anslag	22 650 129 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	22 650 129
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>22 173 558</b>		
2017	Beräknat	22 270 200		
2018	Beräknat	22 270 200		
2019	Beräknat	22 270 200		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 2014 blev högre än vad som beräknades när anslagsnivån fastställdes. Det innebar att anslagskrediterna användes och att anslaget för 2015 hade ett negativt ingående överföringsbelopp på 316 miljoner kronor.

I mars 2015 ingick regeringen och SKL en överenskommelse om statens bidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna m.m. Överenskommelsen innebär att statens bidrag till landstingen för deras kostnader 2015 uppgår till 22 483 miljoner kronor. I detta belopp ingår ett bidrag om 840 miljoner kronor för läkemedel för behandling av hepatit C. Läkemedel för behandling av hepatit C förskrivs i enlighet med smittskyddslagen (2004:168). I överenskommelsen enades parterna även om att landstingen ska tilldelas ett bidrag för sina kostnader för behandling av hepatit C om 657 miljoner kronor 2014. Därutöver får landstingen ett bidrag för ett antal kostnadsposter som inte heller ingår i läkemedelsförmånerna, t.ex. dosdispensering, kompensation för vissa rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar. I överenskommelsen uppgår detta belopp till 1 814 miljoner kronor. Bidraget till landstingen från anslaget utbetalas med två månaders fördröjning, vilket medför att överenskommet belopp och anslagsbelopp skiljer sig åt.

I och med överenskommelsen ökades anslaget med 1 690 miljoner kronor i samband med propositionen Vårändringsbudget för 2015 (prop. 2014/15:99, bet. 2014/15:FiU21, rskr. 2014/15:255). För 2016 finns ännu ingen överenskommelse med SKL. Regeringen bedömer dock att anslaget behöver ökas även 2016. Anslaget bör ökas till samma nivå som landstingen erhållit för sina kostnader under 2015. Anslaget föreslås således öka med 874 miljoner kronor 2016. Även för 2017–2019 beräknas anslaget öka.

Från och med den 1 januari 2016 kommer barn och unga under 18 år att få receptbelagda läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna kostnadsfritt. För detta ändamål föreslås anslaget öka med 339 miljoner kronor 2016 samt beräknas anslaget öka med 407 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

Regeringen avser föreslå att preventivmedel inom läkemedelsförmånerna ska erbjudas kostnadsfritt till personer under 21 år fr.o.m. den 1 januari 2017. Mot bakgrund av detta beräknas anslaget öka med 27 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

**Tabell 4.17 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor				
	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>20 960 000</b>	<b>20 960 000</b>	<b>20 960 000</b>	<b>20 960 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	1 213 558	1 310 200	1 310 200	1 310 200
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>22 173 558</b>	<b>22 270 200</b>	<b>22 270 200</b>	<b>22 270 200</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 22 173 558 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 22 270 200 000 kronor respektive år.

## 4.7.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

**Tabell 4.18 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

Tusental kronor

2014	Utfall	1 624 984	Anslags- sparande	118 768
2015	Anslag	1 443 029 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	1 352 273
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>3 753 019 <sup>2</sup></b>		
2017	Beräknat	2 735 079		
2018	Beräknat	2 635 079		
2019	Beräknat	2 097 079		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Den beräknade statliga ålderspensionsavgiften för 2016 uppgår till 504 tkr. Beloppet består av en preliminär avgift om 595 tkr för 2016 samt regleringsbelopp för 2013 om -91 tkr.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad bemanning inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård. Inom ramen för anslaget får medel också användas för utbetalning av ersättning i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom, ersättning till smittbärare samt statlig ålderspensionsavgift kopplad till ersättning till smittbärare. Detta anslag får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Anslaget får dessutom användas till bidrag till nationella och internationella organisationer inom folkhälso- och sjukvårdsområdet, andra internationella åtaganden på området, samt för forskning inom farmaci. Medel på anslaget får också användas för ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix.

Anslaget får även användas till beredskapslager av antivirala läkemedel. Inom ramen för anslaget finns också medel för ersättning till steriliserade i vissa fall, samt till talidomidskadade i vissa fall. Dessa medel får användas för att bevilja medel till personer som ansöker om ersättning för sådana skador eller ingrepp, i enlighet med de riktlinjer som tidigare har använts.

### Beredskapsinvesteringar

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2016 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar. Regeringen bemyndigas att under 2016 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar.

**Skälen för regeringens förslag:** Riksdagen beslutade i december 2014 om en mer samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer renodlad myndighetsstruktur (prop. 2014/15:1, bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71). För Socialstyrelsen medför det att vissa beredskapsfrågor överförs till Folkhälsomyndigheten, bl.a. den nationella beredskapen för en influensapandemi. Socialstyrelsen kommer dock ha ett fortsatt ansvar för beredskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsen behöver därför en låneram för att kunna göra nationella beredskapsinvesteringar som syftar till att utifrån myndighetens reglerade ansvar bistå eller underlätta huvudmännens insatser vid större händelser. Folkhälsomyndigheten behöver, till följd av det utökade ansvaret, en låneram för att kunna göra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar, t.ex. influensapandemier.

## Regeringens överväganden

Under de senaste åren har ett antal insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet påbörjats. Flera av insatserna är långsiktiga åtaganden som kommer att kräva finansiering även under 2016 och framåt. Däribland kan nämnas insatser för cancervård och kvalitetsregister. Regeringens avsikt är att påbörjade åtaganden ska fullföljas med finansiering under 2016.

Anslaget ökades med 5 miljoner kronor 2014 och 10 miljoner kronor 2015 i syfte att förbättra läkemedelsbehandlingen för barn och unga genom bättre information.

För 2014 och 2015 ökades anslaget med 8 miljoner kronor per år för att stödja införandet av patientlagen (2014:821). För 2016 föreslås motsvarande nivå.

Anslaget ökades med 3 miljoner kronor per år 2014 och 2015 för insatser med syfte att effektivisera användningen av professionens resurser.

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

Socialstyrelsen lagerhåller på regeringens uppdrag läkemedel och sjukvårdsmateriel för att stödja landstingen med beredskap inför en allvarlig händelse eller kris. Lagren innehåller värdemässigt till största delen antivirala läkemedel att användas vid pandemisk spridning av influensa. Lagren har hittills huvudsakligen finansierats med medel från anslaget 2:4 *Krisberedskap* under utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap. I samband med budgetpropositionen för 2010 ändrades villkoren för det anslaget och finansieringen stämmer därmed inte längre överens med anslagets inriktning. Genom 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 anslaget 2:4 *Krisberedskap* under utgiftsområde 6 till detta anslag. För 2015

ökades anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* engångsvis med 49 miljoner kronor. För 2016 föreslås motsvarande ökning uppgå till 46 miljoner kronor för detta ändamål. För 2017 och 2018 beräknas 30 miljoner kronor per år.

Anslaget ökades med 1 miljon kronor 2015 för ersättning i vissa fall till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix. För samma ändamål föreslås anslaget öka med ytterligare 1 miljon kronor 2016. För 2017 och framåt beräknas motsvarande nivå. Finansiering sker genom att anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* minskas.

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

Anslaget ökades med 200 miljoner kronor 2015 för insatser som rör förlossningsvård och kvinnors hälsa, enligt propositionen Vårändringsbudget för 2015 (prop. 2014/15:99, bet. 2014/15:FiU21, rskr. 2014/15:255). För motsvarande insatser föreslås anslaget öka med ytterligare 200 miljoner kronor 2016. Inom anslaget beräknas motsvarande nivå per år 2017–2019 för detta ändamål.

Anslaget föreslås öka med 2 miljoner kronor 2016 och beräknas öka med 2 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017 för bidrag avseende verksamhet vid Rett Center. Regeringen avser att initiera en dialog med berörd sjukvårdshuvudman angående de framtida förutsättningarna för verksamheten och dess finansiering.

Regeringen föreslår en riktad primärvårds-satsning med fokus på kvinnor. Anslaget föreslås öka med 130 miljoner kronor 2016 och beräknas öka med 130 miljoner kronor per år 2017–2019 mot bakgrund av detta.

Anslaget föreslås minska med 60 miljoner kronor 2016 för verksamhet av permanent karaktär som bedrivs av Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Läkemedelsverket samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och som hittills finansierats inom detta anslag. Anslaget beräknas för samma ändamål minska med 60 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Detta innefattar för

Socialstyrelsens del verksamheter som öppna jämförelser inom sjukvården, specialistkompetenskurser för läkare under specialiserings-tjänstgöring, nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* föreslås öka med 36 miljoner kronor 2016 och beräknas öka med 36 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. För SBU rör ökningen översättning av utländska kunskapsöversikter och upplysningstjänst för vården. Anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* föreslås öka med 4,5 miljoner kronor 2016 och beräknas öka med 4,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Anslaget 1:11 *Läkemedelsverket* föreslås öka med 8,1 miljoner kronor 2016 och beräknas öka med 8,1 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017 för verksamhet vid Giftinformationscentralen i syfte att renodla finansieringen av Läkemedelsverket. Anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* föreslås öka med 5,4 miljoner kronor 2016 och beräknas öka med 5,4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017 för hälsoekonomiska utvärderingar för läkemedel vars huvudsakliga användning är inom slutenvården.

Anslaget föreslås öka med 1 miljard kronor 2016 för en professionsmiljard. Från och med 2017 beräknas anslaget öka med 1 miljard kronor per år för samma ändamål.

Anslaget föreslås öka med ytterligare 1 miljard kronor 2016 för att möjliggöra särskilt angelägna insatser i hälso- och sjukvården.

**Tabell 4.19 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>1 244 704</b>	<b>1 244 704</b>	<b>1 244 704</b>	<b>1 244 704</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	2 510 000	1 494 000	1 394 000	856 000
Överföring till/från andra anslag	-1 685	-1 325	-1 325	-1 325
Övrigt		-2 300	-2 300	-2 300
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>3 753 019</b>	<b>2 735 079</b>	<b>2 635 079</b>	<b>2 097 079</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 3 753 019 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 2 735 079 000 kronor, 2 635 079 000 kronor respektive 2 097 079 000 kronor.

#### 4.7.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

**Tabell 4.20 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2014	Utfall	488 766		169 259
2015	Anslag	611 535 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	484 526
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>503 094</b>		
2017	Beräknat	482 420		
2018	Beräknat	493 681		
2019	Beräknat	504 202		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för vårdförmåner enligt rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, gällande överenskommelser om social trygghet som Sverige tecknat med andra länder samt för sådan övrig vård som Sverige vid tillämpning av EU-rätten är skyldigt att erbjuda.

### Kompletterande information

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden 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 lämna 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 påverkas av människors mönster för boende, studier, arbete och resande. Det finns också administrativa förhållanden, t.ex. eftersläpning i debiteringen från andra länder för turist- och pensionärsvård, som påverkar utgifterna.

Landstingen och kommunerna har sedan den 1 oktober 2013 kostnadsansvar för vissa ersättningar för gränsöverskridande vård. Kostnadsansvaret täcker ersättningar som har betalats ut till personer som vid tiden för den vård som ersättningen avser var bosatta inom landstinget eller var kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistades i landstinget. Skälet till att kostnadsansvaret flyttades över till kommuner och landsting från staten var att det s.k. patientrörlighetsdirektivet genomfördes i svensk rätt.

Med anledning av genomförandet av patientrörlighetsdirektivet minskas anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.11.7). Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner

ökas med motsvarande belopp. Överföringen av medel sker successivt på grund av en viss fördröjning i utgifterna. Beloppet uppgick till 93 miljoner kronor 2014 och 162 miljoner kronor 2015. Motsvarande belopp föreslås uppgå till 222 miljoner kronor 2016 och beräknas uppgå till 262 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

**Tabell 4.21 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>611 535</b>	<b>611 535</b>	<b>611 535</b>	<b>611 535</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-60 000	-100 000	-100 000	-100 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-80 618	-69 845	-72 845	-72 852
Volym	32 177	40 730	54 991	65 519
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>503 094</b>	<b>482 420</b>	<b>493 681</b>	<b>504 202</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 503 094 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 482 420 000 kronor, 493 681 000 kronor respektive 504 202 000 kronor.

#### 4.7.8 1:8 Bidrag till psykiatri

**Tabell 4.22 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

År	Utfall	808 702	Anslags- sparande	41 246
2014	Utfall	808 702		41 246
2015	Anslag	841 893 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	811 087
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 080 893</b>		
2017	Beräknat	1 078 893		
2018	Beräknat	1 078 893		
2019	Beräknat	1 083 893		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 2016 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 18 450 000 kronor 2017 och 2018.

**Skälen för regeringens förslag:** Den forskning som finansieras av Vetenskapsrådet bedrivs vanligen i form av fleråriga projekt. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2016 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 18 450 000 kronor 2017 och 2018.

**Tabell 4.23 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

	Utfall 2014	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018
Ingående åtaganden	13 750	18 216	11 766	–	–
Nya åtaganden	11 036	3 700	16 600	–	–
Infriade åtaganden	–6 570	–10 150	–9 916	–10 150	–8 300
Utestående åtaganden	18 216	11 766	18 450	–	–
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>22 300</b>	<b>21 200</b>	<b>18 450</b>	<b>–</b>	<b>–</b>

## Regeringens överväganden

Inom ramen för den förra regeringens insatser inom psykisk hälsa har det tidigare, efter beslut i riksdagen, gjorts överföringar mellan detta anslag och anslag under andra utgiftsområden. Medel har bl.a. förts över till Karolinska institutet för att utöka antalet platser på psykologprogrammet. Överföringsbeloppen har förändrats årligen i takt med att programmet byggs ut till full volym. Av denna anledning minskades anslaget med ca 19,8 miljoner kronor 2015. Anslaget föreslås minska med samma belopp 2016.

Anslaget föreslås minska med 40 miljoner kronor 2016 för verksamhet av permanent karaktär som bedrivs av Socialstyrelsen. Detta innefattar bl.a. uppdrag och kunskapsstyrning inom området psykisk hälsa. Anslaget beräknas för samma ändamål minska med 40 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* föreslås öka med 36 miljoner kronor 2016 och beräknas öka med 36 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

Anslaget minskades med 3,75 miljoner kronor 2015 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 samma ändamål föreslås anslaget minska med ytterligare 1 miljon kronor 2016. Anslaget beräknas minska med motsvarande belopp fr.o.m. 2017. Anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* föreslås öka med 1 miljon kronor 2016 och beräknas öka med motsvarande belopp fr.o.m. 2017.

För att möta den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år föreslår regeringen att anslaget ökas med 280 miljoner kronor 2016. Anslaget beräknas öka med 280 miljoner kronor per år 2016–2019 för samma ändamål.

**Tabell 4.24 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor				
	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>841 893</b>	<b>841 893</b>	<b>841 893</b>	<b>841 893</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	239 000	237 000	237 000	242 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 080 893</b>	<b>1 078 893</b>	<b>1 078 893</b>	<b>1 083 893</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 080 893 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 1 078 893 000 kronor, 1 078 893 000 kronor respektive 1 083 893 000 kronor.

## 4.7.9 1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet

**Tabell 4.25 Anslagsutveckling 1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet**

Tusental kronor				
2014	Utfall	1 000 000	Anslags-sparande	0
2015	Anslag	1 000 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 000 000
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 000 000</b>		
2017	Beräknat	0		
2018	Beräknat	0		
2019	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för statsbidrag till landstingen för att arbeta med att öka samordningen och förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården samt för bidrag till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja landstingen i detta arbete.



## Kompletterande information

Anslaget användes under 2009–2014 till prestationsbaserade överenskommelser mellan staten och SKL med fokus på tillgänglighet. Överenskommelsen utvecklades 2015 till en samordnings- och tillgänglighetsmiljard. Anslagsmedlen kommer att fördelas genom en resultatbaserad ersättningsmodell som regeringen och SKL har kommit överens om. Utbetalning avseende överenskommelsen för 2015 sker i början av 2016. Anslaget beräknas minska med 1 miljard kronor per år fr.o.m. 2017 då insatsen avslutas.

## Regeringens överväganden

**Tabell 4.26 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<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 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Bidrag för samordning och tillgänglighet* för 2016.

## 4.7.10 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

**Tabell 4.27 Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

2014	Utfall	74 000	Anslags-sparande	0
2015	Anslag	74 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	74 000
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>74 000</b>		
2017	Beräknat	74 000		
2018	Beräknat	0		
2019	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 av de krav som lagen ställer har beräknats till 119 miljoner kronor per år under 2008–2017. Av kostnaderna utbetalas 45 miljoner kronor per år via anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resterande medel utbetalas via detta anslag.

**Tabell 4.28 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut			–74 000	–74 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15: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 2016. För 2017 beräknas anslaget till 74 000 000 kronor.

#### 4.7.11 1:11 Läkemedelsverket

**Tabell 4.29 Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket**

Tusental kronor

2014	Utfall	120 692	Anslags-sparande	2 498
2015	Anslag	123 190 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	120 128
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>131 485</b>		
2017	Beräknat	131 753 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	134 661 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	137 688 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 129 897 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 129 978 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 130 057 tkr i 2016 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter vid Läkemedelsverket för:

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

#### Regeringens överväganden

I syfte att renodla finansieringen av Läkemedelsverket föreslås anslaget öka med 8,1 miljoner kronor 2016 för verksamhet av permanent karaktär. Anslaget beräknas öka med 8,1 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Förslaget avser Giftinformationscentralen. Finansiering sker

genom att anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* minskas.

**Tabell 4.30 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:11 Läkemedelsverket**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015 <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>	2 403	4 197	6 928	9 772
Beslut	8 100	8 216	8 392	8 575
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	-2 208	-3 850	-3 849	-3 849
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>131 485</b>	<b>131 753</b>	<b>134 661</b>	<b>137 688</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 131 485 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Läkemedelsverket* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 131 753 000 kronor, 134 661 000 kronor respektive 137 688 000 kronor.

#### 4.7.12 1:12 E-hälsomyndigheten

**Tabell 4.31 Anslagsutveckling 1:12 E-hälsomyndigheten**

Tusental kronor

2014	Utfall	53 819	Anslags-sparande	55 621
2015	Anslag	114 401 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	114 744
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>119 189</b>		
2017	Beräknat	114 239 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	115 059 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	116 583 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 113 799 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 113 802 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 113 802 tkr i 2016 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för E-hälsomyndighetens förvaltningsutgifter.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.32 Offentligrättslig verksamhet**
*Tusental kronor*

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2014		172 200	159 300	12 900
Prognos 2015		172 200	184 600	-12 400
Budget 2016		172 200	172 200	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 4.33 Uppdragsverksamhet**
*Tusental kronor*

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2014	37 100	37 100	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2015	37 600	37 600	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2016	32 500	32 500	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0

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

## Regeringens överväganden

Från och med den 1 januari 2016 kommer barn och unga under 18 år att få receptbelagda läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna kostnadsfritt (avsnitt 4.6). E-hälsomyndigheten kommer att behöva justera högkostnadsdata-basens tjänster så att de anpassas till reformen. Anslaget föreslås därför öka med 2 miljoner kronor 2016.

Regeringen avser även föreslå att preventivmedel inom läkemedelsförmånerna ska erbjudas

kostnadsfritt till personer under 21 år fr.o.m. den 1 januari 2017 (avsnitt 4.5). Mot bakgrund av detta beräknas E-hälsomyndigheten få ökade kostnader. Anslaget föreslås därför öka med 3 miljoner kronor 2016.

**Tabell 4.34 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 1:12 E-hälsomyndigheten**
*Tusental kronor*

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>114 401</b>	<b>114 401</b>	<b>114 401</b>	<b>114 401</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	755	1 200	2 027	3 569
Beslut	4 648	-385	-385	-390
Överföring till/från andra anslag	-615	-977	-984	-997
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>119 189</b>	<b>114 239</b>	<b>115 059</b>	<b>116 583</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 119 189 000 kronor anvisas under anslaget 1:12 E-hälsomyndigheten för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 114 239 000 kronor, 115 059 000 kronor respektive 116 583 000 kronor.

## 4.7.13 8:1 Socialstyrelsen

**Tabell 4.35 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen**
*Tusental kronor*

2014	Utfall	494 377	Anslags- sparande	-1 452
2015	Anslag	468 583 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	479 770
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>596 410</b>		
2017	Beräknat	579 909 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	590 003 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	601 408 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 573 496 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 573 623 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 573 622 tkr i 2016 års prisnivå.

## Ändamål

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

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.36 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2014	13 155	–	–	–
Prognos 2015	14 000	–	–	–
Budget 2016	14 000	–	–	–

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

**Tabell 4.37 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2014	20 622	21 120	-498
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2015	19 695	20 500	-805
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2016	20 500	20 500	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0

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

## Regeringens överväganden

I samband med reformeringen av myndigheternas arbete med styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst gjordes vissa organisatoriska förändringar vilka trädde i kraft den 1 juli 2015. Uppgifter fördes över från Socialstyrelsen till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) respek-

tive Folkhälsomyndigheten. Vidare blev Socialstyrelsen värmyndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) (prop. 2014/15:1, utg.omr. 9, avsnitt 4.6).

Med anledning av att ansvaret för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst flyttades från Socialstyrelsen till SBU fördes 6,5 miljoner kronor över från anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* till anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* under 2015. För 2016 föreslår regeringen att anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskas med ytterligare 6,5 miljoner kronor. Anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* föreslås öka med motsvarande belopp. Från och med 2017 beräknas motsvarande nivå.

Vissa uppgifter avseende smittskydd och antibiotikaresistens överfördes från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten den 1 juli 2015. Av denna anledning minskades anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* med 6,75 miljoner kronor 2015. Anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* ökades med samma belopp 2015. Motsvarande överföring föreslås uppgå till 13,5 miljoner kronor 2016 samt beräknas uppgå till 13,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

Som en konsekvens av att Socialstyrelsen blev ny värmyndighet för HSAN ökades anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* 2015 med 2,5 miljoner kronor. Anslaget 1:2 *Kammarkollegiet* under utgiftsområde 2 Samhällsekonomi och finansförvaltning minskades med motsvarande belopp. För 2016 föreslår regeringen att anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* ökas med ytterligare 2,5 miljoner kronor. För 2017 och framåt beräknas motsvarande nivå. Finansiering sker genom att anslaget 1:2 *Kammarkollegiet* minskas.

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor fick den 1 september 2015 utökade uppgifter och avses få ett nytt namn som speglar detta, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (avsnitt 7 Politik för sociala tjänster). Myndigheten har övertagit vissa uppgifter från Socialstyrelsen. De uppgifter som berörs är familjerådgivning samt vissa familjerättsliga frågor inom socialtjänsten avseende barns vårdnad, boende och umgänge, fastställande av faderskap och föräldraskap samt samarbetsamtal. Till följd av detta minskades anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* med 5 miljoner kronor 2015. Anslaget 4:10 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* ökades med motsvarande belopp.

För 2016 föreslår regeringen att anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskas med ytterligare 1 miljon kronor och att anslaget 4:10 *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* ökas med motsvarande belopp. För 2017 och framåt beräknas motsvarande nivå.

I syfte att renodla finansieringen av Socialstyrelsen föreslås anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* öka med 72 miljoner kronor 2016. Anslaget beräknas öka med 72 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017 för verksamheter av permanent karaktär. Förslaget avser bl.a. verksamhet inom psykiatriområdet, öppna jämförelser inom sjukvården, specialistkompetenskurser för läkare under specialiseringstjänstgöring, nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk. Anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* föreslås minska med 40 miljoner kronor 2016 och beräknas minska med 40 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* föreslås minska med 40 miljoner kronor 2016 och beräknas minska med 40 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* föreslås öka med 65 miljoner kronor 2016 för att ta till vara den kompetens som utländskt utbildad hälso- och sjukvårdspersonal har. Insatsen syftar till att påskynda dessa personers etablering på arbetsmarknaden samtidigt som det bidrar till integration och sysselsättning. Från och med 2017 beräknas anslaget öka med 42 miljoner kronor per år för samma ändamål.

**Tabell 4.38 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 8:1 Socialstyrelsen**

	2016	2017	2018	2019
<i>Tusental kronor</i>				
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>465 583</b>	<b>465 583</b>	<b>465 583</b>	<b>465 583</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	6 719	12 000	20 206	29 597
Beslut	124 108	102 326	104 214	106 228
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>596 410</b>	<b>579 909</b>	<b>590 003</b>	<b>601 408</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 596 410 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 579 909 000 kronor, 590 003 000 kronor respektive 601 408 000 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 ska vidare inom sitt verksamhetsområde verka för att det generationsmål för miljöarbetet och de miljö kvalitetsmål som riksdagen har fastställt nås.

Läkemedelsverket finansieras till övervägande del genom avgifter. Verksamheten finansieras i övrigt genom statliga anslag (16 procent) och bidrag (8 procent). Under 2014 ökade avgiftsintäkterna och kostnaderna i den avgiftsfinansierade verksamheten och uppgick till 568 miljoner kronor respektive 575 miljoner kronor. Förändringarna beror främst på ökade ansökningsvolymerna i den centrala proceduren för godkännande av läkemedel. Årsavgifterna har ökat både i den nationella och i den centrala proceduren, eftersom antalet nya läkemedel som registreras är något större än antalet som avregistreras. De sammanlagda kostnaderna för den avgiftsbelagda verksamheten ökade mer än intäkterna, vilket ledde till ett underskott för verksamheten 2014. En positiv ingående balans medförde dock att den utgående balansen blev positiv 2014. I tabell 4.39 redovisas Läkemedelsverkets avgiftsfinansierade 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 2014	1 638	566 302	573 355	-7 053
Prognos 2015	1 710	578 869	614 943	-36 074
Budget 2016	1 710	584 816	631 728	-46 912

Läkemedelsverket fick en ny avgiftsförordning 2010 och startade då en uppbyggnad av myndighetskapitalet i syfte att säkerställa en långsiktig finansiering av myndigheten. Myndighetskapitalet minskade under 2014 till 77 miljoner kronor och beräknas vara förbrukat 2016.

Den anslagsfinansierade verksamheten har till viss del haft kostnader som inte täckts av anslaget, vilket resulterat i att bidrag utbetalades från anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* under 2014.

Läkemedelsverket har fortsatt tilldelats många uppdrag inom Europeiska unionen (EU) som rapportör i ärenden om godkännande av läkemedel. Under 2014 uppnåddes målet att minska ärendebalanserna rörande översättningar av texter efter avslutad EU-procedur. Under 2014 har myndigheten effektiviserat handläggningen av rapporterade olyckor och tillbud avseende medicintekniska produkter. Genom förenklad administration har myndigheten kunnat hantera ett ökat antal ärenden utan att tillföra nya resurser. Inom tillsynen noteras att Läkemedelsverket prioriterat ned antalet fältinspektioner på apotek på grund av resursbrist. Även de internationella inspektionerna har minskat av samma skäl. Myndighetens fokus låg under 2014 till stor del på verksamhetsutveckling.

#### 4.8.2 Apotek Produktion & Laboratorier AB

Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL) har till huvudsaklig uppgift att tillverka och tillhandahålla extemporeläkemedel och lagerberedningar. Det rör läkemedel som är anpassade till en enskild patient, klinik, djur eller djurbesättning eller tillverkas i små serier. APL erbjuder även utvecklings- och tillverkningstjänster inom livsvetenskap (life science). 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.

Vid en extra bolagsstämma i september 2014 fattades beslut om nya avkastningskrav för APL. APL:s särskilda ansvar för att tillverka och leverera extemporeläkemedel och lagerberedningar på förfrågan från öppenvårdsapotek förlängdes tills vidare vid bolagets årsstämma i april 2015.

Under 2014 uppgick nettoomsättningen till 1 183,3 miljoner kronor, en ökning med ca 9 miljoner kronor jämfört med föregående år. Den ökade nettoomsättningen kan främst hänföras till landstingsaffärerna. APL har haft en positiv försäljningsutveckling inom både Affärsområde Vård & Apotek och Affärsområde Life Science. Rörelseresultatet efter avskrivningar var 15 miljoner kronor 2014, vilket var 12,9 miljoner kronor lägre än 2013. Det minskade rörelseresultat är primärt en följd av en reservåterföring om 11,2 miljoner kronor 2013. Korrigerat för denna engångspost utvecklades rörelseresultatet i nivå med 2013. Resultatet efter skatt uppgick till 9,2 miljoner kronor 2014.

## 5 Folkhälsopolitik

### 5.1 Omfattning

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

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

till alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska insatser samt insatser mot spelberoende.

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

### 5.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 5.1** Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik

*Milljoner kronor*

	Utfall 2014	Budget 2015 <sup>1</sup>	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
2:1 Folkhälsomyndigheten	348	371	375	<b>375</b>	379	380	387
2:2 Insatser för vaccinberedskap	0	85	2	<b>85</b>	85	85	85
2:3 Bidrag till WHO	30	38	38	<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
6:1 Alkoholsortimentsnämnden	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0
6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	266	259	242	<b>164</b>	214	214	184
<b>Summa Folkhälsopolitik</b>	<b>787</b>	<b>898</b>	<b>798</b>	<b>804</b>	<b>858</b>	<b>859</b>	<b>836</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 5.3 Mål för området

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

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

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

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

### 5.4 Resultatredovisning

Arbetet med att förbättra folkhälsan är, som nämnts tidigare, ett sektorsövergripande arbete. Ett antal av de faktorer som påverkar folkhälsan ligger inom ramen för folkhälsopolitiken medan andra ligger inom andra områden. Exempelvis ligger idrotten inom utgiftsområdet för kultur, medier, trossamfund och fritid och arbetet med livsmedelsfrågor ligger inom utgiftsområdet för areella näringar, landsbygd och livsmedel. Ytterligare ett viktigt politikområde är allmän miljö- och naturvård.

De samhällliga förutsättningarnas betydelse för folkhälsoutvecklingen har bl.a. lyfts fram i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), där den grundläggande inriktningen för det svenska folkhälsoarbetet beskrivs. Enligt propositionen ska folkhälsoarbetet i första hand inriktas på folkhälsans bestämningsfaktorer, dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan. För att underlätta arbetet med att nå det övergripande nationella folkhälsomålet har en målstruktur med elva målområden utvecklats:

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

Folkhälsomyndigheten följer utvecklingen inom varje målområde.

Fokus för resultatredovisningen i detta avsnitt ligger på frågor för vilka ett särskilt ansvar finns inom utgiftsområde 9. Redovisning som rör målområdet en hälsöfrämjande hälso- och sjukvård återfinns i avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Resultatredovisningen inleds med en beskrivning av hälsoutvecklingen i landet, av samverkan på folkhälsoområdet samt av ett antal kunskapsunderlag för det fortsatta arbetet på folkhälsoområdet. Därefter följer resultatredovisning inom målområdena skydd mot smittspridning, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel samt tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel.

#### 5.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

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

- medellivslängd och friska levnadsår,
- antal insjuknade och döda i folksjukdomar,
- sunda levnadsvanor,
- antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), och
- totala sjukdomsburden orsakad av alkohol, narkotika och tobaksrökning.



Resultatindikatorerna bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer. Indikatorer och bedömningsgrunder ska, där det är tillämpligt, beakta kön och andra relevanta parametrar, såsom socioekonomiska faktorer.

## 5.4.2 Resultat

### *Folkhälsans utveckling – god men inte jämlik*

Kvinnor och män lever allt längre och antalet friska levnadsår ökar. År 2014 var medellivslängden 84 år för kvinnor och 80 år för män. Skillnaderna i medellivslängd mellan kvinnor och män är i dag mindre än skillnaderna i medellivslängd mellan personer med kort och lång utbildning. Folkhälsomyndigheten presenterade i sin rapport Folkhälsan i Sverige, från 2014, uppgifter som visade att den återstående medellivslängden vid 30 års ålder är fem år längre för personer med eftergymnasial utbildning jämfört med personer med endast förgymnasial utbildning. De senaste tjugo åren har dock andelen med högre utbildning ökat samtidigt som andelen med endast grundskoleutbildning minskat. Sannolikt utgör de omkring 20 procent som i dag endast har grundskoleutbildning en socialt mer utsatt grupp än de omkring 40 procent som gruppen bestod av i början av 1990-talet.

En orsak till att medellivslängden i landet ökar för både kvinnor och män är att antalet döda i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat under de senaste decennierna. Såväl insjuknande som dödsfall inträffar vid allt högre åldrar.

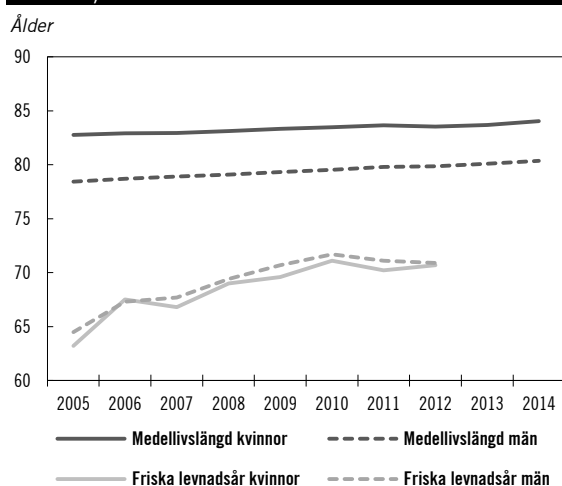
Minskningen i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar har gått snabbare bland män än bland kvinnor. Detta är en bidragande orsak till att medellivslängden mellan könen har minskat.

Förstagångsinsjuknandet i hjärtinfarkt och stroke minskar totalt sett för både kvinnor och män, även om sjukdomarna är vanligare bland män än bland kvinnor.

I och med minskningen av hjärt- och kärlsjukdomar har cancer relativt sett fått en ökad betydelse som dödsorsak. Allt fler cancerdiagnoser ställs men trots detta minskar dödligheten i cancer något. Detta beror bl.a. på att cancerdiagnoser har kunnat ställas i ett tidigare skede och på att hälso- och sjukvården har blivit allt bättre på att behandla sjukdomarna.

Kvinnor med endast grundskoleutbildning löper högre risk att såväl insjukna som att dö i cancer jämfört med dem som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning. När det gäller män ställs färre cancerdiagnoser bland dem med kortast utbildning och dödligheten är högst i denna grupp.

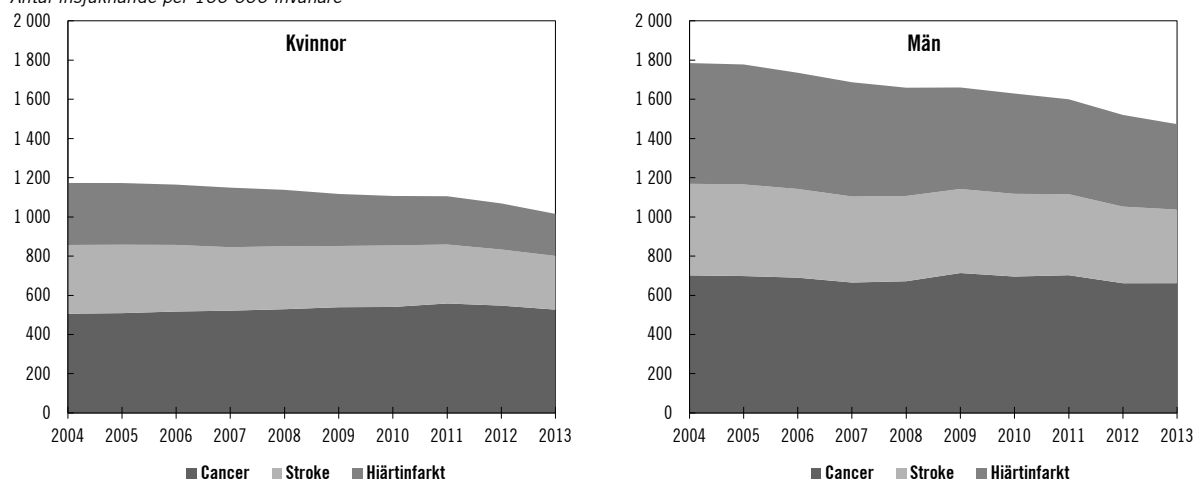
**Diagram 5.1 Medellivslängd och friska levnadsår, kvinnor och män, 2005–2014**



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

**Diagram 5.2 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, 2004–2013**

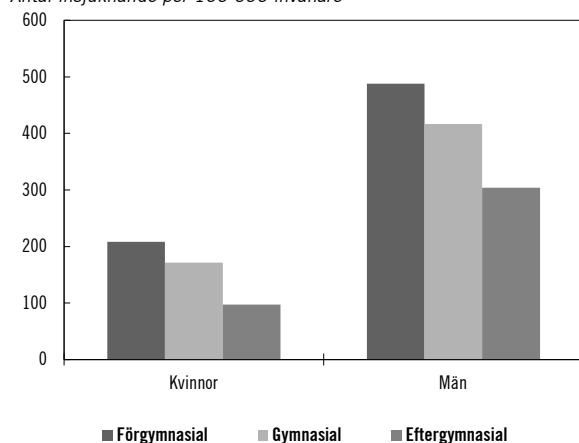
Antal insjuknande per 100 000 invånare



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

**Diagram 5.3 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2013**

Antal insjuknande per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen.

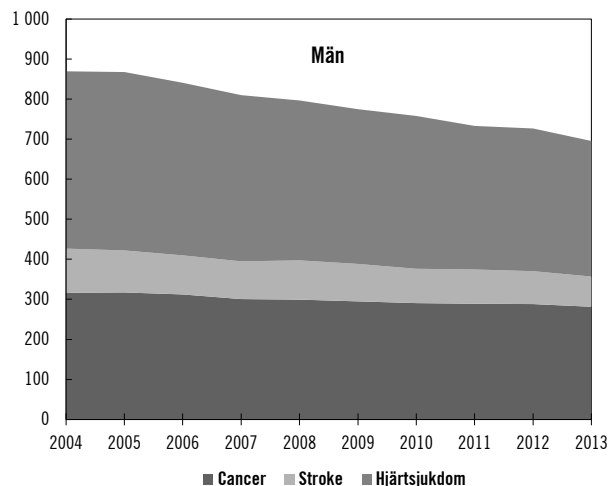
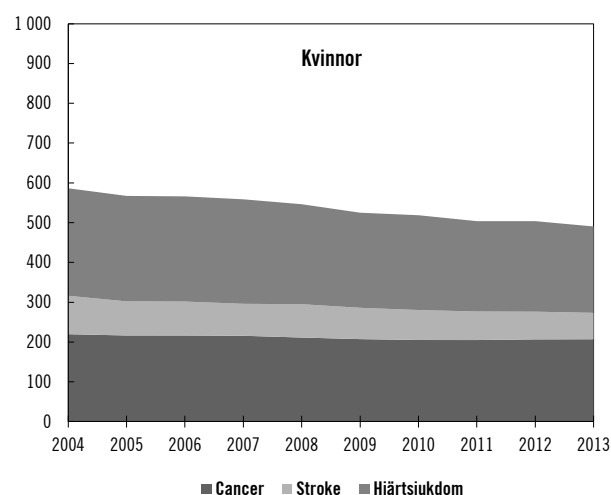
Bland både kvinnor och män har dödligheten i såväl cancer som hjärt- och kärlsjukdomar minskat mer bland dem med eftergymnasial utbildning än bland dem med endast grundskoleutbildning.

Dödligheten är högre bland dem med kort utbildning, jämfört med dem med lång utbildning. Detta förhållande är tydligast i yrkesverksamma åldrar, då dödligheten är mer än dubbelt så hög bland personer med endast grundskoleutbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning.

Hälsan är sämre bland arbetslösa och bland kvinnor och män med låg inkomst. Utrikes födda har generellt sämre hälsa än inrikes födda. Sambanden är komplexa men viktiga för regeringens breda folkhälsoarbete. Se utgiftsområde 14 avsnitt 4 Arbetsmarknad samt utgiftsområde 13 avsnitt 3 Jämställdhet och nyanlända invandras etablering, för statens insatser för att fler kvinnor och män ska komma i arbete.

**Diagram 5.4 Antal döda i hjärtinfarkt, stroke och cancer, 2004–2013**

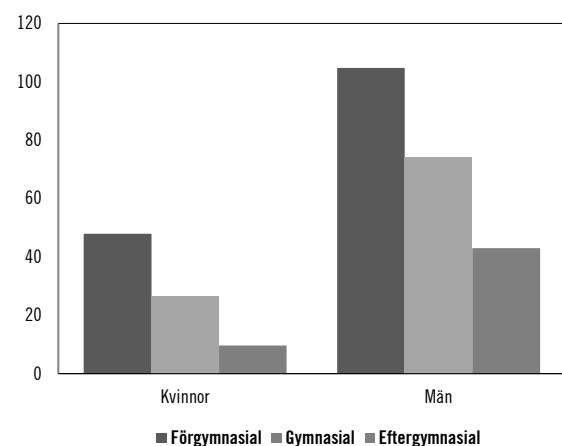
Antal döda per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen.

**Diagram 5.5 Antal döda i hjärtinfarkt, stroke och cancer, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2013**

Antal döda per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen.

### Risikfaktorer bidrar till insjuknande

Insjuknande i olika former av cancer och hjärt- och kärlsjukdomar beror bl.a. på förekomsten av riskfaktorer såsom rökning, övervikt, alkohol och brist på fysisk aktivitet.

Trots att allt färre röker drabbas varje år ca 97 000 kvinnor och män av sjukdom orsakad av rökning och ca 12 000 personer dör till följd av rökning. Bland män har rökningen minskat i alla åldersgrupper och bland kvinnor sker en minskning förutom bland kvinnor över pensionsåldern. Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar har minskat under senare år och färre kvinnor och män har ett riskbruk av alkohol. Ungefär var femte man och var åttonde kvinna bedöms vara riskkonsument.

Förekomsten av fetma har ökat sedan 1980-talet. Fetma är vanligare bland äldre än bland yngre, men har ökat snabbast bland personer i åldersgruppen 25–44 år. I den åldersgruppen har andelen med fetma femdubblats bland kvinnor och tredubblats bland män.

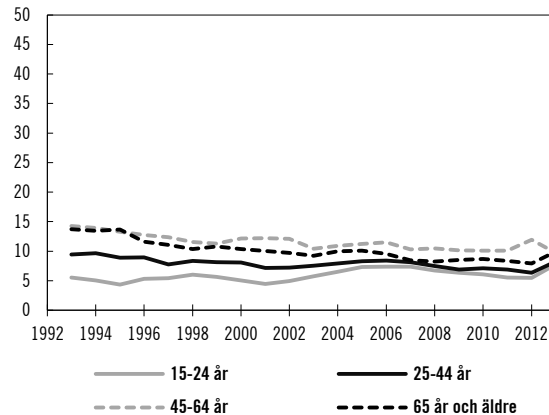
### Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa i form av ångslan, oro och ångest fortsätter öka bland de yngre åldersgrupperna. Under 1990-talet var det personer över pensionsåldern som hade de högsta nivåerna av ångslan, oro och ångest. Denna grupp har numera de lägsta nivåerna av besvär.

Sedan början av 1990-talet har självmorden minskat i alla åldersgrupper utom i gruppen 15–24 år där antalet självmord i stället har ökat något. Bland de äldsta åldersgrupperna, särskilt bland män, har självmorden minskat snabbast.

**Diagram 5.6 Antal självmord, kvinnor, ålder, 1992–2013**

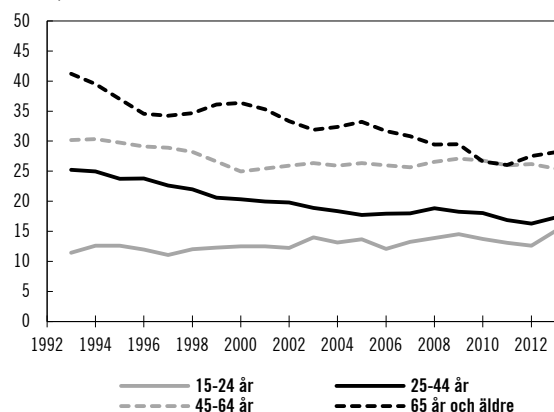
Antal per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen.

**Diagram 5.7 Antal självmord, män, ålder, 1992–2013**

Antal per 100 000 invånare

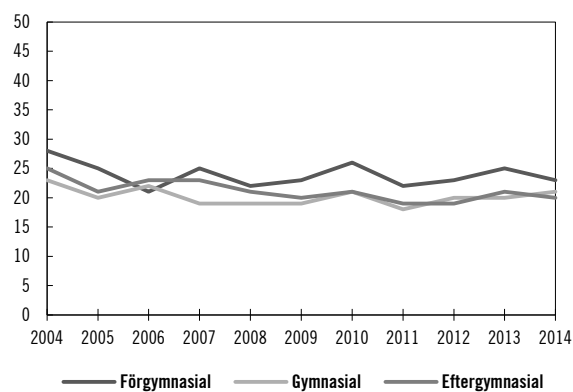


Källa: Socialstyrelsen.

I förvärvsarbetande åldrar är självmord vanligast bland dem med förgymnasial utbildning och ovanligast bland dem med gymnasial utbildning. Personer med kortare utbildning rapporterar mer besvär av ångslan, oro eller ångest än de med längre utbildning. Mest besvär rapporterar kvinnor med endast förgymnasial utbildning och minst besvär rapporterar män med gymnasial utbildning.

**Diagram 5.8 Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, kvinnor, 2004–2014**

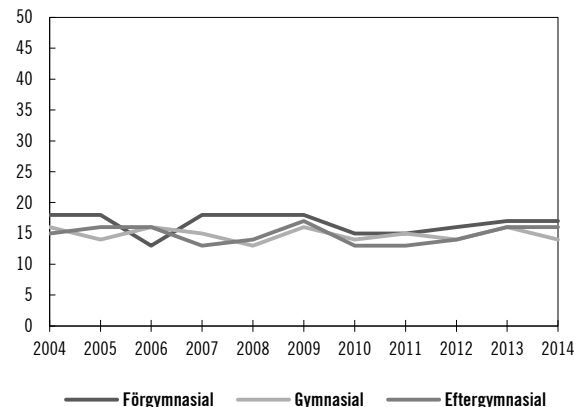
Procent



Källa: Folkhälsomyndigheten

**Diagram 5.9 Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, män, 2004–2014**

Procent



Källa: Folkhälsomyndigheten.

### Ett samordnat folkhälsoarbete

Eftersom folkhälsopolitiken är sektorsövergripande förutsätts i hög grad ett tvärsektorieellt arbetssätt och en samordning av insatser som tillsammans bidrar till goda förutsättningar för en god folkhälsa.

### Kommissionen för jämlik hälsa

Regeringen har under 2015 inrättat en kommission för jämlik hälsa med uppdraget att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar (dir.2015:60). Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället. Skillnader mellan kvinnor och män ska genomgående uppmärksammas i arbetet. Kommissionen ska bedriva sitt arbete utifrån ett brett folkhälsopolitiskt perspektiv och beakta faktorer som har betydelse för befolkningens hälsa inom flera områden, däribland utbildning, arbetsmarknad och arbetsliv, fritid, miljö samt hälso- och sjukvård. Förslag och andra resultat av arbetet ska presenteras löpande och arbetet ska slutredovisas senast den 31 maj 2017.

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

Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten arbetat fram ett nationellt strategidokument för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### *Samordnat arbete för att förbättra strukturen för hälsoundersökningar av asylsökande*

Den 1 januari 2012 startade Smittskyddsinstitutet (nu Folkhälsomyndigheten) ett projekt om förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar för asylsökande. Projektet syftade till att öka antalet hälsoundersökningar bland nyanlända och asylsökande. Deltagare i projektet var Folkhälsomyndigheten, Migrationsverket, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, fyra landsting och tre universitet. Projektet har avslutats under 2014 med en framtagen vägledning som huvudsakligen är avsedd för tjänstemän på Migrationsverket och hälso- och sjukvårdspersonal som möter asylsökande och andra migranter. Erbjudande om hälsoundersökning förbättrar förutsättningarna för att ett vårdbehov snabbt ska kunna identifieras och fyller samtidigt en funktion som en introduktion för asylsökande och nyanlända till den svenska hälso- och sjukvården.

### *Samordningsfunktion för ANDT-frågor*

Sedan 2012 finansierar regeringen en särskild samordningsfunktion vid respektive länsstyrelse enligt förordningen (2012:606) om samordning inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet m.m. Samordningsfunktionen ska bl.a. stödja genomförandet av den nationella ANDT-politiken i länet, samarbetet på lokal, regional och nationell nivå samt utbildning och kompetensutveckling i länet.

### **Kunskapsstöd för fortsatt arbete på folkhälsoområdet**

Under 2015 har Folkhälsomyndigheten utarbetat kunskapsunderlag inom en rad olika strategiska områden rörande folkhälsofrågorna. Nedan följer ett antal sådana exempel.

Folkhälsomyndigheten har redovisat ett uppdrag om en samlad översyn av folkhälso- rapporter.

European Health Interview Survey (EHIS) är en kartläggningsstudie som omfattar allmänt hälsotillstånd, hälsodata, bestämningsfaktorer för hälsa och sociala bakgrundsfaktorer. EHIS organiseras av Europeiska kommissionens statistikbyrå Eurostat. Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att genomföra den svenska delen i undersökningen, vilket gjordes under 2014, samt att slutredovisa uppdraget senast i oktober 2015.

Folkhälsomyndigheten har också 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. Uppdraget slutredovisas i september 2015.

Folkhälsomyndigheten är strategisk myndighet för utveckling av hälsan bland hbtq-personer (homosexuella, bisexuella, trans- och queer-personer). Myndigheten ska följa hälsoutvecklingen och utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer samt främja hbtq-personers lika förutsättningar att uppnå en god hälsa genom kunskapsspridning om effektiva metoder och insatser.

### **Skydd mot smittsamma sjukdomar**

#### *Hälsohot och beredskap*

I november 2013 fattades beslut om ett nytt EU-regelverk om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Beslutet innebär att samarbetet mellan medlemsstaterna vad gäller olika typer av gränsöverskridande hälsohot har stärkts. Regelverket är brett och omfattar alla typer av hälsohot i likhet med WHO:s internationella hälsoreglemente (IHR). Därtill har en kommitté för samarbete mellan medlemsstaterna – hälso-säkerhetskommittén – upprättats. Under året har genomförandebestämmelser förhandlats och dessa kommer att beslutas senare under hösten 2015. Arbetet ska leda till ett mervärde för medborgarna och inte till administrativt betungande koordinering som kan orsaka försenade insatser vid gränsöverskridande allvarliga hot.

#### *Ebola*

Med anledning av ebolautbrottet i Västafrika under hösten 2014 fattade regeringen flera beslut dels för att förstärka den svenska beredskapen för att hantera fall av ebolafeber i Sverige, dels för att stödja och underlätta genomförandet av

hjälpinsatser på plats i Västafrika. Socialstyrelsen tilldelades medel för att förbereda och samordna insatser med anledning av utbrottet. Insatserna handlade bl.a. om att säkerställa att personer med misstänkt eller konstaterad ebolafeber kunde evakueras med flyg från de drabbade områdena. Socialstyrelsen fick även i uppdrag att genomföra insatser för att underlätta för frivilliga att åka till det drabbade området. Socialstyrelsen genomförde därför tillsammans med Karolinska Institutet flera utbildningar för att förbereda frivilligpersonal på väg till Västafrika. För att säkerställa att landstingen har tillgång till alla de nödvändiga åtgärder som regleras i smittskyddslagen (2004:168) och därmed har möjlighet att bekämpa smittspridning vid händelse av ett svenskt fall, beslutade regering och riksdag att klassa ebolafeber som samhällsfarlig sjukdom.

Sverige har en god beredskap för att hantera och vårda i händelse av ebolafeber. Skulle misstanken om ebola uppstå i Sverige finns kapacitet att snabbt diagnostisera, isolera och vårda för att förhindra en spridning i det svenska samhället. Vid Linköpings Universitetssjukhus finns tillgång till en speciell högisoleringsenhet och vid Folkhälsomyndigheten finns ett säkerhetslaboratorium med dygnet-runt-beredskap.

För att stärka den svenska beredskapen för eventuella fall av ebolafeber i Sverige tog Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten under 2014 fram flera kunskapsstöd. Det handlade om riktlinjer till hälso- och sjukvården för hantering av misstänkta eller konstaterade fall, information till samhället i övrigt för att hantera spill av kroppsvätskor från misstänkta eller konstaterade fall samt underlag för att underlätta för de personer som kommer hem från arbete i de drabbade områdena. En kartläggning från mitten av november 2014 gjord av Socialstyrelsen visar att drygt 2 400 personer i olika delar av hälso- och sjukvården hittills hade övat praktiskt med personlig skyddsutrustning. Dessutom finns omkring 300 vårdplatser i landet där man initialt kan isolera personer som kan vara smittade av ebola. I samband med ebolautbrottet i Västafrika aktualiserades frågan om tillgång till högisoleringsvård. Regeringen har tagit initiativ till en inventering för att undersöka landstingens möjlighet att inrätta fler enheter med tillgång till isolering.

### Arbetet mot antibiotikaresistens

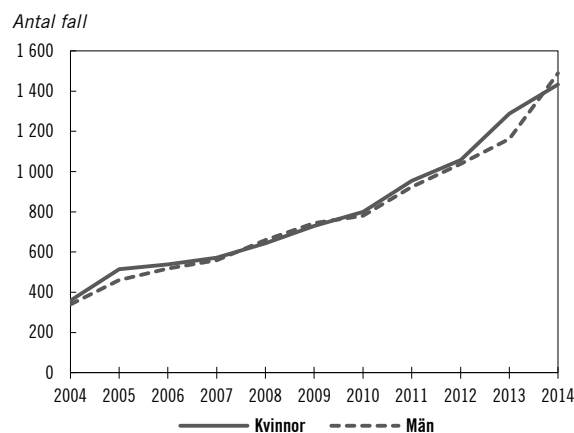
Tillgången till effektiv antibiotikabehandling är avgörande för en stor del av dagens hälso- och sjukvård. Om antibiotika inte används på ett klokt och rationellt sätt ökar de resistenta bakterierna vilket leder till att effekten av antibiotika blir urholkad eller helt verkningslös. Regeringens olika satsningar inom ramen för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens samt insatser inom EU och på den internationella arenan har varit framgångsrika. Frågan har fått ökad uppmärksamhet, framför allt globalt, vilket medfört att fler länder nu lyfter frågan och inser att det krävs såväl snabba som långsiktiga åtgärder för att hantera problemet.

### Nationellt arbete mot antibiotikaresistens

Under 2014 noterades en viss ökning av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), vancomycinresistenta enterokocker (VRE) och extended spectrum beta lactamase (ESBL). En del av ökningen har skett genom utbrott på sjukhus.

Diagram 5.10 visar antalet anmälda fall av infektion med MRSA, fördelat på kvinnor och män.

**Diagram 5.10** Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), kvinnor och män, 2004–2014



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten organiserade i december tillsammans med WHO ett möte i Stockholm för att ta de första stegen mot en global resistensövervakning. Vid mötet deltog ett trettiotal länder.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att tillsammans med Jordbruksverket ansvara för en nationell samverkansfunktion för arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infek-

tioner. I samarbete med Jordbruksverket anordnade Socialstyrelsen i november 2014 ett antibiotikaforum med fokus på antibiotika och miljö. Den 1 juli 2015 flyttades samverkansfunktionen över från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten.

Myndigheterna lämnade i mars 2015 en nationell handlingsplan för arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar. Handlingsplanen är tvärspektoriell och omfattar human-, djur-, livsmedels- och miljöområdena.

I mars 2015 bildades inom Regeringskansliet en arbetsgrupp för arbetet mot antibiotikaresistens.

På nationell nivå har arbetet med att minska antibiotikaförskrivningen pågått under en längre tid. År 2005 presenterade regeringen en strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens (prop. 2005/06:50). I mars 2015 ägde ett möte mellan berörda statsråd rum, där även representanter för flera riksdagspartier deltog. Regeringen informerade om att strategin från 2005 ska förnyas.

#### *EU-arbete mot antibiotikaresistens*

Sverige arbetar för att rekommendationerna i EU-kommissionens handlingsplan mot antimikrobiell resistens som presenterades i november 2011 omsätts till konkreta åtgärder.

#### *Globalt arbete mot antibiotikaresistens*

Den svenska regeringen fäster stor vikt vid att WHO ska axla ett globalt ledarskap när det gäller förhindrandet av antibiotikaresistens. Detta speglas i den strategi för Sveriges samarbete med WHO som beslutades 2011 och som gäller t.o.m. 2015. Sverige har arbetat för att det ska finnas en organisatorisk funktion inom WHO som aktivt ska driva frågan om antibiotikaresistens utifrån ett övergripande perspektiv. Arbetet hos den organisatoriska funktionen har, tillsammans med förstärkning av en svensk sekonderad antibiotikaexpert, gett resultat.

Sverige medverkade till att WHO:s medlemsländer under 2014 antog en resolution om antibiotikaresistens som uppmanade WHO att ta fram en global handlingsplan. En sådan handlingsplan antogs därefter vid Världshälsöförsamlingen i maj 2015. Sverige arbetar nära andra länder för att föra upp frågan till FN under 2016–2017.

Vid Världshälsöförsamlingen tog Sverige i samarbete med Storbritannien ett initiativ att

skapa en allians av hälsoministrar för att öka medvetenheten om problemet och få upp frågan på dagordningen på den högsta beslutande nivån. 14 ministrar skrev under en ”call for action”.

Under 2014 lanserade USA ett initiativ kallat the Global Health Security Agenda. Initiativet syftar till att bidra till ökad global säkerhet genom att prioritera frågan om hotet från smittsamma human- och djursjukdomar, påskynda åtgärder för att förebygga, upptäcka och hantera sådana utbrott, samt främja samarbeten mellan berörda parter. Sverige leder arbetet med antibiotikaresistens tillsammans med Storbritannien, Tyskland, Nederländerna och Kanada.

#### *Nationella vaccinationsprogram*

Uppföljningen av de nationella vaccinationsprogrammen visar på en fortsatt hög vaccinationstäckning och en i allmänhet låg förekomst av de sjukdomar som omfattas av programmen. Uppföljningen visar också på en god säkerhet avseende de vacciner som används. Generellt sett har allmänheten ett högt förtroende för vaccinationsprogrammen och vaccinatörerna, och det finns en allmänt god kunskap hos personalen som vaccinerar. Socialstyrelsens arbete med att genomföra den nya ordningen för nationella vaccinationsprogram har fortsatt. Som en del i detta har myndigheten redovisat två uppdrag under hösten 2014. Det första gäller en kommunikationsstrategi för att säkerställa att allmänheten och vårdpersonal har information om vacciner och vaccinationsprogram. Kommunikationen är en viktig del i att upprätthålla förtroendet för vaccinationsprogram och i slutändan en fortsatt hög vaccinationstäckning. Det andra uppdraget som redovisats beskriver den uppföljning som Socialstyrelsen anser bör göras av de nationella vaccinationsprogrammen.

#### *Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar*

Under 2014 rapporterades 481 nya fall av hivinfektion i Sverige, vilket är något högre än genomsnittet under den senaste femårsperioden. Hivinfektion rapporteras oftare hos män än hos kvinnor och flertalet av fallen påträffades bland personer som smittats utomlands. En ökande andel utrikes födda bland nyrapporterade fall av hivinfektion har märkts under de senaste åren. Antalet inhemska fall, där smittöverföringen har skett i Sverige, ökade i början av 2000-talet, men har därefter påtagligt minskat, från drygt 200 fall 2007 till 68 fall 2014. En trolig anledning till

minskningen av antalet smittöverföringar kan bl.a. vara att allt fler personer med hivinfektion får behandling för sjukdomen. Den största minskningen har under de senaste åren skett bland injektionsmissbrukare. Detta skulle kunna ha samband med att fler sprututbytesverksamheter har startats. Den inhemska smittspridningen är vanligast i gruppen män som har sex med män, även om en minskning noterats i denna grupp. I dagsläget beräknas ungefär 6 600 personer leva med en känd hiv-diagnos i Sverige.

Förekomsten av klamydiainfektion har flerdubblats bland kvinnor och män sedan slutet av 1990-talet. Under 2014 rapporterades totalt 36 000 fall vilket ligger på samma höga nivå som året innan men något lägre än snittet för den senaste femårsperioden. Klamydiainfektion sprids huvudsakligen bland ungdomar och unga vuxna och upptäcks oftare hos kvinnor än hos män.

Under 2014 minskade antalet syfilisfall något jämfört med året innan, men med över 200 fall per år är sjukdomen åter i nivå med situationen i början av 1980-talet.

Gonorréfallen ökade med 20 procent 2014 till drygt 1 300 fall, också det den högsta nivån sedan 1980-talet. Syfilis och gonorré förekommer framför allt hos män. Den fortsatta utvecklingen av resistens mot gonorréantibiotika är ett oroande och växande problem.

#### *Insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar*

Staten har sedan 2006 årligen träffat särskilda överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. Detta har förändrats i och med att förordningen (2013:666) om statsbidrag till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion beslutades i juni 2013. Syftet med att frånga förfarandet med överenskommelser inom området var att göra bidragshandlingen mer förutsägbar och lättadministrerad. Folkhälsomyndigheten har med stöd av förordningen fördelat 95 miljoner kronor under 2014. Folkhälsomyndigheten fördelar därutöver årligen 21 miljoner kronor i statsbidrag till ideella organisationer för verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

Utgångspunkten för insatserna mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar är den nationella strategin mot hiv/aids

och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60). Folkhälsomyndigheten har det nationella ansvaret för uppföljningen av strategin. Myndigheten har även en strategisk roll i att stödja andra myndigheter, huvudmän och ideella organisationer som är verksamma inom området.

#### **Fysisk aktivitet**

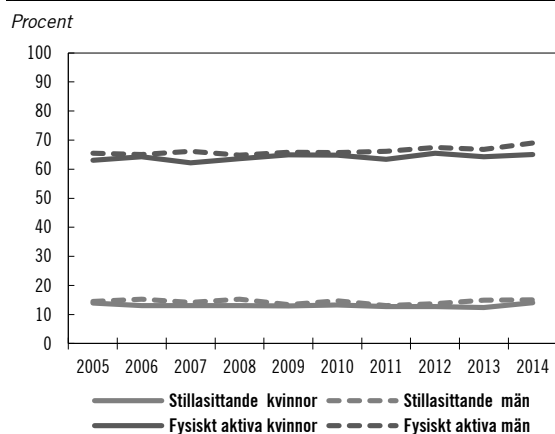
##### *Fysisk aktivitet främjar hälsa*

I ett samhälle med alltmer stillasittande arbeten har vikten av fysisk aktivitet på fritiden ökat för folkhälsans utveckling. Fysisk aktivitet handlar dels om att regelbundet motionera, dels om att undvika en stillasittande fritid överlag. Att uppskatta nivån av fysisk aktivitet i befolkningen är svårt och mätningar sker vanligen via enkäter och intervjuer. I Sverige har andelen kvinnor respektive män som anger att de motionerar på fritiden mer än fördubblats under perioden 1980–2012. Det är svårt att uttala sig om huruvida resultaten enbart beror på en verklig förändring i motionsvanor eller om de även påverkas av annat, exempelvis förändringar i fysisk aktivitet i det dagliga livet, såsom mer stillasittande arbete.

Att vara fysiskt inaktiv är en riskfaktor som bidrar till sjukdomsburden i befolkningen. De senaste åren har andelen vuxna med en stillasittande fritid legat på en stabil nivå (12–15 procent) med 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. Andelen kvinnor och män som i folkhälsoenkäten 2014 angav att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag uppgick till 65 respektive 69 procent.

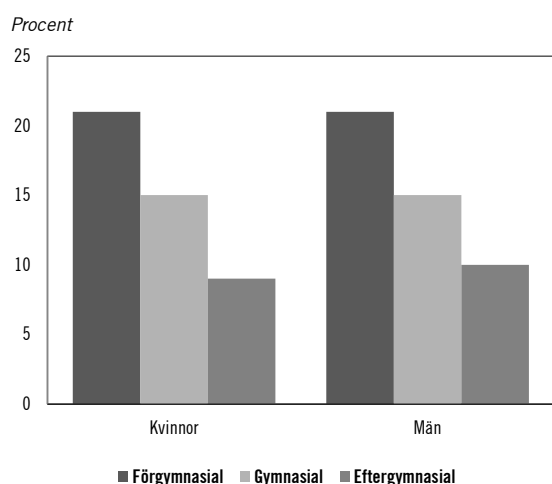


**Diagram 5.11** Andel som anger att de har en stillasittande fritid respektive att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, kvinnor och män, 2005–2014



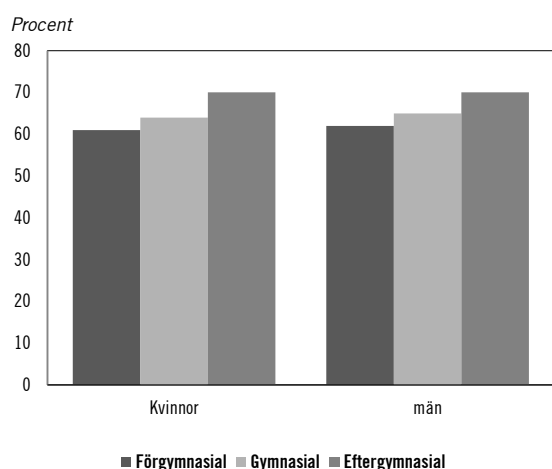
Källa: Folkhälsomyndigheten.

**Diagram 5.12** Andel som anger att de har en stillasittande fritid, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2014



Källa: Folkhälsomyndigheten.

**Diagram 5.13** Andel som anger att de fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2014



Källa: Folkhälsomyndigheten.

### *Förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor påverkas av många olika sektorer*

Stödet för fysiskt aktiva levnadsvanor innefattar bl.a. åtgärder inom samhällsplanering. Fysisk aktivitet främjas även genom mål och åtgärder inom friluftslivspolitiken och idrottspolitiken. Detta främjas också genom att viss motion och friskvård på arbetsplatsen utgör en skattefri personalvårdsförmån samt genom undervisning i idrott i skolan.

Folkhälsomyndigheten är sedan 2014 samordnande myndighet för friluftslivsmålet för god folkhälsa. Myndigheten ska verka för att målet uppnås genom att sammanställa och sprida evidensbaserad kunskap till kommuner, lands-ting och andra berörda samhällssektorer om insatser som skapar förutsättningar för friluftsliv.

### *Idrott*

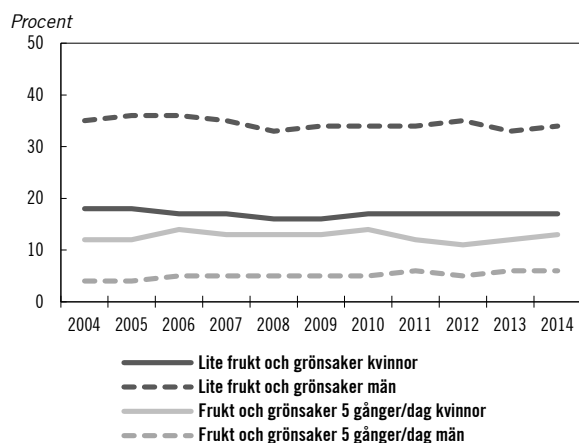
En fysiskt aktiv fritid för kvinnor och män respektive flickor och pojkar främjar hälsa och bidrar till att förebygga uppkomst av sjukdomar i befolkningen (utg.omr. 17 avsnitt 15).

### **Matvanor och livsmedel**

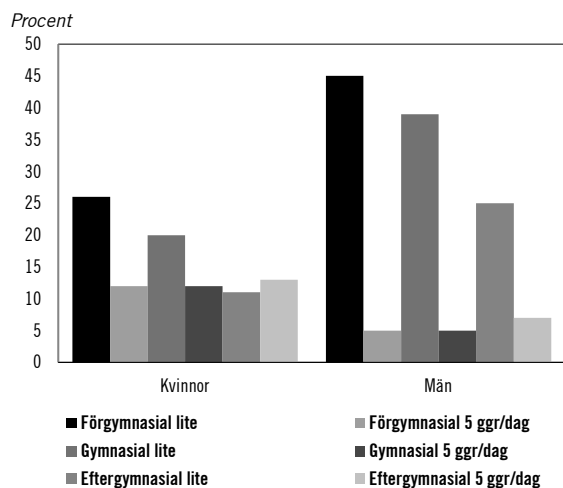
#### *Kostråd och kostvanor*

Livsmedelsverket ansvarar för att ge ut kostråd till befolkningen. Kostråden utgår från de senaste forskningsrönen inom nutritionsområdet, kunskapen om hur svenska folket äter i dag och hur vi bör äta för att äta hälsosamt, förebygga ohälsa och minska risken för att drabbas av sjukdomar. De nya nordiska näringsrekommendationerna och resultatet från Livsmedelsverkets matvaneundersökning ligger till grund för de nya generella kostråd som presenterades våren 2015 (även utg.omr. 23).

Enligt resultatet i folkhälsoenkäten finns det fortsatt betydande skillnader i självrapporterad konsumtion av frukt och grönsaker mellan olika socioekonomiska grupper. Personer med kort utbildning, arbetslösa, personer i ekonomisk kris eller som har låg inkomst uppger i högre grad en låg konsumtion av frukt och grönsaker jämfört med dem som har lång utbildning och hög inkomst. Det finns variationer i konsumtion av frukt och grönsaker mellan såväl kvinnor och män som mellan grupper med olika socioekonomisk situation. Dessa skillnader har bestått sedan 2004.

**Diagram 5.14** Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, kvinnor och män, 2004–2014

Källa: Folkhälsomyndigheten.

**Diagram 5.15** Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, utbildningsnivå, kvinnor och män, 2014

Källa: Folkhälsomyndigheten.

Livsmedelsverkets nationella kompetenscentrum för måltider inom vård, skola och omsorg har som uppgift att stödja och stimulera kommuner och landsting i deras arbete med att utveckla de offentliga måltiderna. Inom ramen för ett uppdrag har verket tagit fram ett kostnadsfritt arbetsmaterial med övningar där skolmaten kan användas som ett pedagogiskt verktyg. Det ska underlätta för skolan att ta tillvara skolmåltiden i undervisningen. Materialet har tre teman: maten i våra liv, hälsa och miljö.

### *Övervikt och fetma ett växande problem*

Övervikt och fetma innebär en ökad risk för flera sjukdomar, bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes samt vissa former av cancer. Flera omständigheter, så som samhällsfaktorer, levnadsvanor och gener, påverkar utvecklingen

av övervikt och fetma. Andelen personer med fetma har ökat sedan 1980. Det finns inga stora skillnader mellan kvinnor och män och ökningstakten har varit likartad för båda grupperna.

Det är vanligare med fetma hos personer som är 45 år eller äldre, dock har andelen med fetma ökat snabbast i åldersgruppen 25–44 år. Mellan 1980 och 2012 har andelen kvinnor med fetma i denna åldersgrupp femdubblats medan motsvarande andel män har tredubblats under samma period. Det är vanligare med fetma bland personer med låg utbildningsnivå. Bland kvinnor har t.ex. 16 procent av dem med endast grundskoleutbildning ett BMI över 30, medan motsvarande andel bland kvinnor med eftergymnasial utbildning är 8 procent.

I Folkhälsomyndighetens rapport *Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2014*, konstateras att ohälsosamma levnadsvanor ofta har ett samband med sämre socioekonomiska förhållanden. En förklaring är att en sämre socioekonomisk situation ofta innebär mindre inflytande över livssituationen och därmed sämre möjlighet att förändra sina levnadsvanor i positiv riktning.

### **Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel**

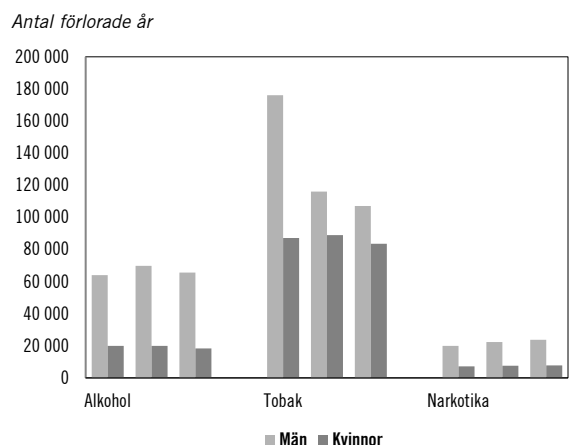
I detta avsnitt följer resultatredovisningen målstrukturen i regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin) (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203). Redovisningen bygger på det samlade uppföljningssystem som är kopplat till strategin. Strategin anger det övergripande målet för ANDT-politiken, nämligen ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk.

För att nå det övergripande målet har regeringen satt upp sju långsiktiga mål till vilka ett antal prioriterade delmål knutits. Dessa ska uppnås under strategiperioden 2011–2015.

För att följa upp det övergripande målet mäts sjukdomsburden avseende alkohol, narkotika och tobak liksom omfattningen och förändringen av problem till följd av dessa substanser samt konsekvenserna för personer i brukaren/missbrukarens omgivning. År 2010 orsakade tobaksrökning 7,7 procent av den totala sjukdomsburden, alkohol 3,4 procent och narkotika 1,3 procent. Hos män var den totala sjukdoms-

bördan orsakad av rökning något större (ca 8 procent) jämfört med kvinnor (ca 7 procent). Den totala sjukdomsbördan orsakad av alkohol respektive narkotika är drygt tre gånger så stor hos män som hos kvinnor.<sup>1</sup>

**Diagram 5.16 Sjukdomsbörda (DALY) orsakad av alkohol, narkotika och tobaksrökning i Sverige, kvinnor och män, 1999, 2005 och 2010**



Anm: Staplarna anger antal år i befolkningen som förloras p.g.a. för tidig död eller ppå grund av funktionsnedsättning. DALY betyder Disability Adjusted Life Years, på svenska funktionsjusterade levnadsår.  
Källa: Karolinska institutet.

Ungefär 1 miljon individer hade ett missbruk eller beroende av antingen alkohol, narkotika, läkemedel eller tobak i Sverige 2013.<sup>2</sup> Många påverkas även negativt av andras missbruk eller beroende. Att vara kvinna och att tillhöra en yngre åldersgrupp har visat sig vara de mest avgörande sociodemografiska faktorerna för att bli negativt påverkad av närståendes användning av alkohol, narkotika eller tobak. Ungefär 700 000 kvinnor och 400 000 män i vuxen ålder bedöms påverkas negativt av att någon i deras närhet dricker för mycket alkohol.

#### *Mål 1: Tillgången till ANDT ska minska*

Priset på alkohol och tobak är ett viktigt instrument för att påverka tillgängligheten. De reala priserna på alkoholdrycker inom detalj-

handeln, dvs. Systembolaget och livsmedelsbutiker (folköl), har legat relativt konstant under perioden 2011–2014. Däremot har priserna på alkoholdrycker ökat på restauranger under samma period, liksom priserna på cigaretter och snus.

Tillsyn av bl.a. efterlevnaden av åldersgränser och rökfria skolgårdar är andra viktiga verktyg för att begränsa tillgängligheten till alkohol och tobak för ungdomar. Sedan den 1 maj 2014 har kommunerna möjlighet att genomföra kontrollköp som en del i tillsynen av åldersgränser för köp av folköl och tobak. Andelen flickor och pojkar i årskurs 9 och gymnasiets årkurs 2 som angett att de kunnat köpa cigaretter eller snus har ökat något under perioden 2012–2014 medan andelen som angett att de kunnat köpa folköl legat konstant med en tendens till minskning under samma period. Systembolagets efterlevnad av åldersgränser har successivt förbättrats och kontrollköp visar att efterlevnaden var 97 procent 2014 jämfört med 94 procent 2011. Även anti-langningsinsatser som information riktad till föräldrar och andra i ungdomars närhet bidrar till att minska tillgängligheten.

#### *Mål 2: Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDT*

Gravidas riskbruk av alkohol minskade mellan 2012 och 2013. År 2013 hade 5,6 procent av de gravida kvinnorna ett riskbruk av alkohol. Andelen rökare har minskat kontinuerligt medan andelen snusare varit relativt oförändrad både bland gravida och bland småbarnsföräldrar. En studie som genomfördes 2014 av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning uppskattar att 4–5 procent av alla barn under 18 år i Sverige har en förälder med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika.

#### *Mål 3: Andelen barn och unga som börjar använda narkotika och dopning eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska*

Alkoholkonsumtionen bland unga har kontinuerligt minskat och allra tydligast är minskningen bland elever i grundskolans årskurs 9. Genomsnittlig årskonsumtion mätt i liter ren alkohol uppgick 2015 till 1,4 liter bland flickor och 1,6 liter bland pojkar. Motsvarande siffror 2011 var 1,9 liter bland flickor och 3,0 liter bland pojkar. Även andelen flickor och pojkar i årskurs 9 och gymnasiets årkurs 2 som angett att de röker dagligen har minskat under perioden. Uppföljningen visar en minskning också när det

<sup>1</sup> Hur stor del av Sveriges sjukdomsbörda orsakas av alkohol, narkotika, tobaksrökning? Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska institutet mars 2014.

<sup>2</sup> ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 - en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak, STAD rapport 55, 2014.

gäller andelen elever som angett att de använt anabola steroider.

Utvecklingen av användningen av narkotika är relativt stabil. Pojkar anger oftare än flickor att de någon gång använt narkotika.

*Mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende ska successivt minska*

Under perioden 2011–2014 har totalkonsumtionen av alkohol i befolkningen varit relativt stabil. År 2014 var totalkonsumtionen 9,4 liter ren alkohol per person. Andelen personer med riskkonsumtion av alkohol har under samma period varit relativt oförändrad bland kvinnor och minskat något bland män.

Cannabisanvändningen har under 2011–2014 varit tämligen oförändrad. År 2013 uppgav 0,6 procent av kvinnorna och 0,8 procent av männen att de använt cannabis de senaste 30 dagarna. Utvecklingen när det gäller tobaksvanor under perioden 2011–2013 visar att rökningen ökar något bland männen och minskar bland kvinnorna medan motsatt utveckling syns när det gäller snusning. Även om daglig rökning bland männen ökat något under strategiperioden så är den långsiktiga trenden en minskning även bland männen.

När det gäller beroende och missbruk saknas mätningar över längre tid, men i en baslinjemätning, som genomfördes 2013, uppskattas 446 000 personer (17–84 år) ha ett missbruk eller beroende av alkohol (161 000 kvinnor och 285 000 män)<sup>3</sup>. När det gäller narkotika eller läkemedel utan läkares ordination är antalet mer begränsat och uppgår till omkring 100 000 personer. Även narkotika är vanligare bland män medan kvinnor och män ligger på samma nivå när det gäller läkemedel. Antalet tobaksberoende (cigaretter och snus) uppgår till 592 000 personer. Snus är vanligare bland män än bland kvinnor medan det motsatta gäller för cigaretter.

Det finns en stor rörlighet in och ut ur beroende. En ettårsuppföljning visar att ungefär en lika stor andel av befolkningen har ett beroende ett år senare, men när det gäller alkohol och narkotika har ungefär hälften av personerna

bytts ut under perioden och när det gäller tobak har ungefär en fjärdedel bytts ut.<sup>4</sup>

Användningen av dopningspreparat är inte så utbredd i befolkningen som användningen av övriga substanser, men kan ge allvarliga skador. (utg.omr. 17 avsnitt 15).

*Mål 5: Ökad tillgänglighet till vård och behandling av god kvalitet*

Utvecklingen mot målet beskrivs i avsnitt 7.6.

*Mål 6: Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av ANDT ska minska*

Under perioden 2011–2013 har den alkoholrelaterade dödligheten minskat samtidigt som den narkotikarelaterade dödligheten har ökat. När det gäller rökrelaterad dödlighet uppskattar Socialstyrelsen att rökningen dödade 12 000 rökare per år under perioden 2010–2012. Dödligheten är något högre bland män än bland kvinnor.

Andelen nykter trafik är hög i Sverige och andelen omkomna i alkoholrelaterade vägtrafikolyckor har i princip varit oförändrad sedan 2007. Under 2014 omkom 54 personer i en alkoholrelaterad vägtrafikolycka. Under 2014 omkom 21 personer i drogrelaterade olyckor varav 8 i kombination med alkohol. När det gäller vägtrafikolyckor relaterade till läkemedel som kan påverka körförmågan är statistiken bristfällig eller obefintlig.

Försök med alkobommar för automatisk nykterhetskontroll i hamnar pågår sedan hösten 2014 i Stockholms Frihamn. En uppföljning hösten 2014 visar att rattonykterheten är betydligt högre i hamnar än i trafiken i övrigt. Regeringen har gett ett uppdrag till Trafikverket att i samråd med övriga aktörer analysera vad som krävs för ett införande av s.k. alkobommar i vissa hamnar.

*Mål 7: En folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDT inom EU och internationellt*

Syftet med Sveriges internationella narkotikarbete inom EU och FN är att främja en kunskapsbaserad narkotikapolitik med fokus på att stärka förebyggande insatser samt vård och be-

<sup>3</sup> ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013. STAD, rapport nr 55, 2013.

<sup>4</sup> Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige – en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet för närståendes bruk. STAD, rapport 149, 2015.

handling. Vid FN:s narkotikakommission (CND) i mars 2015 genomförde Sverige, tillsammans med FN och Världshälsoorganisationen (WHO), ett seminarium om den svenska ANDT-strategin. Sverige har även gett stöd till WHO genom sekondering av en tjänst samt stöd till en forskarkonferens om hälsoeffekterna av bruk och missbruk av cannabis, som ägde rum i Stockholm i april 2015. Förberedelser inför Generalförsamlingens särskilda session om narkotika 2016 har påbörjats, bl.a. genom ett tätare samarbete mellan olika departement i Regeringskansliet liksom genom stöd till civilsamhällets organisationer för förberedelser.

Inom alkoholområdet verkar Sverige tillsammans med övriga EU:s medlemsstater för att påverka EU-kommissionen att ta fram en uppdaterad EU-gemensam alkoholstrategi för att stödja medlemsländernas arbete med att minska alkoholens skadeverkningar. Rådsslutsatser förhandlades under sommaren för beslut på EPSCO-rådet i december 2015.

Våren 2014 antog EU:s ministerråd och EU-parlamentet ett reviderat tobaksproduktdirektiv (2014/40/EU). En särskild utredare tillkallades med uppdrag att bl.a. ge förslag om det nationella genomförandet av direktivet. Utredningen lämnade sitt förslag i betänkandet *Mer gemensamma tobaksregler – Ett genomförande av tobaksproduktdirektivet* (SOU 2015:6).

#### *Utredningar om alkohollagstiftningen*

Alkoholleveransutredningen (SOU 2014:58) har lämnat förslag på vad som bör vara tillåtet respektive otillåtet när det gäller e-handel och hemleverans av alkoholdrycker utifrån både den svenska alkoholpolitiken och de förpliktelser som följer av EU-medlemskapet. Regeringen, liksom många av remissinstanserna, anser att utredningens förslag inte är tillräckligt långtgående för att vara i enlighet med den svenska alkoholpolitiken och inte heller tillräckligt tydligt klargör gränserna för vad som är tillåtet respektive otillåtet när det gäller distansförsäljning.

Utredningen om tillsyn av marknadsföring och e-handel med alkoholdrycker m.m. (SOU 2013:50) har bl.a. föreslagit åtgärder som kan bidra till en effektivare tillsyn av reglerna om marknadsföring av alkoholdrycker och tobak.

Regeringen har för avsikt att bereda utredningarnas förslag samlat.

### **Minskade skadeverkningar av överdrivet spelande**

Riksdagens och regeringens mål för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande. Målet för regleringen av spelmarknaden är bl.a. en sund och säker spelmarknad där sociala skyddsintressen och efterfrågan på spel tillgodoses under kontrollerade former. Inriktningen bör vara att prioritera sociala skyddshänsyn, samtidigt som intresset av ett varierat spelutbud och risken för bedrägerier och olagligt spel beaktas (även utg.omr. 18).

Ungefär två procent av den vuxna befolkningen (16–84 år) är problemspelare, vilket motsvarar 164 000 personer (3 procent av männen och 1 procent av kvinnorna). Det finns en stor rörlighet in i och ut ur spelproblem samtidigt som andelen i befolkningen är relativt oförändrad. Forskning visar att unga är överrepresenterade liksom personer i socioekonomiskt utsatta grupper. Det finns ett samband mellan spelproblem och psykisk ohälsa. Få personer söker hjälp för sina problem.

#### **5.4.3 Analys och slutsatser**

Folkhälsopolitiken bidrar till det övergripande målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och till målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Generellt sett är resultaten av statens insatser inom folkhälsopolitiken svåra att avgränsa och mäta. Vid bedömning av resultaten bör det beaktas att de insatser som regeringen initierat sedan sitt tillträde ännu befinner sig i ett tidigt skede. Den breda folkhälsopolitikens genomförande är också helt beroende av de olika aktörer och sektorer som alla bidrar utifrån sina respektive sakområden.

Följande redovisning av regeringens analys och slutsatser utgår från det övergripande målet som riksdagen fastställt för folkhälsopolitiken samt från de mål som riksdagen har fastslagit för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken och för samhällets insatser mot spelberoende.

## Folkhälsans utveckling

Regeringen kan konstatera att hälsoutvecklingen bland kvinnor och män i befolkningen är positiv och att de olika sektorer som bidrar till att ge förutsättningar för en god folkhälsa uppvisar goda resultat. Hälsoskillnader mellan kvinnor och män har minskat vilket ökar möjligheterna för dem att på lika villkor delta i arbetslivet och i samhället i övrigt. Folkhälsoarbetet har därmed bidragit till utveckling mot de jämställdhetspolitiska målen om jämn fördelning av makt och inflytande samt ekonomisk jämställdhet.

Det finns emellertid skillnader i hälsotillstånd mellan olika grupper i samhället. Kommissionen för jämlik hälsa (dir. 2015:60) kommer att ge ytterligare underlag för kommande ställningstaganden om insatser som kan bidra till minskade hälsoklyftor. Regeringens åtgärder på området bidrar därmed till regeringens långsiktiga mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Fler unga rapporterar psykisk ohälsa i form av ångslan, oro och ångest. Regeringens arbete bidrar till att möta de behov som finns av förebyggande och tidiga insatser för kvinnor och män respektive flickor och pojkar.

## Hälsohot och beredskap

Regeringen konstaterar att utbrottet av ebolafeber i Västafrika återigen aktualiserar kunskapen om att utbrott av smittsamma sjukdomar kan utgöra allvarliga gränsöverskridande hälsohot och att det är viktigt att ha såväl global som nationell beredskap för att möta dessa hot. Att det internationella hälsoreglementet (IHR) tillämpas är en del i denna beredskap.

Enligt regeringens bedömning har Sverige en god beredskap för att hantera och vårda ett eventuellt fall av högsmittsam allvarlig infektion såsom ebolafeber. Vid Linköpings Universitets-sjukhus finns tillgång till en speciell hög-isoleringsenhet och vid Folkhälsomyndigheten finns ett säkerhetslaboratorium med dygnet-runt-beredskap.

Erfarenheterna från bl.a. utbrottet av ebola visar på vikten av samordnade insatser såväl nationellt som inom EU och internationellt. Ökad rörlighet av människor, djur och livsmedel innebär att större krav ställs på globalt samarbete, att alla i omvärlden iakttar de interna-

tionella överenskommelser som finns samt arbetar förebyggande.

## Arbetet mot antibiotikaresistens

De insatser som gjorts inom området antibiotikaresistens har drivit frågan framåt. Framförallt har Sverige aktivt bidragit till att frågan har lyfts tydligt inom Världshälsoorganisationen (WHO). Då antibiotikaresistens är ett globalt allvarligt hot behövs fortsatta långsiktiga insatser. Om inte globala åtgärder vidtas så kommer situationen i Sverige att påverkas negativt. Redan i dag kan en negativ påverkan på resistensläget i Sverige noteras även om läget är fortsatt gynnsamt jämfört med andra länder.

## Levnadsvanor

Risken att insjukna i kroniska sjukdomar, så som hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer och psykisk ohälsa, påverkas i hög grad av matvanor och nivån av fysisk aktivitet. På flera områden syns förbättringar i kvinnors och mäns respektive flickors och pojkars levnadsvanor som har gett positiva effekter på folkhälsans utveckling. Dock är variationen stor och ohälsa i form av bl.a. övervikt och fetma skiljer sig mycket mellan olika grupper, t.ex. grupper med olika utbildningsnivå. Regeringen bedömer att hälsofrämjande insatser inom exempelvis hälso- och sjukvården och skolan stärker förutsättningarna för en positiv utveckling på området. Det kvarstår dock utmaningar, bl.a. att vända utvecklingen av andelen vuxna med övervikt/fetma.

## Sexuell hälsa och sexuellt överförbara sjukdomar

Inga större förändringar i den epidemiologiska situationen har skett under 2014. Klamydiafallen ligger fortsatt kvar på en hög nivå med omkring 36 000 fall om året medan de ovanligare infektionerna gonorré och syfilis ökat de senaste åren till nivåer jämförbara med situationen på 1980-talet. Andelen fall av nyrapporterade hivinfektioner som utgörs av utrikes födda har ökat under de senaste åren vilket understryker behovet för huvudmännen att utveckla insatser och

metoder för att även nå nyanlända och andra utrikes födda med information och erbjudande om rådgivning och testning.

### **Nationella vaccinationsprogram**

Regeringen bedömer att det finns ett fortsatt högt förtroende i befolkningen för vaccinationsprogrammen vilket visar sig genom en fortsatt stabil, hög vaccinationstäckning och en i allmänhet låg förekomst av de sjukdomar som omfattas av nationella vaccinationsprogram.

### **Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel**

Syftet med den samlade ANDT-strategin är att underlätta statens styrning av stödet inom ANDT-området och statens möjligheter att mäta effekterna av insatser på området. Statskontoret har haft i uppdrag att utvärdera den samlade ANDT-strategin och lämnade sin rapport i april 2015. Statskontorets övergripande slutsats är att strategins utformning i stort har varit ändamålsenlig. Insatserna har förutsättningar att bidra till måluppfyllelse, men jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet kan tydliggöras ytterligare.

Pris på och fysisk tillgänglighet till alkohol och tobak har stor betydelse för konsumtionen och är därför viktiga ANDT-politiska verktyg. Trots höjd punktskatt på alkohol 2014 har priserna på Systembolaget i stort varit oförändrade under perioden 2011–2014.

Kommunernas tillsyn enligt alkohollagen (2010:1622) och tobakslagen (1993:581) är en viktig komponent i det alkohol- och tobaksförebyggande arbetet. Länsstyrelsernas och Folkhälsomyndighetens stöd till kommunerna inom tillsynsområdet är av betydelse för kommunernas möjligheter att bedriva en effektiv tillsyn. Folkhälsomyndigheten uppmärksammar i sin återrapportering av länsstyrelsernas arbete med tillsyn enligt alkohol- och tobakslagen 2014 att det återstår mycket arbete inom kommunernas alkohol- och tobakstillsyn och att länsstyrelsernas bemanning och kompetens är av stor betydelse.

Både flickors och pojkars alkoholkonsumtion visar en fortsatt nedgång. Ett systematiskt alkoholförebyggande arbete med fokus på att begränsa tillgängligheten genom olika kunskaps-

höjande insatser kan ha bidragit till utvecklingen. Även föräldrars attityder när det t.ex. gäller att bjuda ungdomar på alkohol har blivit mer restriktiva.

Den narkotikarelaterade dödligheten är fortfarande hög i Sverige jämfört med andra EU-länder. Det behövs fördjupad kunskap om orsaker bakom utvecklingen för att kunna vidta relevanta åtgärder. För att samhället ska kunna agera snabbt när nya psykoaktiva substanser uppträder på marknaden är bl.a. ett effektivt och rättssäkert system för att förhindra dem av stor betydelse. Det cannabisförebyggande arbetet som bl.a. genomförs i samarbete mellan kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö har bidragit till metod- och kunskapsutveckling när det gäller att förebygga, uppmärksamma och behandla cannabisbruk bland unga.

Spelproblem är särskilt vanligt bland unga och få personer söker stöd och behandling för problematiskt spelande.

## **5.5 Politikens inriktning**

De påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Regeringens folkhälsopolitik syftar till att långsiktigt utjämna de skillnader som i dag finns mellan olika grupper. Hela befolkningen ska ha goda förutsättningar till en god hälsa.

Folkhälsan utvecklas positivt för befolkningen som helhet. Däremot ökar ojämlikheten i hälsa. För både kvinnor och män skiljer sig medellivslängden med fem år mellan personer med enbart förgymnasial utbildning och personer med eftergymnasial utbildning. Hälsoklyftorna hänger nära samman med människors delaktighet och position i samhället. Möjligheten till inflytande över sitt eget liv påverkar också hälsan. Därför har bl.a. utbildnings- och inkomstnivå samt anknytning till arbetsmarknaden betydelse för människors hälsa. Individens socioekonomiska förutsättningar påverkar både levnadsvanor och hälsa. Det är särskilt angeläget att hälsan förbättras för de grupper i befolkningen som i störst utsträckning är drabbade av ohälsa.

Mot bakgrund av att folkhälsans bestämningsfaktorer återfinns inom flera olika samhällsområden måste folkhälsopolitiken bedrivas tvärssektoriellt.

*En kommission för jämlik hälsa*

Regeringens kommission för jämlik hälsa ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Hälsoskillnader mellan könen ska genomgående uppmärksammas i kommissionens arbete.

Resultatet av kommissionens arbete ska slutredovisas senast den 31 maj 2017.

*Psykisk ohälsa*

Den ökande psykiska ohälsan i form av ångslan, oro och ångest bland unga är oroväckande. För att möta den ökande ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år föreslår regeringen att satsningen inom området psykisk ohälsa förstärks med 280 miljoner kronor per år 2016–2019 (avsnitt 4). I 2015 års ekonomiska vårproposition aviserade regeringen även en satsning för att förstärka elevhälsan fr.o.m. 2016 (utg.omr. 16 avsnitt 10). Ett viktigt motiv för investeringen i elevhälsan är att förebygga ungas psykiska ohälsa.

*Hiv*

Spridningen av hivinfektion i samhället måste fortsatt förebyggas. Även om det finns effektiva behandlingar är det en livslång sjukdom som förutsätter tillgång till medicin för att motverka sjukdomens effekter.

*Hälsohot*

God beredskap mot hälsohot i vår omvärld är viktigt. I detta ligger bl.a. att stödja den pågående reformeringen av Världshälsoorganisationen (WHO) till att bli en bättre rustad organisation att hantera framtida hälsohotskriser. Samhällets förmåga att hantera hälsohot och kriser som t.ex. smittsamma sjukdomar behöver ständigt utvecklas och förbättras.

*Svensk strategi mot antibiotikaresistens – globalt arbete i fokus*

Det svenska arbetet mot antibiotikaresistens ska präglas av bred samverkan över sektorer och långsiktighet. Den svenska strategin mot antibiotikaresistens ska uppdateras och utvecklas. Strategin ska vara tydlig med mål och insatser. Antibiotikaresistens är ett globalt problem och insatser utanför Sverige är viktiga för en gynnsam utveckling även i Sverige.

Sverige ska fortsatt vara en ledande global aktör och samverka med andra länder genom alliansbyggande. Under Världshälsoförsamlingen i maj 2015 tog Sverige, tillsammans med Storbritannien, ett initiativ för en politisk allians av hälsoministrar. Detta arbete ska drivas vidare med sikte på ett ökat engagemang och åtagande på högsta politiska nivå. Målet är ett högnivåmöte inom ramen för FN under 2016–2017.

Sverige ska fortsatt vara en del av initiativet the Global Health Security Agenda och tillsammans med Storbritannien, Tyskland, Nederländerna och Kanada leda arbetet med att ta fram ett åtgärds paket för antimikrobiell resistens.

Det svenska arbetet för att öka uppmärksamheten kring problemet med antibiotikaresistens inom ramen för Världshälsoorganisationen (WHO), har bidragit till att Världshälsoförsamlingen i maj 2015 antog en Global Handlingsplan mot antimikrobiell resistens. En svensk prioritering under 2016 är att stödja WHO i arbetet med att genomföra den antagna planen.

*Sexuell och reproduktiv hälsa*

Sexuell och reproduktiv hälsa utgör ett av de folkhälsopolitiska målområdena och är en viktig förutsättning för att uppnå en god hälsa. Exempel på betydelsefulla framsteg som gjorts är sex- och samlevnadsundervisning, familjeplanering och mödrhälsovård.

Regeringen avser bl.a. att fortsätta att utveckla samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, utveckla uppföljning och utvärdering, samt att förbättra kunskapsspridningen.

För att värna unga kvinnors rätt till sexualitet utan oönskade graviditeter avser regeringen att återkomma med förslag om att preventivmedel inom läkemedelsförmånen ska erbjudas kostnadsfritt till personer under 21 år fr.o.m. den 1 januari 2017. I 2015 års ekonomiska vårproposition aviserade regeringen även en satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa (avsnitt 4).

*Kost och rörelse – viktiga förutsättningar för jämlik hälsa*

Enligt regeringen är det viktigt att fortsätta arbetet för ökad fysisk aktivitet och bättre matvanor, framför allt vad gäller samordning, utnyttjande av resurser och kunskapsläget. Fler samhällssektorer och politikområden kan också behöva involveras i arbetet. Regeringen anser att det krävs ett samlat arbete för att främja fysisk aktivitet och goda matvanor hos befolkningen.



*Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel*

Utvecklingen inom området går på flera sätt åt rätt håll. Bruket av alkohol och tobak bland unga har minskat under de senaste åren. Samtidigt finns det en ökande polarisering i samhället och utvecklingen visar att bruk av alkohol, narkotika, tobak och dopningspreparat är vanligare bland dem med låg utbildningsnivå.

Flera av de faktorer som bidrar till ohälsoklyftorna finns inom ANDT-området. Minskad förekomst av alkohol- och narkotikamissbruk och bruk av tobak samt användandet av dopningspreparat kan bidra till att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Därför är arbetet med preventiva åtgärder inom ANDT-området av vikt.

*En ny ANDT-strategi*

Den nuvarande strategin upphör efter 2015 och en ny strategi ska påbörjas under 2016. För insatser inom ramen för kommande strategi föreslår regeringen en anslagsnivå om 163,6 miljoner kronor för 2016 och 213,6 miljoner kronor per år under 2017–2018 samt 183,6 miljoner kronor under 2019. I den framtida strategin ska såväl ett jämlikhets- som ett jämställdhetsperspektiv gälla för mål och hälsofrämjande och förebyggande insatser. Regeringen har genomfört fyra hearingar med representanter från myndigheter, forskning och det civila samhället i syfte att föra en bred diskussion om framtida utmaningar och angelägna områden att fokusera på i det kommande ANDT-arbetet.

*Skarpare åtgärder för minskad rökning*

Tio år har gått sedan rökförbudet på krogen infördes. Mer än 100 000 svenskar har dött av rökning sedan dess. Regeringen vill nu utreda skarpare åtgärder och har under 2015 gett tilläggsdirektiv till den pågående Utredningen om genomförande av EU:s tobaksprodukt-direktiv (S 2014:16). Utredningen ska utreda ytterligare förebyggande åtgärder i form av exponeringsförbud, krav på neutrala tobaksförpackningar och nya rökfria miljöer på allmänna platser utomhus. Den 20 maj 2016 ska det nya tobaksproduktdirektivet (2014/40/EU) vara genomfört i medlemsstaterna.

*En restriktiv alkohollagstiftning*

Även lagstiftningen på alkoholområdet ska vara restriktiv, vilket är viktigt att värna. Systembolagets ensamrätt till detaljhandel med spritdrycker, vin och starköl har ett alkoholpolitiskt syfte genom att begränsa alkoholens tillgänglighet.

*Insatser mot narkotika*

Regeringen ser med oro på utvecklingen på narkotikaområdet där nya psykoaktiva substanser, s.k. nätdroger, allt snabbare dyker upp på den svenska marknaden. För att samhället ska kunna agera snabbt och rättssäkert avser regeringen att se över om generisk klassning/familjeklassning av narkotika kan möjliggöra ett effektivare sätt att få bort nätdrogerna, men också överväga andra åtgärder.

Även kunskapen om den narkotikarelaterade dödligheten behöver öka för att göra det möjligt att sätta in förebyggande åtgärder för att undvika dödsfall. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att i samråd med Rättsmedicinalverket och Folkhälsomyndigheten utveckla statistiken för att beskriva bakomliggande orsaker och annan relevant information om den grupp som avlider till följd av narkotika eller där narkotika har bidragit till dödsfallet. Uppdraget ska redovisas senast den 29 februari 2016.

Gruppen som injicerar droger är viktig att nå genom att utveckla insatser som syftar till minskat riskbruk och tillgång till smittskyddande insatser. Regeringen överväger vissa ändringar i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler i syfte att öka tillgängligheten till sådana insatser.

*Sverige i den internationella narkotikapolitiken*

En balanserad internationell narkotikapolitik som bygger på FN:s narkotikakonventioner är viktig. En av de prioriterade uppgifterna på området under 2016 är att förbereda FN:s särskilda möte om narkotika i Generalförsamlingen under våren 2016.

*Vård vid missbruk*

Vård och behandling vid missbruk och beroende är en viktig del av ANDT-politiken (avsnitt 7.8).

*Minskat spelande om pengar*

Folkhälsopolitikens målområde 11 omfattar förutom ANDT även problematiskt spelande om pengar. När det gäller problematiskt spelande om pengar är spelens tillgänglighet och spelens utformning faktorer som har starkt samband med utvecklingen av spelproblem i befolkningen, särskilt bland unga. Därför är åtgärder för att påverka tillgängligheten till spel av betydelse för att förebygga problem. Spelregleringen beskrivs under utgiftsområde 18, avsnitt 18.4.

För att minska skadeverkningar av spel finns även behov av att utveckla en jämlik tillgång till stöd och behandling av god kvalitet. Det är angeläget att personer med spelproblem och deras anhöriga bör få del av olika former av stöd och behandling från hälso- och sjukvård, socialtjänst och idéburna organisationer.

## 5.6 Budgetförslag

### 5.6.1 2:1 Folkhälsomyndigheten

**Tabell 5.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2014	Utfall	347 954		Anslags-sparande	8 865
2015	Anslag	370 523 <sup>1</sup>		Utgifts-prognos	374 834
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>375 043</b>			
2017	Beräknat	379 056 <sup>2</sup>			
2018	Beräknat	380 099 <sup>3</sup>			
2019	Beräknat	387 295 <sup>4</sup>			

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 375 080 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 370 034 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 370 035 tkr i 2016 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Folkhälsomyndighetens förvaltningsutgifter samt för utgifter för suicidprevention.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 5.3 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2014	24 156	21 850	2 306
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2015	24 000	23 500	500
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2016	24 720	24 440	280
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Folkhälsomyndigheten ska bedriva uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och inkomsterna för denna diagnostik ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

## Regeringens överväganden

Folkhälsomyndigheten inrättades den 1 januari 2014 genom sammanslagning av Statens Folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet och vissa av Socialstyrelsens uppgifter. Avvecklingsmyndigheten för vissa myndigheter inom vård- och omsorgsområdet m.m. lades enligt plan ned den 31 augusti 2015. Avvecklingsmyndigheten inrättades den 1 januari 2014 och disponerade vissa medel på anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten*.

Inför Folkhälsomyndighetens inrättande gjordes bedömningen att sammanslagningen skulle resultera i samordningsvinster och förbättrat kompetensutnyttjande och därigenom ökad kvalitet och effektivitet i verksamheten (prop. 2012/13:116). På sikt bedömdes även effektiviseringar och därmed besparingar uppstå. Mot den bakgrunden minskades anslaget med 5 miljoner kronor 2015. Anslaget föreslås minska med ytterligare 6 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016, vilket resulterar i en neddragning om totalt 11 miljoner kronor per år fr.o.m. 2016.

Folkhälsomyndigheten övertog den 1 juli 2015 vissa ytterligare uppgifter från Socialstyrelsen (prop. 2014/15:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.6). Av denna anledning ökades anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* med 6,75 miljoner kronor 2015. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskades med samma belopp 2015. Motsvarande överföring föreslås uppgå till 13,5 miljoner kronor 2016 och beräknas uppgå till 13,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) fick den 1 september 2015 utökade uppgifter och avses få ett nytt namn som speglar detta, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (avsnitt 7 Politik för sociala tjänster). Därmed samordnades ansvaret för föräldrastöd och Folkhälsomyndighetens uppgifter i detta avseende överfördes. För 2015 minskades av denna anledning anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* med 1,7 miljoner kronor 2015 och anslaget 4:10 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* ökades med motsvarande belopp. För 2016 föreslår regeringen att anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* minskas med 2,3 miljoner kronor jämfört med 2014 och anslaget 4:10 *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* ökas med motsvarande belopp. För 2017 och framåt beräknas beloppet till 2,3 miljoner kronor per år.

För att förstärka Folkhälsomyndighetens arbete mot antibiotikaresistens ökade anslaget med 5 miljoner kronor 2014 och med 15 miljoner kronor 2015. För motsvarande arbete föreslås 15 miljoner kronor 2016 samt beräknas 15 miljoner kronor 2017 och 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018.

**Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:1 Folkhälsomyndigheten**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>369 523</b>	<b>369 523</b>	<b>369 523</b>	<b>369 523</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	6 304	10 288	16 526	23 835
Beslut	-784	-755	-5 951	-6 063
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>375 043</b>	<b>379 056</b>	<b>380 099</b>	<b>387 295</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 375 043 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 379 056 000 kronor, 380 099 000 kronor respektive 387 295 000 kronor.

## 5.6.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap

**Tabell 5.5 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

2014	Utfall	346	Anslags-sparande	84 654
2015	Anslag	85 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 500
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>85 000</b>		
2017	Beräknat	85 000		
2018	Beräknat	85 000		
2019	Beräknat	85 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för insatser för vaccinberedskap för att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2016 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 510 000 000 kronor 2017–2022.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att säkerställa tillgången till vaccinbehandling för hela befolkningen vid en pandemi. Ett eventuellt avtal beräknas löpa 2016–2022. 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 2016 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 510 000 000 kronor 2017–2022.

En framtida vaccination kan ge följder som inte är möjliga att förutsäga i dagsläget, vilket skulle kunna leda till vissa åtaganden i framtiden. Regeringen kan behöva återkomma till riksdagen avseende dylika framtida åtaganden.

**Tabell 5.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

	Utfall 2014	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019–2022
Ingående åtaganden	0	0	0	–	–	–
Nya åtaganden	0	0	510 000	–	–	–
Infriade åtaganden	0	0	0	–85 000	–85 000	–340 000
Utestående åtaganden	0	0	510 000	–	–	–
<b>Erhållet/förslaget bemyndigande</b>	<b>170 000</b>	<b>510 000</b>	<b>510 000</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<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 2014 (bet. 2014/15: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 2016. För 2017, 2018 och 2019 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

2014	Utfall	29 704	Anslags-sparande	4 961
2015	Anslag	38 015 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	37 959
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>34 665</b>		
2017	Beräknat	34 665		
2018	Beräknat	34 665		
2019	Beräknat	34 665		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 2016 uppgår till ca 4 500 000 amerikanska dollar. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll för 2016 uppgår till ca 56 000 amerikanska dollar.

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 2:3 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<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 2014 (bet. 2014/15: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 2016. För 2017, 2018 och 2019 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

2014	Utfall	143 444	Anslags-sparande	2 058
2015	Anslag	145 502 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	141 885
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>145 502</b>		
2017	Beräknat	145 502		
2018	Beräknat	145 502		
2019	Beräknat	145 502		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 2016–2019 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<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 2014 (bet. 2014/15: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 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 145 502 000 kronor respektive år.

## 5.6.5 6:1 Alkoholsortimentsnämnden

**Tabell 5.12 Anslagsutveckling 6:1 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2014	Utfall	49	189
2015	Anslag	234 <sup>1</sup>	98
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>238</b>	
2017	Beräknat	242 <sup>2</sup>	
2018	Beräknat	248 <sup>3</sup>	
2019	Beräknat	254 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 238 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 238 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 238 tkr i 2016 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Alkoholsortimentsnämndens förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.13 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 6:1 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>234</b>	<b>234</b>	<b>234</b>	<b>234</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	5	9	15	21
Beslut	-1	-1	-1	-1
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>238</b>	<b>242</b>	<b>248</b>	<b>254</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 238 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Alkoholsortimentsnämnden* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 242 000 kronor, 248 000 kronor respektive 254 000 kronor.

## 5.6.6 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

**Tabell 5.14 Anslagsutveckling 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2014	Utfall	266 110	32 519
2015	Anslag	258 629 <sup>1</sup>	241 524
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>163 629</b>	
2017	Beräknat	213 629	
2018	Beräknat	213 629	
2019	Beräknat	183 629	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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

Den nuvarande strategin upphör efter 2015 och en ny strategi ska påbörjas under 2016. För att finansiera insatserna för 2016 föreslår regeringen att anslaget ökas med 90 miljoner kronor. För 2017 och 2018 beräknas anslaget öka med 140 miljoner kronor per år jämfört med 2015. För 2019 beräknas motsvarande ökning uppgå till 110 miljoner kronor.

Anslaget minskas genom att de medel motsvarande 185 miljoner kronor som tillfälligt tillfördes anslaget under 2015 förs åter till anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*.

**Tabell 5.15 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>258 629</b>	<b>258 629</b>	<b>258 629</b>	<b>258 629</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	90 000	140 000	140 000	110 000
Överföring till/från andra anslag	-185 000	-185 000	-185 000	-185 000
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>163 629</b>	<b>213 629</b>	<b>213 629</b>	<b>183 629</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 163 629 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 213 629 000 kronor, 213 629 000 kronor respektive 183 629 000 kronor.





## 6 Funktionshinderspolitik

### 6.1 Omfattning

Området omfattar Myndigheten för delaktighet (MFD) som har till uppgift att främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. Vidare omfattar området bidrag till funktionshindersorganisationer. Huvuddelen av insatserna inom funktionshinderspolitiken finansieras inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9.

### 6.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 6.1** Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitiken

*Miljoner kronor*

	Utfall 2014	Budget 2015 <sup>1</sup>	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
3:1 Myndigheten för delaktighet	38	53	53	57	58	59	60
3:2 Bidrag till handikapporganisationer	183	183	183	189	189	189	189
<b>Summa Funktionshinderspolitik</b>	<b>221</b>	<b>236</b>	<b>236</b>	<b>246</b>	<b>247</b>	<b>248</b>	<b>249</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 6.3 Mål för funktionshinderspolitiken

Funktionshinderspolitiken omfattar följande av riksdagen beslutade mål (se även avsnitt 7.3):

- 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 (prop. 1999/2000:79)

### 6.4 Resultatredovisning

Funktionshinderspolitiken är en del av arbetet med mänskliga rättigheter så som de uttrycks i bl.a. FN:s konventioner om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och om barnets rättigheter. Kostnader för att undanröja hinder och skapa tillgänglighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning i alla åldrar ska finansieras inom ramen för ordinarie verksamheter i enlighet med ansvars- och finansieringsprincipen. De statliga myndigheternas ansvar och insatser är en viktig del av arbetet för att uppnå de funktionshinderspolitiska målen. Den statliga sektorns ansvar kommer till uttryck i bl.a. förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av funktionshinderspolitiken samt genom ett uttalat ansvar i ett antal myndighetsinstruktioner. Grunden för det funktionshinderspolitiska arbetet har lagts i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken: Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79).

#### 6.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De indikatorer och bedömningsgrunder som används för att redovisa resultaten är följande rapporter och uppföljningsresultat från MFD:

- Samlad uppföljning av funktionshinderspolitiken, Hur är läget 2015?
- Kommuner och regionala kollektivtrafikmyndigheters arbete med tillgänglighet.

- Uppföljning av statsförvaltningens tillgänglighetsarbete.

Vidare används indikatorer för att bedöma måluppfyllelsen såsom:

- sysselsättningsgraden hos kvinnor och män med funktionsnedsättning,
- utbildningsnivå för personer med funktionsnedsättning.
- tillgänglighet inom medierna,
- tillgänglighet i kollektivtrafiken

MFD 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, för att sammanställa och analysera resultatet av myndigheternas arbete samt komplettera statistiska och andra underlag med olika former av dialog med personer med funktionsnedsättning och funktionshindersorganisationerna.

Det finns svårigheter att avgränsa och mäta effekten av enskilda statliga insatser i förhållande till de övergripande nationella målen för funktionshinderspolitiken. Måluppfyllelsen påverkas av kommunala och landstingskommunala insatser.

#### 6.4.2 Resultat

Den lägesrapport som MFD lämnat om utvecklingen i förhållande till strategin för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 ligger till grund för den övergripande bedömningen av resultaten. En närmare redogörelse för utvecklingen av funktionshinderspolitiken inom de prioriterade områdena lämnas under respektive utgiftsområde.

#### En strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken

För att förtydliga de funktionshinderspolitiska målen har inriktningsmål fastställts inom nio prioriterade områden: Arbetsmarknadspolitik, Socialpolitiken, Utbildningspolitiken, Transportpolitiken, it-politiken, Ökad fysisk tillgäng-

lighet, Rättsväsendet, Folkhälsopolitiken samt Kultur, medier och idrott (skr. 2009/10:166). Utifrån inriktningsmål för dessa områden har 22 för funktionshinderspolitiken strategiska myndigheter formulerat delmål inom sina respektive verksamhetsområden för 2011–2016. Myndigheterna har därtill redovisat hur målen ska följas upp.

Genom att utveckla ett uppföljningssystem ska kunskaperna öka om levnadsförhållandena för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning och om effekterna av de åtgärder som vidtas i strategin. Uppföljningen syftar till att ge underlag för att mer långsiktigt bedöma utvecklingen av funktionshinderspolitiken i förhållande till de nationella målen samt att ge underlag för rapportering enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

### **Myndigheten för delaktighet genomför och följer upp funktionshinderspolitiken**

Den 1 maj 2014 inordnades de delar av Hjälpmedelsinstitutets (HI) verksamhet som har bedömts vara ett statligt åtagande i Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam). I samband med detta bytte Handisam namn till Myndigheten för delaktighet (MFD). Organisationsförändringen innebär att Hjälpmedelsinstitutets verksamhet avvecklas. En grundläggande förutsättning för självbestämmande och delaktighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning är tillgång till personliga hjälpmedel och annan stödjande teknik. Regeringen har gett ett omfattande uppdrag till Socialstyrelsen att följa och stödja utveckling och kvalitet i kommunernas och landstingens hjälpmedelsverksamheter (dnr S2014/08959/FST). Det utvecklingsarbete Socialstyrelsen inlett har visat att det idag finns stora skillnader i tillgången till hjälpmedel.

MFD har nu till uppgift att främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. MFD 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 och med konventionen om

rättigheter för personer med funktionsnedsättning som grund.

### **Utvecklingen går framåt**

Myndigheten för delaktighet bedömer i sin lägesrapport 2015 att myndigheter och kommuner arbetar aktivt och att många insatser genomförs för att öka tillgängligheten och delaktigheten för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

MFD konstaterar att samhällets tillgänglighet ökar bl.a. i kollektivtrafiken, att fler kommuner samråder med funktionshindersorganisationer i utbildningsfrågor, att fler kommuner inkluderar funktionshinderperspektiv i det systematiska arbetsmiljöarbetet och att fler tv-program och filmer görs tillgängliga för personer med olika funktionsnedsättningar. Även andelen kommuner och statliga myndigheter som ställer krav på tillgänglighet i offentliga upphandlingar ökar.

Även resultatet av det arbete som de 22 strategiska myndigheterna bedriver enligt strategin för funktionshinderspolitiken förbättras. Fler myndigheter kan mäta sina delmål, fler insatser genomförs för att delmålen ska kunna nås och måluppfyllelsen ökar. Perioden för genomförandet av strategin närmar sig dock sitt slut och MFD bedömer att endast en liten andel av delmålen kommer att kunna uppnås med nuvarande takt.

### *Utmaningar finns kvar*

Trots förbättrade förutsättningar för delaktighet så kvarstår utmaningar inom flera områden. Personer med funktionsnedsättning har sämre ekonomisk situation än personer utan funktionsnedsättning. Bland personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har 52 procent av kvinnorna och 59 procent av männen sysselsättning. För kvinnor och män med funktionsnedsättning sammantaget har 55 procent sysselsättning jämfört med 80 procent i övriga befolkningen.

Trots att utbildningsnivån bland personer med funktionsnedsättning succesivt har ökat sedan år 2000 är den fortfarande lägre, 32 procent har eftergymnasial utbildning jämfört med 41 procent i övriga befolkningen. Av Skolinspektionens tillsyn framgår att många grund- och gymnasieskolor brister i arbetet med särskilt stöd.

Även vad gäller fritid finns skillnader i delaktighet. Pojkar med funktionsnedsättning tränar i mindre utsträckning än pojkar utan funktionsnedsättning. Flickor tränar i samma utsträckning oavsett funktionsnedsättning.

#### *Skillnader i delaktighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning*

MFD bedömer att kvinnor med funktionsnedsättning genomgående har sämre levnadsvillkor än män med funktionsnedsättning. Det finns även skillnader i levnadsvillkoren för flickor och pojkar med funktionsnedsättning.

Pojkar upplever sin hälsa som god i högre grad än flickor, denna skillnad återfinns även mellan flickor och pojkar som inte har någon funktionsnedsättning. Likaså förekommer psykiska besvär oftare bland flickor, vilket gäller oavsett funktionsnedsättning.

Bland personer med funktionsnedsättning i arbetsför ålder är det vanligare att kvinnor bedömer sin hälsa som dålig, 22 procent av kvinnorna jämfört med 19 procent av männen. Kvinnor med funktionsnedsättning har även sämre ekonomisk situation än män med funktionsnedsättning.

En högre andel kvinnor med funktionsnedsättning bedömer sin arbetsförmåga som nedsatt jämfört med männen. Av de personer som har nedsatt arbetsförmåga har män högre sysselsättningsgrad än kvinnor. Fler kvinnor har behov av anpassat arbetstempo, arbetstid eller arbetsuppgifter. En större andel av de män som har sådana behov upplever att dessa tillgodosätts. Män ingår i högre utsträckning än kvinnor i arbetsmarknadspolitiska insatser och beviljas även aktivitetsersättning i högre utsträckning.

Vidare finns skillnader mellan könen när det gäller behovsbedömning av assistans. Män beviljas fler timmar personlig assistans än vad kvinnor beviljas (se avsnitt 7.7.2). Pojkar beviljas i högre utsträckning vårdbidrag än vad flickor beviljas.

#### **Uppföljning av kommunernas arbete**

Kommunerna har utvecklat sitt arbete för ökad tillgänglighet jämfört med föregående år. Utvecklingen är dock svag och skiljer sig åt för olika områden och indikatorer. Inom områdena arbetsmarknad, kultur och transport har arbetet utvecklats något medan nivån på arbetet inom

fysisk tillgänglighet, idrott och utbildningen är densamma som föregående år.

#### **Tillgänglighetsarbetet i staten**

Enligt förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av funktionshinderspolitiken ska myndigheterna arbeta för att lokaler, verksamhet och information är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. MFD:s uppföljning visar att myndigheterna förbättrat sitt arbete för ökad tillgänglighet jämfört med året innan. Fler myndigheter har åtgärdat tillgängligheten i publika lokaler och personalutrymmen och fler har inventerat kommunikation och skriftlig information. Det är också fler av myndigheterna som har kontakter med funktionshindersorganisationer.

#### **Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning**

##### *Rekommendationer från Kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning*

Sveriges första dialog med Kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning (kommittén) ägde rum den 31 mars till den 1 april 2014. Kommittén lämnade därefter sina rekommendationer till Sverige. Regeringen har inlett arbetet med att bereda rekommendationerna vilka omfattar flera politikområden. Bl.a. uppmanar kommittén Sverige att öka medvetenheten om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Enligt kommittén bör Sverige också regelbundet och kontinuerligt genomföra nationella kampanjer och andra utbildningsinsatser för att sprida innehållet i konventionen.

För att möta denna rekommendation beslutade regeringen i april 2015 att ge MFD i uppdrag att i samarbete med Diskrimineringsombudsmannen genomföra en kommunikationssatsning för att öka kunskapen och medvetenheten hos allmänheten, anställda inom den offentliga sektorn, privata aktörer samt hos flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning om innehållet i konventionen (dnr S2015/02415/FST). Insatsen ska genomföras under åren 2015–2017.

I uppdraget ingår även att till berörda myndigheter och privata aktörer sprida kunskap och att öka medvetenheten om ändringarna i diskri-

mineringslagen (2008:567) som trädde i kraft den 1 januari 2015 gällande bristande tillgänglighet som en form av diskriminering. MFD ska också informera om kommitténs rekommendationer till Sverige. Insatsen ska ske i nära samråd med funktionshindersorganisationer och utgå ifrån behov, förutsättningar och villkor för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

*Förberedande arbete inför funktionshinderspolitiken efter 2016.*

Den 21 maj 2015 beslutade regeringen att ge MFD i uppdrag att ta fram förslag på genomförande och uppföljning av funktionshinderspolitiken samt förslag på inriktning inom funktionshindersområdet (dnr S2015/03797/FST). Den nuvarande strategin för funktionshinderspolitiken avser år 2011–2016. Uppdraget ska genomföras utifrån de övergripande målen och inriktningen för funktionshinderspolitiken och utgå från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, inklusive rekommendationer från kommittén. I genomförandet av uppdraget ska MFD samråda med funktionshindersorganisationerna och andra berörda aktörer.

Regeringen ser genomförandet av funktionshinderspolitiken i Sverige som en del av arbetet med att efterleva konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. De rekommendationer som kommittén lämnat blir därmed ett underlag i MFD:s uppdrag.

### 6.4.3 Analys och slutsatser

Regeringen bedömer utvecklingen i förhållande till de funktionshinderspolitiska målen som positiv men alltför långsam. MFD konstaterar att många insatser genomförs på såväl statlig som kommunal nivå. Att utvecklingen trots detta går långsamt indikerar att genomförandet av funktionshinderspolitiken behöver analyseras och utvecklas för att bli mer effektivt.

Trots en positiv utveckling behöver förutsättningarna för delaktighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning förbättras inom flera viktiga sektorer. Bl.a. återstår utmaningar inom områden som är viktiga för jämlikhet i levnadsvillkor såsom arbetsliv och utbildning. Att ett tydligt jämställdhetsperspektiv finns med i arbetet med dessa områden är

centralt och bidrar till att de jämställdhetspolitiska målen uppfylls, se utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering.

Kunskapen om förutsättningar för delaktighet i samhället och om levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning ökar. Likaså ökar förutsättningarna att följa utvecklingen över tid. Samtidigt saknas kunskap och möjligheten att kunna följa utvecklingen över tid vad gäller tillgänglighet inom flera grundläggande områden och vad gäller levnadsvillkor för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

Tillgången till teknik och hjälpmedel är viktig för möjligheten till självbestämmande och delaktighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning. Det arbete som Socialstyrelsen har inlett på uppdrag av regeringen har visat att det idag finns stora skillnader i tillgången till välfungerande hjälpmedel (dnr S2014/08959/FST). Det finns även ett behov av kunskapsutveckling inom hjälpmedelsområdet.

Sverige har under många år varit ledande i arbetet med att stärka rättigheterna för personer med funktionsnedsättning globalt. Sverige svarar också inom många områden väl upp till de krav som ställs i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

## 6.5 Politikens inriktning

Hinder för människors delaktighet i samhället ska rivas. Det är en fråga om jämlikhet och rättvisa. Flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att verka i vardagen på lika villkor vad gäller delaktighet och tillgänglighet.

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).

Funktionshinderspolitiken omfattar de sektorsövergripande insatser som syftar till att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor för flickor, 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.

## En ny funktionshinderspolitik

Funktionshinderspolitiken ska syfta till att främja förutsättningar för fullt åtnjutande av mänskliga rättigheter för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning och ska ses som en del i arbetet med att implementera FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Arbetet med jämlikhet i levnadsvillkor och samhällets gemensamma ansvarstagande är fortsatt angelägna frågor. Den nuvarande strategin för funktionshinderspolitiken avslutas år 2016. Regeringen inleder därför under 2016 ett arbete med en ny funktionshinderspolitik.

## En mer jämlik tillgång till hjälpmedel

God tillgång till funktionella hjälpmedel är en förutsättning för att personer med funktionsnedsättning ska kunna vara delaktiga i samhällslivet.

Huvudmännen, dvs. kommuner och landsting, är skyldiga 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 minskade skillnader i avgifter och regelverk. Regeringen inleder därför ett arbete för att ta fram ett nationellt regelverk och ett samlat huvudmannaskap för hjälpmedel.

## Bidrag för glasögon till barn och unga

Varje flicka eller pojke, oavsett bakgrund eller funktionsförmåga, ska ges de bästa förutsättningarna att utveckla sin potential och kunna delta på lika villkor såväl i skolan som på fritiden. I dag råder det stora skillnader i landstingens bidragsgivning för standardglasögon till barn och unga. Alla landsting ger bidrag till standardglasögon eller kontaktlinser efter recept av ögonläkare till barn i åldern 0–7 år. Subventionsgraden varierar och det är få landsting som ger bidrag för glasögon till barn och unga över 8 år. Regeringen avser att fr.o.m. 2016 avsätta 120 miljoner kronor per år för att även barn och

unga i åldern 8–19 år ska få bidrag för glasögon på motsvarande sätt som barn i åldern 0–7 år.

## Stöd till funktionshindersorganisationer

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slår fast att personer med funktionsnedsättning och deras organisationer aktivt ska involveras i beslutsprocesser angående statens åtgärder för att genomföra de rättigheter som slås fast i konventionen. Regeringen anser att stödet till funktionshindersorganisationerna är viktigt för att uppfylla detta åtagande och avser att avsätta ytterligare 6 miljoner årligen kronor för detta ändamål.

## 6.6 Budgetförslag

### 6.6.1 3:1 Myndigheten för delaktighet

**Tabell 6.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet**

Tusental kronor				
2014	Utfall	38 115	Anslags-sparande	1 693
2015	Anslag	53 169 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	52 994
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>57 178</b>		
2017	Beräknat	57 803 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	58 778 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	59 908 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 57 180 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 57 182 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 57 184 tkr i 2016 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för delaktighets (MFD) förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

Anslaget föreslås minska med 131 000 kronor 2016 jämfört med 2015 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar (prop. 2014/15:1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor avsnitt 8.2.1).

**Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 3:1 Myndigheten för delaktighet**

*Tusental kronor*

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	53 169	53 169	53 169	53 169
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	4 140	4 764	5 739	6 871
Beslut	-131	-130	-130	-132
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>57 178</b>	<b>57 803</b>	<b>58 778</b>	<b>59 908</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 57 178 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 57 803 000 kronor, 58 778 000 kronor respektive 59 908 000 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
2014		182 742	0
2015	Anslag	182 742 <sup>1</sup>	182 742
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>188 742</b>	
2017	Beräknat	188 742	
2018	Beräknat	188 742	
2019	Beräknat	188 742	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till funktionshindersorganisationer för att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

### Kompletterande information

Reglerna för statsbidrag till funktionshindersorganisationer finns i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

### Regeringens överväganden

Anslaget ökar med 6 miljoner kronor årligen för att ytterligare stärka funktionshindersorganisationernas arbete.

**Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer**

*Tusental kronor*

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	182 742	182 742	182 742	182 742
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	6 000	6 000	6 000	6 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>188 742</b>	<b>188 742</b>	<b>188 742</b>	<b>188 742</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 188 742 000 kronor anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 188 742 000 kronor för respektive år.





## 7 Politik för sociala tjänster

### 7.1 Omfattning

Området omfattar omsorgen om äldre, verksamhet inom individ- och familjeomsorg inklusive familjerätt och stöd till föräldrar i föräldraskapet, samt insatser till personer med funktionsnedsättning.

Kommunerna ansvarar för insatser enligt i huvudsak socialtjänstlagen (2000:453), förkortad SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS och föräldrabalken. Verksamheten finansieras främst genom kommunal skatt, statsbidrag och avgifter. Generella statsbidrag till kommunerna fördelas via anslaget 1:1 Kommunal ekonomisk utjämning, utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna. För kostnader enligt LSS finns det ett särskilt utjämningsystem (anslag 1:2 Statligt utjämningsbidrag för LSS-kostnader, utgiftsområdet 25 Allmänna bidrag till kommuner).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har till huvuduppgift att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och socialtjänsten, pröva enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt genomföra viss tillståndsprövning. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och

förordningar. Tillsynen ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt i landet.<sup>1</sup>

### 7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2016 till 2019 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster öka med ca 330 miljoner kronor. Utgifterna för statlig assistansersättning som är den största utgiftsposten beräknas öka med ca 2,5 miljarder kronor. Regeringens satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen pågår till och med 2018 och därför beräknas anslaget Stimulansbidrag och andra åtgärder inom äldrepolitiken minska med 2 miljarder kronor mellan 2018 och 2019. Utgifterna inom området beräknas 2015 till 29,5 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med 139 miljoner kronor. Utgifterna för 2014 blev 602 miljoner kronor högre än anvisade medel.

---

<sup>1</sup> Förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg (2013:176).

**Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster**

Miljoner kronor

	Utfall 2014	Budget 2015 <sup>1</sup>	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
4:1 Inspektionen för vård och omsorg	623	634	637	<b>638</b>	586	597	609
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	302	323	297	<b>530</b>	532	523	523
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	315	267	280	<b>267</b>	267	267	267
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	23 794	25 369	25 369	<b>26 344</b>	27 218	28 113	28 849
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	1 605	1 420	1 367	<b>2 765</b>	2 501	2 533	534
4:6 Statens institutionsstyrelse	837	880	862	<b>893</b>	927	977	1 015
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	451	457	414	<b>789</b>	799	799	799
4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	212	180	203	<b>32</b>	0	0	0
4:9 Ersättningsnämnden	41	39	40	<b>7</b>	0	0	0
4:10 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	15	18	18	<b>24</b>	24	24	25
<b>Summa Politik för sociala tjänster</b>	<b>28 195</b>	<b>29 587</b>	<b>29 488</b>	<b>32 289</b>	<b>32 854</b>	<b>33 832</b>	<b>32 620</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 7.3 Mål för politik för sociala tjänster

Politiken för sociala tjänster omfattar följande övergripande av riksdagen beslutade mål:

#### 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 satsningar pågår för att öka förutsättningarna för en stärkt och mer kunskapsbaserad socialtjänst. Det handlar om verksamhetsöverskridande satsningar som har bäring på flera av de nationella målen inom socialtjänstens områden. Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (Rådet för styrning med kunskap) och Huvudmannagruppen för behovsanpassad styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (Huvudmannagruppen) har bl.a. inrättats.

### 7.4.1 **Brister inom socialtjänsten är ofta relaterade till personalsituationen och brister i samverkan**

Varje år den 1 mars överlämnar IVO en tillsynsrapport till regeringen. Tillsynsrapporten innehåller en sammanfattande analys av de viktigaste iakttagelserna i arbetet med tillsyn under det gångna verksamhetsåret och bygger på den information som kommer fram i IVO:s samlade tillsynsarbete. I tillsynsrapporten för 2014 redovisade IVO att de brister som återkom inom flera områden och som bedömdes som viktiga ur patientens och brukarens perspektiv är personal- och kompetensrelaterade samt består i otillräcklig eller utebliven samverkan. Många brister kan t.ex. kopplas till personalkontinuitet och svårigheter med tillgång till rätt kompetens inom exempelvis äldreomsorgen. Särskilt drabbas de patienter eller brukare som tillhör en riskgrupp, det vill säga sjuka äldre, personer med funktionsnedsättning eller på annat sätt utsatta vuxna och barn. Inom socialtjänsten bedöms situationen som bekymmersam och på vissa håll alarmerande, framför allt beroende på svårigheten att rekrytera socialsekreterare och att behålla erfarna socialsekreterare inom den sociala barn- och ungdomsvården. Oklara ansvarsförhållanden mellan aktörer orsakar brister i samverkan och planering av vård och omsorg. Svaga grupper drabbas särskilt hårt när samverkan mellan aktörer inte fungerar tillfredsställande, exempelvis barn och unga inom kedjan socialtjänst–primärvård–BUP och missbrukare i kedjan primärvård–socialtjänst–psykiatri.<sup>2</sup>

### 7.4.2 **Förbättrad statlig styrning med kunskap**

Syftet med att stärka statens styrning med kunskap är att ge förbättrade förutsättningar för de lokalt verksamma som har i uppdrag att i dialog med patienter och brukare ge vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskaper.

För att uppnå detta syfte krävs en utvecklad samverkan mellan den nationella, regionala och lokala nivån. Socialstyrelsen får centrala uppgifter i detta myndighetsgemensamma arbete, och för att öka samverkan mellan berörda aktörer har Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen inrättats från och med den 1 juli 2015. Dessa förändringar förväntas bidra till att den statliga styrningen med kunskap blir samordnad, effektiv och anpassad till de behov professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. I myndigheternas arbete ska patienters och brukares kunskaper och erfarenheter beaktas.

Inom ramen för de överenskommelser som regeringen har tecknat med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har bl.a. regionala samverkans- och stödstrukturer byggts upp. Syftet är att stödja att tillgänglig och aktuell kunskap omsätts i praktiken samt att skapa förutsättningar för att systematisk kunskap genereras baserat på lokala uppföljningar och utvärderingar.

I arbetet för att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst har också satsningar på att utveckla e-hälsa varit framträdande. Detta arbete har bl.a. inneburit ökade förutsättningar att få till stånd en systematiserad dokumentation och utarbeta gemensamma begrepp och termer samt att genom att använda digitaliseringens möjligheter öka vård- och omsorgspersonalens förutsättningar att bedriva ett arbete som baseras på relevant, aktuell och korrekt information.

Kvalitetsutvecklingsarbetet inom socialtjänsten främjas också av Öppna jämförelser som ger information om socialtjänstens och hemsjukvårdens kvalitet, resultat och effektivitet. Även utvecklingen av kvalitetsregister samt webbplattformen Kunskapsguiden har bidragit till bättre möjligheter för förbättringsarbete. Därtill har också förändringar genomförts som syftar till en förbättrad statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

### **Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten**

För att uppnå en god kvalitet i socialtjänsten behövs en välutvecklad samverkan mellan staten och ansvariga huvudmän i kommunsektorn.

I överenskommelsen med SKL om en sammanhållen omsorg om de mest sjuka äldre,

<sup>2</sup> Tillsynsrapport De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014 (Inspektionen för vård och omsorg 2015).

som pågick 2010–2014, har inriktningen varit att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete inom vården och omsorgen om äldre personer. Medel har använts bl.a. för att stimulera och uppmuntra en stärkt samverkan mellan kommuner och landsting och på sätt skapa en regional stödstruktur.

Regeringen har sedan 2011 tecknat överenskommelser med SKL om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. I syfte att fortsätta stödja kvalitetsutvecklingen har regeringen även under 2015 tecknat en sådan överenskommelse med SKL (dnr S2015/00317/FST). I detta arbete är utvecklingen av regionala stödstrukturer central. Stödstrukturerna kan rymmas inom olika aktörer såsom FoU-enheter eller läns- och regionförbund. De har till uppgift att skapa förutsättningar för att systematisk kunskap genereras baserat på lokala uppföljningar och utvärderingar. Därutöver ska de regionala stödstrukturerna också vara en dialogpart gentemot den nationella nivån i frågor som rör kunskapsutveckling och styrning med kunskap samt vara ett utvecklingsstöd för implementering av ny kunskap.

I Statskontorets slutrapport (2014) avseende utvärderingen av överenskommelsen konstateras att stödstrukturer för kunskapsutveckling har byggts upp i samtliga län. Utvecklingsarbetet har lett till att ca 70 procent av landets socialchefer anser att stödstrukturerna i stor utsträckning fungerar som en arena för lokala och regionala prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet. Statskontoret konstaterar också att det dock finns utvecklingsbehov, bl.a. behöver stödstrukturernas koppling till forskningen utvecklas. Vidare behövs insatser för att etablera kontaktvägar med privata utförare om stödstrukturerna ska kunna ge stöd till hela socialtjänsten.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL (Statskontoret 2014:18).

## Öppna jämförelser främjar det systematiska förbättringsarbetet

Öppna jämförelser är en uppsättning indikatorer som redovisas återkommande och som speglar verksamheter med avseende på kvalitet, resultat, jämlikhet och effektivitet. Jämförelserna är en del av den nationella styrningen med kunskap och har inom socialtjänsten och hemsjukvården i allt högre grad fått genomslag. De fungerar som ett av flera stöd för nationella aktörer, ansvariga huvudmän och utförare i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilde.

Syftet med Öppna jämförelser är att stimulera kommuner och landsting att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

Socialstyrelsen konstaterar i slututvärderingen av det femåriga regeringsuppdraget att de uppsatta målen för utvecklingsarbetet av jämförelserna i allt väsentligt är uppnådda.<sup>4</sup> Därutöver konstateras att de Öppna jämförelserna numera fyller en central uppgift och efterfrågas av kommuner och utförare inom socialtjänstens verksamhetsområde. Socialstyrelsens arbete med Öppna jämförelser bedrivs i samverkan med SKL och i samråd med Vårdföretagarna och Famna.

Socialstyrelsen och SKL har även presenterat Öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. Rapporten belyser kvaliteten på vården och omsorgen utifrån olika perspektiv och fokuserar på den sammanhållna vården och omsorgen.<sup>5</sup> Resultaten från Öppna jämförelserna redovisas i avsnitt 7.5.

## E-hälsa och välfärdsteknologi

Strategin för Nationell e-hälsa syftar till att förbättra informationshanteringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till nytta för individen, personalen och beslutsfattarna inom hela sektorn. Under perioden 2010–2014 ingick e-hälsa i överenskommelsen mellan regeringen

<sup>4</sup> Öppna jämförelser av socialtjänst och hemsjukvård 2010 – 2014 (Socialstyrelsen 2015).

<sup>5</sup> Öppna jämförelser 2014 Vård och omsorg om äldre Jämförelser mellan kommuner och län (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2015).

och SKL om en evidensbaserad praktik. Enligt SKL har satsningen på e-hälsa påskyndat digitaliseringen av vård- och omsorgssektorn och utvecklat nya e-tjänster som riktar sig till invånarna.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp kommunernas utvecklingsarbete med e-hälsa och trygghetslarm. I Socialstyrelsens uppföljningsrapport avseende 2014 konstateras att satsningen har varit viktig för e-hälsoutvecklingen i kommunerna. Stimulansmedlen har inneburit att utvecklingsinsatser kommit i gång eller tidigarelagts. Enligt Socialstyrelsen är det dock svårt att bedöma hur stor betydelse de har haft och hur utvecklingen skulle ha sett ut utan stimulansmedel. Behov av att effektivisera och utveckla socialtjänsten och ersätta gammal teknik med ny har funnits under tiden för satsningen exempelvis gäller det behovet att byta ut analoga trygghetslarm mot digitala.

#### **Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk (NI/NF)**

Som ett led i utvecklingen av en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk har Socialstyrelsen under 2014 haft ett fortsatt uppdrag att arbeta med den nationella informationsstrukturen och det nationella fackspråket för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen ska vidareutveckla, färdigställa, kvalitetssäkra och bidra till implementering. Det övergripande målet är en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i socialtjänst och hälso- och sjukvård.

I uppdraget ingick också att utveckla och bidra till införandet av en modell för socialtjänstens äldreomsorg, Äldres behov i centrum (ÄBIC). Modellen utgår från kvinnors och mäns behov inom olika livsområden och stödjer en rättssäker och likvärdig dokumentation i hela kedjan - handläggning, utförande och uppföljning. Under 2014 fördelade Socialstyrelsen medel till kommuner som utbildade lokala processledare för utbildning och införande av ÄBIC. Cirka 230 kommuner har fattat beslut om att införa ÄBIC. Social-

styrelsens uppföljning visar att 26 procent av kommunerna använder ÄBIC.<sup>6</sup>

Även handläggnings- och dokumentationssystemet och arbetssättet Barns behov i centrum (BBIC) för socialtjänstens barn- och ungdomsvård har under 2014 vidareutvecklats av Socialstyrelsen enligt uppdrag i regleringsbrevet för 2014. Den nya versionen ska ge sociala barn- och ungdomsvården förutsättningar att stärka rättsäkerheten, öka delaktigheten för barn och unga, förenkla arbetet och bidra till systematisk uppföljning (se vidare under 7.6.2).

Socialstyrelsen har under 2014 färdigställt en klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) som bör dokumenteras på individnivå. KSI kan användas av handläggare, utförare, verksamhetsansvariga, verksamhetsutvecklare samt ansvariga för uppföljning på lokal och nationell nivå.<sup>7</sup>

#### **7.4.3 Valfrihetssystem**

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att fördela stimulansbidrag till kommuner som är intresserade av att förbereda införandet av valfrihetssystem eller vidareutveckla redan införda valfrihetssystem i enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Enligt rapporten Stimulansbidrag LOV 2011–2014 har LOV införts i 155 kommuner. Nio av tio brukare gör ett aktivt val av utförare. Valfrihetssystem förutsätter välinformerade val och för de brukare som inte kan eller vill göra ett aktivt val bidrar inte valfriheten i sig till en mer jämlik vård och omsorg.

#### **7.4.4 Stöd till anhöriga**

Kommunerna är sedan den 1 juli 2009 skyldiga 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 funktions-

<sup>6</sup> Socialstyrelsens rapport om kommunernas arbete med e-hälsa (2014/1397/FST).

<sup>7</sup> Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk, Lägesrapport 2014 (Socialstyrelsen 2015).

nedsättning. Socialstyrelsen följer årligen upp efterlevnaden av detta lagkrav i SoL och resultaten för 2014 visar att stödet till anhöriga successivt har vuxit fram i kommunerna men att kommunerna tillämpar bestämmelsen på olika sätt och i olika utsträckning. Tre fjärdedelar av kommunerna uppgav att den tillämpas inom äldreomsorgen. Motsvarande för funktionshindersverksamheten och individ- och familjeomsorgen är en fjärdedel. I princip alla kommuner och äldreomsorgsverksamheter uppgav att de har informationsmaterial om det stöd som anhöriga kan få. Den informella omsorg som utförs av anhöriga kvinnor och män är omfattande (ca 1,3 miljoner personer). De flesta av dessa är i yrkesverksam ålder. Socialstyrelsens undersökning visar att det generellt är fler kvinnor än män som ger omsorg, och bland yngre omsorgsgivare i förvärvsaktiv ålder är andelen kvinnor betydligt högre än män. Kvinnor upplever i högre grad än män att deras livskvalitet (t.ex. hälsa och ekonomi) påverkas negativt av deras omsorgsåtagande. Kommunernas webbplats är det viktigaste forumet för information till anhöriga och till kommunmedborgare. Kommunerna har inte i någon större utsträckning lyckats etablera samarbete med hälso- och sjukvården när det gäller stöd till anhöriga.<sup>8</sup>

#### 7.4.5 Samverkan med idéburna organisationer inom det sociala området

Regeringen utbyter löpande erfarenheter och inhämtar synpunkter från idéburna organisationer inom det sociala området inom ramen för bl.a. Funktionshindersdelegationen, Pensionärskommittén och Brukardelegationen. Sedan 2008 bedrivs ett arbete inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen, idéburna organisationerna inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting (dnr IJ2008/02397/UF) för att stärka de

idéburnas roll som självständiga röstbärare och som aktörer inom hälso- och sjukvården och omsorgen. En partsgemensam arbetsgrupp har med stöd av ett nationellt kansli i uppdrag att göra överenskommelsen känd och att stödja initiativ till överenskommelser mellan parter på lokal nivå och att systematiskt och kontinuerligt följa upp överenskommelsens genomförande samt utveckla dess innehåll. Närmare 80 idéburna organisationer – såväl riksorganisationer, som paraply- och enskilda organisationer – har anslutit sig till överenskommelsen. Under överenskommelsens dryga sex år har antalet lokala och regionala överenskommelser om samverkan i såväl sociala som andra frågor ökat, men antalet är fortfarande på en förhållandevis låg nivå i relation till antalet kommuner och andra berörda offentliga aktörer i landet.

#### 7.4.6 EU och övrigt internationellt arbete

##### *Sociala utvecklingskommissionen*

FN:s Sociala utvecklingskommission (CSocD) höll sin 53:e session i New York i februari 2015 utifrån mötestemat Rethinking and strengthening social development in the contemporary world. Kommissionen enades om ett antal resolutioner för vidarebefordran till Economic and Social Council (ECOSOC) för formellt antagande, varav en handlade om äldre frågor och en om personer med funktionsnedsättning.

##### *Europa 2020-strategin*

Arbetet inom ramen för Europa 2020-strategin fortgår, där ett av målen är att främja social delaktighet, framför allt genom fattigdomsminskning. I april 2015 beslutade regeringen om Sveriges nationella reformprogram för 2015. Reformprogrammet är en årlig rapport till kommissionen om utvecklingen mot de nationella mål som respektive medlemsland satt upp för att uppnå de EU-gemensamma målen i Europa 2020-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 2014 ca 12,6 procent. Detta är en minskning med ca 86 000 personer sedan 2010.

<sup>8</sup> Anhöriga som ger omsorg till närstående Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser (Socialstyrelsen 2014) samt Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående, Slutrapport 2014 (Socialstyrelsen 2014).

*Fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt*

EU har beslutat att inrätta en europeisk fond för att ge stöd till de personer som har det sämst ställt (Europaparlamentet 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 ska främja den sociala sammanhållningen, förbättra social delaktighet och därmed i slutändan bidra till målet att utrota fattigdomen i unionen genom att bidra till att uppnå Europa 2020-strategins mål att antalet personer som riskerar fattigdom och social utestängning ska minska med minst 20 miljoner, samtidigt som fonden ska komplettera strukturfonderna. Fonden omfattar ca 3,8 miljarder euro under perioden 2014–2020. Sverige har, i likhet med övriga EU:s medlemsländer, utformat ett nationellt program för att implementera fonden nationellt.

Kommissionen godkände Sveriges operativa program för fonden i februari 2015. Det övergripande målet för det svenska operativa programmet är att socialt utsatta personers förutsättningar för social delaktighet och egenmakt ska öka.

Sveriges anslag från fonden är under programperioden 7 miljoner euro. Fonden förutsätter en nationell medfinansiering med 15 procent. Fonden kommer i Sverige således att omfatta ca 13 miljoner kronor årligen under de sju åren. Målgruppen för insatserna i Sverige är socialt och ekonomiskt utsatta EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige, dvs. under högst tre månader, utan uppehållsrätt. Svenska EFS-rådet är förvaltande myndighet för det svenska programmet. Närmare föreskrifter om fonden finns i förordningen (2014:1374) om förvaltning av fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt. En nationell lanseringskonferens genomfördes i mars 2015 och en övervakningskommitté för fonden har utsetts av regeringen.

*Avtal mellan Sverige och Rumänien*

Regeringen har under 2015 ingått ett samarbetsavtal med Rumänien. Avtalet omfattar tre samsamarbetsområden; barnrätt, jämställdhet samt sociala frågor i bred bemärkelse. Avtalet syftar till att byta erfarenheter och goda exempel mellan länderna och underlätta samarbete mellan frivilligorganisationer i respektive land.

### 7.4.7 Utsatta EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige

En särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare, ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer som möter utsatta EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige, dvs. under högst tre månader, och som inte har uppehållsrätt (dir. 2015:9). I samordnarens uppdrag ingår bl.a. att främja erfarenhetsutbyte och samverkan mellan berörda aktörer som inom sina respektive ansvarsområden kommer i kontakt med dessa människor, främja kontakter mellan aktörer i Sverige och aktörer i de utsatta EES-medborgarnas hemländer samt sprida kunskap om EES-medborgarnas rättigheter när de vistas tillfälligt i Sverige utan uppehållsrätt. Uppdraget är tidsbegränsat och syftet är att ge aktörerna stöd i deras arbete med att skapa långsiktigt hållbara förutsättningar för samverkan. Genom en förbättrad samverkan kan tillfälligt stöd som ges till individer i denna grupp utformas på ett ändamålsenligt sätt. Uppdraget ska redovisas senast den 1 februari 2016.

### 7.4.8 Analys och slutsatser

*Styrning med kunskap*

Förutsättningarna för en mer samlad och effektiv statlig kunskapsstyrning har förbättrats genom de förändringar som genomförts i och med Budgetpropositionen för 2015 (prop. 2014/15:1) gällande styrning med kunskap. Förtroendevalda från kommuner och landsting ges genom dessa förändringar formellt delaktighet i statens styrning med kunskap vilket ger bättre förutsättningar för att målen i enlighet med lagstiftningen ska uppfyllas.

*Stöd till en evidensbaserad praktik*

Arbetet med att främja en kunskapsbaserad socialtjänst har gjort framsteg vilket framgår av Statskontorets samlade bedömning av överenskommelsen om en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärderingarna pekar mot att de regionala stödstrukturerna som etablerats runt om i landet har bidragit till verksamhetsutveckling inom flera av socialtjänstens områden. De regionala stödstrukturerna har bl.a. bidragit till metodstöd och utbildningar riktade till kommunerna.

Utmaningar kvarstår dock, vilket kan exemplifieras av att det fortfarande saknas tydliga processer för brukarmedverkan samt en tydlig koppling till forskningen. Därutöver är arbetet med e-hälsa inte tillräckligt integrerat med övrigt utvecklingsarbete inom socialtjänsten. Uppföljning från Statskontoret visar att huvudmännen i många län numera finansierar delar av stödstrukturen men att huvudmännens långsiktiga finansiering ännu inte är tillräckligt säkerställd.<sup>9</sup>

#### *Öppna jämförelser*

Arbetet med Öppna jämförelser har främjat ett tydligare fokus på socialtjänstens kvalitet och har förstärkt kunskapsbasen inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. För att de Öppna jämförelserna i bättre utsträckning ska vara ett verktyg för uppföljning av verksamheten behöver jämförelserna dock utvecklas. Arbetet bör i framtiden inriktas på att i högre utsträckning öka jämförelsernas relevans genom att i högre utsträckning redogöra för resultat samt förbättra och målgruppsanpassa jämförelsernas presentation. Skillnaderna mellan kvinnor och män, flickor och pojkar behöver synliggöras och analyseras i högre utsträckning. Inga oskäligen könsskillnader ska förekomma i socialtjänstens verksamheter. Bedömningen av kvinnors och mäns, flickors och pojkars behov av stöd och omsorg ska vara jämlik och jämställd. En grundläggande förutsättning för en sådan utveckling är att datatillgången inom socialtjänstens olika verksamhetsområden förbättras. Detta arbete bör bedrivas med ett tydligt jämställdhetsperspektiv i fokus.

#### *E-hälsa och välfärdsteknologi*

Regeringens stimulansmedel för utveckling av e-hälsa i socialtjänsten har bidragit till ett positivt utvecklingsarbete i kommunerna.<sup>10</sup> Fortfarande har dock kommunerna behov av stöd för fortsatt utveckling och införande av e-hälsa och välfärdsteknologi. Uppföljningar visar behov av kunskap och kompetens inom flera områden, t.ex. det juridiska regelverket, etiskt förhållnings-

sätt och inte minst teknik.<sup>11</sup> Det behövs utbyggnad av infrastruktur, bredband och mobila nät, samt utvärderingar av effekterna av införande av välfärdsteknologi och e-hälsa.

#### *Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk*

Socialstyrelsens arbete med utveckling och kvalitetssäkring av nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk (NI/NF) har inneburit att kommunerna har infört och använder modellerna Äldres behov i centrum (ÄBIC) och Barns behov i centrum (BBIC). Uppföljningen visar dock att strukturerad dokumentation används i olika hög omfattning i socialtjänstens verksamheter.<sup>12</sup> BBIC används i mycket hög omfattning jämfört med exempelvis ÄBIC. Det behövs därför en fortsatt utveckling av likvärdig och strukturerad dokumentation inom samtliga områden i socialtjänsten. För 2015 har Socialstyrelsen ett uppdrag att utveckla ÄBIC så att modellen ska kunna användas för alla kvinnor och män med funktionsnedsättning oavsett ålder. I uppdraget ingår också att utveckla en modell för kartläggning av anhörigas behov av stöd.

#### *Stöd till anhöriga*

Kommunernas stöd till anhöriga utvecklas successivt. Uppföljningen visar dock att bestämelsen i SoL avseende stöd till anhöriga tillämpas på olika sätt och i olika utsträckning i socialtjänsten. Resultat visar också uppenbara skillnader mellan kvinnor och män som omsorgsgivare, där kvinnor i större utsträckning än män tar ansvar för vård av anhöriga. Det finns därför behov av att uppmärksamma anhörigas situation inom hela socialtjänsten och även uppmärksamma könsrelaterade skillnader och vilka konsekvenser anhörigstödet får för bl.a. den ekonomiska jämställdheten och fördelningen av obetalt hem- och omsorgsarbete mellan kvinnor och män, se vidare om de jämställdhetspolitiska målen i utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering.

<sup>9</sup> Överenskommelser som styrmedel (Statskontoret 2014).

<sup>10</sup> (dnr S2014/01397/FST).

<sup>11</sup> Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk, Lägesrapport 2014 (Socialstyrelsen 2015).

<sup>12</sup> Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk, Lägesrapport 2014 (Socialstyrelsen 2015).



## 7.5 Resultatredovisning – Omsorgen om äldre

### 7.5.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Bedömningen baseras på flera resultatindikatorer och bedömningsgrunder. Bedömningsgrunderna utgörs huvudsakligen av statistik, öppna jämförelser, rapporter samt nationella enkätundersökningar. Följande resultatindikatorer används för att exemplifiera och följa utvecklingen inom äldreområdet för kvinnor och män:

- andel av befolkningen som är 65 år eller äldre
- andel personer 80 år eller äldre som får offentlig omsorg
- andel personer 65 år och äldre med insatsen hemtjänst
- andel personer 65 år och äldre boende i särskilda boendeformer
- antal förväntade år med god hälsa
- antal anmälningar enligt SoL

Indikatorerna redovisas uppdelat på kön där det är relevant.

Utvecklingen inom äldreomsorgen kan följas genom resultatet från Öppna jämförelser, tillsyn, genomförda kartläggningar, kvalitetsregister och uppdrag samt statistik när det gäller volym och kostnader. De statliga insatserna syftar till att ge äldre personer tillgång till en likvärdig och jämlik äldreomsorg oavsett kön och var de bor i landet och stärka kvaliteten i vården och omsorgen av de äldre. Utgångspunkter för de statliga insatserna bör vara jämställdhet, trygghet, delaktighet och inflytande.

### 7.5.2 Resultat

Andelen äldre i Sverige ökar. Det är de allra äldsta som blir fler. Mellan 2015 och 2030 beräknas andelen av befolkningen som är 80 år och äldre öka från fem till sju procent.

**Tabell 7.2 Prognos för procentuell förändring av olika åldersgruppers befolkningsandelar, 2015–2030**

Åldersgrupp	Procentuell förändring
0–19	6 %
20–64	- 5 %
65–79	- 4 %
80-	43 %

Att andelen äldre ökar beror delvis på att stora årskullar blir gamla och delvis på att medellivslängden ökar. År 2013 var den förväntade medellivslängden i riket 83,7 år för kvinnor och 80,1 år för män. Det finns stora geografiska skillnader i medellivslängd och mellan högsta och lägsta kommunvärdet skiljer det 6,7 år. Andelen personer 80 år och äldre förväntas öka från 5,3 procent 2013 till 7,5 procent 2030. Enligt prognoser år 2012 förväntades att Sveriges befolkning i genomsnitt skulle leva 70,7 år med god hälsa. Sverige ligger i topp i jämförelse med andra OECD-länder, t.ex. Nederländerna 58,9 år och Finland 56,2 år.

Andelen personer i åldrarna 80 år och äldre som får offentligt finansierad omsorg fortsätter att minska.<sup>13</sup> Minskningen under 2008–2013 var större för kvinnor än för män: 2,9 respektive 2,1 procentenheter. Denna utveckling sker samtidigt som andelen kvinnor i dessa åldrar som har hemtjänst ökade med 0,5 procentenhet och andelen bland män minskade med 0,3 procentenhet. Enligt socialtjänststatistiken hade vid mätningen i oktober 2014 drygt 221 600 personer 65 år eller äldre hemtjänst. Det var 2 000 fler än året innan och motsvarar 12 procent av befolkningen i åldersgruppen. Antalet hemtjänststimmar per månad och person ökade med nära 15 minuter till i genomsnitt 24,1 timmar. Totalt antal hemtjänststimmar var drygt 5,3 miljoner timmar under oktober. Drygt 88 700 personer, 5 procent av befolkningen i åldersgruppen, bodde permanent i särskilda boendeformer vilket är 300 personer färre jämfört med året innan.

Socialstyrelsen redovisade i lägesrapport 2015 att vården och omsorgen av äldre förändras i olika riktning i kommunerna. I en jämförelse

<sup>13</sup> Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänst Lägesrapport 2015 (Socialstyrelsen 2015).

mellan 254 kommuner 2008 och 2013 hade andelen som fick särskilt boende minskat i 152 kommuner (60 procent) samtidigt som en större andel fick hemtjänst. I 53 kommuner (21 procent) minskade både andelen som fick särskilt boende och andelen som fick hemtjänst. I 33 kommuner (13 procent) ökade både andelen äldre som fick hemtjänst och andelen som fick särskilt boende. I 16 kommuner (6 procent) ökade andelen äldre i särskilt boende medan andelen med hemtjänst minskade.

**Tabell 7.3 Utveckling av andelen personer i särskilt boende samt med hemtjänst**

En jämförelse av 254 kommuner 2008 och 2013

		Andelen i särskilt boende		
		Andel av kommuner- na där det minskat	Andel av kommuner- na där det ökat	
Andel med hemtjänst	Andel av kommuner na där det minskat	21 %	6 %	27 %
	Andel av kommuner na där det ökad	60 %	13 %	73 %
		<b>81 %</b>	<b>19 %</b>	

Källa: Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänst Lägesrapport 2015 (Socialstyrelsen 2015)

Socialstyrelsen analyserade de nästan 9 700 äldre som flyttade till särskilt boende under andra halvåret 2013. Av dessa var 5 048 kvinnor 80 år och äldre. Motsvarande siffra för män 80 år och äldre var 2 570. De kvinnor som flyttade till särskilt boende och som beviljats hemtjänst hade 48 timmar (medianvärde) per månad och männen 43 timmar, vilket motsvarar 1,6 respektive 1,4 timmar per dag.

I sin tillsyn av äldreomsorgen under 2014 konstaterade IVO att den äldres behov inte tillgodoses i tillräcklig utsträckning.<sup>14</sup> Den bakomliggande orsaken till bristande kvalitet som uppmärksammas i tillsynen är sviktande personalkontinuitet och låg bemanning vissa tider på dygnet. Tillsynen visade att nattbemanningen vid flera boenden var låg och att

hemtjänsten inte alltid hade den personalkontinuitet som är önskvärd för den äldres trygghet och behov. Utifrån detta resultat är regeringens bedömningar att satsningar på att stärka bemanningen inom den kommunala äldreomsorgen är angelägna. Under 2014 fattade IVO beslut i 618 lex Sarah-ärenden som rörde äldreomsorgen i hemtjänst och särskilt boende. Av anmälningarna rörde något fler anmälningar särskilt boende än hemtjänst. Inom hemtjänsten avsåg 107 av anmälningarna att beviljad insats inte utförts och 69 av anmälningarna att insatsen utförts felaktigt. När det gällde anmälningar som avsåg särskilt boende avsåg 73 anmälningar att beviljad insats inte utförts och 65 av anmälningar att insatsen utförts felaktigt. Även brister i bemötande är förhållandevis vanligt förekommande. IVO uppgav att 20 anmälningar avsåg brister i bemötande inom hemtjänsten medan motsvarande siffra för särskilt boende var 62.<sup>15</sup>

### Kostnadsutveckling

Kommunernas sammanlagda kostnader för vård och omsorg om äldre var 109 miljarder kronor 2014. Den största delen, 62,7 miljarder kronor, avsåg vård och omsorg om äldre i särskilt boende. Kostnaderna för vård och omsorg om äldre i ordinärt boende uppgick till 44,8 miljarder kronor 2014. Kostnaderna har ökat med 4 miljarder kronor jämfört med 2013.

<sup>14</sup> Tillsynsrapport De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014 (Inspektionen för vård och omsorg 2015).

<sup>15</sup> Statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

**Tabell 7.4 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre**

Miljarder kronor

	2011	2012	2013	2014
Vård och omsorg i ordinärt boende	37,9	39,7	42,0	44,8
Vård och omsorg i särskilt boende	59,3	60,4	61,3	62,7
Öppen verksamhet	1,5	1,5	1,5	1,6
<b>Totalt</b>	<b>98,8</b>	<b>101,7</b>	<b>104,9</b>	<b>109,1</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2014, Rikstotal, RS för kommuner.

### Statliga stimulansbidrag för att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre

Den tillfälliga satsningen på att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre upphörde vid årsskiftet 2014/15. Inom överenskommelsen för 2014 inriktades statsbidraget om 1 001 miljoner kronor på att stödja ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Av dessa medel har 840 miljoner kronor utbetalats i prestationsersättning till kommuner och landsting avseende användning av kvalitetsregister, god läkemedelsanvändning samt sammanhållen vård och omsorg. Spridningen av kvalitetsregister i kommunal omsorg har ökat snabbt under åren som satsningen har pågått. Bland de kvalitetsregister som påvisat positiva resultat finns registret för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD). Behandlingsmetodiken bygger på en skattning av symptom som bemöts med åtgärder för att följas upp med en ny skattning. Resultat från deltagande verksamheter visar att god omvårdnad minskar behovet av antipsykotiska läkemedel och att fysisk aktivitet och personcentrerad aktivering ökar som omvårdnadsåtgärd vid användning av BPSD.<sup>16</sup> Även Senior Alert som bygger på ett strukturerat, systematisk förebyggande arbetsätt där riskbedömning görs och där varje registrerad risk ska leda till utredning och insatta åtgärder, visar på goda resultat. Landsting som

<sup>16</sup> Slutrapport 2015 Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (Sveriges Kommuner och Landsting 2015).

har en hög andel förebyggande åtgärder har bl.a. också en lägre andel trycksår och viktnedgångar.<sup>17</sup>

Andelen kvinnor och män 75 år och äldre, med hemtjänst eller insatsen särskilt boende, som har fått olämpliga läkemedel har minskat under 2014. För 2014 uppgår andelen till 11,4 procent i jämförelse med andelen för 2013 som var 13,3 procent.<sup>18</sup>

Fallskadorna bland äldre är dock oförändrade jämfört med 2013. Fallskador drabbar kvinnor i högre utsträckning än män. Av 1 000 kvinnor drabbas 69 av en fallskada medan motsvarande siffra för män är 48. I genomsnitt drabbas 947 av 100 000 personer 65 år och äldre av fraktur på lår eller höft. För kvinnor är motsvarande siffra 1 249 och för män drygt hälften, 656.<sup>19</sup> Undvikbara fallolyckor medför stora samhällskostnader och ett stort lidande för den som drabbas. Med målet att kraftigt minska andelen undvikbara fallolyckor bedömer regeringen det som angeläget att strukturerat sammanställa och sprida kunskap om hur denna typ av fallolyckor kan förebyggas.

### Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsen genomför brukarundersökningar och resultaten för 2014 års undersökning har redovisats i rapporten Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?. Socialstyrelsen har frågat alla äldre med äldreomsorg (hemtjänst eller särskilt boende) vad de tycker om sin vård och omsorg. År 2014 svarade 130 735 personer på enkäterna. Undersökningen har ett förhållandevis stort bortfall, ca 33 procent av målgruppen men hemtjänst och ca 45 procent av målgruppen inom särskilt boende. Inom hemtjänsten svarade något fler äldre 2014 jämfört med 2013 att personalen utför sina arbetsuppgifter mycket bra och inte

<sup>17</sup> Slutrapport 2015 Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (Sveriges Kommuner och Landsting 2015).

<sup>18</sup> Vård och omsorg om äldre, Jämförelser mellan kommuner och län. Öppna Jämförelser 2014 (Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting).

<sup>19</sup> Vård och omsorg om äldre, Jämförelser mellan kommuner och län. Öppna Jämförelser 2014 (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting).

bara ganska bra. Ett gott utförande tycks också ha stor betydelse för att de äldre ska känna sig nöjda med sin hemtjänst. Däremot ansåg de äldre att det blivit svårare att få kontakt med hemtjänstpersonalen. Resultatet var också något sämre när det gäller om personalen hinner utföra tjänsterna åt de äldre, om personalen brukar komma i tid och om personalen meddelar tillfälliga förändringar i förväg.

Andelen som kände förtroende för alla i personalen minskade med drygt två procentenheter även om 91 procent har förtroende för åtminstone de flesta. Det var också något färre som 2014 tycker att personalen alltid bemöter dem bra.

Totalt svarade 89 procent att de sammantaget är ganska eller mycket nöjda med hemtjänsten. Generellt är kvinnor mindre nöjda än män med hur personalen utför sina arbetsuppgifter. De känner sig också i mindre utsträckning trygga med att bo hemma och har i lägre utsträckning förtroende för personalen som kommer hem till dem. De äldre som bor ihop med någon annan upplever i större utsträckning att de är mycket eller ganska trygga med sin hemtjänst jämfört med gruppen som bor ensamma. Två tredjedelar av gruppen äldre med hemtjänst är kvinnor, men det är endast 16 procent av dem som är sammanboende med någon vuxen jämfört med 36 procent av männen. 2014 är det något färre som känner sig trygga med att bo hemma med stöd av hemtjänsten, förändringen är ca en procentenhet.

På de särskilda boendena är det något fler 2014 än 2013 som upplever att de alltid eller oftast kan påverka vid vilka tider de får hjälp. Det är något färre 2014 jämfört med 2013 som tycker att maten smakar bra och som upplever att måltiderna på äldreboendet är en trevlig stund på dagen. Jämfört med 2013 är det också en mindre andel av de äldre på äldreboenden som har förtroende för alla i personalen. Minskningen är signifikant (drygt två procentenheter), även om 88 procent av de äldre har förtroende för flertalet i personalen. Nöjdheten var oförändrad, 83 procent svarade att de sammantaget är mycket eller ganska nöjda med sitt äldreboende. Kvinnor svarar något mindre positivt än män på flera av frågorna, till exempel om maten smakar bra samt om personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete. Kvinnor verkar i högre grad nöjda med aktiviteterna som erbjuds på äldreboendet. Fler kvinnor än män

svarar också att de sammantaget är mycket eller ganska nöjda med äldreboendet. Skillnaden är dock endast en procentenhet och inte statistiskt signifikant.

## Utbildningsinsatser

### *Omvårdnadslyftet*

Under perioden 2011–2014 fördelade Socialstyrelsen 974 miljoner kronor i stimulansbidrag till kommuner, i syfte att stimulera till en kompetenshöjning inom äldre- och funktionshindersomsorgen. Cirka 200 kommuner ansökte årligen om bidrag och totalt deltog omkring 23 000 personer i någon utbildningsinsats. Målgruppen var personal i behov av relevant gymnasial utbildning, t.ex. vårdbiträden, undersköterskor och boendestödjare. Utnyttjandegraden av fördelade medel ökade med åren, från 40 procent 2011 till 68 procent 2014. Ett 50-tal kommuner inkluderade enskilda utförare i satsningen. Många har utbildats inom etik, gerontologi och geriatrik samt medicin och sjukvård. Omkring 10–20 kommuner per år använde statsbidraget för utbildning på yrkeshögskole- eller högskolenivå, till övervägande del inom demensområdet. Statsbidraget inkluderade också en möjlighet att få premier för bästa resultat, baserat på att man ökat andelen personal med grundläggande kunskaper enligt tre olika mått. Totalt 60 kommuner kvalificerade sig för en eller fler premier.<sup>20</sup>

### *Ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer*

Socialstyrelsen upphandlade på regeringens uppdrag en nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer. Utbildningen startade 2013 och avslutas 2015. Utbildningens innehåll har bl.a. innefattat värdegrund, lagstiftning och ledarskap och omfattat 30 högskolepoäng. Hösten 2014 hade ca 1 075 ledare inom äldreomsorgen gått utbildningen.

<sup>20</sup> Omvårdnadslyftet Slutredovisning av regeringens kompetenssatsning 2011-2014 (Socialstyrelsen 2015)

## Personer med demenssjukdom

Det finns i dag omkring 160 000 personer som har någon form av demenssjukdom. Stödet till närstående har mycket stor betydelse eftersom många som får demenssjukdom bor kvar med stöd från familjen så länge det går. Socialstyrelsen har uppskattat att ca 66 000 personer med demenssjukdom bodde i särskilt boende 2012.

Socialstyrelsen samordnade på regeringens uppdrag 2013 och 2014 ett åtgärdsprogram om vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga där även Myndigheten för delaktighet (MFD), IVO och Svenskt demenscentrum haft uppgifter. Programmets huvudsyfte var att främja ett personcentrerat förhållningssätt för att minimera eller helt undvika tvång och begränsningsåtgärder. Socialstyrelsen har i sitt arbete kunnat konstatera bl.a. att kunskapen om omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder är bristfällig när det gäller dem som har hemtjänst, personlig assistans och anhörigvård.

IVO pekar i rapporten Skapa trygghet utan tvång på att de genom resultat från tillsyn bl.a. ser att uttalade arbetsmetoder, uppföljning, riktlinjer och kompetens tyder på minskat användande av tvångs- och begränsningsåtgärder. IVO konstaterade även att personalen i de flesta fall känner till sin rapporteringskyldighet om missförhållanden enligt lex Sarah. Vidare konstaterade IVO att det finns allvarliga brister i bemanningen, särskilt inom särskilda boenden och demensboenden nattetid.

MFD redovisar i rapporten Teknisk utveckling inom vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga att man under 2013 och 2014 bl.a. bidragit ekonomiskt till försöksverksamheter i fem kommuner för att i praktiken testa teknikanvändning och miljöanpassningar. Goda exempel på arbete med välfärdsteknologi och miljöanpassningar, som stöd och inspiration till fortsatt verksamhetsutveckling i särskilt boende och daglig verksamhet har redovisats i en sammanställning.

Svenskt Demenscentrum har utvecklat ett paket med t.ex. information, utbildning, handledning och handbok om hur man genom ett

personcentrerat arbetssätt rent konkret förebygger och undviker tvång och begränsningsåtgärder.<sup>21</sup> Svenskt Demenscentrum har fortsatt arbetet med Demens ABC Guiden och Demens ABC Plus. Under 2014 har en fortsatt spridning av utbildningen skett och i december hade drygt 80 000 användare genomgått utbildningen varav drygt 68 000 användare klarat kunskapstestet.

### 7.5.3 Analys och slutsatser

Målen för äldreomsorgen är övergripande. Inom äldrepolitiken kan resultaten ofta härröras från nationella satsningar och utvecklingsarbeten som går decennier tillbaka i tiden. Det kan vara svårt att mäta resultaten och måluppfyllelse på en nationell nivå. En förklaring till detta är att det är kommunerna och i viss mån landstingen som har huvudansvaret för planering, finansiering och utförandet av vården och omsorgen av äldre.

Antalet förväntade år med god hälsa bland äldre i Sverige har kontinuerligt ökat sedan början av 2000-talet och Sverige ligger i topp i jämförelse med andra länder. Trots att den svenska äldreomsorgen också står sig mer än väl i jämförelse med andra länder bedömer regeringen att det finns ett antal utmaningar som behöver åtgärdas för att uppnå en mer tillfredsställande måluppfyllelse. Kvaliteten i äldreomsorgen måste höjas ytterligare. Äldre kvinnor och män ska ha tillgång till en jämställd, likvärdig och jämlik äldreomsorg oavsett var de bor.

Antalet äldre kvinnor och män med hemtjänst ökade under året medan antalet äldre som bor i särskilt boende minskade. Jämförelser mellan kommuner de senaste 5 åren visar på en generell minskning av andelen äldre som fått särskilt boende samtidigt som en större andel fått hemtjänst. Undersökningar från Socialstyrelsen visar att män över 80 års ålder får färre timmar hemtjänst än kvinnor över 80 års ålder och även färre timmar hemtjänst än kvinnor och män i åldrarna 65–79 år. Det kan sannolikt delvis förklaras av att fler äldre män är sammanboende och därför beviljas färre timmar hemtjänst.

<sup>21</sup> [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

Äldre med äldreomsorg är i dag överlag nöjda med hur personalen utför sina arbetsuppgifter. Många äldre tycker dock att det har blivit svårare att få kontakt med personalen. Resultat visar också att fler äldre i förhållande till föregående år tycker att personalen inte hinner utföra tjänsterna. Även andelen äldre som kände förtroende för personalen minskade något.

Skillnader i resultat mellan olika grupper verkar inte bero så mycket på kön eller på vem som fyller i enkäten, utan i första hand på om den äldre bor ihop med någon eller känner sig ensam. Kvinnor är, jämfört med män, ensamboende i högre omfattning och känner sig också i större utsträckning ensamma. De ensamboende med hemtjänst eller de som känner sig ensamma på äldreboendet svarar i mindre utsträckning positivt på frågorna i enkäterna.

Uppfattningen att det är svårare att få kontakt med personalen och att personalen upplevs ha mindre tid att utföra tjänsterna styrks av uppgifter från IVO. IVO:s granskning av äldreomsorgen visar på att bakomliggande orsaker till bristande kvalitet som uppmärksammas i tillsynsarbetet är sviktande personalkontinuitet och låg bemanning vissa tider på dygnet. Bilden förstärks av den statistik som presenterats över anmälda missförhållanden – lex Sarah. En stor andel av anmälningarna till tillsynsmyndigheten rör personalens utförande av insatser och bemötande av äldre.

## 7.6 Resultatredovisning – Individ- och familjeomsorg

### 7.6.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Bedömningen av resultat och måluppfyllelse inom individ- och familjeomsorgen baseras på ett flertal indikatorer och bedömningsgrunder. De resultatindikatorer som används för att redovisa centrala resultat är bl.a. följande:

- andel flickor och pojkar som varit placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB) under årskurs nio och har behörighet att söka till nationellt program i gymnasieskolan,
- antal ensamkommande flickor och pojkar som kommit till Sverige och sökt asyl,

- genomsnittligt antal vårddygn vid utskrivning (LVU och SoL) vid Statens institutionsstyrelse (SiS) särskilda ungdomshem,
- antal sociala hyreskontrakt i den sekundära bostadsmarknaden,
- antal mottagare och utbetalningar av ekonomiskt bistånd,
- antal kommuner som gör systematiska uppföljningar av insatser för brottsoffer,
- antal kommuner som använder standardiserade bedömningsinstrument för våld i nära relationer,
- antal kommuner som har rutiner för att säkra skolgången för barn i skyddat boende,
- antal kommuner som har insatser för personer som utövade våld.

Bedömningsgrunder utgörs huvudsakligen av statistik, Öppna jämförelser och rapporter från myndigheter och organisationer. Ansvaret för verksamhetsområdet ligger huvudsakligen hos kommunerna. En rad olika åtgärder, såväl statliga som kommunala påverkar måluppfyllelse. Staten kan påverka kommunernas förutsättningar att bedriva individ- och familjeomsorg genom normering – i form av lagar, förordningar, föreskrifter, vägledningar m.m., och genom att med tillsyn och exempelvis stimulansmedel bidra till kommunernas utvecklingsarbete.

Utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen kan följas genom resultatet från Öppna jämförelser, tillsyn, genomförda kartläggningar och uppdrag samt statistik när det gäller volym och kostnader. De statliga insatserna syftar till att ge kvinnor, män, flickor och pojkar tillgång till ett likvärdigt, jämlikt och jämställt stöd från individ- och familjeomsorg oavsett var de bor i landet och att stärka kvaliteten i verksamheten. Utgångspunkter för de statliga insatserna bör vara jämställdhet, jämlikhet, trygghet, delaktighet och inflytande. Olika faktorer i omvärlden, såväl inom Sverige som internationellt, påverkar förutsättningarna för verksamhetsområdet så som exempelvis utvecklingen på arbets- och bostadsmarknaden och stora flyktingströmmar.

## 7.6.2 Resultat

### Barn- och ungdomsvården

#### *Kostnadsutveckling*

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga var totalt 17,4 miljarder kronor 2014 (16,3 miljarder kronor 2013, 15,5 miljarder kronor 2012).

**Tabell 7.5 Kommunens kostnader för insatser till barn och unga**

Miljarder kronor

	2010	2011	2012	2013	2014
Institutionsvård	4,7	5,3	5,4	5,5	6,1
Familjehemsvård	4,6	5,0	5,2	5,4	5,8
Öppna insatser	4,6	4,7	4,9	5,4	5,5
<b>Totalt</b>	<b>13,9</b>	<b>15,0</b>	<b>15,5</b>	<b>16,3</b>	<b>17,4</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2014, Rikstotal, RS för kommuner.

#### *Regional samverkan stärker utvecklingen*

Inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKL om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet i socialtjänstens område, som pågått sedan 2011, har regionala utvecklingsledare tillsatts i samtliga län. De har bl.a. stärkt det lokala och regionala utvecklingsarbetet med barns delaktighet, systematisk uppföljning, placerade barns hälsa och implementering av kunskapsstöd som Socialstyrelsen tagit fram. Under 2014 har minst 900 familjehem utbildats utifrån Socialstyrelsens utbildningsmaterial och i 16 län har överenskommelser träffats mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten om läkarundersökningar av alla placerade barn.<sup>22</sup>

#### *Svårigheter hos kommunerna med att hantera anmälningar och utredningstider*

IVO:s tillsyn av 24 nämnders hantering av barnvårdsärenden under 2013 och 2014 visar att det i anmärkningsvärt stor utsträckning finns brister i nämndernas hantering av anmälningar och utredningar. Bristerna består bl.a. av att utredningar inte inleds trots att det funnit skäl att utreda, att utredningstider inte hålls och att dokumentationen i utredningar brister. Orsaker-

na till bristerna identifieras vara bl.a. svårighet i att rekrytera och behålla kompetent personal, kompetensbrister och stress i arbetet.<sup>23</sup>

#### *Kompetensutveckling i den sociala barn- och ungdomsvården*

Sedan den 1 juli 2014 är det krav i SoL på behörighet för att få utföra vissa arbetsuppgifter i 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 handläggarna i landets kommuner har 70 procent socionomutbildning och minst tre års erfarenhet av barnutredningar. Andelen varierar dock kraftigt mellan olika kommuner och är generellt sett lägre i kommuner med färre än 15 000 invånare. Svårigheter att rekrytera och behålla erfarna socialsekreterare ökar även i större kommuner. Av kommunerna har 37 procent en aktuell verksamhetsgemensam plan för handläggarnas kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål och analys av handläggarnas individuella kompetens. Andelen kommuner som har en sådan plan har sedan 2013 ökat med 18 procent.<sup>24</sup>

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att fördela 57 miljoner kronor årligen sedan 2013 i statsbidrag till kommunerna för att stärka kommunernas arbete med att utveckla kompetensen inom den sociala barn- och ungdomsvården (dnr S2013/03877/FST). 255 kommuner har rekviderat medel under 2014 för att genomföra utbildnings- och kompetensutvecklande insatser och 4 344 handläggare och arbetsledare har deltagit i insatser som helt eller delvis finansierats av 2014 års statsbidrag.<sup>25</sup>

Socialstyrelsen fick i april 2015 av regeringen i uppdrag att ta fram och förvalta ett webbaserat stöd till yrkesintroduktion för nyanställda handläggare, som kan användas lokalt och regionalt i introduktionsprogram, (dnr S2015/03337/FST). I samma regeringsbeslut fick Socialstyrelsen i

<sup>23</sup> Tar socialtjänsten sitt ansvar för barn och unga? (Inspektionen för vård och omsorg 2014).

<sup>24</sup> Öppna jämförelser av social barn- och ungdomsvård (Socialstyrelsen 2015).

<sup>25</sup> Kompetenssatsning inom den sociala barn- och ungdomsvården redovisning av 2014 års satsning (Socialstyrelsen 2015).

<sup>22</sup> Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik i socialtjänst slutrapport för 2014 (Sveriges Kommuner och Landsting 2015).

uppdrag att anskaffa två uppdragsutbildningar på vardera 7,5 högskolepoäng till personal inom verksamhetsområdet. En utbildning ska rikta sig till socialsekreterare inom sociala barn- och ungdomsvården och en utbildning ska rikta sig till arbetsledare inom individ- och familjeomsorgen. Utbildningarna beräknas starta under april respektive januari 2016. Syftet är att stärka den yrkesspecifika kompetensen och ledarskapet.

#### *Nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården*

En nationell samordnare tillsattes för den sociala barn- och ungdomsvården den 1 november 2014, (dnr S2014/06314/FST). Uppdraget sträcker sig t.o.m. den 30 april 2017. Samordnaren ska i dialog med minst 50 kommuner och andra relevanta aktörer stärka och stödja kommunerna i deras arbete med den sociala barn- och ungdomsvården. Samordnaren ska regelbundet rapportera sina iakttagelser och slutsatser till barn-, äldre- och jämställdhetsministern. Fram till den 12 augusti 2015 har samordnaren besökt 6 kommuner samt haft många kontakter med andra viktiga aktörer. Den nationella samordnaren har tillsammans med barn-, äldre- och jämställdhetsministern genomfört en nationell dialog om den sociala barn och ungdomsvården med flera berörda aktörer, t.ex. kommunrepresentanter, myndigheter, Allmänna barnhuset, Föreningen Sveriges Socialchefer, SKL och fackliga organisationer. De kommuner som samordnaren hittills har besökt har upprättat handlingsplaner för att förbättra den sociala barn- och ungdomsvården. I de handlingsplaner som är upprättade ingår ensamkommande barn.

#### *Utveckling av arbetssättet Barns behov i centrum*

Socialstyrelsen har under 2014 vidareutvecklat arbetssättet Barns behov i centrum (BBIC) för systematisk uppföljning av verksamheten och reviderat och förenklat dokumentationen. Under 2015 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att lansera och bidra till införande av det nya BBIC. BBIC användes 2014 av 284 av landets

kommuner.<sup>26</sup> Socialstyrelsens Öppna jämförelser för den sociala barn- och ungdomsvården avseende 2014 visar att 92 procent av kommunerna hade ordinarie licens för att använda BBIC, vilket kan jämföras med 81 procent året innan.

#### *Placerade barn har sämre skolresultat men god delaktighet*

Av de ungdomar födda 1988–1996 som var placerade i familjehem eller HVB under hela årskurs 9 hade 55 procent behörighet att söka till nationellt program i gymnasieskolan. För motsvarande grupp ungdomar som är utrikes födda var andelen 39 procent. Uppgifterna omfattar endast barn med svenskt personnummer, inte asylsökande barn. Av samtliga ungdomar som avslutade grundskolan läsåret 2013/2014 hade 87 procent behörighet att söka till nationellt program i gymnasieskolan.

Av de ungdomar födda 1988–1993 som varit placerade i familjehem eller HVB hela år 9 har 28 procent avslutat gymnasieskolan med grundläggande behörighet till högskola.<sup>27</sup>

#### *Antalet ensamkommande barn fortsätter öka*

Antalet ensamkommande barn som ansökte om asyl i Sverige ökade med 83 procent under föregående år, från 3 852 barn 2013 till 7 049 barn 2014. Under 2014 ansökte 81 procent pojkar och 19 procent flickor om asyl i Sverige. Närmare 90 procent (87 procent) av de ärenden som prövades i Sverige (exkl. Dublinärenden och avskrivna ärenden) beviljades permanent uppehållstillstånd.

**Tabell 7.6 Antal ensamkommande barn**

*Antal ensamkommande barn som ansökte om asyl i Sverige*

År	2008	2010	2012	2014
Antal barn	1 510	2 393	3 578	7 049

Källa: Migrationsverkets aktuella statistik

År 2014 kom ca 1 500 av de ensamkommande barnen från Afghanistan och 1 500 från Eritrea. Många barn kom även från Syrien och Somalia. De flesta ensamkommande barn placeras i ett

<sup>26</sup> Från Enskilt ärende till nationell statistik, Barns behov i centrum (BBIC) (Socialstyrelsen 2015).

<sup>27</sup> Öppna jämförelser av social barn- och ungdomsvård (Socialstyrelsen 2015).



HVB. Antalet HVB för ensamkommande barn har ökat med anledning av det ökade antalet barn som kommer till Sverige. Vid utgången av 2014 fanns 490 HVB för ensamkommande barn jämfört med 378 vid slutet av 2013. Nystartade HVB för ensamkommande barn hade dock sämre kvalitet gällande bl.a. bemanning, ledningssystem och genomförandeplaner.<sup>28</sup>

#### *Utredningen om tvångsvård för barn och unga*

Regeringen bereder förslagen som lämnats av utredningen om tvångsvård för barn och unga (S 2012:07) i delbetänkandet Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga (SOU 2014:3). Med utgångspunkt i utredningens förslag om att införa nya placeringsformer för barn och unga planerar regeringen att under hösten 2015 lämna förslag till riksdagen om en proposition om införandet av stöd-boende.

I juni 2015 lämnade utredningen sitt slutbetänkande till regeringen Barns och ungas rätt vid tvångsvård Förslag till ny LVU (SOU 2015:71).

#### *Utvecklingen för den statligt bedrivna ungdomsvården*

Under 2014 fanns 24 särskilda ungdomshem med totalt 647 platser, varav 56 särskilt avsatta för vår enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård förkortad LSU. Efterfrågan inom ungdomsvården steg under 2014. Antalet vård dygn inklusive LSU var 226 917 jämfört med 210 095 vård dygn 2013, vilket är en ökning med åtta procent. En relativt ny målgrupp för Statens institutionsstyrelse (SiS) är ensamkommande barn och ungdomar. Under 2014 tog SiS emot 139 ensamkommande barn och ungdomar, vilket utgjorde elva procent av alla intagningar under 2014.

Totalt skrev under 2014 1 190 barn och ungdomar ut efter vård enligt LVU och 42 barn och ungdomar skrevs ut efter frivillig vård enligt SoL. Vid 28 procent av tillfällena var det flickor som skrevs ut och i 72 procent pojkar. I genomsnitt varade vården enligt LVU eller SoL i 149 dygn.

Antalet ungdomar som skrevs in för vård enligt LSU ligger på en fortsatt låg nivå, 41 ungdomar.

Under 2014 frigavs 36 ungdomar varav en flicka och 35 pojkar. Den genomsnittliga straff-tiden var åtta månader, vilket innebär en minskning med två månader jämfört med 2013.<sup>29</sup>

#### *Ersättning för vanvård i samhällsvården*

Ersättningsnämnden har under 2013 och 2014 sammantaget mottagit 5 285 ansökningar.<sup>30</sup> Fram t.o.m. den 17 augusti 2015 hade beslut fattats i 4 087 ärenden och 1 934 ansökningar hade beviljats.<sup>31</sup> Både när det gäller antalet inkomna ärenden och beviljandegraden är fördelningen mellan kvinnor och män jämn.<sup>32</sup>

Myndighetens uppdrag är tidsbegränsat, ansökningstiden gick ut den 31 december 2014. Bedömningen var initialt att myndigheten skulle hantera samtliga ansökningar senast under 2015. Mot bakgrund av att det under ansökningstidens sista månad inkom betydligt fler ansökningar än beräknat, är det nödvändigt att förlänga Ersättningsnämndens verksamhet. Myndigheten kommer att upphöra den 30 juni 2016.

#### **Familjerätt**

De familjerättsliga frågorna avser frågor inom socialtjänsten om vårdnad och vårdnadsöverflyttningar, barns boende och umgänge, fastställande av faderskap och föräldraskap samt samarbetsamtal och familjerådgivning. Området omfattar även utredning och stöd i samband med internationell adoption.

Varje år berörs ca 50 000 barn av föräldrars separation. Över 90 procent av alla föräldrar som separerar har fortsatt gemensam vårdnad. En del av föräldrarna har en så svår konflikt att det inte är möjligt att samarbeta i frågor som rör barnet eller enas om barnets framtid. Enligt forskning får uppskattningsvis 10 000 barn årligen uppleva

<sup>29</sup> SiS årsredovisning 2014 (Statens institutionsstyrelse 2015).

<sup>30</sup> Ersättningsnämndens årsredovisning 2014 (Ersättningsnämnden 2015).

<sup>31</sup> Ersättningsnämndens webbsida 18 augusti 2015.

<sup>32</sup> Statistik och prognos avseende ansökningar och utbetalningar, Ersättningsnämndens webbsida den 13 april 2015.

<sup>28</sup> Tillsynsrapport 2014 (Inspektionen för vård och omsorg 2015).

att deras föräldrar strider i domstol.<sup>33</sup> Antalet vårdnadsfall i domstol har ökat sedan år 2006 då den senaste lagreformen inom området genomfördes.<sup>34</sup>

Under år 2014 var ca 6 900 barn (0–17 år) aktuella för utredningar om vårdnad, boende eller umgänge inom den kommunala socialtjänsten jämfört med 7 200 barn under 2013. Antal barn som varit föremål för s.k. snabbupplysning från socialnämnden uppgick 2014 till ca 10 900 jämfört med 10 300 under 2013. Under den senaste femårsperioden har dessa ökat med i genomsnitt 3 procent per år. Under år 2014 deltog föräldrar till ca 21 300 barn i åldrarna 0–17 år i samarbetsamtal jämfört med 19 600 år 2013. Kommunerna har även ansvar för att bistå de föräldrar som vill träffa avtal om barns vårdnad, boende och umgänge i samband med en separation. Under 2014 tecknades ca 3 500 sådana avtal, varav 55 procent gällde vårdnad, 21 procent boende och resterande 24 procent umgänge. Under 2013 tecknades 3 700 avtal.<sup>35</sup>

#### *Brister i barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge*

Enligt Socialstyrelsen får barn i olika kommuner skilda förutsättningar att komma till tals i utredningar om vårdnad, boende och umgänge.<sup>36</sup> Cirka en fjärdedel av kommunerna använder ingen definierad metod eller manual för att underlätta för barnen i samtalen. Samtalsmiljön anpassas inte heller till barnen i alla kommuner.

#### *Utbildningsmaterial för samarbetsamtalen har tagits fram*

Socialstyrelsen har under 2014 haft i uppdrag att ta fram utbildningsmaterial om förstärkning av samarbetsamtalen och att sprida detta i syfte att utbilda samtalsledarna. Uppdraget redovisades i december 2014. Bakgrunden är att kommunerna från den 1 juli 2014 är skyldiga att bereda föräldrar möjlighet att i samarbetsamtal även ta upp frågor som rör barns försörjning.

*Försöksverksamhet med samverkansteam pågår*  
Stiftelsen Allmänna Barnhuset har beviljats medel för att bedriva försöksverksamhet med tvärprofessionellt stöd till föräldrar och barn i samband med konflikt eller separation i form av samverkansteam (dnr S2014/03297/FST). Försöksverksamheten pågår i ett antal kommuner till och med 2017 och bedrivs i dialog med Socialdepartementet.

#### *Brister i umgängesstödet*

Enligt en rapport från Socialstyrelsen är socialnämndens information om umgängesstödet otydlig och vissa socialnämnder har inte möjlighet att anpassa umgängesstödet till barnets behov.<sup>37</sup> Detta medför att det lämnade umgängesstödet ibland anpassas till befintliga resurser i stället för till barnets behov.

#### *Antalet internationella adoptioner minskar över tid*

Antalet barn som adopteras till Sverige under året ligger på ungefär samma nivå som under föregående år. Sammantaget har dock antalet barn minskat kraftigt under de senaste åren. Under 2014 adopterades 345 barn till Sverige genom de auktoriserade adoptionssammanslutningarna, varav 130 flickor och 215 pojkar, jämfört med 341 barn under 2013, varav 127 flickor och 214 pojkar. Under åren 2005–2009 kom i genomsnitt 749 barn per år till Sverige genom adoption. Under åren 2010–2014 hade antalet sjunkit till i genomsnitt 469 barn per år.<sup>38</sup> I takt med att den ekonomiska och sociala situationen förbättras i ursprungsländer förbättras familjernas möjligheter att själva sörja för sina barn.

#### *Förbättrade förutsättningar för kommunerna*

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) och Socialstyrelsen har pekat på behov av förbättrat stöd till föräldrar inför och efter en adoption.<sup>39</sup> Socialstyrelsen slutförde under året ett uppdrag med syftet att ge kommunerna

<sup>33</sup> Barnets bästa i vårdnadstvister (A.Rejmer 2014).

<sup>34</sup> Familjerätt 2014 (Socialstyrelsen 2015).

<sup>35</sup> Familjerätt 2014 (Socialstyrelsen 2015).

<sup>36</sup> Barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge (Socialstyrelsen 2014).

<sup>37</sup> Familjerätt - Kommunernas arbete med umgängestöd (dnr S2013/09138/FST).

<sup>38</sup> Årsredovisning för 2014 (Myndigheten för internationella adoptionsfrågor 2015).

<sup>39</sup> Årsredovisning för 2014 (Myndigheten för internationella adoptionsfrågor 2015).

förbättrade förutsättningar att genomföra medgivandeutredningar och förbereda föräldrar inför adoption.<sup>40</sup>

#### *Enskilda adoptioner*

MIA framför att enskilda adoptioner, dvs. adoptioner som inte behöver förmedlas via en auktoriserad adoptionssammanslutning, har ökat under senare år och tar allt mer utredningsresurser i anspråk. MIA framför dessutom att det vid enskilda adoptioner finns särskilda svårigheter att säkerställa att en adoption är till barnets bästa. Vidare fortsätter antalet adoterade som vill söka sitt ursprung av öka.<sup>41</sup>

#### *Adoptionsförmedlingsverksamhetens utformning*

Allt färre barn adopteras från utlandet och i många kommuner är utredning och stöd i samband med adoption ett sällsynt ärende. Kommunernas utmaningar blir därför allt större, framför allt när det gäller kompetens. MIA framhåller att det finns skäl att överväga om den nuvarande adoptionsförmedlingsverksamheten är utformad på ett ändamålsenligt sätt.<sup>42</sup>

### **Föräldrastöd**

Föräldrastödet syftar till att skapa goda förutsättningar i samhället för universellt och riktat stöd till föräldrar i föräldraskapet och i sin relation till varandra under barnets hela uppväxt. Föräldraskapsstödet är sektorsövergripande till sin natur och kräver samordnade insatser på alla områden där föräldrastöd berörs, baserat på bästa tillgängliga kunskap.

#### *Kunskap om föräldrastödets effekter har ökat*

Folkhälsomyndigheten rapporterade under året resultaten av en satsning med stimulansmedel på föräldrastödsområdet om 140 miljoner kronor till kommuner och lärosäten. Stimulansmedlen resulterade i ökad kunskap om effekter av föräldraskapsstödjande insatser och om ändamålsenliga arbetssätt. Medlen resulterade också i

ökad samverkan mellan föräldrastödjande aktörer och i ett ökat antal mötesplatser och hälsofrämjande arenor för föräldrar.<sup>43</sup> Även Socialstyrelsen rapporterar under året om att kunskaperna om föräldrastödets effekter har ökat. Resultaten av en flerårig studie av föräldrar till barn med beteendeproblem visar på minskade beteendeproblem för barnen och minskad stress och depressionssymptom hos föräldrarna efter insatser i form av föräldrastödsprogram. Sammantaget visar resultaten att föräldrastödsprogram kan ha en viktig plats bland de riktade stödinsatser som socialtjänsten och hälso- och sjukvården erbjuder barn och föräldrar för att minska risker för svårare psykisk ohälsa hos barn.<sup>44</sup> Resultaten indikerar också att föräldrastöd skulle kunna vara hälsoekonomiskt motiverat när det vänder sig till föräldrar till barn med beteendeproblem.<sup>45</sup> Kompetensen hos de aktörer som arbetar med föräldrastöd i landet har vidare ökat under året genom den utbildning i föräldrastödjande arbete vid Örebro universitet som regeringen givit Folkhälsomyndigheten i uppdrag att anordna.<sup>46</sup>

#### *Regional stödstruktur för föräldrastödet byggs upp*

Länsstyrelserna fick under året i uppdrag att etablera en regional stödstruktur för föräldrastödet. Alla länsstyrelser fick i uppdrag att under 2014–2017 stödja kommuner, landsting och andra föräldrastödjande aktörer i arbetet med att utveckla ett universellt, kunskapsbaserat, samordnat och långsiktigt stöd till föräldrar med barn i tonåren i respektive län. Ett arbete med gemensamt kvalitetssäkrat kunskaps- och kommunikationsunderlag har inletts. Uppdraget har förankrats lokalt och regionalt och regionala och lokala behov och förutsättningar har identifierats. Prioriterade områden för resterande del av satsningen har tagits fram.<sup>47</sup>

<sup>40</sup> Föräldrars förberedelse inför adoption (Socialstyrelsen 2014).

<sup>41</sup> Årsredovisning för 2014, (Myndigheten för internationella adoptionsfrågor 2015).

<sup>42</sup> Årsredovisning för 2014 (Myndigheten för internationella adoptionsfrågor 2015).

<sup>43</sup> Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd (Folkhälsomyndigheten 2014).

<sup>44</sup> Effekter av föräldrastöd (Socialstyrelsen 2014).

<sup>45</sup> Föräldrastöd – är det värt pengarna? (Folkhälsomyndigheten 2014) Effekter av föräldrastöd – redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2014).

<sup>46</sup> Redovisning av uppdrag om utbildning i föräldrastödjande arbete (Folkhälsomyndigheten 2014).

<sup>47</sup> Länsstyrelserna stödjer och samordnar föräldrastödsarbetet (Länsstyrelsen i Örebro län 2015).

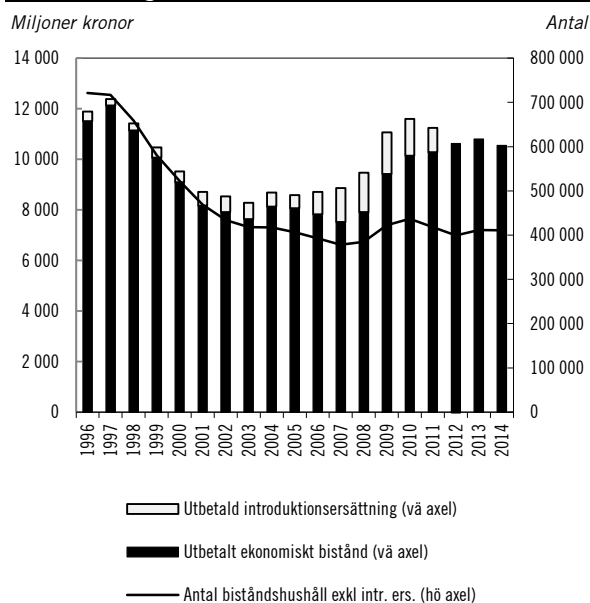
## Ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd är det yttersta skyddsnetet i det sociala trygghetssystemet. Rätten till bistånd bygger på en individuell behovsbedömning.

### Oförändrad nivå på utbetalningarna under 2014

Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd uppgick till 10,5 miljarder kronor under 2014 att jämföra med 10,8 miljarder kronor 2013.<sup>48</sup> (Se diagram 7.1). Antalet personer som någon gång under 2014 tog emot ekonomiskt bistånd uppgick till ca 410 600 (4,2 procent av befolkningen att jämföra med 4,3 procent året innan). Andelen kvinnor var något lägre än andelen män (48 procent kvinnor och 52 procent män).

**Diagram 7.1 Utbetalat ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1996–2014**



Anmärkning: I beloppen för 1996–2011 ingår även utbetalningar av introduktionsersättning till flyktingar och andra skyddsbehövande. Statistiken bör dock tolkas försiktigt p.g.a. ändrad uppgiftsinsamling och den etableringsreform som trädde i kraft den 1 december 2010. Reformen innebar att flyktingar och andra skyddsbehövande och deras anhöriga som deltar i etableringsinsatser har rätt till statlig etableringsersättning, vilket reducerar behovet av ekonomiskt bistånd fr.o.m. 2011.  
Källa: Socialstyrelsen

### Den formaliserade samverkan har ökat

Personer med behov av insatser från olika områden inom socialtjänsten ska enligt SoL få sina insatser samordnade av berörda aktörer. Andelen kommuner som samordnade sina insatser mellan olika verksamheter inom

kommunen ökade mellan 2012 och 2014. Andelen kommuner med samverkansrutiner mellan verksamheter med ekonomiskt bistånd och barn- och ungdomsvården ökade från 44 procent 2012 till 57 procent 2014. Även andelen kommuner som hade en formaliserad samverkan med externa aktörer i enskilda ärenden fortsatte att öka 2014. Mest ökade andelen kommuner som hade överenskommelser om samverkan mellan verksamhet med ekonomiskt bistånd och öppenspsykiatri; andelen ökade från 12 procent 2012 till 39 procent 2014. När det gäller samverkan med Arbetsförmedlingen hade 40 procent av kommunerna överenskommelser om samverkan jämfört med 21 procent 2012.<sup>49</sup>

Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen (AF) har haft ett gemensamt uppdrag att kartlägga och sammanställa exempel på välfungerande samverkansformer på individnivå mellan socialtjänsten och AF avseende personer med ekonomiskt bistånd samt sprida dessa exempel till berörda aktörer. Uppdraget har resulterat i ett webbaserat inspirationsmaterial.<sup>50</sup>

### Barnperspektiv i familjer med försörjningsproblem

År 2014 använde 73 procent av kommunerna systematiskt en utredningsmall med barnperspektiv jämfört med 63 procent 2012. Andelen kommuner som hade en aktuell skriftlig rutin för hur handläggare inom ekonomiskt bistånd ska hantera ärenden vid misstanke om att enskilda barn far illa ökade från 43 till 54 procent under samma period.<sup>51</sup>

I regleringsbrevet för 2014 fick Socialstyrelsen i uppdrag att undersöka beaktandet av barnperspektiv i handläggningen av ekonomiskt bistånd. Resultatet visar att barnperspektivet är svagt, att det finns oklarheter avseende begreppet, att det görs många likartade bedömningar och att besluten innehåller standardformuleringar. Uppdraget redovisades den 31 december 2014.

<sup>49</sup> Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2014. Del 1 God kvalitet i verksamheten – resultat, metod och indikatorer (Socialstyrelsen 2014).

<sup>50</sup> Kartläggning av samverkansformer mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. Redovisning av regeringsuppdrag. (Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen 2015).

<sup>51</sup> Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2014. Del 1 God kvalitet i verksamheten – resultat, metod och indikatorer (Socialstyrelsen 2014).

<sup>48</sup> Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2014 (Socialstyrelsen 2015).

### Arbetslöshet vanligaste orsaken till behov av försörjningsstöd

Enligt Socialstyrelsens statistik över försörjningshinder och ändamål för ekonomiskt bistånd är arbetslöshet den mest förekommande orsaken till behovet av ekonomiskt bistånd.<sup>52</sup> Av biståndsmottagarna hade 47 procent arbetslöshet som huvudsakliga 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 läkarintyg det tredje mest förekommande, 9 procent. Majoriteten av de 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. Det är vanligare med arbetslöshet som försörjningshinder bland ensamstående män (54 procent) än bland kvinnor (44 procent). Motsatt gäller sjukdom som är mer förekommande försörjningshinder för kvinnor (12 procent) än för män (8 procent).

### Majoriteten av kommunerna har arbetsmarknadsrelaterade åtgärder

Omkring 90 procent av landets kommuner satsar på att erbjuda kommunalt finansierade arbetsmarknadsinsatser i någon form till personer med försörjningsstöd.<sup>53</sup> Av landets kommuner kan 63 procent ge unga vuxna (18–24 år) arbetsmarknadsinsatser inom en månad och 64 procent av kommunerna kan erbjuda arbetsmarknadsinsatser till alla arbetslösa personer som är äldre än 24 år.

### Unga är överrepresenterade

Unga är överrepresenterade bland dem som får sin försörjning genom ekonomiskt bistånd. Det är ingen större skillnad mellan män och kvinnor

när det gäller mottagande av ekonomiskt bistånd bland de unga såväl som bland de äldre. Däremot är det stor skillnad beroende på var de är födda. För inrikes födda unga var andelen biståndsmottagare 5 procent och för utrikes födda 22 procent (utrikes födda kvinnor 21 procent och utrikes födda män 24 procent). Se tabell 7.7. Jämfört med 1997, då biståndsmottagandet bland unga var som högst, har dock andelen unga som har bistånd nästan halverats.

**Tabell 7.7 Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd 2010–2014**

Procent					
	2010	2011	2012	2013	2014
Samtliga unga vuxna, 18–24 år	9	8	8	8	7
Varav:					
Kvinnor, inrikes födda	6	6	6	5	5
Kvinnor, utrikes födda	24	22	21	21	21
Män, inrikes födda	7	6	5	5	5
Män, utrikes födda	25	23	22	24	24

Källa: Socialstyrelsen, Registret över ekonomiskt bistånd

Under 2014 hade drygt 2 procent av de unga (18–24 år) långvarigt bistånd (minst 10 månader per år). Andelen är densamma bland kvinnor och män. Bland dessa unga var arbetslöshet betydligt vanligare som försörjningshinder än bland de äldre.

### Långvarigt biståndsmottagande ökar

Andelen långvariga biståndsmottagare (bistånd i minst 10 månader under kalenderåret) ligger fortsatt på en hög nivå. År 2014 fick 38 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 38 procent inrikes födda och 62 procent utrikes födda. För utrikesfödda har vistelsetiden i Sverige en avgörande betydelse för biståndsmottagandets omfattning och längd. Ju kortare tid i Sverige, desto högre andel biståndsmottagande.

### Barn i hushåll med ekonomiskt bistånd

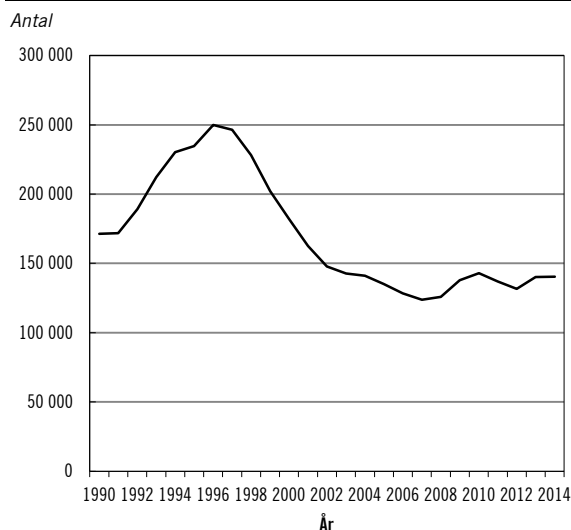
Antalet barn som levde i hushåll med ekonomiskt bistånd 2014 uppgick till ca 140 000, vilket var oförändrat jämfört med 2013. Se diagram 7.2. Andelen uppgick till 7 procent.

<sup>52</sup> Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2013 (Socialstyrelsen 2014).

<sup>53</sup> Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socialstyrelsen 2014).

Andelen barn som levde i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd uppgick till 2,6 procent.

**Diagram 7.2 Barn i hushåll med ekonomiskt bistånd**



Källa: Socialstyrelsen

#### *Färre ensamstående mödrar med ekonomiskt bistånd*

Under 2014 minskade andelen ensamstående mödrar med ekonomiskt bistånd. Andelen ensamstående mödrar med ekonomiskt bistånd uppgick till 21 procent av denna hushållstyp i befolkningen. Ekonomiskt bistånd är vanligast förekommande i denna hushållstyp. Under mitten av 1990-talet uppgick andelen till 37 procent av de personer som tog emot ekonomiskt bistånd. Drygt tio år senare hade andelen sjunkit till 19 procent, sannolikt till följd av det förbättrade läget på arbetsmarknaden. År 2008 började dock andelen att något öka igen. Motsvarande andel under 2014 är 8 procent för ensamstående män med barn och 3 procent för sammanboende par med barn.

#### *Fritidspeng*

En bestämmelse om fritidspeng infördes i SoL den 1 juli 2014. Enligt Socialstyrelsens enkät till kommunerna hade 74 procent av de kommuner som besvarat enkäten (svarsfrekvens 87 procent) betalat ut fritidspeng under perioden 1 juli till 31 december 2014.<sup>54</sup> Enligt rapporten har

fritidspengen exempelvis använts till avgifter för idrott, medlemskap i kulturskola eller musikskola och till inköp av utrustning förknippad med aktiviteten. Flertalet av kommunerna har betalat ut fritidspengen direkt till hushållen som därefter har verifierat kostnaden med kvitto från arrangören. Sammantaget hade 1 683 barn fått fritidspeng och genomsnittligt utbetalt belopp per barn uppgick till ca 1 000 kronor. Total utbetalt belopp uppgick till 1,7 miljoner kronor. Uppgifterna baseras dock på kommunernas egna uppskattningar vilket gör att de ska tolkas med försiktighet. Statsbidrag till kommunerna uppgick till 40,5 miljoner kronor under andra halvår 2014, beräknat på en målgrupp på ca 25 000 barn. Av Socialstyrelsens rapport framgår att kommunerna betonar vikten av att stärka barnens situation i hushåll med ekonomiskt bistånd. Flera kommuner menar att kriterierna för fritidspeng är alltför snäva, vilket gör att behoven hos många barn i ekonomiskt utsatta familjer inte går att tillgodose. Det finns kommuner som lyfter fram fördelar med riktade insatser som fritidspeng. Andra anser att en höjning av riksnormen i försörjningsstödet skulle vara att föredra i stället för fritidspeng.

#### **Missbruks- och beroendevården**

Den 1 november 2014 hade 19 030 personer en frivillig insats i form av bistånd som avser boende, individuellt behovsprövad öppen insats eller heldygnsvård och 324 personer var föremål för tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM. 1 november 2014 var totalt 2 418 personer inom heldygnsvård enligt SoL eller LVM och av dessa utgjorde kvinnor 27 procent. Jämfört med 2013 har antalet personer med insatser, förutom tvångsvårdade personer enligt LVM, minskat. Samtidigt ökade kommunernas kostnader för missbruks- och beroendevård och uppgick 2014 till 6,6 miljarder kronor.

Utvecklingen visar att antalet vårddyggn på institutioner för frivillig vård stadigt minskat. Under den senaste femårsperioden (2010–2014) minskade antalet vårddyggn med 9 procent. Minskningen förklaras både av att färre antal personer beviljats heldygnsvård och antal vårddyggn per inskrivning minskat. Även antal personer inom socialtjänstens öppenvård har minskat under perioden. När det gäller tvångs-

<sup>54</sup> Fritidspeng för barn i hushåll med försörjningsstöd. Beskrivning av kommunernas arbete med reformen (Socialstyrelsen 2015).

vård enligt LVM har antalet vård dygn ökat under senaste femårsperioden. Ökningen har skett i lika stor utsträckning bland både män och kvinnor.<sup>55</sup> Utvecklingen när det gäller hälso- och sjukvårdens insatser visar att under perioden 2010–2013 har antalet kvinnor och män som vårdas för alkoholrelaterade sjukdomar och alkoholförgiftningar ökat. Även antalet vårdade för narkotikarelaterade sjukdomar har ökat. Ökningen har skett bland både kvinnor och män, men ökningen har varit större bland kvinnor.

**Tabell 7.8 Kommunens kostnader för missbruksvård**

Miljarder kronor

	2010	2011	2012	2013	2014
Institutionsvård	2,5	2,5	2,6	2,7	2,9
Familjehemsvård	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Öppna insatser	3,1	3,2	3,2	3,3	3,5
<b>Totalt</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>	<b>6,2</b>	<b>6,6</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010 - 2014, Rikstotal, RS för kommuner.

### Samverkan

Sedan den 1 juli 2013 är landsting och kommuner ålagda att ingå överenskommelser om samarbete när det gäller personer med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning. År 2014 hade 15 landsting ingått överenskommelser med ungefär 40 procent av kommunerna. Spridningen är stor mellan länen avseende hur många kommuner som i dagsläget omfattas av en överenskommelse. Alla landsting utom ett har inhämtat synpunkter från brukare vid utformningen av överenskommelserna. När det gäller samverkan mellan huvudmännen på individnivå genom upprättande av samordnad individuell plan har 34 procent av kommunerna rutiner för att delge information om en sådan plan. Antal kommuner som har rutiner för samverkan inom socialtjänsten t.ex. med verksamheterna ekonomiskt bistånd, den sociala barn- och ungdomsvården eller äldreomsorgen har ökat under perioden 2011–2014. Vanligast är samverkan med ekonomiskt bistånd (70

procent) och minst vanligt är samverkan med äldreomsorgen (35 procent).<sup>56</sup>

### Tillgänglighet

I allt fler kommuner får den enskilde en tid till ett första besök till socialtjänsten inom tre dagar. Andelen har ökat från 4 procent 2011 till 16 procent 2014. Vanligast är att kommunen kan erbjuda ett första besök inom 4–7 dagar (63 procent). När det gäller stöd till närstående vuxna och barn erbjuder 70 procent av kommunerna stöd till vuxna anhöriga och 67 procent stöd till barn. Motsvarande siffror för beroendemottagningar som bedrivs gemensamt av kommun och landsting är 80 procent respektive 47 procent.<sup>57</sup>

### Kunskapsbaserad verksamhet

När det gäller användning av kunskapsbaserade metoder för bedömning och intervention visar en utvärdering av utvecklingsarbetet Kunskap till praktik (samarbete mellan regeringen och SKL åren 2009–2014) att användningen av sådana metoder inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ökat under perioden.<sup>58</sup> En majoritet av kommunerna (89 procent) anger att de använder standardiserade bedömningsinstrument som underlag för insatser och 38 procent följer upp insatser på individnivå. Endast 15 procent anger att de följer upp verksamhetens resultat på grupp nivå och drygt hälften av dessa har använt resultaten för verksamhetsutveckling. En större andel av beroendemottagningarna anger att de följer upp verksamheten på grupp nivå. Kommunernas samarbete med FoU-verksamhet, universitet eller högskola har minskat något sedan 2013. År 2014 uppgav 49 procent av kommunerna att de hade ett sådant samarbete.

### Statligt bedriven missbruksvård

SiS drev under 2014 elva institutioner med totalt 345 planerade platser för vård enligt LVM, detta är samma antal som 2013. Antalet vård dygn var

<sup>55</sup> Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser 2014 (Socialstyrelsen 2015).

<sup>56</sup> Öppna jämförelser 2014 Missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2014).

<sup>57</sup> Öppna jämförelser 2014 Missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2014).

<sup>58</sup> Utvärdering av Kunskap till praktik Slutrapport (Lunds universitet 2015).

156 815, vilket är en ökning med 17 procent jämfört med 2013. Kvinnor som vårdas med stöd av LVM har i genomsnitt något fler vårddygn än män och är i genomsnitt något yngre än männen. Antalet intagningar bland män ökade med 14 procent och bland kvinnor med 10 procent.

Majoriteten av de kvinnor och män som besvarat en intervju vid utskrivningen från SiS LVM-hem upplever att de fått ett bra bemötande vid ankomsten (67 procent) och de allra flesta har känt sig trygga under tiden de varit där (90 procent). När de tillfrågas om hur de trivts på institutionen svarar hälften av klienterna att de trivts bra, en dryg fjärdedel svarar att de trivts dåligt. Det klienterna oftast upplever som bra är institutionspersonalen. Nästan 70 procent av såväl kvinnorna som männen tycker att personalen tagit sig tid när de behövt prata. Majoriteten upplever också att de fått bra stöd av personalen (75 procent av kvinnorna och 66 procent av männen). Tre fjärdedelar av klienterna säger också att viljan att bli drogfri ökat under placeringen och majoriteten anser att LVM-placeringen varit nödvändig för att bryta deras missbruk.<sup>59</sup>

### Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Över hälften av kommunerna uppger att de har ett underskott på bostäder och att det är breda grupper som inte blir godkända på ordinarie bostadsmarknad. Cirka 40 procent av kommunerna har aktuella riktlinjer för bostadsförsörjningen.<sup>60</sup>

Den sekundära bostadsmarknaden, när kommunerna hyr eller äger lägenheter och hyr ut dessa till personer som av olika anledningar inte kan få en bostad på den ordinarie bostadsmarknaden, ökar. Nio av tio kommuner har en sekundär bostadsmarknad. Mellan åren 2008 och 2013 har antalet sociala hyreskontrakt ökat från 11 700 till 16 386. Det är en ökning med ca 45 procent på sex år. Antalet barn i den sekundära

bostadsmarknaden har ökat kraftigt från 1984 barn år 2011 till 4 789 barn år 2013.<sup>61</sup>

Boverket fick i regleringsbrevet för 2015 i uppdrag att beräkna och analysera kommunernas kostnader för den sekundära bostadsmarknaden och kommunernas kostnader för personer som inte har en egen bostad. Uppdraget redovisades till regeringen 31 augusti 2015. Enligt rapporten beräknas kommunernas kostnader för boendelösningar för hemlösa uppgå till 5,3 miljarder kronor årligen utifrån tillgängliga siffror om hemlöshetens omfattning. Enligt rapporten beräknas kostnaderna för den del av boendelösningarna som görs genom så kallade sociala kontrakt, dvs. den sekundära bostadsmarknaden, uppgå till 1,8 miljarder kronor per år utifrån aktuella siffror om den sekundära bostadsmarknadens omfattning.<sup>62</sup>

Antalet vräkningar fortsätter att minska. År 2013 verkställdes 2 532 vräkningar och år 2014 hade siffran sjunkit till 2 225. Även antalet barn som berörs av vräkningar har minskat från 504 barn år 2013 till 459 barn år 2014.<sup>63</sup>

**Tabell 7.9 Barn berörda av vräkning**

År	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Antal barn i registrerade ansökningar	2 274	2 570	2 722	2 277	2 380	1 978
Antal barn berörda av verkställda avhysningar	618	632	663	569	504	459

Källa: Kronofogdemyndighetens aktuella statistik.

Andel kommuner som har aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutat rutin för att förebygga vräkning av barnfamiljer har ökat från 39 procent år 2012 till 47 procent år 2014.<sup>64</sup>

I januari 2015 rapporterade länsstyrelserna ett regeringsuppdrag de haft under perioden 2012–2014 att stödja kommunerna i planeringen av arbetet med att motverka hemlöshet. Länsstyrelserna har gett stöd till kommunerna i att utveckla verktyg för att motverka utestängning

<sup>59</sup> Årsredovisning Statens institutionsstyrelse (Statens institutionsstyrelse 2014).

<sup>60</sup> Regionala bostadsmarknadsanalyser 2014 (Boverket 2014:35).

<sup>61</sup> Den sekundära bostadsmarknaden (Socialstyrelsen 2015).

<sup>62</sup> Kommunernas kostnader för boendelösningar till personer utanför den ordinarie bostadsmarknaden (Boverket 2015).

<sup>63</sup> Kronofogdemyndighetens aktuella statistik.

<sup>64</sup> Öppna jämförelser hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden (Socialstyrelsen 2014).



från bostadsmarknaden och hemlöshet. Exempel på det är: riktlinjer för bostadsförsörjningen, regional samverkan, ägardirektiv till allmännyttan och vråkningsförebyggande arbete.<sup>65</sup> Länsstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2015 i uppdrag att under 2015 ge fortsatt stöd till kommunerna för att underlätta inträde på bostadsmarknaden för resurssvaga kvinnor och män och för personer som i övrigt har svårt att varaktigt etablera sig på bostadsmarknaden, motverka hemlöshet och förebygga avhysningar med ett särskilt fokus på familjer med barn. Länsstyrelserna ska särskilt föra fram behovet av att i ägardirektiv även betona de kommunala bostadsföretagens sociala och allmännyttiga roll. Uppdraget ska redovisas till regeringen i januari 2016.

### Stöd till brottsutsatta

För fjärde året i rad har Socialstyrelsens genomfört Öppna jämförelser av kommunernas stöd till brottsutsatta. De flesta kommuner erbjuder biståndsbeslutade insatser till våldsutsatta vuxna (81 procent) och barn som utsatts för eller bevittnat våld (93 procent). 48 procent av kommunerna har kartlagt omfattningen av våld mot vuxna i kommunen och 56 procent kan ta fram uppgifter om antalet våldsutsatta och barn som bevittnat våld som fått insatser.

När det gäller våld i nära relationer är förändringarna jämfört med tidigare år är tämligen små och skillnaderna mellan länen är fortsatt stora på flera viktiga områden. Ett område där utvecklingen går långsamt är barns situation i skyddat boende. 2015 har 17 procent av kommunerna rutiner för att säkra barnens skolgång jämfört med 14 procent 2014. Till de positiva resultaten hör en fortsatt kraftig ökning av kommunernas användande av standardiserade bedömningsinstrument från 49 procent 2014 till 69 procent 2015 (37 procent 2013). Den kraftiga ökningen på relativt kort tid kan delvis förklaras av den satsning som genomförts inom det kompetensstöd som utvecklats av Socialstyrelsen och länsstyrelserna i samarbete inom

ramen för de årliga utvecklingsmedel som fördelas av Socialstyrelsen för att kvalitetsutveckla arbetet med våldsutsatta kvinnor och barn, barn som bevittnat våld samt våldsutövare.

En positiv utveckling är också att allt fler kommuner följer upp resultaten av biståndsbeslutade insatser på individnivå. När det gäller våldsutsatta vuxna har siffran ökat från 31 procent 2014 till 36 procent 2015, och när det gäller våldsutsatta barn och barn som har bevittnat våld från 51 procent 2014 till 55 procent 2015.

Områden där utvecklingen går långsamt eller inte förändrats alls är t.ex. uppföljning och dokumentation. Det är exempelvis väldigt få kommuner som gör systematiska uppföljningar av resultaten på gruppnivå. Siffran ligger oförändrat på 6 procent både när det gäller barn och vuxna.

#### *Stödinsatser för våldsutsatta barn*

Socialstyrelsen har under året avrapporterat ett uppdrag att utveckla bedömningsinstrument och stödinsatser för personer utsatta för våld av närstående (dnr S2012/04385/FST). På uppdrag av Socialstyrelsen har en forskargrupp undersökt stödet till barn som upplevt våld i familjen. Gruppen har också utvecklat och prövat en metod för att samla in underlag för att bedöma risken för att barn ska utsättas för våld i sin familj. Resultatet visar att det borde göras risk- och skyddsbedömningar i ca tio procent av alla nya ärenden inom BUP och Socialtjänsten samt i en majoritet av de ärenden där barn har kontakt med skyddade boenden eller andra institutioner. Hög arbetsbelastning, personalomsättning och bristande beredskap att hantera våld hindrar dock såväl BUP som socialtjänsten från att genomföra kartläggning och intervjuer, vilket gör det svårt att identifiera de barn som behöver insatser. Brister i samverkan mellan olika instanser gör också att även när en kartläggning av barnets psykiska ohälsa genomförs är det sällsynt att resultatet påverkar valet av insats för barnet.

#### *Insatsen Skyddat boende*

Socialstyrelsen har tagit fram ett antal kvalitetsindikatorer för att kontinuerligt kunna följa och utvärdera insatsen skyddat boende på nationell nivå. Indikatorerna mäter bl.a. personaltillgång, tillgänglighet och omfattningen av kunskapsbaserad verksamhet. En undersökning som genomfördes vintern 2014–2015 och som

<sup>65</sup> Hemlöshet – en fråga om bostäder (Länsstyrelserna 2015).

omfattar 130 boenden, varav ca 78 procent drevs av ideella föreningar, 15 procent av kommuner och 7 procent av privata aktörer, visar att de flesta skyddade boenden har en hög säkerhetsmedvetenhet, skriftliga rutiner inom flera viktiga områden och upprättar genomförandeplaner i enlighet med bestämmelserna i SoL. Områden för utveckling är, enligt Socialstyrelsen, samverkan både med andra enheter inom socialtjänsten och med polisen och hälso- och sjukvården.

#### *Arbete med våldsutövare*

Insatser till personer som utövat våld är en viktig del i det förebyggande arbetet mot våld i nära relationer. Socialstyrelsens Öppna jämförelser för 2015 visar att 62 procent av kommunerna har aktuell information om kommunens insatser till kvinnor och män som utövat våld, vilket är samma siffra som 2014. Socialstyrelsen som har haft i uppdrag att utveckla metoder och vägledning för arbetet med personer som utövar våld mot närstående kan delvis redovisa positiva resultat bl.a. när det gäller internetbaserad behandling och partnerkontakt. Partnerkontakt är en arbetsmetod för att värna om den våldsutsatta personens och dennes eventuella barns säkerhet under den tid våldsutövaren går i behandling för det våld han eller hon har utövat i relationen. Samtidigt visar erfarenheterna att det finns svårigheter att införa metoderna i socialtjänstens arbete och svårigheter att motivera målgruppen att medverka.

#### *Socialstyrelsens dödsfallsutredningar*

Varje år dödas i genomsnitt 5–6 barn och ca 17 kvinnor avlider till följd av ett brott av en närstående, enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) och Socialstyrelsens dödsfallsutredningar.

Sett ur ett längre perspektiv är det en relativt kraftig minskning av antalet dödsfall, men senare år har antalet dödsfall till följd av brott varit konstant för både barn och vuxna. Socialstyrelsen, som enligt lag ska utreda dödsfallen för att finna strukturella brister i myndigheternas hantering, rapporterar årligen till regeringen. Statskontoret har 2014 genomfört en granskning av utredningsverksamheten vid Socialstyrelsen. Granskningen ligger till grund för ett pågående arbete inom Regeringskansliet för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva genomföras för att effektivisera utredningsverksamheten.

#### *Utvecklingsmedel för kvalitetsutveckling av arbetet mot våld i nära relationer*

Socialstyrelsen har under perioden 2012–2014 haft regeringens uppdrag att fördela utvecklingsmedel för att ge stöd till våldsutsatta kvinnor, till barn som utsatts för eller bevittnat våld och till våldsutövare. Socialstyrelsen har vidare haft i uppdrag att tillsammans med länsstyrelserna skapa ett nationellt och regionalt kunskaps- och metodstöd för att utveckla kvaliteten i arbetet. För uppdragets genomförande har det årligen avsatts 109 miljoner kronor, varav 70 miljoner fördelats till kommunerna och 20 miljoner till ideella organisationer. En slutrapport av uppdraget, inklusive en oberoende granskning och brukarundersökning som genomförts av Umeå Centre for Evaluation Research (UCER) har lämnats till regeringen i maj 2015. Av redovisningen framgår att kommunernas arbete går framåt. Dock finns det betydande skillnader över landet när det gäller vilket stöd våldsutsatta barn och vuxna, barn som bevittnat våld samt våldsutövare kan få. Utvärderingen av medelsfördelningen till kommunerna visar också att de prestationsinriktade bidragen delvis kan ha bidragit till att befästa skillnader genom att kommuner som haft svårare att leva upp till prestationskraven, i mindre utsträckning tar del av utvecklingsmedlen. Även det resurskrävande ansökningsförfarandet och kraven på återrapportering kan ha avhållit kommuner från att söka.

#### **Prostitution och människohandel**

Uppdrag som genomförts för att kartlägga och samla kunskap om prostitutionens omfattning i Sverige och resultat av de insatser som genomförts för att utveckla samordning och samverkan mot människohandel redovisas under utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering.

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 i regleringsbrevet för 2015 förnyat uppdrag att fortsätta sitt arbete att på nationell nivå stödja

samordningen av arbetet mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål.

Länsstyrelsen i Stockholms län fick 2015 ett utvidgat uppdrag att samordna det arbete som bedrivs mot sådan människohandel som syftar till avlägsnande av organ, krigstjänst, tvångsarbete eller annan verksamhet i en situation som innebär nödläge för den utsatte. Regeringen anser att det är angeläget att barnrättsperspektivet uppmärksammas vid genomförandet av uppdrag om människohandel.

Länsstyrelsen i Stockholms län fick 2014 i uppdrag att utveckla samordningen och samverkan mot människohandel där barnperspektivet särskilt ska uppmärksammas (dnr S2014/01695/FST). En förbättrad samverkan mellan berörda myndigheter syftar till att förebygga och bekämpa människohandel och ökar möjligheterna att tidigt upptäcka och identifiera dels barn som är utsatta för eller riskerar att utsättas för människohandel, dels barn som är indirekt drabbade av människohandel. Uppdraget gäller även under 2015.

### 7.6.3 Analys och slutsatser

#### Barn- och ungdomsvården

Det sker mycket utvecklingsarbete i den sociala barn- och ungdomsvården. IVO:s tillsyn visar dock generellt på vissa svårigheter för kommunerna att leva upp till lagstiftningen gällande hantering av anmälningar och utredningar. Orsaken till detta beskrivs bl.a. vara problem med att rekrytera och behålla personal samt en stressig arbetssituation. Tillräcklig statistik saknas för att tillfredsställande följa utvecklingen, gällande såväl anmälningar som insatser. Avsaknaden av personnummer eller samordningsnummer för asylsökande barn och unga gör att kvalitetssäkrad statistik för placerade barn och unga inte kan redovisas. Det saknas kunskap kring om den sociala barn- och ungdomsvården ger flickor och pojkar likvärdigt stöd och skydd oavsett kön.

Den minskade personalstabiliteten tenderar att sprida sig till större kommuner från att varit mest förekommande i mindre kommuner. Attraktiviteten i yrket behöver stärkas och svårigheter att rekrytera personal med erfarenhet av yrket behöver motverkas. Socionomutbild-

ningen bedöms inte fullt ut rusta för arbetet inom den sociala barn- och ungdomsvården. Övergången från utbildning till yrkesutövning behöver överbryggas med bra yrkesintroduktion. Den relativt höga andelen socialsekreterare med kortare erfarenhet av yrket behöver tillgång till närvarande och aktivt ledarskap.

Iakttagelser från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården kommer vara betydelsefulla för att bidra till bättre kunskap om vilka åtgärder som behöver vidtas av olika aktörer för att utveckla verksamhetsområdet.

Regeringens satsningar på introduktion och kompetensutveckling för personal i den sociala barn- och ungdomsvården och uppdraget till den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården syftar till att bidra till att riksdagens mål om att stärka skyddet för utsatta barn ska uppnås.

BBIC har vidareutvecklats för att bidra till systematisk uppföljning och för att användas i socialtjänstens förbättringsarbete inom ramen för en evidensbaserad praktik. Det är viktigt att BBIC används i verksamheten och att kommuner använder resultaten från systematiska uppföljningar för verksamhetsutveckling.

Skolresultaten för placerade barn och unga är inte tillfredsställande. Att klara skolan är en viktig skyddsfaktor för framtida gynnsam utveckling.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver stärkas, bl.a. utifrån Socialstyrelsens redovisning av att användningen av psykofarmaka är mycket hög bland placerade barn och ungdomar i jämförelse med jämnåriga i befolkningen, se avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik.

#### *Mottagandet av ensamkommande barn*

Den stora ökningen av ensamkommande barn ställer höga krav på kommunernas mottagande. Cirka hälften av alla barn som placeras i HVB eller familjehem är ensamkommande och såväl placeringsformer som innehållet i det stöd som ges behöver vara anpassat för det individuella barnets behov i syfte att ge dem god integration för en gynnsam utveckling. Detta ställer krav på samverkan mellan socialtjänst, skolväsende, arbetsmarknadsåtgärder och civilsamhället. Nuvarande mottagningssystem ger inte kommunerna tillräckligt bra planeringsförutsätt-

ningar för ett långsiktigt mottagande av god kvalitet. Tillsynen av HVB visar att det är vanligare med brister vid HVB för ensamkommande barn än för andra HVB, vilket kan bero på det höga trycket på placeringsplatser som medfört en mycket snabb expansion av verksamheten.

#### *Den statligt bedrivna ungdomsvården*

Efterfrågan på platser inom SiS särskilda ungdomshem har ökat markant under 2014. SiS har öppnat tillfälliga platser men har i perioder inte alltid omgående kunnat anvisa plats vid förfrågan från socialtjänsten. Även differentieringen av ungdomsvårdens platser har medfört att SiS vid något tillfälle inte omedelbart kunnat anvisa plats anpassad efter den unges behov. En gemensam planering av vården, genomförande och vårdplanering efter avslutad vistelse mellan SiS och kommunens socialtjänst är avgörande för det långsiktiga resultatet.

#### **Familjerätt, internationell adoption och föräldrastöd**

Regeringen har sett behov av en förbättrad, effektivare och mer ändamålsenliga organisering på nationell nivå av frågor som rör vissa familjerättsliga frågor, internationella adoptioner och föräldrastöd. Med utgångspunkt i den remitterade departementspromemorian Samordnat ansvar för vissa familjefrågor (Ds 2014:17) har därför regeringen samlat det statliga ansvaret för frågorna i en myndighet. Förändringen redogörs närmare för i avsnittet Politikens inriktning.

#### *Familjerätt*

Antalet mål om vårdnad, boende och umgänge har ökat under de senaste åren. Det är en oroande utveckling bl.a. då allvarliga konflikter mellan föräldrar i många fall medför negativa konsekvenser för de barn som är involverade. En viktig uppgift för 2014 års vårdnadsutredning En utvärdering av 2006 års vårdnadsreform (dir. 2014:84) är att ta ställning till hur föräldrars möjlighet att nå samförståndslösningar i sådana mål kan utvecklas och förbättras. Utredningens förslag kommer att vara värdefulla bidrag till bättre kunskap om vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att undvika att konflikter mellan föräldrar hamnar i domstol.

Reglerna om vårdnad, boende och umgänge ska på ett ändamålsenligt sätt ta till vara barnets

rätt och göra det möjligt för barnet att komma till tals vid bedömningen av vad som är bäst för honom eller henne. Barnet behöver till exempel information för att kunna sätta sig in i frågan och överblicka konsekvenserna av ett eventuellt ställningstagande. Enligt rapporten Barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge (Socialstyrelsen 2014) behöver vissa kommuner utveckla sina metoder för barnsamtal, särskilt när det gäller små barn.

Om det framkommer att barn far illa ska domstol och socialnämnd alltid göra en riskbedömning. Det har dock gjorts gällande att riskbedömningar om att barnet far illa görs i för liten utsträckning och att de riskbedömningar som görs i vissa fall är bristfälliga. 2014 års Vårdnadsutredning (dir. 2014:84) har till uppgift att ta ställning till vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att riskbedömningar görs i tillräcklig utsträckning och att dessa bedömningar är av hög kvalitet. Utredaren ska bl.a. ta ställning till om det finns behov av att utveckla metodstöd.

#### *Internationell adoption*

Det kraftigt minskade antalet barn som adopteras till Sverige har visat sig ställa höga och ibland svårförenliga krav på huvudmän och auktoriserade adoptionssammanslutningar, t.ex. i fråga om adoptionsspecifik kompetens.

#### *Föräldrastöd*

Samverkan och kompetens hos föräldrastödjande aktörer har ökat, det finns ökad kunskap om stödets effekter och föräldrastöd används i ökad utsträckning som insats. Ökningarna har dock skett från relativt låga nivåer och det är många föräldrar som inte erbjuds stöd.

#### **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 och är i stort sett jämnt fördelat mellan män och kvinnor. Det krävs breda och långsiktiga lösningar för att motverka denna utveckling.

En särskild utredare har haft i uppdrag att utreda och föreslå hur stöd och krav avseende arbetslösa personer som tar emot ekonomiskt

bistånd kan utvecklas. Utredaren har lämnat sitt betänkande Arbetslöshet och ekonomiskt bistånd (SOU 2015:44).

Socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet (1 kap. 1 § SoL). Bestämmelsen om fritidspengen i SoL är utformad på ett sådant sätt att den begränsar barnets möjligheter att fritt välja aktiviteter.

Insatser ska vara av god kvalitet (3 kap. 3 § SoL). Det är därför angeläget att arbetet baseras på bästa tillgängliga kunskap om vilka arbetssätt och insatser som bidrar till långsiktiga lösningar på människors försörjningsproblem. Socialstyrelsens Öppna jämförelser kan bidra positivt till denna utveckling. Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla en modell för systematisk uppföljning av socialtjänstens arbete med mottagare av ekonomiskt bistånd (dnr S2014/06131/FST). Uppdraget pågår under två år och ska slutredovisas till Regeringskansliet senast den 15 juni 2016.

En sida av den fria rörligheten inom EES-området är att allt fler människor som lever i svår fattigdom och utanförskap i sina hemländer söker sig till Sverige i hopp om att hitta försörjning här. Kommunernas ansvar för personer som vistas tillfälligt i Sverige är begränsat och insatser till stöd för dessa personer ser olika ut.

### Missbruks- och beroendevården

Det krav på samverkan som infördes i SoL och hälso- och sjukvårdslagen fr.o.m. den 1 juli 2013 har fortfarande inte fått fullt genomslag i landet. I vissa län omfattas majoriteten av kommunerna av sådana överenskommelser, medan andelen är betydligt mindre i andra län. I några län saknas överenskommelser. Det är därför angeläget att huvudmännen fortsätter sitt utvecklings- och förankringsarbete för att utforma tydliga och ändamålsenliga överenskommelser med kommunerna i länet. Det har skett en positiv utveckling när det gäller samverkan inom kommunernas socialtjänst, men det finns behov av fortsatt utveckling av samverkan mellan missbruks- och beroendevården och äldreomsorgen, särskilt mot bakgrund av ökat riskbruk bland äldre. En samordnad individuell plan är angelägen för att individer med komplexa behov ska erbjudas samordnade insatser utifrån ett helhetsperspektiv.

För att ta till vara motivation till förändring är det viktigt att missbruks- och beroendevården är snabbt tillgänglig. Allt fler kommuner kan erbjuda ett första besök till socialtjänsten inom tre dagar från att den enskilde fått kontakt, men fortfarande erbjuder majoriteten av kommunerna ett första besök först inom 4–7 dagar.

Utvärdering av utvecklingsarbetet Kunskap till praktik visar en ökad användning av kunskapsbaserade metoder inom missbruks- och beroendevården. En majoritet av verksamheterna använder standardiserade bedömningsinstrument som underlag för insatser.

SiS verksamhet präglades av mycket hög beläggning 2014, vilket gjorde det svårt för myndigheten att erbjuda plats omgående. Det är svårt att hitta någon eller några enkla orsaker till förändringen. Andelen yngre ökar inom LVM-vården och dessa årskullar är stora. Klientgrupperna förändras och det finns i dag en större andel personer som missbrukar opiater jämfört med tidigare.

### Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Antal personer som berörs av vräkning minskade under 2014 vilket är positivt, inte minst när det gäller familjer med barn. Kunskapen om effektiva metoder och arbetssätt för att motverka och förebygga hemlöshet bedöms ha ökat genom insatser från den tidigare hemlöshetssamordnaren och genom länsstyrelsernas stöd till kommunerna för att motverka vräkning och hemlöshet.

Länsstyrelsernas fortsatta uppdrag att ge stöd till kommunerna i arbetet med att underlätta inträde på bostadsmarknaden, motverka hemlöshet och förebygga avhysningar syftar till att bidra till att riksdagens mål att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer uppnås.

Arbetet för att motverka hemlöshet är mer utvecklat i kommuner med bostadsbrist och där hemlöshet förekommer. Socialtjänsten tar genom s.k. sociala kontrakt och andra tillfälliga boendelösningar ett allt större ansvar för personer som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden. Trösklarna för att etablera sig på bostadsmarknaden är i flera fall höga och det ställs ofta krav på fast anställning och

inkomst som står i relation till hyran eller en kontantinsats till bostadslån.

Det saknas könsuppdelad statistik om hemlösheten vilket gör det svårt att analysera hemlöshetsfrågorna ur ett jämställdhetsperspektiv.

### Stöd till brottsutsatta

Socialstyrelsens Öppna jämförelser av kommunernas stöd till brottsutsatta visar att det pågår ett utvecklingsarbete inom flera viktiga områden, men fortfarande är skillnaderna mellan kommunerna stora. Ett område som uppvisar stora brister och där ingen nämnvärd utveckling skett över tid är stödet till barn som upplevt våld i familjen.

Den samlade utvärderingen av Socialstyrelsens uppdrag under perioden 2012–2014 att fördela utvecklingsmedel och tillsammans med länsstyrelserna skapa ett nationellt och regionalt kompetensstöd för att kvalitetsutveckla arbetet visar dock att en stabil struktur för kunskaps-spridning och normeringsarbete skapar bättre förutsättningar för att utveckla ett kvalitativt och likvärdigt stöd över landet till våldsutsatta kvinnor, till barn som utsatts för eller bevittnat våld och till våldsutövare.

Målet med utvecklingsmedlen till kommunerna har varit att kvaliteten i socialtjänstens stöd till kommunerna ska utvecklas och bli mer likvärdig över landet. Socialstyrelsens utvärdering av utvecklingsmedlen visar att kvaliteten har höjts. Det kunskaps- och metodstöd som Socialstyrelsen och länsstyrelserna har skapat på nationell och regional nivå har starkt bidragit till en positiv utveckling.

Det finns nu en struktur för att nå ut till professionen med normering och kunskapsstöd på området våld i nära relationer där Länsstyrelsernas roll som kunskapsförmedlare har blivit tydlig. Den bilden förstärks av den oberoende utvärdering av utvecklingsmedlen som genomförts. Den övergripande slutsatsen av Socialstyrelsens och länsstyrelsernas utvärdering är dock att även om kommunernas arbete går framåt, finns det fortsatt skillnader över landet.

Insatserna inom området har även haft betydelse för det jämställdhetspolitiska målet Mäns våld mot kvinnor, se utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering.

## Prostitution och människohandel

Länsstyrelsen i Stockholm har i uppdrag att under 2011–2015 arbeta med samordning för att motverka prostitution och människohandel för sexuella och andra ändamål där barnrättsperspektivet särskilt ska uppmärksammas. 2014 identifierades inom ramen för uppdraget 102 barn i åldrarna 3–17 år som möjliga offer för människohandel. Av dessa var flickorna främst utsatta för människohandel för sexuella ändamål medan pojkarna i högre grad var utsatta för kriminalitet, tiggeri och arbete. En tredjedel av barnen kom från länder inom EU och en tredjedel var ensamkommande asylsökande barn. Den kunskap som tagits fram behöver komma till användning inom alla de myndigheter och organisationer som möter barnen. Den stora ökningen av gruppen ensamkommande barn innebär en särskild utmaning.

## 7.7 Resultatredovisning – Personer med funktionsnedsättning

### 7.7.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De bedömningsgrunder som används för att redovisa resultat är följande:

- Öppna jämförelser inom området Stöd till personer med funktionsnedsättning,
- tillsyn av IVO, främst rapporterna Kan jag leva som andra? (2015) och Skapa trygghet utan tvång (2015),
- uppdragsrapporter, främst Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS – Delredovisning av regeringsuppdrag (Socialstyrelsen, 2015)
- uppföljningar och analyser, främst rapporter från Inspektionen för socialförsäkringen (ISF),
- antal personer med insatser enligt LSS och kostnader för detta,
- antal anmälningar enligt SoL och LSS,
- antal personer och antal beviljade timmar med assistansersättning och kostnader för assistansersättning, och
- antal personer som beviljats bilstöd och kostnader för bilstöd.

En rad olika åtgärder, såväl statliga som kommunala och landstingskommunala påverkar målpuppfyllelsen. 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 SoL och LSS, inklusive assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken, men även bilstöd och övriga statliga stöd. De insatser som görs inom dessa områden genomförs framför allt av kommuner som är huvudmän för insatser enligt SoL och LSS. Staten är ansvarig för assistansersättningen och bilstödet. Statens möjligheter att styra kommunerna – förutom genom lagstiftning – är genom tillsyn, öppna jämförelser, föreskrifter och allmänna råd, nationella riktlinjer och statliga satsningar som syftar till att främja bättre kvalitet i stödinsatserna.

### 7.7.2 Resultat

#### Insatser och kostnader enligt socialtjänstlagen och LSS

##### *Fler personer med insatser enligt LSS*

Insatser enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Enligt Sveriges officiella statistik Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS (Socialstyrelsen 2010, 2013 och 2014) fick fler personer insatser och antalet insatser enligt LSS fortsatte att öka. Den 1 oktober 2014 hade ca 67 400 personer insatser enligt LSS från kommunerna. Det var ca 2 000 personer fler än året innan och ca 5 300 fler än 2010. Av dem som fick insatser var 42 procent kvinnor och 58 procent män. Männen var fler än kvinnorna i nästan alla åldrar. Det var ingen skillnad jämfört med 2013 och 2010.

Sammanlagt beviljades ca 110 500 insatser från kommunerna till dessa personer. Det var ca 2 600 insatser fler än året innan och ca 4 500 fler än 2010.

De stödinsatser som ökade 2014 var framför allt bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet. Fördelningen mellan kvinnor och män för dessa insatser är i stort sett densamma som gäller för det totala antalet personer som har insatser. För stödinsatserna ledsagarservice, korttidsvistelse utanför det egna hemmet och korttidstillsyn för skolungdom över 12 år har tendensen varit minskande.

Cirka 31 600 LSS-insatser gavs till barn eller ungdomar 2014. Av dessa gavs 95 procent till barn eller ungdomar i åldrarna 7–22 år. Flickorna svarar för 37 procent av insatserna och pojkarna för 63 procent. För barn eller ungdomar i åldrarna 7–22 år var korttidsvistelse den vanligaste insatsen. Därefter följer insatsen korttidstillsyn för ungdomar över 12 år.

Antal timmar personlig assistans per vecka enligt LSS från kommunerna varierar från några enstaka timmar per vecka till upp mot 100 timmar per vecka. Enligt Lägesrapport 2015 (Socialstyrelsen) hade ca 25 procent av dem med personlig assistans enligt LSS beviljats högst 20 timmar per vecka och ca 75 procent hade över 20 timmar per vecka.

Kommunernas kostnader för LSS (inklusive de 20 första timmarna för den statliga assistansersättningen som beviljas av Försäkringskassan) uppgick 2014 till ca 45 miljarder kronor. Jämfört med 2010 har kostnaderna ökat med ca 7 miljarder kronor.

##### *Insatser enligt socialtjänstlagen*

Personer med funktionsnedsättning kan, utöver insatser enligt LSS, få insatser enligt SoL. Det avser dels personer som inte tillhör målgruppen i LSS, dels personer som behöver insatser enligt båda lagarna. Vanliga insatser enligt SoL är hemtjänst (ca 15 700 personer), boendestöd (ca 20 300 personer), trygghetslarm (ca 8 100 personer) och särskilt boende (ca 3 900 personer). Personer som fick insatser enligt SoL bodde vanligtvis i ordinärt boende. Fler kvinnor än män fick hemtjänst, boendestöd och trygghetslarm enligt SoL. Däremot beviljades fler män än kvinnor bostad med särskild service. Antalet inom parentes avser den 1 oktober 2014 enligt registerdata från Socialstyrelsen. Jämfört med året innan ökade antalet personer för varje angiven insats.

Kommunernas kostnader för insatser enligt SoL och kostnader för hälso- och sjukvård för de vårdinsatser som kommunerna svarar för uppgick 2014 till 12,1 miljarder kronor vilket kan jämföras med 9,1 miljarder kronor 2010.

### 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 och 2015 redovisas här.

#### *Hög kompetens hos LSS-handläggare*

Kompetensen inom socialtjänstens handläggning av LSS är fortsatt hög, och i oktober 2014 utfördes 94 procent av samtliga handläggningstimmarna av handläggare med socionomexamen. Andel timmar LSS-handläggning utförda av handläggare som arbetat längre än ett år uppgick till 79 procent.

För att öka kunskapen om rättssäker handläggning och om lagens möjligheter att ge den enskilde goda och jämlika levnadsvillkor har Socialstyrelsen haft i uppdrag att från universitet och högskolor samt enskilda utbildningsanordnare upphandla en utbildning för handläggare av ärenden enligt LSS. Första utbildningsomgången startade hösten 2014. Enligt en lägesrapport Nationell LSS-utbildning för handläggare (Socialstyrelsen, oktober 2014) hade 261 personer anmält sig till utbildningen hösten 2014.

#### *Bostäder med särskild service enligt LSS*

I 98 procent av boendeenheterna (gruppboendestäder och serviceboendestäder) som tillhandahöll bostäder med särskild service enligt LSS hade samtliga kvinnor och män i november 2013 en särskilt utsedd stödperson bland personalen som tog ett ansvar för den enskilda personen. I 96 procent av enheterna hade samtliga boenden privat badrum och privat kök. I 90 procent av gruppboendestäderna hade de boende tillgång till ett gemensamt vardagsrum dygnet runt.

I 84 procent av boendeenheterna hade samtliga boende aktuella genomförandeplaner. Samtliga personer med en aktuell genomförandeplan hade varit delaktiga i utformandet eller uppföljningen av planen i 88 procent av boendeenheterna. En genomförandeplan tydlig-

gör 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 för denne är med och upprättar planen stärker den enskildes inflytande.

För att främja ökad delaktighet kan boendeenheterna bedriva olika former av aktiviteter. I 45 procent av boendeenheterna genomfördes gemensamma möten minst en gång i månaden och i 22 procent av enheterna fanns en förslagslåda där de boende kunde lämna synpunkter och önskemål.

I 60 procent av enheterna hade samtliga i personalgruppen som varit anställda minst ett år en aktuell och individuell kompetensutvecklingsplan. Vid 73 procent av enheterna fanns en aktuell och skriftlig rutin vid händelse av våld mellan brukare.

#### *Daglig verksamhet och möjlighet till arbete*

Insatsen daglig verksamhet enligt LSS bör enligt lagens förarbeten generellt ha som mål att utveckla deltagarnas möjligheter till förvärvsarbete. Endast en mindre andel kommuner (17 procent) hade en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för att minst en gång per år pröva möjligheten till arbete eller praktik. Andelen ökade under 2014. Drygt 10 procent av kommunerna hade haft personer som gått från daglig verksamhet till någon form av skyddat arbete (OSA anställningar och anställningar hos Samhall AB) och 22 procent av kommunerna hade haft personer som gått från daglig verksamhet till förvärvsarbete.

För personer med psykiska funktionsnedsättningar, som haft biståndsbedömda sysselsättningsinsatser enligt SoL, var andelen högre. I 26 procent av kommunerna hade någon gått till skyddat arbete och i 35 procent av kommunerna fanns det personer som gått till förvärvsarbete.

Andelen kommuner som erbjuder insatser för att bidra till en meningsfull sysselsättning (strukturerad sysselsättning, öppen verksamhet och arbetslivsinriktad rehabilitering) för personer med psykisk funktionsnedsättning ökade under 2014. Resultaten visar att i oktober 2014 erbjöd 89 procent av kommunerna strukturerad sysselsättning, 80 procent erbjöd öppen verksamhet och 39 procent erbjöd arbetslivsinriktad rehabilitering.



### *Den enskilde kunde oftast påverka valet av ledsagare*

Ledsagarservice kan vara en betydelsefull insats för att öka delaktigheten i samhället. Insatsen ska ha karaktären av personlig service och anpassas efter de individuella behoven. I 96 procent av kommunerna kunde den enskilde i oktober 2014 påverka vem som skulle vara ledsagare. I 83 procent av kommunerna betalade kommunerna för ledsagarnas omkostnader.

### *Brister i kommunernas uppföljning av beslut*

Det är av stor betydelse att fattade beslut följs upp för att säkerställa att de som får insatser enligt LSS får sina behov tillgodosedda och att de genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Den totala andelen beslut om LSS-insatser som följdes upp inom ett år under 2014 ökade. 34 procent av besluten om bostad med särskild service, 57 procent av besluten om ledsagarservice och 37 procent av besluten om daglig verksamhet följdes upp inom ett år. Variationerna över landet var kraftiga. Störst skillnader fanns i storstadsregionerna, där mellan 0 och 100 procent följdes upp inom ett år.

Ett 70-tal kommuner följer inte upp något beslut om bostad med särskild service och ett 40-tal följer inte upp något beslut om daglig verksamhet inom ett år.

### *Överenskommelser om samverkan*

Många personer med funktionsnedsättning behöver insatser från flera aktörer, och stödet behöver ofta samordnas. För detta behövs rutiner för samverkan. Allt fler kommuner har samverkansöverenskommelser. Ökningen är särskilt stor när det gäller överenskommelser med barnhabiliteringen och barnpsykiatrien, där andelen enligt Lägesrapporten för 2015 nära fördubblats under de senaste tre åren. Däremot är andelen låg när det gäller samverkan i enskilda ärenden med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, 19 procent. Andelen ökade något under 2014.

## **Tillsyn**

### *Låg kunskap om lex Sarah*

De flesta anmälningar rör, enligt Socialstyrelsen, bemötande och beviljade insatser som är felaktigt utförda. Även fysiskt våld och övergrepp från personal eller medboende förekommer, liksom psykiska övergrepp och kränkningar. De allvarliga missförhållanden som anmäls enligt lex Sarah beror enligt IVO oftast på brister i rutiner och riktlinjer.

Kunskapsnivån om lex Sarah är fortfarande låg i verksamheterna, enligt den senaste tillsynsrapporten från IVO. Myndigheten redovisar i rapporten Skapa trygghet utan tvång (2014) att personalen i verksamheterna inte alltid tänker på att tvångs-, skydds- och begränsningsåtgärder skulle kunna innebära risk för ett missförhållande, och således borde rapporteras.

### *Hänsyn tas som regel till barns och ungdomars åsikter och synpunkter*

IVO konstaterar i Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprovning verksamhetsåret 2014 att bostäder för barn eller ungdomar enligt LSS för det mesta fungerar bra. IVO bedömer att en majoritet av verksamheterna tar hänsyn till barns och ungdomars åsikter och synpunkter. Av de inspekterade verksamheterna bedöms 86 procent göra det fullt ut, medan resterande verksamheter åtminstone delvis tar hänsyn till barnen och de ungas åsikter. Kunskapen om att den unge bör ha en genomförandeplan är enligt IVO väl etablerad. Men verksamheterna behöver ändå förbättra innehåll samt användande och uppföljning av genomförandeplanerna.

### *Både positiva inslag och brister i inspekterade bostäder för vuxna*

Under 2013 och 2014 har IVO genomfört tillsyn av 30 kommunala bostäder med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning i 30 kommuner. Syftet med tillsynen var att granska hur verksamheterna arbetar för att brukarna ska komma till tals, bli lyssnade till och utöva

inflytande över insatsernas genomförande. I rapporten *Kan jag leva som andra?* (2015) redovisas att brukarna trivs i bostäderna. Personalen i verksamheten är engagerad och arbetar stödjande när det handlar om personernas behov och önskemål. Det finns i många bostäder också väl utvecklade mötesformer som stärker brukarnas delaktighet, inflytande och självbestämmande. Brister som observerats är att en tredjedel av boendena samlokaliseras med exempelvis särskilt boende för äldre och dagverksamhet med inriktning mot demenssjukdom. Personal vid flera boenden behöver en tydligare inriktning i sin utbildning för att garantera att brukarna får stöd, service och omsorg utifrån sina behov. I flera verksamheter har IVO även konstaterat att bemanningen är bristfällig och behöver ses över.

#### *Olaga tvång och begränsningar i boenden enligt LSS*

IVO har på uppdrag av regeringen granskat verksamheter där vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas, bl.a. bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS (dnr S2014/08615/FST). I rapporten *Skapa trygghet utan tvång* (2014) konstateras att det är en stor utmaning för personalen att ge personer med nedsatt beslutsförmåga så mycket frihet och självbestämmande som möjligt. För detta krävs enligt IVO personal med rätt kompetens och utbildning. I granskningen har IVO konstaterat en tydlig skillnad i kompetens och metodmedvetenhet mellan å ena sidan särskilda boenden för äldre och demensboenden och å andra sidan LSS-boenden. LSS-boenden bemannas med personal med lägre kompetens än i övriga boenden trots att människor ofta lever större delen av sitt liv i dessa boenden. Det framkom även att det fanns störst brister i LSS-boendena när det gällde skriftliga rutiner eller riktlinjer på området skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder.

IVO har också kunnat konstatera att det förekommer olagliga tvångs- och begränsningsåtgärder i form av kollektiva begränsningar i de boendes hemmiljö. Det kan avse lås på kylskåp, frys, lådor och skåp i gemensamma lokaler. Andra tvångs- och begränsningsåtgärder som förekommer är inlåsning, omhändertagande av mobiltelefon och användande av positioneringsbälte. IVO har identifierat att det många gånger handlar om ett glapp mellan de teoretiska

kunskaperna om hur tvångs- och begränsningsåtgärder är reglerade i lagarna och hur de sedan tillämpas i praktiken.

De allra flesta av verksamheterna har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete där riskanalys och uppföljning av verksamheten ingår.

#### **Kartläggningsuppdrag**

##### *Insatser enligt LSS är inte likvärdiga*

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen kartlagt och analyserat ett antal insatser enligt LSS (dnr S2014/00177/FST). I rapporten *Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS* (Socialstyrelsen, 2015) konstaterar myndigheten att insatserna ledsagarservice, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet, bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt LSS inte är likvärdiga i landet. Kommunerna avgränsar insatserna på olika sätt. De insatser som innehåller flest avgränsningar är ledsagarservice men avgränsningen av insatsens omfattning, dvs. hur ofta och i vilken omfattning insatsen ges, varierar mest för insatsen korttidsvistelse. En stor del av riktlinjerna innehåller avgränsningar som är formulerade så att de riskerar att bli styrande. Det finns därför en risk att kommunerna inte gör en individuell bedömning av den enskildes behov.

För att leva upp till målsättningen att den enskilde ska få möjlighet att leva som andra behöver stödet och stödformerna, enligt Socialstyrelsen, ändras i takt med att samhället och livsvillkoren för människor i allmänhet förändras.

#### **Assistansersättningen**

Assistansreformen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med mycket omfattande funktionsnedsättningar.

Antalet assistansberättigade personer, som har legat relativt stabilt de senaste åren, ökade 2014 med ca 300 personer se tabell 7.10. Tendensen enligt Försäkringskassans prognos för innevarande år att antalet personer fortsatt kommer att öka. Även antalet timmar steg 2014 och prognosen är att de fortsätter att öka.

På grund av ökat antal timmar, ökat antal assistansberättigade personer och höjd schablon har kostnaderna ökat för assistansersättningen. År 2014 steg kostnaderna med ca 1,5 miljarder kronor. Sedan 2004 har kostnaderna ökat med ca 16 miljarder kronor, se tabell 7.10.

Kvinnor får assistansersättning i mindre omfattning än män och kvinnor får färre timmar än män. Förhållandet de senaste åren är 46 procent kvinnor och 54 procent män. När det gäller antalet timmar hade männen 3,5 timmar i veckan mer än kvinnorna i december 2014.

Inom ramen för ett uppdrag om jämställdhetsintegrering i 2014 års regleringsbrev har Försäkringskassan genomfört bl.a. en större analys när det gäller könsskillnader inom assistansersättning. Försäkringskassan kunde inte konstatera att de könsskillnader som finns i ersättningen beror på osaklighet i beslut, handläggning eller bemötande hos myndigheten. De iakttagelser som gjordes kräver dock, enligt

myndigheten, mer fördjupning för att säkert kunna dra några slutsatser i denna del.

Försäkringskassan har regeringens uppdrag att under 2015 analysera och redovisa orsaker till att det genomsnittliga antalet beviljade timmar per vecka och person som antalet personer inom assistansersättningen ökar (dnr S2014/02108/FST). Redovisningen ska vara uppdelad på kön, åldersgrupper och personkrets. Försäkringskassan ska även redogöra för regionala skillnader.

Regeringen har de senaste åren initierat ett antal uppdrag i syfte att få till stånd en bättre kontroll och en mer rättssäker hantering av ersättningen. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har även på eget initiativ genomfört ett antal granskningar. Nedan följer några resultat av ISF:s granskningar och ett kontrolluppdrag till Försäkringskassan.

**Tabell 7.10 Kostnader för assistansersättning, antal personer som hade assistans i december månad och antal beviljade timmar per vecka i genomsnitt samma månad 2004-2014**

År	Kostnad totalt (mdkr)	varav stat (mdkr)	varav kommun (mdkr)	Kostnadsökning jämfört med året innan (mdkr)	Schablonbelopp	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	205	12 500	99	97	101
2005	14,3	11,3	3,0	1,6	212	13 400	101	99	103
2006	16,1	12,9	3,2	1,8	219	14 100	103	101	105
2007	18,2	14,7	3,5	2,1	228	14 900	106	104	108
2008	19,9	16,0	3,9	1,7	237	15 300	108	107	110
2009	21,8	17,6	4,2	1,9	247	15 700	110	109	112
2010	23,2	18,9	4,3	1,4	252	15 900	113	112	114
2011	24,3	19,9	4,4	1,1	258	16 000	116	114	116
2012	25,9	21,4	4,5	1,6	267	15 900	118	117	120
2013	27,1	22,5	4,7	1,2	275	15 900	121	120	123
2014	28,6	23,8	4,8	1,5	280	16 200	124	122	126

Antal personer och antal beviljade assistanstimmar/vecka avser beviljad assistansersättning i december månad.

Källa: Årlig statistik från Försäkringskassan

*Kommunens kostnader för assistansersättningen*

ISF har i rapporten Kommunernas kostnader för assistansverksamhet (Rapport 2014:23) undersökt hur kommunerna följer upp vilka kostnader de använder assistansersättningen till och i vilken mån de drabbas av ett underskott eller får ett överskott. Granskningen visar att Försäkringskassan men framförallt SKL i sina prognoser för löner till personliga assistenter generellt ligger över utfallet. ISF konstaterar att kommunerna i allmänhet inte har en tillräckligt detaljrik redovisning för att kunna beräkna sina kostnader för den del av verksamheten som assistansersättningen ska täcka. Kostnadsläget varierar stort bland kommunerna och flera kommuner uppger att deras kostnader för att utföra personlig assistans understiger timschablonen. Det finns enligt ISF skäl för regeringen att ompröva den nuvarande konstruktionen baserad på en timschablon.

*Återkrav i assistansersättningen*

ISF har i en skrivelse Återkrav i assistansersättning (2014) analyserat den nuvarande hanteringen av återbetalning av assistansersättning och de problem den medför. ISF konstaterar att återkravsutredningar avseende assistansersättning i stora delar inte följer Försäkringskassans styrande dokument för hur en återkravsutredning ska genomföras. Den nuvarande formen för utbetalning av assistansersättning, där assistansersättning betalas ut i förskott, svarar också dåligt mot reglerna om återkrav i socialförsäkringsbalken, är krånglig att administrera för myndigheten och brister i transparens för de försäkrade. ISF anser därför att det är positivt att Försäkringskassan avser att införa efterskottsbetalning av ersättningen.

*Bättre kontroll*

Försäkringskassan har på uppdrag av regeringen redovisat ett antal åtgärder för att säkerställa en bättre kontroll och en mer rättssäker hantering av assistansersättningen. (dnr S2014/00398/FST). Av redovisningen Försäkringskassans arbete för att åstadkomma bättre kontroll och större rättsäkerhet i administrationen av assistansersättningen, framkommer bl.a. att det finns brister i de medicinska underlagen som behövs vid bedömning av rätten till assistansersättning. Myndigheten anser även att underlagen för de fördjupade medicinska utredningarna behöver justeras för att ge den medicinska information som behövs inom assistansersättning. För att

öka kvaliteten i de medicinska underlagen kommer Försäkringskassan ta fram ett läkarutlåtande för assistansersättning, genomföra en granskning av medicinska underlag inom assistansersättning och fortsätta att samverka med hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan planerar enligt redovisningen att genomföra en övergång från förskottsbetalning till efterskottsbetalning eftersom efterskottsutbetalning av assistansersättning är huvudregel enligt socialförsäkringsbalken. Vidare planerar Försäkringskassan en utveckling av smarta kontroller och en stor driftsättning av ett nytt it-stöd för assistansersättning. Det nya it-stödet ska innehålla ett handläggningsstöd som täcker upp lagkrav och maskinella kontroller.

För att verka för ökad likformighet i bedömningarna avser Försäkringskassan enligt redovisningen bl.a. att utöver beviljandefrekvenser och genomsnittligt beviljade assistanstimmar kontinuerligt följa upp beviljandet av dubbelassistans och förhöjt timbelopp för olika län/kontor. Ytterligare en åtgärd är fortsatta analyser av orsakerna till att vissa län/kontor över tid tenderar att i väsentligt högre respektive mindre utsträckning bevilja nya ansökningar respektive assistanstimmar.

**Redovisning av uppdrag att följa upp utfallet av Försäkringskassans beslut om assistansersättning**

ISF har haft i uppdrag att följa utfall av beslut om statlig assistansersättning (dnr S2012/03548/FST). Uppdraget delredovisades i december 2012 – Utfall av beslut om statlig assistansersättning, Rapport 2012:18. Resultatet och behov av åtgärder redovisades för socialutskottet i februari 2013 enligt ett tillkännagivande från riksdagen (bet. 2011/12:SoU13, rskr 2011/12:201). I slutet av oktober 2014 slutredovisade ISF uppdraget – Assistansersättning och kommunala stöd till personer med funktionsnedsättning, Rapport 2014:19. Den sammantagna bilden är enligt ISF att de som har störst behov också är de som får assistansersättning och att de flesta som blir av med sin assistansersättning får andra stöd. Nedan redovisas ytterligare resultat.

### *Nyansökningar*

Antalet nya ansökningar om assistansersättning har ökat under den studerade perioden. Samtidigt har andelen bifall på nya ansökningar minskat och från och med 2008 är andelen avslag större än andelen bifall. Bland de som fick avslag fanns personer som inte omfattades av personkretsarna för att beviljas assistansersättning eller insatser enligt LSS. En del ansökte inte heller för grundläggande behov. Det kan enligt ISF tyda på att en del ansökningar kan ha gjorts till följd av större medvetenhet om att ersättningen finns utan att ha kunskap om kriterierna för att beviljas ersättningen. En annan möjlig orsak till att andelen avslag ökade kan ha varit det successiva förtydligandet av hur de grundläggande behoven ska definieras och beräknas.

I genomsnitt hade ca 60 procent av dem som fick avslag minst en insats enligt LSS eller SoL nästföljande år.

### *Omprövningar*

Vid en omprövning var det vanligaste beslutet att det beviljades fler timmar per vecka. Endast en liten andel av de granskade besluten ledde till färre timmar per vecka.

### *Indragningar*

Antalet personer som får sin assistansersättning indragen har ökat de senaste åren framför allt 2008–2010. För 2011–2013 har antalet legat kvar på samma nivå. Det kan enligt ISF tyda på att bl.a. tvåårsomprövningarna nu bidrar till en högre nivå på antal indragningar. När alla ärenden är tvåårsomprövade borde antalet indragningar återigen minska och stabilisera sig på en lägre nivå.

Efter 2009 hade i genomsnitt knappt 75 procent någon insats enligt LSS året efter indragning, varav runt 70 procent i genomsnitt hade personlig assistans enligt LSS. Mellan 30 och 50 personer per år får varken insatser enligt SoL eller LSS nästföljande år. Det kan bero på att personen är i behov av sjukvård, att personens hälsotillstånd har förbättrats eller att Försäkringskassan har uppmärksammat ändrade förhållanden och att personen därmed inte har rätt till fortsatt stöd.

### *Orsaker till förändringarna*

ISF menar att det rättsfall som kom från Högsta Förvaltningsdomstolen 2009 (RÅ 2009 ref 57), och som slog fast hur grundläggande behov

enligt 9 a § LSS ska tolkas, kan ha påverkat utfallet av Försäkringskassans beslut. Det är dock oklart i vilken omfattning. En anledning är att Försäkringskassan sedan 2006 stegvis förtydligat hur de grundläggande behoven ska bedömas och beräknas. Försäkringskassan har under samma tidsperiod också vidtagit en rad åtgärder som möjliggör en alltmer enhetlig och likartad bedömning av rätten till assistansersättning.

Förtydliganden av hur bedömningen ska göras leder ofta till omfördelning av tid, främst mellan grundläggande behov och övriga behov.

### *Åtgärder*

Regeringen bedömer att ISF:s granskning har bidragit till ökad kunskap om utfallet av Försäkringskassans beslut om assistansersättning. Den har även bidragit till att klargöra om och i vilken utsträckning andra insatser getts till personer som fått sin assistansersättning indragen eller fått avslag på en ansökan. Redovisningen ger en komplex men också nyanserad bild av utvecklingen.

Som en direkt följd av ISF:s rapport har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och analysera insatsen personlig assistans enligt LSS eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans. Syftet är att få ökade kunskaper om personlig assistans som beviljas av kommunerna (dnr S2014/00177/FST). Uppdraget har redovisats den 1 september 2015.

Regeringen kommer att fortsätta arbetet i denna fråga, se Politikens inriktning. Riksdagen har i ett tillkännagivande till regeringen (bet. 2011/12:SoU13, rskr 2011/12:201) framhållit att det är angeläget att regeringen återkommer till riksdagen med en bedömning av att ISF:s redovisning och eventuella behov av åtgärder för att upprätthålla intentionerna i LSS. Regeringen bedömer mot bakgrund av ovanstående att tillkännagivandet är slutbehandlat.

### **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 föräldrar till barn med funktionsnedsättning beviljas bilstöd och det är vanligare att män får bilstöd än kvinnor.

Efterfrågan på bilstöd har ökat de senaste åren. Kostnaderna ökade fram till 2013 men avtog 2014. Det bidrag inom förmånen som står för den största ökningen är anpassningsbidraget. Ökningen kan delvis förklaras av den tekniska utvecklingen. Anpassningsbidragets andel minskade däremot något 2014 och utgjorde ca 73 procent av de totala kostnaderna. Både antalet personer som fick anpassningsbidrag och det utbetalade medelbeloppet minskade. I genomsnitt har medelbeloppet för anpassningsbidraget ökat med 6 procent de senaste tio åren, men 2014 minskade det med drygt 11 procent jämfört med 2013. En möjlig orsak till detta är de förändringar som skett vid bedömningen av anpassningsbidragets storlek, bl.a. ett förtydligande om hur kostnaden för anpassningen ska vägas in och att Försäkringskassan, i den mån det är möjligt, ska ha tillgång till kostnadsförslag från flera företag.

**Tabell 7.11 Antal personer som beviljats bilstöd 2008–2014, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper (%)**

	2008	2010	2012	2013	2014
Kostnader mkr	200	259	343	368	315
Personer som beviljats stöd	1 520	1 680	1 790	1 870	2 020
Andel stöd kvinnor, %	43	46	44	44	46
Andel stöd män, %	57	54	56	56	54
Grupp 1, %	22	27	31	32	30
Grupp 2, %	10	12	11	9	10
Grupp 3, %	17	16	17	16	15
Grupp 4, %	3	2	2	2	3
Grupp 5, %	47	44	38	42	43

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.

Regeringen har tidigare aviserat att det finns ett behov av att reformera bilstödet. Inom Regeringskansliet har det tagits fram en

promemoria – Ett reformerat bilstöd (Ds 2015:9) – som har remissbehandlats. Syftet med förslagen är att öka den enskildes incitament att köpa en bil som på förhand är utrustad, av högre kvalitet och därmed mer hållbar och trafiksäker, vilket leder till ett minskat behov av efteranpassad utrustning. Förslagen syftar även till att förbättra förutsättningar för konkurrens mellan utförare av anpassningsåtgärder. Bland annat ska kostnadsförslag från minst två utförare av en aktuell anpassning ligga till grund för beslut om anpassningsbidrags storlek och Försäkringskassan ska kunna neka anpassningsbidrag vid olämpligt fordonsval.

### 7.7.3 Analys och slutsatser

Det finns inget som tyder på att kommunerna generellt sett drar ned på insatser enligt LSS eller SoL. Kostnaderna ökar liksom antalet som får insatser. Däremot finns en tendens att vissa insatser minskar i omfattning, t.ex. ledsagarservice och korttidsvistelse. Socialstyrelsen har i en kartläggning och analys av insatserna ledsagarservice, bostad med särskild service, avlösarservice i hemmet och korttidsvistelse utanför det egna hemmet vidare konstaterat att insatserna inte är likvärdiga i landet. Kommunerna avgränsar insatserna på olika sätt. Tillsynen redovisar därutöver en del brister som bl.a. avser kompetensen hos personalen i särskilda boendeformer samt tvångs- och begränsningsåtgärder i vissa boenden.

Personlig assistans är för många människor med mycket omfattande funktionsnedsättningar 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 insatsen personlig assistans.

Regeringen ser problem med likvärdigheten inom LSS och assistansersättningen, liksom jämlikheten och rättsäkerheten. Stöden är inte alltid ändamålsenligt anpassade till olika former av funktionsnedsättningar och den tekniska utvecklingen som ägt rum inom området. Det finns inte heller tillräckligt goda alternativ till personlig assistans. Regeringen ser även problem med att det kan vara betydande skillnader mellan hur kvinnor och män, flickor och pojkar beviljas

stödinsatser. Kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen är starkt oroande. Volymökningarna har varit stora och betydande belopp har tillförts årligen. Det är angeläget att assistansersättningen görs ekonomiskt hållbar.

Även om kostnaderna för bilstödet sjönk förra året jämfört med tidigare år, är det fortsatt angeläget att bilstödet används mer effektivt. Det är även betydelsefullt att andra problem som har redovisats i utredningen om ett reformerat bilstöd åtgärdas.

## 7.8 Politikens inriktning

Socialtjänsten ska främja den enskilde individens ekonomiska och sociala trygghet och bidra till att skapa jämlikhet i levnadsvillkor. Politiken ska också bidra till jämställdhet genom att undanröja oskäligen skillnader baserad på kön gällande bemötande, behovsbedömning, innehåll och omfattning av socialtjänstinsatser. 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 förekommer skillnader i delaktighet och jämställdhet mellan kvinnor och män och flickor och pojkar inom ramen för socialtjänstens område. Regeringens uttalade politiska ambition är att minska oskäligen skillnader baserade på kön gällande bemötande, behovsbedömning och insatserns innehåll och omfattning inom socialtjänst eller verksamhet med stöd av LSS. Bedömningen av kvinnors, mäns, flickors och pojkars behov av stöd och omsorg ska vara jämlik och jämställd. Regeringen ser behov av att analysera skillnader i bemötande, bedömning och av insatser inom socialtjänstens område.

Inom flera yrken i socialtjänsten är det svårt att rekrytera personal och stora pensionsavgångar väntar. Regeringen har som ambition att föra en politik för ökad jämlikhet, jämställdhet och ökad sysselsättning. Därmed är satsningar inom social- och jämställdhetspolitik nödvändiga.

## Förbättrade förutsättningar för insatser av god kvalitet

Alla ska erbjudas en likvärdig socialtjänst där omsorgen och insatserna ges med respekt för individens specifika behov och integritet. Insatserna ska vara av god kvalitet. Genom evidensbaserad praktik baseras insatserna på bästa tillgängliga kunskap och bygger på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessutom ska de tillgängliga resurserna användas på ett effektivt sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga vård och omsorg till alla som har rätt till insatser från socialtjänsten. För att uppnå detta krävs att en rad förutsättningar är på plats. Regeringen stödjer på olika sätt en sådan utveckling. Ett viktigt steg är den förstärkning som sker i och med att kraven på den statliga styrningen med kunskap förtydligas och samverkan mellan myndigheter med centrala roller för denna styrning regleras i en förordning. Företrädare för kommuner och landsting ges härigenom formell delaktighet i statens styrning med kunskap. Målet är att en utvecklad samverkan mellan staten och ansvariga huvudmän i kommunsektorn ska bidra till bättre förutsättningar att uppnå en god kvalitet inom socialtjänsten.

De stödstrukturer som byggts upp i syfte att stödja kunskapsutvecklingen på regional och lokal nivå kan även fortsättningsvis vara en struktur som bidrar till att utveckla socialtjänstens verksamheter lokalt och regionalt. De regionala stödstrukturerna kan även fortsättningsvis fungera som ett forum för dialog mellan den nationella nivån och den lokala och regionala nivån. Att stödstrukturernas arbete med att stödja och ansvara för att tillgänglig och aktuell kunskap omsätts i praktiken samt att skapa förutsättningar för att systematisk kunskap kan genereras är en central del i arbetet mot en mer kunskapsbaserad socialtjänst.

Arbetet med Öppna jämförelser har en central roll i det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. De öppna jämförelserna innebär möjligheter till att både synliggöra vad som åstadkommit samt att redovisa hur verksamheter bör utvecklas för att förbättra resultaten. Öppna jämförelser syftar således både till att vara ett verktyg i förbättringsarbetet men också till att stärka den nationella kunskapsutvecklingen. Kvaliteten och användbarheten av Öppna jämförelser, uppföljningar och utvärderingar av verksamheterna avgörs i hög grad av vilket data-

underlag som finns tillgängligt. Öppna jämförelser behöver ses över ur ett jämställdhetsperspektiv och resultaten från den befintliga officiella statistiken behöver analyseras på ett mer jämställdhetsintegrerat sätt.

Vidare är det centralt att nationella kunskapsstöd omsätts i praktiken. Inom socialtjänstens verksamhetsområden saknas delvis tillräckliga förutsättningar för att utveckla kunskap och bedriva en effektiv verksamhetsutveckling, t.ex. i form av såväl tid och resurser för fortbildning, reflektion som dokumentation och forskning. Regeringen avser därför att på olika sätt förstärka dessa förutsättningar.

### **Kunskapssatsning inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning**

Regeringen avser att 2016 avsätta 200 miljoner kronor för en kunskapssatsning riktad till verksamheter inom äldre och funktionshindersomsorgen. Satsningen avser bl.a. komplettera bemanningssatsningen inom äldreomsorgen men också pågående utbildningsinsatser inom LSS området.

Satsningen kommer att möjliggöra stöd till kommunerna att fortsätta och utveckla kompetenssatsningar riktad till baspersonal inom äldre och funktionshindersområdet. Satsningen möjliggör även utvecklingsinsatser för att långsiktigt minska strategiskt viktiga kunskapsluckor bl.a. vad gäller det fallförebyggande arbetet och insatser inom demensområdet. Satsningen möjliggör också utvecklingen av en ny nationell utbildning riktad till baspersonal, särskilt inom funktionshindersområdet. Inom dessa insatser ska ett jämställdhetsperspektiv integreras, särskilt inom biståndsbedömningen där skillnader uppmärksammas.

### **Utveckling av samverkan med idéburna organisationer inom det sociala området**

De senaste årens arbete inom ramen för bl.a. överenskommelsen mellan regeringen, Sveriges Kommuner och Landsting samt de idéburna organisationerna inom det sociala området har inneburit en positiv, om än långsam, utveckling av antalet lokala och regionala överenskommelser om samverkan i sociala och andra frågor. Kunskapen är dock fortfarande för-

hållandevis låg bland statliga och kommunala myndigheter om vad överenskommelsen innebär och hur samverkan med idéburna organisationer kan se ut. Arbetet för att stärka de idéburnas roll som självständiga röstbärare och aktörer inom hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen behöver vidareutvecklas och effektiviseras. Regeringen avser att i nära dialog med de idéburna organisationerna se över formen och organisationen för hur detta kan ske.

### **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 stödja åtgärder riktade till de personer som vistas tillfälligt i Sverige. Målet är att insatserna ska bidra till att dessa personers förutsättningar för social delaktighet och egenmakt ska öka. Aktiviteterna inom ramen för fonden kan vara samhällsorienterade eller hälsofrämjande insatser. Insatserna ska anpassas för män och kvinnor utifrån målgruppens olika villkor. Ideell sektor och offentliga aktörer kan efter ansökan bli stödmottagare inom ramen för fonden. Fonden ska komplettera strukturfonderna. Svenska ESF-rådet är förvaltande myndighet för fonden.

Regeringen har även presenterat ett åtgärds paket som rör denna målgrupp, bl.a. har ett samarbetsavtal med Rumänien slutits (se närmare under 7.8.2).

#### **7.8.1 Omsorgen om äldre**

Vården och omsorgen om äldre kvinnor och män utgör en central del av välfärdspolitiken och berör många människor. Målsättningen är att äldre personer med behov av omsorg ska ha tillgång till en rättvis, likvärdig och jämlik äldreomsorg oavsett var i landet de bor.

Äldre har rätt att få och ska erbjudas omsorg utifrån sina individuella behov och på lika villkor för att kunna leva ett så tryggt, aktivt och meningsfullt liv som möjligt. Äldreomsorgen ska bygga på respekt för äldre kvinnors och mäns självbestämmanderätt och integritet vilket innebär att äldre kvinnor och män ska ha inflytande över sina liv och vara delaktiga i utformandet av



sin omsorg. Äldreomsorgen ska vara jämställd. Den omsorg som äldre kvinnor och män får ska vara av lika god kvalitet oavsett kön.

Regeringens äldrepolitik syftar till att säkerställa att dessa åtaganden följs och att de får genomslag i lagstiftning och andra offentliga åtaganden.

### **En nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen**

En nationell kvalitetsplan ska tas fram för äldreomsorgen. Syftet är att inom strategiskt viktiga områden långsiktigt säkra en god kvalitet och förstärkt effektivitet i äldreomsorgen. Utgångspunkter för arbetet är jämlikhet, trygghet, delaktighet samt inflytande. Arbetet ska stärka utvecklingen av en jämlik och jämställd äldreomsorg.

En utredare har bl.a. fått i uppdrag att föreslå åtgärder inom äldreomsorgen som höjer kvaliteten och ökar effektiviteten, tryggar personalförsörjningen, hittar flexibla former för beslut om äldreomsorg, ökar användningen av välfärdsteknologi och analyserar och ser över de särskilda boendeformerna (dir. 2015:72).

### **Ökad bemanning i omsorgen**

Regeringen avsätter 2 miljarder kronor per år 2016–2018 för att öka bemanningen med målet att höja kvaliteten inom äldreomsorgen, öka tryggheten för de äldre samt förbättra förutsättningarna för en jämställd, likvärdig och jämlik äldreomsorg i hela landet. Äldre personer i behov av vård och omsorg ska kunna lita på att vården och omsorgen är av god kvalitet och att det finns tillräckligt med personal med lämplig utbildning och erfarenhet för att utföra den. Många av de centrala faktorer som påverkar kvaliteten och effektiviteten inom äldreomsorgen är relaterade till bemanningen och tillgången till personal. Regeringens satsning består därför i att öka bemanningen inom äldreomsorgen.

En ökad bemanning inom äldreomsorgen kan skapa utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den äldre, men också ge större möjligheter för personalen att bidra till en gemensam utveckling av verksamheten. På så sätt kan satsningen bidra till att skapa trygghet och öka kvaliteten för de äldre. Att öka bemanningen kan

också förväntas bidra till en förbättrad arbetsmiljö för personalen.

### **Ökad attraktivitet för arbete inom äldreomsorgen**

Äldreomsorg är en personalintensiv verksamhet och tillgången till personal utgör en central faktor för kvaliteten och effektiviteten. Redan idag visar IVO:s tillsyn att många brister inom socialtjänsten kan kopplas till bristande personalkontinuitet och svårigheter med tillgång till rätt kompetens inom exempelvis äldreomsorgen. En förbättrad etablering av nyanlända kan bidra till att delvis tillgodose det kommande behovet av arbetskraft inom bl.a. äldreomsorgen. Andelen unga som söker till gymnasiets vård- och omsorgsprogram har stadigt sjunkit under en lång rad av år. För att klara personalförsörjningen är det en angelägen och prioriterad framtidsfråga att öka intresset för arbete inom äldreomsorgen.

Ökad attraktivitet handlar till stora delar om att kunna erbjuda ett kvalificerat arbete med goda möjligheter till personlig utveckling och en god arbetsmiljö med möjligheter att kunna påverka sin egen arbetssituation. Det handlar också om att allmänhetens bild - och i synnerhet unga människors bild av arbetet inom äldreomsorgen - i grunden behöver förändras. Dagens teknikutveckling och nya organisationslösningar skapar goda förutsättningar att göra arbetet inom äldreomsorgen till ett modernt yrke, vilket på ett tydligare sätt behöver kommuniceras ut till unga människor som står i begrepp att välja yrke. En modern arbetsplats bör även kännetecknas av en jämn könsfördelning och ökade ansträngningar behövs för att få fler män att arbeta inom äldreomsorgen.

Regeringens avsikt är att inom ramen för kvalitetsplanen främja en god framtida personalförsörjning.

### **Stärkt stöd till personer med demenssjukdom**

Demenssjukdomarna har omfattande konsekvenser för den enskilde, för närstående och för hela samhället. För att möta behovet hos målgruppen och de samhällsekonomiska konsekvenserna av det snabbt ökande antalet personer som lever med demenssjukdom krävs en bred kunskapshöjning i samhället. Samord-

ning av och ett mer strukturerat och målsatt utvecklingsarbete behöver också komma till stånd mellan de många samhällssektorer och aktörer som berörs av frågan. Regeringen avser att avsätta medel 2016–2018 för att genomföra ett kartläggningsarbete i syfte att få underlag för att bygga upp ett långsiktigt, målinriktat och koordinerat arbete inom demensområdet.

### Fallskadeförebyggande arbete

Fallolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall, flest antal inläggningar på sjukhus och flest antal besök på akutmottagningar. Under 2013 omkom 1 662 personer i fallolyckor, över 70 000 blev inlagda i sluten sjukhusvård och över 270 000 uppsökte ett akutsjukhus efter att ha skadats i fallolyckor. Fallolyckor är också en av de olyckstyper som ökar snabbast av alla. Samhällskostnaderna för fallolyckor uppgick 2012 till 24,6 miljarder kronor.

Kunskaper om hur fallskadorna bland äldre kan förebyggas eller minskas behöver få bättre spridning. Regeringen avser därför att avsätta medel för 2016–2018 för fallskadeförebyggande arbete.

### Investeringsstöd till bostäder för äldre

Befolkningen har ökat kraftigt i Sverige och bostadsbyggandet behöver öka avsevärt för att möta behovet av bostäder. Medellivslängden ökar och andelen 65 år och äldre förväntas utgöra ca 23 procent av den totala befolkningen 2030. Regeringen har därför aviserat insatser för att stimulera ett ökat bostadsbyggande, se vidare utgiftsområde 18 Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande samt konsumentpolitik. I denna bostadspolitiska satsning ingår investeringsstöd för hyresbostadsbyggande, kommunala incitament för ett ökat bostadsbyggande, stöd till renovering och energieffektivisering i det befintliga beståndet samt stöd till äldre bostadsbyggande.

Tillgången till bostäder för äldre är en central fråga för att klara den demografiska utvecklingen. Tillgången till en plats i särskilt boende är central för den som behöver sådan. Det behöver även finnas ändamålsenliga bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden för

att säkerställa äldre personers olika behov. Regeringen avser därför att införa ett nytt investeringsstöd. Stödet ska stimulera ombyggnation och nybyggnation av särskilt boende samt bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden som riktar sig till personer över 65 år. Denna del av stödet begränsas till hyresbostäder. Stödet ska även lämnas för att främja kvarboende för äldre genom mindre anpassningar av gemensamma utrymmen i det befintliga bostadsbeståndet. Denna del omfattar fastigheter där bostäderna är upplåtna med hyres- eller bostadsrätt. Syftet med investeringsstödet är att öka antalet bostäder för äldre och därigenom förbättra tillgängligheten samt öka möjligheterna till gemenskap och trygghet för äldre personer.

## 7.8.2 Individ- och familjeomsorg

### Barn- och ungdomsvården

Regeringens mål att Sverige ska vara ett av de bästa länderna att växa upp i är utgångspunkt för den sociala barn- och ungdomsvården. Verksamhetsområdet har en viktig uppgift att utjämna skillnader så att flickor och pojkar får likvärdiga och jämställda uppväxtvillkor. Tidiga insatser i samverkan mellan exempelvis socialtjänst, förskola/skola samt hälso- och sjukvård kan vara avgörande för att främja goda levnadsvillkor för flickor och pojkar och vända en negativ utveckling för en enskild individ.

Samhället har ett extra stort ansvar för flickor och pojkar som växer upp i samhällets vård. Den sociala barn- och ungdomsvården är en viktig aktör, men helhetsperspektiv och samverkan med bl.a. hälso- och sjukvård och förskola/skola är viktigt för att ge ett sammansatt stöd till flickor och pojkar, unga män och unga kvinnor, i utsatta livssituationer.

Regeringens målsättning är att regionala och lokala skillnader i tillgång till stöd till barn och unga i utsatthet ska minska och regeringen avser att stödja kommunernas arbete med att utveckla verksamheten med mål att nå ett likvärdigt stöd över hela landet.

För att stödja kommunerna i deras arbete med att göra socialtjänsten mer känd och tillgänglig för barn och unga har Socialstyrelsen och Barnombudsmannen i uppdrag att utforma anpassad information till barn och unga som bygger på

barnens erfarenheter och bl.a. tillgängliggöra informationen på en nationell webbplats. Myndigheterna har också i uppdrag att utforma en modell för att lyssna på barn i familjehem. Målsättningen är att på ett kontinuerligt och strukturerat sätt inkludera barnens upplevelser och förslag till åtgärder i det långsiktiga utvecklingsarbetet. Myndigheterna ska lämna en redogörelse för utvecklingsarbetet senast den 1 december 2015. För regeringen är det angeläget att fortsatt stärka barnperspektivet och synliggöra flickors och pojkars egna erfarenheter för en trygg och säker vård.

#### *Kompetens och stabilitet*

Arbetet med flickor och pojkar som far illa eller riskerar att fara illa är ett av socialtjänstens svåraste uppdrag. För de anställda inom socialtjänsten handlar arbetet många gånger om att göra kvalificerade bedömningar och fatta svåra, och för flickor och pojkar och deras föräldrar, mycket ingripande beslut. Det kräver goda förutsättningar. Samtidigt rapporteras om svårigheter att rekrytera och behålla erfaren personal, och om tidsbrist och stress i arbetet. Det är angeläget att vända utvecklingen och förbättra förutsättningarna att göra ett bra arbete. Regeringens satsar därför 250 miljoner kronor per år 2016–2019 för att förbättra förutsättningarna för socialtjänstens arbete i den sociala barn- och ungdomsvården. Medlen ska i huvudsak gå till att stärka bemanningen, samt till satsningar på kompetens och kvalitet. Det är viktigt att beakta de iakttagelser som den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården gör inom ramen för sitt uppdrag.

Regeringen ser det som angeläget att fortsätta satsningen på kompetensutveckling och ge stöd till huvudmännen i syfte att bidra till trygg och säker vård för flickor och pojkar och ökad kompetens och stabilitet hos personalen. En utbildningssatsning planeras starta 2016 med tillgång till vidareutbildning för socialsekreterare och arbetsledare.

Glappet mellan den kunskap som socionomutbildningen ger och den kompetens som behövs för yrkesutövningen i den sociala barn- och ungdomsvården behöver minska. Från och med 2016 kommer Socialstyrelsen tillhandahålla ett webbaserat stöd till yrkesintroduktion som kan användas lokalt och regionalt i yrkesintroduktionsprogram.

#### *Ensamkommande barn*

Det stora antalet ensamkommande barn innebär ett stort åtagande för kommunerna för att uppnå ett bra långsiktigt mottagande. Det är angeläget att ensamkommande barn alltjämt placeras utifrån vad som är det bästa för barnet och att samverka mellan berörda myndigheter intensifieras. Regeringen ser det som angeläget att det finns goda förutsättningar för ett bra mottagande och vill stärka kommunernas förutsättningar att ge insatser av god kvalitet för de barn och ungdomar som söker skydd i Sverige. (Se vidare under utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering). Regeringen anser att samverkan mellan myndigheter utgör en viktig faktor i stödet till utsatta barn.

För att underlätta kommunernas mottagande vill regeringen förenkla regelverket, minska den administrativa bördan samt förbättra planeringsförutsättningarna för kommunerna. Differentierade schabloner för statlig ersättning för boendekostnader vid mottagande av ensamkommande barn kommer att införas. Schablonerna ska ge förutsättningar för att kvalitet, trygghet och säkerhet i boendet för ensamkommande barn säkerställs utifrån gällande lagstiftning. Därutöver föreslår regeringen flera åtgärder med syfte att förbättra kommunernas möjligheter att ta emot nyanlända flyktingar och skapa bättre förutsättningar att ge praktiskt stöd och hjälp i anslutning till mottagandet. Bland annat höjs den generella ersättningen till kommunerna för mottagandet av nyanlända. (Se vidare under utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering.)

#### *Stärkt barnrättsperspektiv i tvångsvård*

Utredningen om tvångsvård för barn och unga (LVU-utredningen) lämnade i februari 2014 delbetänkandet Boende utanför det egna hemmet (SOU 2014:3) med bl.a. förslag på en ny placeringsform, boende för stöd och tillsyn (stödboende). Stödboende är bl.a. tänkt att kunna vara en lämplig placeringsform för de ensamkommande barn och unga som inte har ett vård- och behandlingsbehov utan mer behov av boende, stöd av olika slag och tillsyn.

För närvarande bereds inom Socialdepartementet en lagrådsremiss avseende införandet av stödboende inom Socialdepartementet. En proposition planeras att lämnas till riksdagen under hösten 2015. Regeringen

bedömer att lagändringar kan träda i kraft under 2016.

I juni 2015 lämnade utredningen slutbetänkandet Barns och ungas rätt vid tvångsvård (SOU 2015:71). Förutom förslag till ny lag, som tydligare utgår från barns och ungas rättigheter, har utredningen lämnat förslag inom en rad områden, bl.a. hälso- och sjukvården, beslutsprocessen i socialnämnd och domstol, skyddsåtgärder vid de särskilda ungdomshemmen, trygghet och stabilitet för långsiktigt placerade barn, ett förbättrat stöd till barn som lämnar samhällsvården och uppföljning och utvärdering av vården. Slutbetänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### *Den nationella samordnaren för den sociala- barn och ungdomsvården*

Den nationella samordnarens uppdrag fortsätter under 2016 och hon ska regelbundet rapportera till barn-, äldre- och jämställdhetsministern vilka iakttagelser hon gör utifrån sina kommunbesök. Samordnarens iakttagelser kommer att vara betydelsefulla för att bidra till bättre kunskap om vilka åtgärder som kan behöva vidtas av olika aktörer för att utveckla området.

#### *Beläggningen på de särskilda ungdomshemmen*

SiS behöver ha kapacitet för att ta emot ungdomar när efterfrågan är som störst. Under 2014 och 2015 har efterfrågan ökat så markant att SiS under perioder har haft svårt att omedelbart anvisa plats. Regeringen kommer särskilt följa beläggningssituationen på hemmen. Det är också angeläget att SiS fortsätter att stärka samarbetet med kommunens socialtjänst för att få till en gemensam planering i varje ärende, det gäller såväl vårdplaneringen, genomförandet av vården som vårdplaneringen efter avslutad vistelse på SiS.

### **Familjerätt**

Regeringens mål om att Sverige ska vara ett av de bästa länderna för barn att växa upp i är en viktig utgångspunkt för de familjerättsliga frågorna. Verksamheten inom den kommunala familjerätten bidrar till detta mål, särskilt när det gäller stöd till barn och föräldrar som är eller riskerar att bli involverade i allvarliga konflikter i samband med föräldraseparation.

En central uppgift för den kommunala familjerätten är att ge föräldrar som separerar

stöd och hjälp med att fatta välinformerade beslut med barnets bästa i fokus. Målsättningen är att bidra till att föräldrarna kan nå samförståndslösningar. I fall där detta inte är möjligt, och föräldrarnas konflikter måste lösas av domstol, ska familjerätten tillhandahålla underlag av sådan kvalitet att domstolarna kan fatta välgrundade och rättsäkra beslut med utgångspunkt i barnets bästa. Familjerättens verksamhet behöver därför bedrivas med metoder och arbetsformer baserade på beprövad och välgrundad kunskap.

Vårt samhälle rymmer olika typer av familjekonstellationer, något som påverkar det familjerättsliga arbetet. Mer än vart femte barn växer upp i en annan familjekonstellation än kärnfamiljen. Det finns ensamstående föräldrar, barn som bor växelvis, familjer som uppfattar sig som stjärnfamiljer eller regnbågsfamiljer och många fler konstellationer. Familjer lever även under olika villkor beroende på social bakgrund, ekonomisk situation, etnicitet och andra faktorer. En modern familjerätt behöver ha kunskap om de olika behov som barn och föräldrar har för att kunna bemöta och stödja barn och föräldrar utifrån denna kunskap. En modern familjerätt arbetar alltid med barnets bästa i fokus.

#### *Behov av ett samordnat kunskapsbaserat arbete med familjerättsliga frågor*

Den kommunala familjerätten är beroende av aktuell och väl grundad kunskap om metoder och arbetsformer, både vad gäller förebyggande insatser och utredning. Det kan handla om att bereda möjlighet för föräldrar att inom ramen för samarbetsamtal få bättre kunskaper i frågor som gäller barns försörjning. Ett annat exempel avser familjerättens arbete med riskbedömningar där kunskapsbehovet idag är stort. Det har bl.a. gjorts gällande att riskbedömningar om att barnet far illa idag görs i för liten utsträckning och att de riskbedömningar som görs i vissa fall är bristfälliga.

Utmaningen inom familjerättsområdet på statlig nivå handlar inte enbart om att stimulera utveckling av ny kunskap utan även om att förvalta och förmedla kunskap till profession och andra berörda aktörer. Som ett led i att effektivisera det kunskapsbaserade arbetet inom familjerättsområdet har regeringen samlat det statliga ansvaret för familjerättsliga frågor, familjerådgivning, föräldraskapsstöd och internationella adoptioner i en och samma myndig-

het. Som central kunskapsmyndighet på området har myndigheten en betydelsefull roll vad gäller såväl kunskapsutveckling som kunskapsförmedling. Förebyggande insatser riktade mot föräldrar som riskerar att hamna i allvarliga konflikter kommer att vara ett särskilt prioriterat område.

#### *Ett stärkt barnperspektiv inom familjerätten*

Bestämmelser som rör vårdnad, boende och umgänge ska präglas av ett tydligt barnrättsperspektiv. Det innebär bl.a. att den kommunala familjerätten och domstolar ska beakta barnets rätt att komma till tals i familjerättsliga ärenden. Här finns vissa utmaningar. Socialstyrelsen har i rapporten Barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge pekat på förbättringsområden såsom att yngre barn i vissa kommuner inte erbjuds enskilda samtal och att metoder och hjälpmedel för att underlätta för barnen att komma till tals inte används i tillräcklig omfattning. 2014 års Vårdnadsutredning har bl.a. i uppdrag att utreda hur barnets rätt att komma till tals kan stärkas. Utredningen lämnar sitt betänkande i oktober 2016.

Ytterligare en viktig fråga rör barnets rätt till umgänge med den förälder som han eller hon inte bor tillsammans med. Bättre information och ett mer ändamålsenligt umgängesstöd till föräldrar och barn kan bidra till att barns behov bättre tillgodoses.

#### **Internationella adoptioner**

Under den senaste tioårsperioden har det skett stora förändringar på det internationella adoptionsområdet. Adoptionsärendena är å ena sidan färre till antalet men å andra sidan mer komplexa. Det krävs därmed allt högre kompetens, något som har visat sig svårt att upprätthålla för aktörerna i adoptionsprocessen. På nationell nivå samlar regeringen mot den bakgrunden ansvaret för frågor om internationell adoption i en myndighet tillsammans med frågor om familjerätt och föräldraskapsstöd (se vidare 7.8.2 Ett samlat statligt ansvar för familjerättsliga frågor inom socialtjänsten, föräldraskapsstöd och internationell adoption).

#### **Föräldraskapsstöd**

Det är angeläget att skapa bättre förutsättningar för ett mer jämlikt, jämställt och tillgängligt föräldraskapsstöd. Det som regeringen tidigare kallade föräldrastöd kommer fortsättningsvis benämnas föräldraskapsstöd eftersom det stöd som avses är olika typer av stöd i utförandet av föräldraskapet. Förändringen sker i samband med inrättandet av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (se avsnitt 7.11). Familjer ser olika ut och har olika behov. Stödet behöver uppfattas som relevant och bättre svara mot behoven som finns i dagens moderna familjer. Föräldraskapsstödet behöver på ett tydligare sätt bidra till ett mer jämställt föräldraskap, inte minst genom att möta föräldrars behov av stöd i sin relation till varandra och i sina ambitioner att leva jämställt.

Barnets relation till sina föräldrar och föräldrarnas relation till varandra är avgörande för barnets utveckling och barnets möjligheter att tillgodogöra sig sina rättigheter. Barnets vårdnadshavare har huvudansvaret för att tillgodose dess behov och säkerställa de rättigheter som barnet har. Barn och unga själva anser att det viktigaste för att må bra är att ha föräldrar som engagerar sig, avsätter tid, bryr sig och lyssnar. Det är angeläget att föräldrars behov av stöd i föräldraskapet och i sin relation till varandra tillgodoses.

Föräldraskapsstöd kan beskrivas som en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva och sociala utveckling, som stärker föräldrars sociala nätverk eller relation till varandra.

Regeringens mål är att alla föräldrar ska erbjudas universellt och riktat stöd i föräldraskapet och i sin relation till varandra under barnets hela uppväxt. Målet är kopplat till regeringens övergripande mål om att Sverige ska vara ett av de bästa länderna att växa upp i.

Föräldraskapsstödsområdet är sektorsövergripande och kräver samordnade insatser på alla områden där föräldraskapsstöd berörs. Åtgärderna syftar till att skapa goda förutsättningar i samhället för sådana sektorsövergripande samordnade insatser på nationell, regional och lokal nivå.

Den regionala stödstrukturen för föräldraskapsstöd på länsstyrelserna fortsätter att byggas upp. Genom att samla familjerättsliga frågor inom socialtjänsten, föräldraskapsstöd och inter-

nationell adoption skapas en förbättrad, effektivare och mer ändamålsenlig organisering på nationell nivå.

### **Ett samlat statligt ansvar för familjerättsliga frågor inom socialtjänsten, föräldraskapsstöd och internationell adoption**

Regeringen aviserade i 2015 års ekonomiska vårproposition (2014/15:100) sin avsikt att samla det statliga ansvaret för vissa familjefrågor hos Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA), i enlighet med den överföring av medel från Socialstyrelsen respektive Folkhälso-myndigheten till MIA som riksdagen beslutat om (bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71). Regeringen har genom beslut om ändring i instruktionen för MIA (SFS 2015:390) samlat det statliga ansvaret för vissa familjefrågor hos MIA med ikraftträdande den 1 september 2015. I syfte att bättre spegla det utökade ansvarsområde som Myndigheten för internationella adoptionsfrågor har fått anser regeringen att myndigheten bör byta namn.

Sverige ska vara ett av de bästa länderna i världen att växa upp i. Ett samlat statligt ansvar för familjerättsliga frågor inom socialtjänsten, föräldraskapsstöd och internationella adoptioner ger bättre förutsättningarna för ett tydligt barnrättsperspektiv. Ett samlat ansvar ger bättre möjligheter för en helhetssyn på olika barnfamiljers situation, förutsättningar och behov med utgångspunkt i barnets bästa.

Ett samlat statligt ansvar i en och samma myndighet skapar dessutom bättre förutsättningar för ett mer jämlikt, jämställt och tillgängligt stöd till barn och föräldrar inom de berörda verksamhetsområdena som bättre svarar mot de behov som finns i dagens moderna familjer. Dagens familjer ser olika ut och har olika behov. Många barn växer t.ex. upp i en annan familjekonstellation än i kärnfamiljen. Det finns ensamstående föräldrar, barn som bor växelvis, stjärnfamiljer och regnbågsfamiljer m.fl. konstellationer. Det finns föräldrar som lever i socialt eller ekonomiskt utsatta situationer. Allt fler föräldrar i Sverige är i dag födda i utlandet.

### **Ekonomiskt bistånd**

Det ekonomiska biståndet är det yttersta skydds nätet för kvinnor och män som saknar andra möjligheter till försörjning. Många av de reformer som regeringen genomför, som till exempel höjt underhållsstöd för ensamstående, borttagande av den bortre parenteserna i sjukförsäkringen, höjd a-kassa och åtgärder för fler kvinnor och män i utbildning och jobb kommer leda till ett minskat behov av ekonomiskt bistånd. Regeringens insatser för att nå målet om EU:s lägsta arbetslöshet är därutöver de viktigaste åtgärderna för att minska behovet av ekonomiskt bistånd.

En grundpelare i SoL är att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet. Bestämmelsen om fritidspeng är emellertid utformad på ett sådant sätt att den begränsar flickors och pojkars rätt att fritt välja hur de vill använda sin fritid. Bestämmelserna om fritidspeng i SoL föreslås därför upphöra att gälla och de 81 miljoner kronor som avsatts för fritidspengen föreslås i stället användas för att höja barnnormen i försörjningsstödet. Därutöver satsar regeringen ytterligare 100 miljoner kronor för att höja barnnormen. Tillsammans med satsningar på musik- och kulturskolan, på idrottsföreningarnas verksamhet samt förbättringar av arbetslöshetsförsäkringen, slopad bortre tidsgräns i sjukförsäkringen, höjningen av underhållsstödet och grundnivån i föräldrapenningen ger detta förbättrade förutsättningar för barn i ekonomiskt utsatta familjer.

### **Sommarlovsstöd**

Alla barn ska ha möjlighet till bra aktiviteter på sommarlovet. Därför avsätts 200 miljoner kronor per år 2016–2019 för ett statligt sommarlovsstöd. Stödet betalas ut till kommuner som satsar på att utveckla kostnadsfria sommarlovsaktiviteter.

## Utsatta EES-medborgare i Sverige

Regeringen har presenterat ett åtgärds paket för utsatta EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige. Insatserna syftar till att bekämpa ut-satthet och tiggeri. Åtgärds paketet innehåller insatser för ökad samverkan inom EU och med Rumänien och Bulgarien. Ett samarbetsavtal har slutits med Rumänien. Avtalet omfattar tre samarbetsområden: barnrätt, jämställdhet samt sociala frågor i bred bemärkelse. Avtalet syftar till att byta erfarenheter och goda exempel mellan länderna och underlätta samarbete mellan frivilligorganisationerna i respektive land.

## Missbruks- och beroendevården

Vård och stöd av kvinnor och män med missbruk och beroende ingår i regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken, den s.k. ANDT-strategin. Övriga insatser inom ANDT-området beskrivs i avsnitt 5, Folkhälsopolitik.

En väl fungerande samverkan på både organisations- och individnivå liksom lättillgängliga insatser i form av s.k. lågtröskelverksamheter, har stor betydelse för att nå grupper som lever i en socialt och hälsomässigt utsatt situation till följd av tung beroendeproblematik, ofta i kombination med psykisk ohälsa. I prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården avviserar regeringen att det är angeläget att följa upp det krav på samverkan mellan huvudmännen som infördes i SoL och hälso- och sjukvårdslagen fr.o.m. den 1 juli 2013. Regeringen avser att i enlighet med tidigare regeringsbeslut (dnr S2014/02933/FST) under 2016 fortsätta stödja ett lokalt utvecklingsarbete som syftar till att stärka den medicinska säkerheten för personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

För att insatser ska samordnas och utformas utifrån varje persons specifika behov, krävs även samverkan på individnivå. Här utgör samordnad individuell plan (s.k. SIP) ett viktigt verktyg. Många kommuner och landsting arbetar redan idag systematiskt med att erbjuda kvinnor och män med sammansatta behov en sådan gemensam vårdplanering i enlighet med SoL och hälso- och sjukvårdslagen, men för att lagstiftningen

ska få fullt genomslag krävs en fortsatt implementering hos flera huvudmän.

Även inom socialtjänsten finns behov av en väl fungerande samverkan. Äldre personer, och framför allt äldre kvinnor, är en grupp med ökande riskfylld alkoholkonsumtion. Därför är samarbetet mellan missbruks- och beroendevården och äldreomsorgen ett angeläget utvecklingsområde. Under 2015 har regeringen fortsatt stödja utvecklingen av ett förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården. Kunskapen om hur riskbruk och beroende av både alkohol och narkotika påverkar närstående och särskilt barn har ökat och det är angeläget att denna kunskap genomsyrar den fortsatta utvecklingen inom området.

I april 2015 publicerade Socialstyrelsen reviderade riktlinjer för vård och stöd av personer med missbruk och beroende. Tre nya områden har inkluderats i de reviderade riktlinjerna – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser. Även närstående uppmärksammas. Dessa riktlinjer utgör en viktig utgångspunkt för en fortsatt utveckling inom området.

Spelberoende omfattas inte av riktlinjerna, men det finns evidens för att flera av de behandlingsmetoder som omfattas av riktlinjerna även är verksamma för behandling av spelberoende. Se även avsnitt 5, Folkhälsopolitik.

## Hemlöshet och utstängning från bostadsmarknaden

Regeringens arbete för att motverka hemlöshet har fokus på att underlätta inträdet på bostadsmarknaden och att undvika vräkning, framförallt avseende familjer med barn. Ett stort antal personer är beroende av hjälp av socialtjänsten för att hitta mer eller mindre tillfälliga boendelösningar. Regeringen ser behov av ett fortsatt arbete med att undersöka och förbättra förutsättningarna för etablering på bostadsmarknaden (se vidare utgiftsområde 18 Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande samt konsumentpolitik).

## Stöd till brottsutsatta

Det pågår ett viktigt arbete runt om i landet för att kvalitetsutveckla stöd till brottsutsatta, men

skillnaderna mellan kommunerna är stora. Bristande samordning av samhällets insatser innebär stora problem för dem som är utsatta för våld och i behov av stöd och skydd.

Regeringens bedömning är att det behövs en bättre samordning på för att öka effektiviteten, kvaliteten och långsiktigheten i kommunernas insatser för brottsutsatta.

Öppna jämförelser (Socialstyrelsen 2015) visar att det finns stora brister när det gäller socialtjänstens dokumentation och uppföljning av insatserna. Det är därför svårt att dra konkreta slutsatser om hur arbetet har bidragit till att utveckla stöd och skydd eller om det lett till minskat våld. Likaså saknas kunskap om hur man effektivt sprider metoder så de kommer till användning i kommunerna.

Det är regeringens bedömning att kunskapen om våld i nära relationer, om mäns våld mot kvinnor och om andra brottsofferfrågor behöver öka generellt i samhället. Socialtjänsten är en viktig aktör i detta arbete. Effektiva metoder för att förebygga och upptäcka våld och för att stödja och hjälpa dem som utsätts för våld behöver ges ökad spridning. Det är därför viktigt att det finns en långsiktig och stabil struktur för kunskapsöverföring och kompetensuppbyggnad. Regeringen avser därför fortsätta att avsätta utvecklingsmedel för att upprätthålla och vidareutveckla det kompetensstöd som Socialstyrelsen och länsstyrelserna har skapat på nationell och regional nivå.

Öppna jämförelser om brottsoffer visar för fjärde året i rad på allvarliga brister i kommunernas stöd till barn som utsatts för våld eller som har bevittnat våld. Insatser för att förbättra barnens situation är angelägna och har uppmärksamhets såväl i den nationella samordnarens slutbetänkande Våld i nära relationer – en folkhälsofråga (SOU 2014:49) som i betänkandet Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck (SOU 2015:55).

Socialstyrelsen bedriver, enligt lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall när barn avlidit till följd av brott och när vuxen avlidit till följd av brott av närstående eller f.d. närstående, dödsfallsutredningar. Utredningarna syftar till att ge underlag för förslag till åtgärder som förebygger att barn far illa och som förebygger att kvinnor och män utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller f.d. närstående.

Statskontoret, som har granskat utredningsverksamheten, konstaterar i sin slutrapport att det finns flera grundläggande problem med dagens verksamhet. Det pågår i Socialdepartementet ett arbete med att utreda vilka förändringar som behöver göras för att utredningsverksamheten avseende vissa dödsfall ska bli mer effektiv och ändamålsenlig.

## Prostitution och människohandel

Prostitution och människohandel berör många av samhällets områden, exempelvis rättsväsendet, migration, arbetsmarknad, hälso- och sjukvård, sociala frågor, mänskliga rättigheter och jämställdhet. Kunskap om förebyggande arbete och verk samma metoder för att utveckla stöd och skydd för dem som är utsatta behöver utvecklas. (Se vidare utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering). Flickor och pojkar som är eller riskerar att falla offer för människohandel behöver särskilt stöd och skydd.

### 7.8.3 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

Målen för funktionshinderspolitiken är tydliga. Kvinnor, män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att verka i vardagen på lika villkor vad gäller delaktighet och tillgänglighet. Hinder för människors delaktighet i samhället ska därför rivas. Det är en fråga om jämlikhet och rättvisa.

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). Regeringen ser arbetet med stöden till personer med funktionshinder som en viktig del av arbetet med att förverkliga FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. God kvalitet, kompetens, lika-behandling och rättssäkerhet ska prägla stöd-verksamheterna, liksom en helhetssyn när det gäller stöd och service till personer med funktionsnedsättning.



## Stöd och service enligt LSS och assistansersättning

LSS och särskilt assistansreformen har på ett avgörande sätt förbättrat levnadsvillkoren för kvinnor, män, flickor och pojkar med omfattande funktionsnedsättningar. Assistansen har gett möjlighet till delaktighet i samhällslivet och bidragit till att livsförhållandena blivit mer jämlika för människor som har stort behov av stöd för att klara de grundläggande behoven. Regeringen anser därför att det är angeläget att värna dessa reformer.

LSS innehåller även nio andra stöd- och serviceinsatser. Regeringen anser att det är angeläget att dessa är ändamålsenligt utformade för dem som inte är berättigade till personlig assistans och att dessa insatser också kan utgöra fullgoda alternativ till personlig assistans.

Regeringen kan dock konstatera att det finns ett antal problem. Det rör bl.a. kostnadsutvecklingen och bristfällig lagstiftning inom assistansersättningen, resursfördelningen mellan de kvinnor och män som får assistansersättning och de som beviljas andra insatser, insyn i utförande av personlig assistans för dem som beviljas assistansersättning samt rättssäkerhet, likvärdighet och kvaliteten i insatserna enligt LSS. Det finns även avgörande skillnader mellan flickor och pojkar samt mellan kvinnor och män när det gäller tillgång till och omfattning av insatser. Problemen i LSS och assistansersättningen gör att en översyn av lagstiftningarna behövs och regeringen kommer därför att fortsätta arbetet i denna fråga.

### *Assistansersättningens nivå*

Regeringen anser att schablonbeloppet för timersättningen till utförare av personlig assistans (räknat per timme) ligger för högt (se anslag 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning).

Regeringen avser att korrigera detta de närmaste åren. För att uppnå en stabil och förutsägbar förändring kommer schablonbeloppet att för varje år räknas upp med 1,4 procent.

### *Kompetenssatsning för handläggare*

För verksamhet som regleras enligt LSS pågår en kompetenssatsning för handläggare. Utbildningen omfattar 7,5 högskolepoäng med tonvikt på den allmänna inriktningen i LSS samt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Regeringen avser att

fortsätta denna satsning (se även avsnitt 7.8 under rubriken Kunskapsinsats inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning).

Socialstyrelsen har även i uppdrag att utveckla och sammanställa ett kunskapsunderlag när det gäller stöd till personer med funktionsnedsättning. I uppdraget ingår att planera för att på ett ändamålsenligt sätt sprida den kunskap som tas fram till berörda aktörer. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2015.

## 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.

Regeringen avser att under våren 2016 lämna en proposition till riksdagen om förändrade regler i bilstödet.

## 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 framgångsrik då den minskar behovet av tvingande åtgärder, ökar kvinnor och mäns välbefinnande och utvecklar personalens arbetssätt.

Regeringen har beviljat Minneskliniken vid Skånes Universitetssjukhus medel för att under 2015 utveckla och implementera ett stödverktyg, likt BPSD-registret, inom verksamheter där det bor och vistas kvinnor och män med kognitiv funktionsnedsättning. Samtidigt har Socialstyrelsen 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

Sverige ska vara ett av världens bästa länder att växa upp i för alla flickor och pojkar. I dag skiljer

sig förutsättningar och tillgång till rättigheter stort. Enligt flera studier upplever barn och unga med funktionsnedsättning en lägre grad av delaktighet och inflytande än andra barn och unga. Många upplever sig t.ex. ha mycket begränsat inflytande i beslut som rör deras liv. De upplever inte heller att skolan alltid ger dem det stöd de behöver. Många barn och unga vittnar också om en passiv fritid, och social isolering. (Handisam 2014). Hur barn och unga med funktionsnedsättning upplever sin situation skiljer sig även åt mellan flickor och pojkar.

Regeringen anser att det är angeläget att stärka kunskapen och medvetenheten om rättigheter bland flickor och pojkar med funktionsnedsättning men också bland deras föräldrar och andra vuxna som arbetar i deras närhet. Som ett led i detta avser regeringen att initiera en satsning som syftar till att stärka stödet till barn och unga med funktionsnedsättning.

Satsningen ska omfatta 1) en systematisk utvärdering och utveckling av befintliga samordningsmetoder i kommuner och landsting i syfte att uppnå en strukturellt stärkt samordning för barn och unga med funktionsnedsättningar som har flera stöd, omsorgs- och vårdkontakter. Satsningen avser därutöver att omfatta 2) metodutveckling kring ett strukturellt föräldrastöd samt till 3) utveckling av arbetsätt och metoder som ökar barnens och de ungas egna inflytande och självbestämmande. Fokus ska ligga på unga med funktionsnedsättning som är på väg ut i vuxenlivet.

### Hjälpmedel

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 därför ett arbete för att ta fram ett nationellt regelverk och ett samlat huvudmannaskap för hjälpmedel (se även avsnitt 6 Funktionshinderpolitik).

## 7.9 Lagförslag avseende avskaffande av fritidspeng enligt socialtjänstlagen

### Ärendet och dess beredning

I regeringens budgetproposition för 2015 föreslogs att den s.k. fritidspengen i SoL (2001:453), förkortad SoL, avskaffas fr.o.m. den 1 januari 2015. Vid riksdagens behandling av budgetpropositionen avstod socialutskottet från att behandla förslaget. I en promemoria (dnr S2015/03614/FST) som tagits fram inom Socialdepartementet föreslås ett avskaffande av den s.k. fritidspengen i SoL fr.o.m. 1 januari 2016. Promemorian har remissbehandlats. Det lagförslag som remitterats och remissinstanserna framgår av bilaga 2. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgängligt i Socialdepartementet (dnr S2015/03614/FST).

### Lagrådet

Förslaget till ändringar i SoL är av sådan karaktär att de i och för sig bör granskas av Lagrådet. Ett avskaffande av fritidspengen är dock författningstekniskt och även i övrigt av sådan beskaffenhet att Lagrådets hörande skulle sakna betydelse. Lagrådets yttrande över förslaget har därför inte inhämtats.

### Nuvarande reglering

I 4 a kap. SoL 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:** Majoriteten av de 36 remissinstanser som har yttrat sig är positiva eller har ingen uppfattning om förslaget som sådant. *Gnosjö kommun, Gullspångs kommun, Malmö kommun, Nässjö kommun, Simrishamns kommun, Södertälje kommun, Umeå kommun, Uppsala kommun, Akademikerförbundet SSR, Riksförbundet för frivilliga samhällsarbetare, och Landsorganisationen (LO), Sociala Missionen och Sveriges Kommuner och Landsting* är positiva till förslaget. Många remissinstanser framför emellertid att ett avskaffande av fritidspengen bör åtföljas av förstärkning av det ekonomiska biståndet för barn och att det är viktigt att denna höjning kommer barnen till del. Malmö kommun betonar vikten av en översyn av riksnormen för samtliga biståndsmottagare för att möjliggöra de positiva effekter som beskrivs som avsedda med förändringen. Simrishamns kommun ser positivt på förslaget då det bedöms i större omfattning ligga i linje med SoL:s intentioner om jämställdhet, självbestämmande och egenansvar än vad fritidspengen gör. Fritidspengen har p.g.a. sin detaljreglering varit svårarbetad, såväl informativt som administrativt, samtidigt som den också upplevts som en återgång till ”gamla tiders fattigvård”. *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget med förbehåll för att den bör ersättas av en särskild behovspost för barns särskilda behov i försörjningsstödet. *Barnombudsmannen* avstyrker förslaget och anser att målgruppen istället bör utökas och att det finns anledning att se över lagstiftningen för att stärka barnrättsperspektivet i handläggning av ekonomiskt bistånd. I en sådan översyn bör enligt *Barnombudsmannen* övervägas om fler bestämmelser som öronmärker stödinsatser riktade till barn bör införas utöver fritidspengen. *Myndigheten för delaktighet* avstyrker förslaget. *Myndigheten* menar att det behövs mer kunskap om vilka effekter dagens system med en särskild fritidspeng har för exempelvis barn med funktionsnedsättning, innan det finns möjlighet

att värdera behovet av förändringar. *Föreningen Sveriges Socialchefer* menar att fritidspengen bör vara kvar för en längre tid och att det är angeläget att på annat sätt säkra barns rätt till fritidsaktiviteter. *Justitieombudsmannen* förespråkar en annan utformning av övergångsbestämmelsen. *Inspektionen för vård och omsorg* anser att författningsförslaget bör ändras vad gäller det som sägs om lagakraft.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen föreslår att bestämmelserna om fritidspeng i 4 a kap. SoL ska upphöra att gälla. Den utformning som fritidspengen har överensstämmer inte med intentionerna i SoL och dess principer om den enskildes ansvar och självbestämmande. Regeringen föreslog i budgetpropositionen för 2015 att de medel som avsatts för fritidspengen i stället skulle användas för att finansiera en höjning av barndelen i riksnormen för barn i åldrarna 7–18 år. Regeringen har i 2015 års ekonomiska vårproposition (prop. 2014/15:100) aviserat att regeringen i budgetpropositionen för 2016 kommer att föreslå att bestämmelserna om fritidspeng upphör att gälla från och med den 1 januari 2016 och att medlen istället avsätts till att höja riksnormen för barn i åldrarna 7–18 år.

Enligt *Socialstyrelsens* enkät till kommunerna hade 74 procent av de kommuner som besvarat enkäten (svarsfrekvens 87 procent) betalat ut fritidspeng under perioden 1 juli till 31 december 2014. Enligt rapporten har fritidspengen exempelvis använts till avgifter för idrott, medlemskap i kulturskola eller musikskola och till inköp av utrustning förknippad med aktiviteten. Flertalet av kommunerna har betalat ut fritidspengen direkt till hushållen som därefter har verifierat kostnaden med kvitto från arrangören. Sammantaget hade 1 683 barn fått fritidspeng och genomsnittligt utbetalt belopp per barn uppgick till ca 1 000 kronor. Total utbetalt belopp uppgick till 1,7 miljoner kronor. Uppgifterna baseras dock på kommunernas egna uppskattningar vilket gör att de ska tolkas med försiktighet. Statsbidrag till kommunerna uppgick till 40,5 miljoner kronor under andra halvåret 2014, beräknat på en målgrupp på ca 25 000 barn och maximal ersättning om 3 000 kronor per år. För 2015 uppgår statsbidraget till 81 miljoner kronor.

Av *Socialstyrelsen* rapport framgår att kommunerna betonar vikten av att stärka barnens situation i hushåll med ekonomiskt bistånd. Flera kommuner menar att kriterierna för fri-

tidspeng är alltför snäva, vilket gör att behoven hos många barn i ekonomiskt utsatta familjer inte går att tillgodose. Det finns kommuner som lyfter fram fördelar med riktade insatser som fritidspeng. Andra anser att en höjning av riksnormen i försörjningsstödet skulle vara att föredra istället för fritidspeng.

Fritidspengen får endast betalas ut till barn i årskurs 4–9 och som lever i hushåll med försörjningsstöd i minst sex månader. Fritidsaktiviteterna ska vara regelbundna och ledarledda samt främja ett aktivt deltagande i samhällets gemenskap. Enligt regeringens mening är det av största vikt att barn i ekonomiskt utsatta familjer ges förutsättningar att utöva fritidsaktiviteter som andra barn. Det är emellertid viktigt att stödet till barn i ekonomiskt utsatta familjer utformas så att det möjliggör för familjerna att själv välja hur deras barn ska tillbringa sin fritid i stället för enligt vissa angivna kriterier. En generell förstärkning av det ekonomiska biståndet är därför att föredra.

Parallellt med de här föreslagna lagändringarna bedrivs därför ett arbete inom Regeringskansliet med förordningsändringar avseende riksnormen. Avsikten är att de medel som avsatts för fritidspengen i stället används för att förstärka det ekonomiska biståndet för barn i åldern 7–18 år.

*Barnombudsmannen* avstyrker förslaget och anser att målgruppen i stället bör utökas och att det finns anledning att se över lagstiftningen för att stärka barnrättsperspektivet i handläggning av ekonomiskt bistånd. Det är enligt regeringens mening viktigt att barnperspektivet tillämpas vid utredningar om ekonomiskt bistånd. I Socialstyrelsens allmänna råd 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 dessutom en rätt till bistånd till livsföringen i övrigt vilket innebär att socialnämnden kan ge bistånd till skäliga kostnader för t.ex. rekreation, om det finns särskilda skäl. Möjlighet finns t.ex. för den enskilde att ansöka om bistånd för att kunna betala en aktivitet i förskott som inte ryms inom en normal månadsbudget.

Det är angeläget att göra satsningar på andra områden i samhället som underlättar för både flickor och pojkar att bedriva en aktiv fritid och

inte minst viktigt är att underlätta för barn i ekonomiskt och socialt utsatta livssituationer. Regeringen föreslår därför att 100 miljoner kronor avsätts 2016 som bidrag för att främja låga taxor i den kommunala musik- och kulturskolan. Syftet med bidraget är att göra den kommunala musik- och kulturskolan mer tillgänglig och jämlik. Vidare har regeringen tillsatt en utredning med uppdrag att ta fram förslag till en nationell strategi för den kommunala musik- och kulturskolan (Dir 2015:46).

De ideella krafterna inom idrottsrörelsen och det breda föreningslivet gör ovärderliga insatser för att engagera och aktivera barn och unga. I budgetpropositionen för 2016 föreslår regeringen att stödet till idrotten ökas med 133 miljoner kronor för att hålla tillbaka avgifterna inom barn- och ungdomsidrotten och 64 miljoner kronor för att stärka förutsättningarna för nyanlända barn och ungdomar och vuxna att delta i idrottsaktiviteter (se utg. omr. 17, avsnitt 2.6.5). Regeringen föreslår också att 200 miljoner kronor årligen avsätts under 2016–2019 för ett statligt sommarlovsstöd. Stödet betalas ut till kommuner som satsar på att utveckla sommarlovsaktiviteter som är möjliga för alla att delta i, oavsett ekonomi (se utg. omr. 9, avsnitt 7.8.2)

## Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

---

**Regeringens förslag:** Lagförslagen träder i kraft den 1 januari 2016. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för en ansökan om ersättning för kostnader för barns fritidsaktiviteter som har kommit in före ikraftträdandet.

---

**Promemorians förslag:** Skiljer sig från regeringens förslag. Promemorians förslag innebär att äldre föreskrifter ska gälla för en ansökan som har prövats före ikraftträdandet och att detsamma gäller mål och ärenden om sådan ersättning till dess att domen eller beslutet har vunnit laga kraft.

**Remissinstanserna:** *Justitieombudsmannen* förespråkar en annan utformning av övergångsbestämmelsen. Justitieombudsmannen menar att det inte är helt enkelt att bilda sig en uppfattning om innebörden av den föreslagna övergångsbestämmelsen. Justitieombudsmannen exem-

plifierar med en situation då socialnämndens handläggning av en ansökan dragit ut på tiden och att nämnden inte hinner fatta ett beslut före den 1 januari 2016 eller att en domstol strax före årsskiftet 2015/16 har återförvisat en ansökan till nämnden för prövning i sak. Justitieombudsmannen framför att en sådan osäkerhet om hur övergångsbestämmelsen ska tillämpas torde kunna undvikas om man i stället låter de äldre bestämmelserna gälla beträffande en ansökan om fritidspeng som har gjorts före den 1 januari 2016. Inspektionen för vård och omsorg anser att formuleringen bör ändras avseende det som sägs om laga kraft.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2016. Regeringen föreslår övergångsbestämmelser som innebär att äldre föreskrifter fortfarande ska gälla för en ansökan om fritidspeng som har kommit in före ikraftträdandet.

Detta innebär även att obehörigen eller felaktigt utbetalad fritidspeng får återkrävas efter lagens ikraftträdande och att bestämmelserna om fritidspeng också ska tillämpas i mål och ärenden som avser sådana ansökningar om ersättning som har kommit in före lagens ikraftträdande.

Förutsättningarna för att få fritidspeng framgår av 4 a kap. 1 § SoL. Rätten till ersättning förutsätter bl.a. att det finns en kostnad för barnets deltagande i fritidsaktiviteter. Däremot anger inte bestämmelsen huruvida ersättningen ska betalas ut i förskott eller i efterskott mot uppvisande av kvitto eller liknande. Det är alltså upp till respektive socialnämnd att utforma egna administrativa rutiner för denna typ av ärenden.

Vid tillämpning av övergångsbestämmelsen är frågan huruvida kostnaden för barnets fritidsaktiviteter har uppkommit före eller efter ikraftträdandet av betydelse. Normalt torde en sådan kostnad kunna anses ha uppkommit i samband med att barnet påbörjat en avgiftsbelagd fritidsaktivitet. Enligt Socialstyrelsens enkät till kommunerna framgår att fritidspengen oftast utbetalas till den enskilde i förhand som sedan får verifiera kostnader i efterskott. Ett sådant förfarande torde underlätta för hushållet att betala för aktiviteten i förväg eller i samband med start och innebär också att hushållet inte behöver lägga ut egna pengar för avgiften i förhand. Vanligtvis utbetalas således fritidspeng för en aktivitet som ska påbörjas i nära framtid och inte en aktivitet som redan pågått under en tid.

## Följändringar

Till följd av förslaget om avskaffande av bestämmelserna om ersättning för barns kostnader för fritidsaktiviteter föreslås följändringar i 9 kap. 1 § SoL om återkrav m.m. och i 16 kap. 3 § SoL om överklagande och verkställighet av beslut. Borttagandet av bestämmelserna i SoL om fritidspeng kommer även att medföra följändringar i socialtjänstförordningen (2001:937).

## Konsekvenser

### *Ekonomiska konsekvenser*

I och med avskaffandet av fritidspengen kommer det bidrag på 81 miljoner kronor som betalas ut av Socialstyrelsen från anslaget 4.7 till kommunerna för detta ändamål att upphöra. Samtidigt upphör kommunernas kostnader för fritidspengen, varför förslaget sammantaget inte får några ekonomiska konsekvenser för kommunerna. Regeringen avser att istället använda medlen för fritidspeng till att höja riksnormen för barn i åldrarna 7–18 år.

### *Konsekvenser för det kommunala självstyret*

Förslaget innebär att ett åliggande för kommunerna tas bort vilket främjar det kommunala självstyret.

### *Konsekvenser för barnet*

Ett avskaffande av fritidspengen utan att samtidigt vidta andra åtgärder skulle i sig minska möjligheterna för barn i familjer med långvarigt försörjningsstöd att delta i fritidsaktiviteter. Parallellt med de här föreslagna lagändringarna bedriver därför regeringen ett arbete med förordningsändringar avseende riksnormen i försörjningsstödet, som innebär en förstärkning av det ekonomiska biståndet för barn. En höjning av barnnormen i försörjningsstödet ger barnfamiljer med tillfälligt behov av försörjningsstöd och inte endast barnfamiljer som lever i långvarigt biståndberoende en generell ekonomisk förstärkning. Dessa förordningsändringar bör planeras att träda i kraft samtidigt med de föreslagna lagändringarna. Detta ger, tillsammans med regeringens ovan nämnda insatser för att förbättra möjligheten att bedriva en aktiv fritid, på ett bättre sätt de ekonomiskt utsatta familjerna möjlighet att själva besluta om vilka fritidsaktiviteter som barnet ska delta i.

## Författningskommentar

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

### 9 kap. 1 §

Paragrafen har ändrats till följd av upphävandet av 4 a kap., dvs. med anledning av avskaffandet av bestämmelserna om ersättning för barns kostnader för fritidsaktiviteter. Övervägandena finns i avsnitt Förslag om ändring i socialtjänstlagen.

### 16 kap. 3 §

Paragrafen har ändrats till följd av upphävandet av 4 a kap., dvs. med anledning av avskaffandet av bestämmelserna om ersättning för barns kostnader för fritidsaktiviteter. Övervägandena finns i avsnitt Förslag om ändring i socialtjänstlagen.

## Övergångsbestämmelser

Bestämmelserna om ersättning för kostnader för barns fritidsaktiviteter ska upphöra att gälla vid utgången av december 2015. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för en ansökan om ersättning för kostnader för barns fritidsaktiviteter som har kommit in före ikraftträdandet.

Övergångsbestämmelserna innebär även 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 kommit in till socialnämnden före lagens ikraftträdande.

Förutsättningarna för att få fritidspeng framgår av 4 a kap. 1 § SoL. Rätten till ersättning förutsätter bl.a. att det finns en kostnad för barnets deltagande i fritidsaktiviteter. Däremot anger inte bestämmelsen huruvida ersättningen ska betalas ut i förskott eller i efterskott mot uppvisande av kvitto eller liknande. Det är alltså upp till respektive socialnämnd att utforma egna administrativa rutiner för handläggning av denna typ av ärenden. Vid tillämpning av övergångsbestämmelsen är således frågan huruvida kostnaden för barnets fritidsaktiviteter har uppkommit före eller efter ikraftträdandet av betydelse. Normalt torde en sådan kostnad kunna

anses ha uppkommit i samband med att barnet påbörjat en avgiftsbelagd fritidsaktivitet.

## 7.10 Nytt namn för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

### Ärendet och dess beredning

Mot bakgrund av de senaste årens stegvisa arbete med att reformera myndighetsstrukturen och effektivisera kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden identifierade regeringen i budgetpropositionen för 2014 ett behov av att analysera vissa angränsande familjefrågor (prop. 2013/14:1, utgiftsområde 9, Hälsovård, sjukvård och social omsorg, s. 181). Syftet med analysen var att belysa möjligheten till en mer ändamålsenlig och effektiv organisation inom berörda familjefrågor.

Inom Socialdepartementet har promemorian Samordnat ansvar för vissa familjefrågor (Ds 2014:17) utarbetats. Där föreslogs att Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) ombildas till att bli ansvarig myndighet för familjerättsliga frågor om vårdnad, boende och umgänge inom socialtjänsten samt därtill närstående frågor om förebyggande stöd i form av t.ex. samarbetsamtal och familjerådgivning, för frågor om fastställande av faderskap och föräldraskap samt för föräldrastödande insatser i olika sammanhang och för olika behov. Myndigheten föreslogs också överta Socialstyrelsens ansvar för frågor som internationell och nationell adoption. De lagförslag som remitterats framgår av Ds 2014:17, s.7 f.

Regeringen aviserade i 2015 års ekonomiska vårproposition (2014/15:100) sin avsikt att i enlighet med den överföring av medel från Socialstyrelsen respektive Folkhälsomyndigheten till MIA som riksdagen beslutat om (bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71) samla det statliga ansvaret för vissa familjefrågor hos MIA. Regeringen beslutade vidare om uppdrag till MIA om att förbereda inordnandet av aktuella uppgifter (dnr S2015/02884/FST) samt om uppdrag till Folkhälsomyndigheten (dnr S2015/02886/FST) och Socialstyrelsen (dnr S2015/02885/FST) om att förbereda överförande av desamma. Med utgångspunkt i förslagen i ovan nämnda promemoria har

regeringen genom beslut om ändring i förordningen (2007:1020) med instruktionen för MIA samlat det statliga ansvaret för vissa familjefrågor hos MIA. Ändringen trädde ikraft den 1 september 2015 genom SFS 2015:390. Nödvändiga följdändringar har även gjorts i andra berörda myndigheters instruktioner.

Lagförslag i promemorian Samordnat ansvar för vissa familjefrågor (Ds 2014:17) och en förteckning över remissinstanserna finns i bilaga 3.

### Lagrådet

Regeringen anser att namnbytet inte kan anses vara av sådan art att ytterligare remittering av frågan är nödvändig. Något yttrande från Lagrådet har inte inhämtats då lagförslagen författningstekniskt och även i övrigt är av sådan beskaffenhet att Lagrådets granskning skulle sakna betydelse.

### Nytt namn för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

**Regeringens förslag:** Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) ska byta namn till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. De hänvisningar till MIA som finns i lag ska ersättas med hänvisningar till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer inte med regeringens. I promemorian föreslogs att MIA skulle byta namn till Myndigheten för familjerätt och adoption.

**Remissinstanserna:** Ungefär en fjärdedel av de remissinstanser som har yttrat sig avseende förslagen i promemorian har lämnat synpunkter även på namnförslaget. En genomgående invändning mot förslaget är att myndighetens ansvar för frågor som rör föräldrastöd inte framgår av namnet. Det framförs exempelvis av *Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor*, *Stiftelsen Allmänna barnhuset* och bl.a. *Härnösands kommun* och *Trollhättans kommun*. Angående frågan om det statliga ansvaret för nationella adoptioner framför *Stockholms*

*kommun* att nationella adoptioner har fler beröringspunkter med socialtjänstens övriga verksamhetsgrenar och därför bör kvarstå inom Socialstyrelsens ansvarsområden.

**Skälen för regeringens förslag:** I syfte att bättre spegla de utökade uppgifter som Myndigheten för internationella adoptionsfrågor har fått, anser regeringen att myndigheten bör byta namn. Regeringen anser att namnet Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd tydligare sammanfattar myndighetens ansvarsområden än det i promemorian föreslagna namnet. Det stöd som avses är stöd i föräldraskapet, till skillnad från exempelvis ekonomiska stöd från samhällets sida som föräldrar kan ha rätt till. Av det skälet anser regeringen att begreppet föräldraskapsstöd bör användas.

Namnbytet föranleder att ändringar görs i lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner, i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling och i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

### Bakgrund

Det övergripande syftet med den ändring som föranleder förslaget namnbyte är att skapa en förbättrad, mer effektiv och ändamålsenlig statlig samordning avseende familjerättsliga frågor inom socialtjänsten, föräldraskapsstöd och internationella adoptioner.

Förändringen innebär att MIA blir ansvarig myndighet för familjerättsliga frågor om vårdnad, boende och umgänge inom socialtjänsten samt därtill närliggande frågor om förebyggande stöd i form av t.ex. samarbetsamtal och familjerådgivning, för frågor om fastställande av faderskap och föräldraskap samt för föräldraskapsstödjande insatser i olika sammanhang. Myndigheten behåller sitt tidigare ansvar inom området internationell adoption samt övertar Socialstyrelsens ansvar för frågor som rör utredning och stöd till föräldrar i samband med internationell adoption. Ansvaret för nationell adoption flyttas inte från Socialstyrelsen såsom föreslogs i promemorian då detta område bedöms ha en nära koppling till den sociala barn- och ungdomsvården.

Samhällets stöd till föräldrar och barn, med barnets bästa i fokus, är ett prioriterat område för regeringen. Det samlade statliga ansvaret i en och samma myndighet skapar bättre förut-

sättningar för ett mer jämlikt, jämställt och tillgängligt stöd till barn och föräldrar. En större helhetssyn ökar förutsättningarna för att erbjuda stöd till barn och föräldrar som bättre svarar mot de varierande behov som finns hos dagens moderna familjer. Det stöd som samhället erbjuder inom ramen för den kommunala familjerätten, föräldraskapsstöd och internationella adoptioner behöver baseras på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet samt ta hänsyn till olika barns och föräldrars situation, förutsättningar och behov. En viktig förutsättning för detta är ett samordnat och kunskapsbaserat arbete på nationell nivå. Genom att samla det statliga ansvaret avseende dessa frågor i en och samma myndighet ges bättre förutsättningar till kunskapsstyrning där huvudmän och yrkesverksamma inom området är de primära målgrupperna. Ett samlat statligt ansvar för de aktuella verksamhetsområdena ger bättre förutsättningar för sektorsövergripande föräldraskapsstöd och samordnade insatser. Detta ökar möjligheterna för ett preventivt arbete där risker så som eskalerande konflikter mellan föräldrar tidigt kan motverkas genom stödsatser.

Genom att såsom beskrivs ovan samla det statliga åtagandet hos en myndighet upphör också den tidigare uppdelningen av ansvaret inom den internationella adoptionsprocessen mellan Socialstyrelsen och MIA adoptionsfrågor. Det skapar en mer sammanhållen adoptionsprocess där kompetens kan samlas och resurser användas mer effektivt.

### Ikraftträdande

**Regeringens förslag:** Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2016.

### Konsekvenser

Namnbytet bedöms inte medföra några ekonomiska konsekvenser

### Författningskommentarer

De lagändringar som föreslås innebär endast att hänvisningar till Myndigheten för internationella

adoptionsfrågor ersätts med hänvisningar till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Därtill har det gjorts vissa språkliga justeringar i förslaget om ändring i lagen om internationell adoptionsförmedling.

## 7.11 Budgetförslag

### 7.11.1 4:1 Inspektionen för vård och omsorg

**Tabell 7.12 Anslagsutveckling 4:1 Inspektionen för vård och omsorg**

Tusental kronor				
2014	Utfall	623 115	Anslags-sparande	36 845
2015	Anslag	634 065 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	637 280
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>638 458</b>		
2017	Beräknat	585 774 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	596 763 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	608 865 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 578 686 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 578 720 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 578 721 tkr i 2016 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för vård och omsorgs förvaltningsutgifter.

### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 7.13 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor				
Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2014	2 576	-	-	-
Prognos 2015	2 000	-	-	-
Budget 2016	-	-	-	-

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



## Regeringens överväganden

I budgetpropositionerna för 2013 och 2014 ökades anslaget temporärt under åren 2013-2016. Till följd av dessa temporära förstärkningar beräknas anslaget från 2017 och framåt minska med 60 miljoner kronor.

Anslaget föreslås minska med 3,45 miljoner kronor 2016 jämfört med 2015 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar (prop. 2014/15:1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor avsnitt 8.2.1).

**Tabell 7.14 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:1 Inspektionen för vård och omsorg**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	634 065	634 065	634 065	634 065
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	7 843	15 705	27 856	41 279
Beslut	-3 450	-63 996	-65 158	-66 479
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>638 458</b>	<b>585 774</b>	<b>596 763</b>	<b>608 865</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 638 458 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 585 774 000 kronor, 596 763 000 kronor respektive 608 865 000 kronor.

## 7.11.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

**Tabell 7.15 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

Tusental kronor

2014	Utfall	302 438	Anslags- sparande	16 491
2015	Anslag	322 554 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	297 054
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>530 014</b>		
2017	Beräknat	531 514		
2018	Beräknat	522 514		
2019	Beräknat	522 514		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 funktionshindersområdet,
- statistikutveckling inom funktionshindersområdet,
- Synskadades riksförbund för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder,
- statsbidrag för viss verksamhet inom funktionshindersområdet,

- bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning, anslaget får även användas för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen,
- att förebygga skador för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar, samt
- för insatser riktade till personer med demens och kognitiva funktionsnedsättningar.

### Regeringens överväganden

Regeringen avser att från och med 2016 avsätta 120 miljoner kronor per år för att barn och unga i åldern 8–19 år ska få bidrag för glasögon på motsvarande sätt som barn i åldern 0–7 år. För detta ändamål ökas detta anslag med 120 miljoner kronor.

De 104,46 miljoner kronor, som under 2015 utgjort den statliga finansieringen av verksamheten med personligt ombud genom anslaget 4:1 *Personligt ombud* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, flyttas till detta anslag. Skälen till detta är att det förväntas leda till bättre överblick och förutsättningar för användningen av de medel som finansierar de verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning. Anslagsstrukturen blir därmed den samma som inom äldreområdet och socialtjänstområdet där insatserna samlats till ett sakanslag. Denna förändring förväntas inte påverka förutsättningarna för verksamheten med personligt ombud. Detta anslag ökas därmed med 104,46 miljoner kronor och anslaget 4:1 *Personligt ombud* upphör.

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om en fyraårig satsning på stärkt likvärdighet och säkerhet för insatser inom LSS. Avsatta medel för satsningen varierar mellan åren och för 2016 innebar det en minskning av anslaget med 9,5 miljoner kronor.

I budgeten för 2014 beslutades om en tillfällig förstärkning av anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* under 2014 och 2015 med 1 miljon kronor för de idéburna organisationernas arbete med regionala överenskommelser inom det sociala området. Denna insats finansierades från detta anslag och i och med att satsningen upphör ökas detta anslag med 1 miljon kronor och anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med motsvarande belopp.

Anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* föreslås i denna proposition ökas med 2 miljoner kronor för Anhörigcentrums arbete med att ge stöd till anhöriga med barn med funktionsnedsättning. Insatsen finansieras från detta anslag och därför minskas anslaget med 2 miljoner kronor.

Verksamheten vid Ersättningsnämnden beräknas fortsätta till och med 30 juni 2016 och därmed kommer även en del ersättning enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga i vissa fall betalas ut under 2016. Delar av finansieringen för detta ändamål hämtas från detta anslag. Anslaget minskas därför med 6,5 miljoner kronor och anslaget 4:8 *Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården* ökas med motsvarande belopp.

Sammantaget innebär det att anslaget ökas med 207,46 miljoner kronor för 2016 jämfört med 2015.

**Tabell 7.16 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

	2016	2017	2018	2019
<i>Tusental kronor</i>				
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	322 554	322 554	322 554	322 554
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	105 000	106 500	97 500	97 500
Överföring till/från andra anslag	102 460	102 460	102 460	102 460
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>530 014</b>	<b>531 514</b>	<b>522 514</b>	<b>522 514</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 530 014 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 531 514 000 kronor, 522 514 000 kronor respektive 522 514 000 kronor.

### 7.11.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

**Tabell 7.17 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

2014	Utfall	315 172	Anslags-sparande	39 204
2015	Anslag	266 995 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	280 345
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>266 995</b>		
2017	Beräknat	266 995		
2018	Beräknat	266 995		
2019	Beräknat	266 995		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2015 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 2016 lämna förslag till riksdagen om hur denna utveckling kan brytas.

**Tabell 7.18 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	266 995	266 995	266 995	266 995
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
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 2014 (bet. 2014/15: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 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 266 995 000 kronor för respektive år.

### 7.11.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

**Tabell 7.19 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

2014	Utfall	23 793 880	Anslags-sparande	-1 141 335
2015	Anslag	25 369 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	25 369 000
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>26 344 000</b>		
2017	Beräknat	27 218 000		
2018	Beräknat	28 113 000		
2019	Beräknat	28 849 000		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statlig assistansersättning till personer med funktionsnedsättningar enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

### Kompletterande information

I förordningen (1993:1091) om assistansersättning finns ytterligare bestämmelser om assistansersättningen.

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning (antal timmar) och timschablonen är de faktorer som styr utgifternas storlek. Timploppet för 2016 är 288 kronor. För 2015 var det 284 kronor.

### Regeringens överväganden

Assistansersättningsutredningens förslag till ny modell för assistansersättning (Förändrad assistansersättning – en översyn av ersättnings-systemet, SOU 2014:9) har inte bedömts möjligt att genomföra utan ytterligare utredning. Regeringen kommer att arbeta vidare med frågan.

I avvaktan på en ny modell eller ett nytt sätt att beräkna ersättningens nivå har regeringen beslutat om nya föreskrifter för schablonbeloppet för timersättningen till utförare i förordningen (1993:1091) om assistansersättning. Dessa innebär sammanfattningsvis att schablonbeloppet för timersättning till utförare för varje år räknas upp med 1,4 procent. Försäkringskassans uppgift att lämna förslag till schablonbelopp upphör därmed.

Skälet till detta är liksom för de två senaste åren att schablonbeloppet är för högt beräknat i förhållande till arbetskostnader för vårdbiträden och personliga assistenter samt för övriga kostnader (dvs. administration, kompetensutveckling, assistansomkostnader m.m.).

För 2016 har regeringen mot bakgrund av ovan beslutat att fastställa schablonbeloppet för assistansersättningen till 288 kronor per timme. Det innebär att schablonbeloppet räknas upp med 1,4 procent (4 kronor) jämfört med 2015.

Det leder till att statens förväntade utgifter för 2016–2019 blir lägre än om regeringen utgått från den ordning som gällt tidigare. I härledningstabellen under rubriken Beslut ackumuleras skillnaden i beloppen mellan den gamla och den nya ordningen.

**Tabell 7.20 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor				
	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	24 421 000	24 421 000	24 421 000	24 421 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-1 000 000	-2 034 000	-3 288 000	-3 980 000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	1 568 000	3 023 000	4 699 000	5 779 000
Volym	1 355 000	1 808 000	2 281 000	2 629 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>26 344 000</b>	<b>27 218 000</b>	<b>28 113 000</b>	<b>28 849 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 26 344 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 27 218 000 000 kronor, 28 113 000 000 kronor respektive 28 849 000 000 kronor.

### 7.11.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

**Tabell 7.21 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

År	Utfall	1 604 539	Anslags-sparande	140 241
2014	Utfall	1 604 539	Anslags-sparande	140 241
2015	Anslag	1 420 260 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 367 188
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 765 000</b>		
2017	Beräknat	2 501 358		
2018	Beräknat	2 532 990		
2019	Beräknat	533 530		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 2016 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 653 000 000 kronor 2017–2019.

**Skälen till regeringens förslag:** Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldre som ska utlysas av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). Vidare avser regeringen införa ett investeringsstöd för att stimulera ombyggnation och nybyggnation av särskilt boende samt bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden som riktar sig till personer över 65 år. Denna del av stödet begränsas till hyresbostäder. Stödet ska även lämnas för mindre anpassningar av gemensamma utrymmen i det befintliga bostadsbeståndet. Denna del omfattar fastigheter där bostäderna är upplåtna med hyres- eller bostadsrätt.

**Tabell 7.22 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

	Utfall 2014	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
Ingående åtaganden	525 702	633 936	500 000			
Nya åtaganden	392 763	165 064	470 000			
Infriade åtaganden	-284 529	-299 000	-317 000	-259 000	-194 000	-200 000
Utestående åtaganden	633 936	500 000	653 000			
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>670 000</b>	<b>500 000</b>	<b>653 000</b>			

## Regeringens överväganden

Myndigheten för vårdanalys har från och med 2015 fått ett vidgat uppdrag till att omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. Finansieringen för det vidgade uppdraget hämtas från detta anslag som 2015 minskades med 2,4 miljoner kronor. Regeringen föreslår att anslaget för 2016 ska minska med ytterligare 2,4 miljoner kronor för samma ändamål. Anslaget 1:1 *Myndigheten för vårdanalys* ökades 2015 för ändamålet med 2 miljoner kronor och regeringen föreslår för 2016 att anslaget ökas med ytterligare 2 miljoner kronor.

För åren 2013–2015 finansierades delar av verksamheten vid Ersättningsnämnden från detta anslag. Från och med 2016 föreslås finansieringen för detta ändamål upphöra. Detta anslag ökar därmed med 19,75 miljoner kronor och anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* minskas med motsvarande belopp.

Detta anslag har också tillfälligt minskats med 9,4 miljoner kronor under åren 2013–2015 som en del i finansieringen av ersättningen som utgår från anslaget 4:8 *Ersättning för vanvård i den sociala barn – och ungdomsvården*. Dessa medel återförs så att detta anslag från och med 2016 ökas med 9,4 miljoner kronor.

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 sträckte sig endast till 2014. För att finansiera insatserna för 2015 finansierades arbetet genom att detta anslag minskades med 185 miljoner kronor och att anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel* ökades med motsvarande belopp. De medel motsvarande 185 miljoner kronor som tillfälligt tillfördes anslaget under 2015 föreslår regeringen från 2016 att de återförs till detta anslag och att anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel* minskas med motsvarande belopp.

I budgetpropositionen för 2014 beslutade riksdagen om ett införande av en fritidspeng för barn i familjer med försörjningsstöd. En konsekvens av detta beslut var att detta anslag tillfälligt minskades under 2015 med 20 miljoner kronor och att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökades med motsvarande belopp. Regeringen föreslår i denna proposition att fritidspengen avskaffas och att detta anslag därmed ökas med 20 miljoner kronor.

Regeringen föreslår vidare att detta anslag ökas med 2 miljoner kronor för Anhörigcentrums arbete med att ge stöd till anhöriga med barn med funktionsnedsättning. Insatsen finansieras genom att anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindrersområdet* minskas med motsvarande belopp.

Regeringen föreslår att satsningen på ökad bemanning och kvalitet i äldreomsorgen utökas med 1 000 miljoner kronor. Med tidigare avsatta medel för ändamålet så beräknas satsningen omfatta 2 000 miljoner kronor per år under åren 2016–2018. Detta anslag föreslås för ändamålet öka med 1 000 miljoner kronor.

I syfte att öka antalet bostäder för äldre avser regeringen att införa ett nytt investeringsstöd. Detta anslag föreslås för ändamålet öka med 150 miljoner kronor.

Regeringen avser vidare att 2016 avsätta 200 miljoner kronor för en kunskapsatsning riktad till verksamheter inom äldre och funktionshindrersomsorgen. Detta anslag föreslås för ändamålet ökas med 200 miljoner kronor.

Anslaget föreslås därutöver minska med 178,93 miljoner kronor för angelägna reformer inom andra områden.

Sammantaget innebär regeringens förslag att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ökas med 1 404,82 miljoner kronor för 2016 jämfört med 2015.

**Tabell 7.23 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	1 360 180	1 360 180	1 360 180	1 360 180
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	1 217 820	954 178	985 810	-1 013 650
Överföring till/från andra anslag	187 000	187 000	187 000	187 000
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 765 000</b>	<b>2 501 358</b>	<b>2 532 990</b>	<b>533 530</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 765 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 2 501 358 000 kronor, 2 532 990 000 kronor respektive 533 530 000 kronor.

### 7.11.6 4:6 Statens institutionsstyrelse

**Tabell 7.24 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2014	837 256	50 859	
2015	880 154 <sup>1</sup>		862 027
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>893 202</b>	
2017	Beräknat	927 341 <sup>2</sup>	
2018	Beräknat	976 686 <sup>3</sup>	
2019	Beräknat	1 015 306 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 893 383 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 893 719 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 893 719 tkr i 2016 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Statens institutionsstyrelsens förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för utgifter för Statens institutionsstyrelses (SiS) uppgift att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom myndighetens verksamhetsområde.

### Kompletterande information

SiS är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i ungdomsvård, sluten ungdomsvård och missbrukarvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring två tredjedelar med avgifter, medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag.

### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 7.25 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2014	-	1 606 000	2 412 000	-806 000
Prognos 2015	-	1 647 000	1 678 000	-31 000
Budget 2016	-	1 656 000	1 656 000	0

### Regeringens överväganden

Anslaget föreslås minska med 2,186 miljoner kronor 2016 jämfört med 2015 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar (prop. 2014/15:1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor avsnitt 8.2.1).

**Tabell 7.26 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:6 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>880 154</b>	<b>880 154</b>	<b>880 154</b>	<b>880 154</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	15 234	49 269	98 356	137 048
Beslut	-2 186	-2 082	-1 824	-1 896
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>893 202</b>	<b>927 341</b>	<b>976 686</b>	<b>1 015 306</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 893 202 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 927 341 000 kronor, 976 686 000 kronor respektive 1 015 306 000 kronor.

### 7.11.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

**Tabell 7.27 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

2014	Utfall	451 040	Anslags- sparande	68 675
2015	Anslag	457 215 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	414 272
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>789 115</b>		
2017	Beräknat	799 315		
2018	Beräknat	799 315		
2019	Beräknat	799 315		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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,
- att 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 ideburna 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 samt
- stöd till kommunerna för sommarlovsaktiviteter.

### Regeringens överväganden

Riksdagen beslutade i budgeten för 2012 om en satsning inom den sociala barn- och ungdomsvården. Delar av denna satsning var tidsbegränsade till åren 2013–2015 och därför föreslås detta anslag minska med 18 miljoner kronor.

Regeringen föreslår i denna proposition en satsning i den sociala barn- och ungdomsvården under åren 2016–2019 med 250 miljoner kronor per år. Anslaget föreslås ökas för detta ändamål med 250 miljoner kronor.

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om ett införande av en fritidspeng för familjer med barn med försörjningsstöd. Regeringen föreslår dock i denna proposition att fritidspengen från och med 2016 avskaffas och att resurserna som avsatts för detta ändamål på detta anslag i stället förs till det generella statsbidraget till kommunerna för en höjning av barnnormen i försörjningsstödet. Detta anslag föreslås därför minska med 81 miljoner kronor och anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 ökas med motsvarande belopp.

Regeringen avser att under hösten 2015 lämna en proposition till riksdagen med förslag om en ny placeringsform, boende för stöd och tillsyn (stödboende) inom den sociala barn- och ungdomsvården som beräknas träda i kraft under 2016. Placeringsformen beräknas innebära lägre



kostnader för kommunerna och därför föreslår regeringen att anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämnning* inom utgiftsområde 25 minskas med 13,6 miljoner kronor och att detta anslag ökas med motsvarande belopp.

Delar av verksamheten vid Ersättningsnämnden finansieras sedan 2013 från detta anslag. Verksamheten vid Ersättningsnämnden beräknades pågå till och med 2015. På grund av ett stort antal inkomna ärenden till nämnden i slutet av 2014 behöver dock verksamheten fortsätta till och med den 30 juni 2016. För detta ändamål finansieras verksamheten vid Ersättningsnämnden under första halvåret 2016 från detta anslag med 6,7 miljoner kronor. Övriga medel motsvarande 13,3 miljoner kronor återgår till detta anslag. Mot bakgrund av detta föreslås detta anslag öka med 13,3 miljoner kronor och anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* minskas med motsvarande belopp. Av samma skäl som nämns ovan så finns det behov av att ersättning enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelse i samhällsvården av barn och unga i vissa fall fortsatt betalas ut under 2016. Delar av finansieringen för detta ändamål hämtas från detta anslag. Anslaget minskas därför med 25 miljoner kronor och anslaget 4:8 *Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården* ökas med motsvarande belopp.

I budgeten för 2014 beslutades om en tillfällig förstärkning av detta anslag under 2014 och 2015 med 1 miljon kronor för de idéburna organisationernas arbete med regionala överenskommelser inom det sociala området. Denna insats finansierades från anslag 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* och i och med att satsningen upphör minskas detta anslag med 1 miljon kronor och anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen avser att avsätta 200 miljoner kronor per år 2016–2019 för satsning på sommarlovsstöd. För detta ändamål ökas detta anslag med 200 miljoner kronor.

Anslaget föreslås därutöver minska med 50 miljoner kronor för angelägna reformer inom andra områden.

Sammantaget innebär regeringens förslag att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med 301,9 miljoner kronor för 2016 jämfört med 2015.

**Tabell 7.28 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	487 215	487 215	487 215	487 215
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	301 900	312 100	312 100	312 100
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>789 115</b>	<b>799 315</b>	<b>799 315</b>	<b>799 315</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 789 115 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 799 315 000 kronor för respektive år.

#### 7.11.8 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården

**Tabell 7.29 Anslagsutveckling 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården**

Tusental kronor

År	Utfall	2014	Anslags-sparande	2014
2014	Utfall	211 851		153 149
2015	Anslag	180 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	203 000
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>31 500</b>		
2017	Beräknat	0		
2018	Beräknat	0		
2019	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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 försummelse 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 den 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.

Myndighetens uppdrag är tidsbegränsat, ansökningstiden gick ut den 31 december 2014. Initialt var bedömningen att myndigheten skulle hantera samtliga ansökningar senast under 2015. Mot bakgrund av att det under ansökningstidens sista månad inkom betydligt fler ansökningar än beräknat, är det nödvändigt att förlänga Ersättningsnämndens verksamhet till den 30 juni 2016. Av samma skäl som nämns ovan så finns det behov av att en del ersättning enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga i vissa fall betalas ut under 2016. Regeringen bedömer att efterfrågan på anslaget under 2016 kommer uppgå till 31,5 miljoner kronor. Finansieringen av detta sker genom en tillfällig minskning med 25 miljoner kronor av anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* och med 6,5 miljoner kronor av anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet*.

Detta anslag har tillfälligt ökat med 9,4 miljoner kronor under åren 2013–2015. Dessa medel återförs så att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ökas med 9,4 miljoner kronor.

**Tabell 7.30 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården**

Tusental kronor				
	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	180 000	180 000	180 000	180 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut		-180 000	-180 000	-180 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar				
Volymer	-148 500			
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>31 500</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 31 500 000 kronor anvisas under anslaget 4:8 *Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården* för 2016.

### 7.11.9 4:9 Ersättningsnämnden

**Tabell 7.31 Anslagsutveckling 4:9 Ersättningsnämnden**

Tusental kronor				
2014	Utfall	41 184	Anslags-sparande	9 659
2015	Anslag	39 315 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	39 591
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>6 701</b>		
2017	Beräknat	0		
2018	Beräknat	0		
2019	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 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. Myndighetens uppdrag är tidsbegränsat, ansökningstiden gick ut den 31 december 2014. Initialt var bedömningen att myndigheten skulle hantera samtliga ansökningar senast under 2015. Mot bakgrund av att det under ansökningstidens sista månad inkom betydligt fler ansökningar än beräknat, är det nödvändigt att förlänga Ersättningsnämndens verksamhet. Myndigheten kommer att upphöra den 30 juni 2016.

Verksamheten vid Ersättningsnämnden finansieras under 2016 genom att 6,7 miljoner kronor av de 20 miljoner kronor som hämtats som finansiering från anslaget 4:7 *Bidrag till socialt arbete m.m.* ligger kvar på anslaget. Övriga medel återgår till de anslag som bidragit till finansieringen. Det innebär att anslaget 4:7 *Bidrag till socialt arbete m.m.* ökas med 13,3 miljoner kronor, att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ökas med 19,75 miljoner kronor och att detta anslag minskas med motsvarande belopp.

Anslaget till Ersättningsnämnden pris- och löneuppräknas inte.

**Tabell 7.32 Härlledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:9 Ersättningsnämnden**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	39 315	39 315	39 315	39 315
Förändring till följd av:				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	0	0	0	0
Beslut	-32 615	-39 315	-39 315	-39 315
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	1	0	0	0
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>6 701</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 6 701 000 kronor anvisas under anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* för 2016.

## 7.11.10 4:10 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

**Tabell 7.33 Anslagsutveckling 4:10 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd**

Tusental kronor

År	Utfall	14 699	Anslags-sparande	658
2015	Anslag	17 905 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	17 904
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>23 727</b>		
2017	Beräknat	23 893 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	24 152 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	24 611 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 23 641 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 23 509 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 23 508 tkr i 2016 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Anslaget får även användas för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och till de adopterades organisationer.

### Kompletterande information

I förordningen (2008:1239) finns bestämmelser om statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och riksorganisationer för adopterade.

### Regeringens överväganden

Regeringen aviserade i 2015 års ekonomiska vårproposition (2014/15:100) sin avsikt att i enlighet med den överföring av medel från Socialstyrelsen respektive Folkhälsomyndigheten till Myndigheten för internationella adoptionsfrågor som riksdagen beslutat om (bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71) samla det statliga ansvaret för vissa familjefrågor hos Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.

Regeringen har beslutat att Myndigheten för internationella adoptionsfrågor ska vara ansvarig myndighet för vissa familjerättsliga frågor inom socialtjänsten, internationella adoptionsfrågor och föräldraskapsstöd från och med

den 1 januari 2016. Myndigheten föreslås därmed byta namn till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

Förändringen innebär att det ansvar och de uppgifter som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten haft inom ovanstående områden överförs till Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Till följd av det ökades detta anslag 2015 med 6,7 miljoner kronor. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskades med 5 miljoner kronor och anslaget 2:1 Folkhälsomyndigheten minskades med 1,7 miljoner kronor. För 2016 föreslår regeringen att detta anslag ökas med ytterligare 1,6 miljoner kronor. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskas med ytterligare 1 miljon kronor och att anslaget 2:1 Folkhälsomyndigheten minskas med ytterligare 0,6 miljoner kronor.

Sammantaget innebär det att detta anslag från 2016 ökas med 8,3 miljoner kronor jämfört med 2014.

**Tabell 7.34 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 4:10 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	21 905	21 905	21 905	21 905
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	327	564	936	1 370
Beslut	1 495	1 424	1 311	1 336
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>23 727</b>	<b>23 893</b>	<b>24 152</b>	<b>24 611</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 23 727 000 kronor anvisas under anslaget 4:10 *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 23 893 000 kronor, 24 152 000 kronor respektive 24 611 000 kronor.

## 8 Barnrättspolitik

### 8.1 Omfattning

Barnrättspolitikerna omfattar frågor med utgångspunkt i de mänskliga rättigheterna som ska tillförsäkras målgruppen barn under 18 år, enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och andra internationella överenskommelser. Barnrättspolitikerna syftar till att tillvarata och stärka barns, såväl flickors som pojkars, rättigheter med utgångspunkt i barnkonventionen.

Barnrättspolitikerna är sektorsövergripande. Detta innebär att barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik liksom alla verksamheter som berör barn. Inom området finns myndigheten Barnombudsmannen som har till uppgift att företräda barnets rättigheter och intressen samt att bevaka och driva på genomförandet av barnkonventionen.

### 8.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 8.1** Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2014	Budget 2015 <sup>1</sup>	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
<i>Barnrättspolitik</i>							
5:1 Barnombudsmannen	24	24	23	24	25	25	25
5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	23	34	29	34	28	22	22
<b>Summa Barnrättspolitik</b>	<b>48</b>	<b>58</b>	<b>52</b>	<b>58</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>48</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 8.3 Mål för området

Målet för barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (se avsnitt 3.4). Målet grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera barnkonventionen och syftar till att främja och skydda barnets rättigheter och intressen i samhället. Målet innebär att varje flicka och pojke ska få sina rättigheter tillgodosedda.

### 8.4 Resultatredovisning

#### 8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Bedömningsgrunderna för barnrättspolitiken ska kopplas dels till innehållet i politikens målsättning och dels till de områden och åtgärder som har varit särskilt angelägna enligt regeringen (prop. 2014/15:1). Dessa är:

- Strategiskt angreppssätt på nationell, regional, lokal samt EU- och övrig internationell nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Uppmärksamma barns och ungas egna åsikter, fortsätta lyssna på barn själva.
- Skydd av barn mot exploatering, våld och övergrepp.
- Stöd och skydd för ekonomiskt och socialt utsatta barn.

Regeringens mål för barnrättspolitiken har inom ramen för uppföljningssystemet Max18 brutits ned i sex områden: ekonomi, hälsa, utbildning, trygghet, delaktighet samt stöd och skydd. Barnombudsmannen har utvecklat det webbaserade uppföljningssystemet Max18 som visar statistik och information som gör det möjligt att följa hur flickors och pojkars levnadsvillkor utvecklas och hur flickors och pojkars rättigheter tillgodoses i Sverige.

En helhetsbild och en indikation på utvecklingen av barns och ungas levnadsvillkor sker återkommande i en skrivelse till riksdagen. En sådan redovisning lämnades till riksdagen under 2014 i skrivelsen Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige (skr. 2013/14:91). Av skrivelsen framgår att de flesta

barn i Sverige växer upp under förhållandevis goda förhållanden men att det samtidigt finns grupper av barn som inte får sina rättigheter tillgodosedda i lika hög utsträckning än andra. En mer detaljerad redovisning av barns och ungas levnadsvillkor inom områden som ekonomisk utsatthet, stöd och skydd presenteras i senare avsnitt.

#### 8.4.2 Resultat

Nedan presenteras en redovisning av de mest centrala åtgärderna som regeringen har vidtagit för att främja barnets rättigheter på internationell, nationell, regional och lokal nivå.

##### 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, kommuner och landsting i arbetet med att förverkliga barnets rättigheter. Ett strategiskt angreppssätt ska också prägla arbetet med barnets rättigheter inom EU och på övrig internationell nivå.

##### Internationell nivå

Den 19 till 21 november 2014 genomfördes ett högnivåmöte i FN:s generalförsamling (GA) med anledning av barnkonventionens 25-årsjubileum. Regeringen medverkade med en delegation. Regeringen och Permanent mission of Japan bjöd också in till ett sidoevenemang, Stop Violence Against Children, i samarbete med Child Fund, Plan, Rädda Barnen, SOS Barnbyar, Unicef och World vision. FN:s generalförsamling beslutade i december 2014 bl.a. om en resolution om barnets rättigheter (A/RES/69/157). Resolutionen behandlar bl.a. genomförandet av barnkonventionen och dess tilläggsprotokoll, frågan om att främja och skydda barnets rättigheter och diskriminering av barn. Vidare behandlades vilka framsteg som gjorts och vilka

utmaningar som finns i arbetet med att skydda barn från diskriminering och att överkomma ojämlikheter. GA beslutade genom resolutionen om en FN-studie om frihetsberövade barn. I december 2014 beslutade GA även om en resolution om att skydda barn mot mobbning (A/RES/69/158). Sverige har under 2014 kommunicerat svar till FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) angående kommitténs frågor (s.k. list of issues) om insatser och åtgärder för att genomföra barnets rättigheter med anledning av Sveriges femte periodiska rapport till barnrättskommittén om genomförandet av barnets rättigheter 2007–2012. Med utgångspunkt i de svar som Sverige lämnat höll barnrättskommittén en dialog med den svenska delegationen i januari 2015. I mars 2015 publicerade barnrättskommittén sina sammanfattande kommentarer (CRC/C/SWE/CO/5). De rekommendationer som kommittén lämnar är inte juridiskt bindande, men har betydelse som vägledning för Sveriges arbete med konventionen.

### Inom EU

Ett exempel på svenska insatser inom EU på barnrättsområdet är de rådsslutsatser om främjande och skydd av barnets rättigheter som har presenterats av det italienska ordförandeskapet och förhandlats samt antagits under 2014. I rådsslutsatserna betonas exempelvis barnets ställning som rättighetsinnehavare, principen om barnets bästa och barnets rätt att höras. Sverige välkomnade rådsslutsatserna, då de bedömdes kunna bidra till ett strategiskt arbete med att stärka barnets rättigheter inom EU i linje med regeringens barnrättspolitiska inriktning.

### Inom Europarådet

Prioriterade områden i Europarådets strategi för barnets rättigheter 2012–2015 är att främja barnvänliga system och tjänster, motverka alla former av våld mot barn, garantera rättigheter för barn i utsatta situationer och att främja barns och ungas delaktighet. Europarådet har antagit rekommendationer och så kallade guidelines inom en rad områden. Dessa omfattar bland annat Guidelines on Child-Friendly Justice, Guidelines on Child-Friendly Health, Recommendation on

Social Services Friendly to Children and Families, Recommendation on Integrated National Strategies for the Protection of Children from Violence och Recommendation on Participation of Children and Young People under the age of 18. Under 2014 beslutade Europarådets ministerkommitté om att tillsätta en expertkommitté om barnets rättigheter (DECS-ENF). Expertkommittén har till uppgift att rapportera om genomförandet av ovan nämnda strategi samt att ta fram ett utkast till ny strategi för 2016–2019.

### Strategiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå

#### *Barnkonventionen som svensk lag*

Regeringen aviserade under 2014 i regeringsförklaringen att ett arbete ska påbörjas med att göra barnkonventionen till svensk lag. Den 19 februari 2015 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 2015:17) till Barnrättighetsutredningen (S 2013:08) om att lämna förslag till en lag om inkorporering av barnkonventionen. I tilläggsuppdraget ingår att belysa vilka principer som kan bli aktuella vid en eventuell konflikt mellan barnkonventionens bestämmelser och svensk lagstiftning, samt hur barnkonventionens bestämmelser kan få genomslag vid en sådan konflikt. Utredaren ska också belysa vilken vägledning som kan behövas för uttolkning av konventionen. Vidare har utredaren i uppdrag att lyfta fram vilka åtgärder i övrigt som kan behöva vidtas vid en inkorporering av barnkonventionen. Tilläggsuppdraget innebar en förlängning av uppdraget som i sin helhet ska redovisas senast den 28 februari 2016.

#### *Ökad kunskap om barns rättigheter*

Ett tydligt barnrättsperspektiv ska genomsyra det sektorsövergripande arbetet med att genomföra regeringens barnrättspolitik och strategin för att stärka barnets rättigheter är ett verktyg för staten, kommuner och landsting i arbetet med att förverkliga barnets rättigheter. Barnombudsmannen har därför under 2012–2014 haft regeringens uppdrag att sprida och kommunicera strategin för att stärka barnets rättigheter, Pejling och dialog (dnr S2011/08293/FST). Uppdraget redovisades i januari 2015. Uppdraget i sin helhet syftade bl.a. till att sprida kunskap om strategin som ett verktyg att säkerställa och stärka barnets rättig-

heter i berörda verksamheter, att driva på arbetet i dialog med kommuner, landsting och statliga myndigheter. Vidare syftade uppdraget till att skapa möjligheter till erfarenhetsutbyte för kommuner, landsting och statliga myndigheter och att erbjuda stöd till dessa. I uppdraget ingick att sprida goda exempel på arbetssätt och metoder för att omsätta barnets rättigheter i praktiken.

Grundläggande i de 50 s.k. pejlingarna av kommuner och landsting som Barnombudsmannen genomfört inom ramen för uppdraget har varit att lyssna på barn och unga och deras erfarenheter av samhällets stöd inom det område som ska pejlas i den aktuella kommunen, landstinget eller myndigheten. I pejlingarna har Barnombudsmannen mött totalt 268 barn och unga som sedan har fått möjlighet att på olika sätt framföra sina synpunkter och förslag till beslutsfattare. Pejlingarna har tydliggjort hur barn och unga upplever att verksamheten fungerar i praktiken och vad som kan bli bättre.

Barnombudsmannen konstaterar i sin rapport att de 50 pejlingarna har resulterat i att beslutsfattare generellt sett blivit mer medvetna om värdet av att lyssna på barn och de har på olika sätt sett till att öka barnrättsperspektivet i sina verksamheter. Enligt rapporten har insatserna resulterat i att beslutsfattare på olika sätt har tagit till sig den nationella strategin och dess innehåll. Andelen som känner till den nationella strategin och vet vad den innehåller har ökat mellan år 2012 och 2014. År 2012 kände 17 procent av beslutsfattare på kommunal nivå till strategin, 2014 hade andelen ökat till 25 procent. Barnombudsmannen uppger att det är en något högre andel av dem som har pejplats som känner till nationella strategin och vet vad den innehåller. Verksamheterna efterlyser dock mer stöd bl.a. i hur barnets rättigheter kan omsättas i praktiken, i att samtala med barn och unga och i uppföljning av arbetet med barnets rättigheter.

#### *Barns rättigheter på regional och lokal nivå*

Kommuner och landsting spelar en viktig roll för att tillgodose barnets rättigheter. Länsstyrelsen i Jönköpings län fick därför under 2014 regeringens uppdrag att i samverkan med övriga länsstyrelser, i samråd med Barnombudsmannen samt i dialog med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bl. a. lämna förslag på hur länsstyrelserna skulle kunna utgöra en regional stödstruktur för att barnets rättigheter ska kunna tillgodoses på

lokal och regional nivå. Uppdraget redovisades i december 2014. Länsstyrelsen föreslår i sin rapport hur sådana regionala stödstrukturer skulle kunna utformas.

#### *Metodutveckling*

Under 2014 fick Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor och Barnombudsmannen regeringens uppdrag att under perioden 2014–2016 stärka och sprida kunskap bland beslutsfattare och yrkesverksamma på kommun- och landstingsnivå om vad ett barnrätts- och ungdomsperspektiv innebär i såväl teori som praktik och hur man på ett meningsfullt sätt kan föra dialog med flickor och pojkar, unga kvinnor och unga män (dnr U2014/03843/UC). En slutrapport ska lämnas senast den 15 mars 2017 till Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet).

#### *Dialoger*

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 myndigheter, kommuner och landsting, utan också med det civila samhället och inte minst med barn och unga. Regeringen har därför bland annat i samband med dialogen med barnrättskommittén under 2015 haft dialoger med barnrättsorganisationer. Regeringen har även fört dialog med SKL under året.

#### **Bättre kunskap om hur flickor och pojkar får sina rättigheter tillgodosedda**

De rättigheter som barn har enligt barnkonventionen omfattar alla barn utan åtskillnad eller diskriminering. Barnombudsmannen har under året vidareutvecklat det webbaserade uppföljningssystemet Max18 för att underlätta uppföljning och dialog på lokal, regional och nationell nivå.

Av Max 18 framgår skillnader mellan flickor och pojkar inom barnrättsligt viktiga områden. Skolresultat är ett sådant område. Flickor presterar i genomsnitt bättre än pojkar i skolan. De får bättre betyg och uppnår bättre resultat på nationella prov i skolan som mäter kunskapsnivån inom olika områden.

Ett annat område där skillnader mellan pojkar och flickor är tydliga är psykisk ohälsa. Flickor



rapporterar oftare än pojkar psykiska och psykosomatiska besvär och skattar även i lägre grad sin egen hälsa som god. Flickor vårdas i högre grad än pojkar för självförvårdade skador, medan pojkar är överrepresenterade i självmordsstatistiken. Se avsnitt 5.4.

### **Uppmärksamma barns och ungas egna åsikter samt fortsätta lyssna på barn själva**

Regeringen har gett flera uppdrag till relevanta myndigheter i syfte att ta fram och sprida metoder för delaktighet och ökat inflytande för barn. Under 2014 lyssnade regeringen till barn och unga med erfarenhet av psykisk ohälsa vid möten som Barnombudsmannen genomförde inom ramen för sin årsrapportering 2014. Mot bakgrund av vad barn och unga framförde och Barnombudsmannens årsrapport fick Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i uppdrag att bli tillgänglig för barn i psykiatrisk tvångsvård. Det har bl.a. blivit obligatoriskt för IVO att prata med barn och unga under myndighetens inspektioner.

Socialstyrelsen fick i uppdrag att utvärdera skillnader i tvångsåtgärder riktade mot flickor och pojkar samt att ta fram information riktad till barn och unga om deras rättigheter när de vårdas inom psykiatri. Socialstyrelsen konstaterade att det av olika skäl är svårt att dra säkra och generaliserbara slutsatser om varför flickor är överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder. Myndigheten ger emellertid olika förslag på hur denna fråga kan undersökas vidare. Myndigheten har också utformat informationsmaterial till barn och unga som tvångsvårdas om deras rättigheter.

#### *Kränkande behandling och trakasserier i skolan*

Barnombudsmannen har under perioden 2013–2014 mött och lyssnat på 51 flickor och 38 pojkar i åldrarna 7–20 som har erfarenhet av kränkande behandling och/eller trakasserier i skolan. Mötena har skett inom ramen för regeringsuppdraget att inhämta barns och ungas åsikter och erfarenheter av kränkande behandling och trakasserier (dnr S2014/00395/FST), Pejling och dialog och Barnombudsmannens tematiska arbete under 2014 som presenterades i den årsrapport som överlämnades till regeringen i mars 2015. I årsrapporten, Välkommen till verkligheten, presenteras flickors och pojkars

erfarenheter och upplevelser av det stöd som finns att få när barn utsätts för kränkningar och trakasserier i skolan. Här framgår bland annat att rutiner och riktlinjer om hur huvudmännen ska utreda och arbeta med kränkningar och trakasserier är otydliga och att barn inte alltid känner till vilka myndigheter de kan vända sig till för att anmäla sådana händelser.

Barnombudsmannens årsrapport har bidragit med ökad kunskap om barns egna perspektiv på skolans och huvudmäns förebyggande arbete mot mobbning.

#### *Lyssna på barn*

Barnombudsmannen har inom ramen för ett regeringsuppdrag (dnr S2013/03876/FST) även träffat barn och unga med erfarenhet av familjehemsplacering. Arbetet utgör en del av ett gemensamt uppdrag med Socialstyrelsen som syftar till att ta fram en modell för att lyssna på barn i familjehem. Resultaten från träffarna med barn och unga har sammanställts i en rapport som delredovisades i april 2014. Rapporten har legat till grund för framtagandet av modeller som ska pilottestas av Socialstyrelsen. Uppdraget ska slutredovisas i sin helhet senast den 1 december 2015.

Barnombudsmannen redovisade i mars 2014 regeringsuppdraget att vidareutveckla metoder för att långsiktigt och inom sina prioriterade områden lyssna på barn med olika typer av funktionsnedsättning och specifikt barn med kommunikationssvårigheter. Resultatet av den undersökning Barnombudsmannen genomfört visar att metoderna för delaktighet som finns inte fullt ut är anpassade för dessa grupper av barn.

#### **Stöd och skydd för barn i ekonomisk utsatthet**

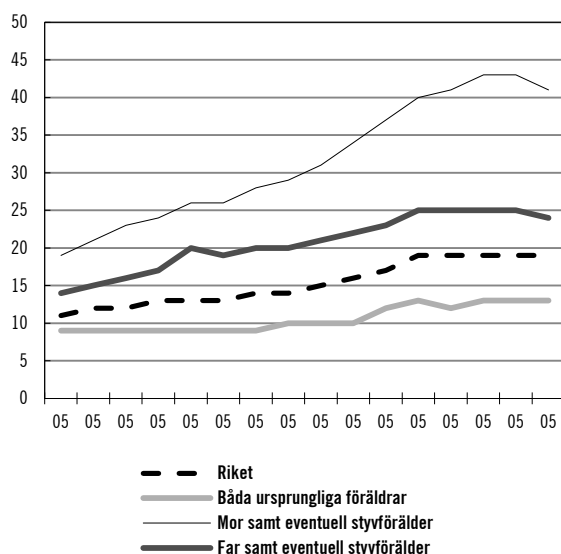
Under de senaste åren har den disponibla inkomsten i reala termer ökat för samtliga barnhushållstyper. Samtidigt har andelen barnhushåll som fått det sämre i relativa termer ökat något över tid. Barnombudsmannens uppföljningssystem för barnrättspolitikerna Max18 presenterar ett antal olika mått på ekonomisk utsatthet som tillsammans ger en bild av barns ekonomiska situation. Två av måtten presenteras här. Indikatorn låg inkomststandard visar hur stor andel barn som lever i hushåll där inkomsterna inte räcker till för att betala boende och de mest nöd-

vändiga levnadsomkostnaderna. Indikatorn ekonomiskt utsatta familjer definieras som de hushåll med en disponibel inkomst per konsumtionsenhet som är lägre än 60 procent av medianinkomsten för samtliga hushåll.

Sedan 1990-talet har andelen barn som bor i familjer med låg inkomststandard minskat, för att sedan ligga på en relativt konstant nivå under 2000-talet. Risken för en generellt lägre levnadsstandard avseende både relativa och absoluta mått ökar om föräldrarna är ensamstående, har en lägre utbildningsnivå, är yngre eller utrikesfödda. Risken för utrikes födda är högre om familjen bott i Sverige i mindre än fem år.

Under samma period har andelen barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer ökat och var 19 procent under 2013. Det finns även för detta mått stora skillnader beroende på vilken familjetyp barnen lever i. Av följande diagram framgår exempelvis att en högre andel av de barn som bor med en ensamstående mor (och eventuell styvförälder) lever i ekonomiskt utsatta familjer än vad som är fallet för barn som lever i andra hushållstyper.

Diagram 8.1 Andel barn i ekonomiskt utsatta familjer



Källa: Max18, Inkomst- och taxeringsregistret (IoT), SCB

Under 2013 levde över sex procent av alla barn i Sverige i familjer som någon gång under året mottagit ekonomiskt bistånd.

Statistik från Kronofogdemyndigheten visar att andelen barn som berörs av vräkning minskat mellan åren 2008 och 2013, från 38 till 27 barn per 100 000.

Länsstyrelserna i Västerbottens och Skåne län har haft regeringens uppdrag under 2014 att

genom en försöksverksamhet anpassad till lokala förhållanden stötta kommunerna i deras arbete med att ta fram kommunala handlingsplaner mot ekonomisk utsatthet bland barn. Länsstyrelserna har utarbetat ett metodstöd till kommunerna om hur man kan ta fram, utveckla och följa upp kommunala handlingsplaner mot ekonomisk utsatthet.

Länsstyrelsernas verksamhet visade att många kommuner arbetar med barnets rättigheter men med ett bredare fokus. Övervägande del av de insatser som görs mot ekonomisk utsatthet bland barn är av lindrande och kompensatorisk karaktär. De utmaningar som finns enligt länsstyrelserna är bl.a. att barns behov bedöms olika beroende på vilken kommun som barnet bor i samt att det behövs mer kunskap om barnkonventionen för att rättigheterna ska få genomslag i kommunalpolitikens övergripande mål. Uppdraget redovisades den 31 december 2014.

I regleringsbrevet för 2014 fick Socialstyrelsen i uppdrag att undersöka beaktandet av barnperspektiv i handläggningen av ekonomiskt bistånd. Myndigheten har utfört fallstudier på kommunal nivå samt föreslagit åtgärder som ska leda till att barnperspektivet beaktas i högre utsträckning. Resultatet visar att barnperspektivet är svagt, att det finns oklarheter avseende begreppet, att det görs många likartade bedömningar och att besluten innehåller standardformuleringar. Uppdraget redovisades den 31 december 2014.

Socialstyrelsen fick också i uppdrag att genomföra en översyn av öppna jämförelser i syfte att kartlägga om ytterligare variabler gällande ekonomisk utsatthet bland barn kan tas fram. Fler variabler behövs för att få en mer enhetlig och komplett bild av barn i ekonomisk utsatthet i landets kommuner. Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för bland annat andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd och andel barn i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd. Under 2013 var det cirka 140 000 barn som levde i familjer som någon gång under året mottagit ekonomiskt bistånd och 53 000 barn levde i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd. Uppdraget redovisades i myndighetens årsredovisning för 2014.

För ytterligare information om barnhushållens ekonomiska situation se utg.omr. 12 avsnitt 3.5.

## Stärkt skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp

2014 lämnade regeringen över skrivelsen Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige (skr. 2013/14:91) till riksdagen. I denna presenterades en handlingsplan för skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp. I jämförelse med tidigare handlingsplan omfattar den nya handlingsplanen även andra former av exploatering och övergrepp utöver sexuell exploatering, såsom exempelvis människohandel och utnyttjande av barn i tiggeri eller i kriminell verksamhet.

I handlingsplanen redovisas en sammanfattning av de mest relevanta åtgärderna under i huvudsak perioden 2007–2013 samt nya åtgärder för 2014–2015. Åtgärderna syftar till att öka kunskapen om barns utsatthet för människohandel, exploatering och sexuella övergrepp, att öka effektiviteten i arbetet för att skydda flickor och pojkar mot dessa kränkningar samt att förbättra och utveckla det internationella samarbetet när det gäller dessa frågor. Inom ramen för handlingsplanen fick Länsstyrelsen i Stockholms län regeringens uppdrag att vara nationell samordnare kring dessa frågor med särskilt fokus på att säkerställa flickors och pojkars rättigheter. Uppdraget delredovisades i maj 2015.

Länsstyrelsen i Stockholms län har bland annat genomfört en nationell konferens mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp. Information till allmänheten om exploatering och sexuella övergrepp mot barn i samband med turism och resande, Resekurage, har även tagits fram av Länsstyrelsen i Stockholms län på uppdrag av regeringen. Även kunskapsförhöjande insatser och framtagande av utbildningsmaterial som riktar sig till professionen inom offentlig sektor samt till hotell- och taxibranschen har skett. Spridning och implementering av framtagna utbildningar som riktar sig till hotell- och taxibranschen har startat under våren och kommer att fortsätta under 2015.

Inom ramen för handlingsplanen till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp fick även Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel av regeringen för att bl.a. använda materialet som har utarbetats av Europarådet för deras informationsinsats ”One in Five” och anpassa denna till svenska förhållanden. Europarådets informationsinsats ”One

in Five” har som huvudsakligt syfte att ge barn och unga, föräldrar och yrkesgrupper som möter dessa grupper kunskap och verktyg för att arbeta med tidig upptäckt och förebyggande insatser kring sexuella övergrepp.

Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp, den så kallade Lanzarotekonventionen, trädde i kraft den 1 oktober 2013 i Sverige och en första övergripande rapport till Lanzarotekommittén lämnades i början av 2014. Härefter kommer en process inledas där Sverige tillsammans med övriga stater svarar på enkäter med fokus på ett mindre antal bestämmelser i konventionen. Sverige har fortsatt arbetet i Lanzarotekommittén som bevakar efterlevnaden av Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp. Kommittén har bland annat arbetat med ett förslag till yttrande om artikel 23 i konventionen som reglerar kontakt med barn i sexuellt syfte, s.k. grooming.

## Våld och kränkningar

Sverige var det första landet i världen som förbjöd barnaga. Den senaste nationella kartläggningen om barnmisshandel som genomfördes 2011 av Karlstad universitet och Stiftelsen Allmänna Barnhuset visade att nio av tio föräldrar inte tycker att det är rätt att slå sina barn. Men för vissa barn är våld en del av vardagen. Sammantaget hade över 13 procent av de tillfrågade eleverna blivit slagna av sina föräldrar eller annan vuxen i hemmet. Av dessa hade nästan tre procent blivit slagna många gånger.

Enligt uppföljningssystemet Max18 uppgav så mycket som 16 procent av barnen att de utsatts för kränkande behandling i skolan någon gång i månaden eller oftare år 2011/2012.

Barnombudsmannen har under 2014 samtalat med barn och unga som har erfarenheter av kränkningar. Resultaten med förslag på förbättringar redovisades för regeringen (Socialdepartementet) i årsrapporten för 2015, Välkommen till verkligheten.

Det har påtalats i flera offentliga utredningar att det finns ett behov av ett kunskapscentrum för frågor om våld mot barn. Socialstyrelsen redovisade under 2015, efter en utlysning bland universitet och högskolor på regeringens uppdrag, vilket lärosäte som bör få uppgiften att bilda ett nationellt centrum för kunskap om våld

och andra övergrepp mot barn. Regeringen har i enlighet med myndighetens förslag beslutat att Linköpings universitet ska få samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Linköpings universitet ska främja tvärprofessionell kunskapsutveckling kring våld och andra övergrepp mot barn samt stimulera och stödja samverkan.

Regeringen är mycket engagerad i det internationella arbetet mot barnaga. I 46 av världens länder finns ett förbud mot alla former av barnaga. Sverige har tagit en proaktiv roll i det internationella arbetet för ett fullständigt förbud mot barnaga i världens länder. Sverige anordnade en högnivåkonferens, Childhood Free from Corporal Punishment, i Stockholm våren 2014. Österrike kommer att följa upp Sveriges initiativ med ett liknande evenemang i Wien 2016. Under 2014 var det åtta länder som införde ett fullständigt förbud mot barnaga.

### Barnombudsmannens verksamhet

Barnombudsmannen har drivit på och bevakat rättigheterna för barn och unga som är utsatta för kränkningar och trakasserier i skolan. Resultatet presenterades i myndighetens årsrapport för 2015, Välkommen till verkligheten. Myndigheten har också arbetat med rättigheterna för barn och unga som upplevt psykisk ohälsa och behöver stödinsatser med utgångspunkt i årsrapporten för 2014, Bryt tystnaden. Barn och unga som medverkat i arbetet har presenterat sina råd och tankar för de högsta beslutsfattarna i landstingen.

Dialogmöten har hållits med myndigheter och organisationer. Barnrättsdagarna 2014 om psykisk ohälsa bland barn som myndigheten anordnade med Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Barnrättsakademien hade över 800 deltagare. Barnombudsmannen har under 2014 utarbetat en tilläggsrapport till regeringens rapport till FN:s barnrättskommitté som överlämnades till kommittén i mars 2014.

Vid FN:s tortyrkommittés granskning av Sverige i november 2014 framhöll kommittén myndighetens årsrapport för 2013, Från insidan. Kommittén krävde att isoleringen av barn på särskilda ungdomshem, i arrest och häkte ska upphöra.

I februari 2015 inkom Barnombudsmannen med en skrivelse till regeringen med anledning av

att myndigheten kallat Statens skolverk, Migrationsverket, Socialstyrelsen och Polismyndigheten till överläggning i frågan kring asylsökande ensamkommande barn. Skrivelsen behandlar tre områden där Barnombudsmannen anser att dessa barns rättigheter inte tillgodoses: barn som försvinner, anvisning och uppföljning samt mottagande och omhändertagande. Barnombudsmannen föreslog ett nationellt initiativ för att säkerställa barnens rättigheter och att regeringen därför ska ge berörda myndigheter i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att förebygga att de ensamkommande barnen försvinner.

Under 2014 fortsatte Barnombudsmannen arbetet med att bli mer tillgänglig för barn och unga. Myndigheten har producerat filmer, publicerat barns egna digitala berättelser, uppdaterat barnkonventionen på lättläst svenska och genomfört flera chattar med barn och unga. Antalet besökare på myndighetens särskilda webbsidor för barn och unga har återigen ökat markant. År 2013 hade webbsidorna anpassade för barn och unga 44 891 besökare och år 2014 var antalet besökare 74 595.

### 8.4.3 Analys och slutsatser

Barns rättigheter står högt på såväl den internationella som den nationella agendan. Barns rättigheter utvecklas alltmer på den internationella arenan och det är av vikt att Sverige bidrar till och följer den internationella utvecklingen.

Arbetet med och tillämpningen av barnets rättigheter i Sverige har också utvecklats, vilket Barnombudsmannens undersökningar visar. Strategin som ska vara en utgångspunkt har blivit mer känd genom det arbete Barnombudsmannen genomfört på uppdrag av regeringen. Samtidigt konstaterar både Barnombudsmannen och länsstyrelserna att det finns ett behov av fortsatt stöd på nationell, regional och lokal nivå.

Det är i kommuner och landsting som de flesta verksamheter som rör barn finns. Det är också där beslut fattas som har direkt inverkan på barns vardag och deras livssituation. Beslutsfattare och olika yrkesgrupper ska ha kunskap om barns levnadsvillkor och om hur barnets rättigheter kan omsättas i beslut och åtgärder som rör barn och följa upp sådana beslut och åtgärder ur ett barnrättsperspektiv.

Barnombudsmannens uppföljningssystem Max18 gör det möjligt att visa på grupper av barn som av olika skäl inte får sina rättigheter tillgodosedda inom barnrättsligt intressanta områden. Systemet behöver emellertid utvecklas, såväl vad gäller fler indikatorer som möjligheten att identifiera grupper av barn vars levnadsvillkor är svåra att kartlägga genom Max18.

Av de över 2 miljoner barn som lever i Sverige växer de flesta upp under goda levnadsvillkor. Det är av vikt att alla barns behov och rättigheter tillgodoses och det finns flickor och pojkar vars uppväxtvillkor behöver förbättras.

Regeringens arbete mot människohandel med barn, exploatering och sexuella övergrepp är prioriterat och pågår inom olika politikområden. Under 2014 har regeringen bl.a. följt upp åtgärderna i handlingsplanen. Av de slutrapporter som kommit in under 2014 och under våren 2015 kan det konstateras att kunskapen på området ökat och att spridningen till både allmänheten och myndigheter ökat, att samordningen intensifierats och att det internationella arbetet fortsatt att utvecklas. Det finns dock ett stort behov av att fylla kunskapsluckor när det gäller tillämpning av befintlig kunskap och samordning mellan relevanta aktörer.

Under 2013 levde så många som över sex procent av alla barn i Sverige i familjer som någon gång under året mottagit ekonomiskt bistånd. Över två procent av barnen lever i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd. Det är angeläget att arbetet med att förebygga och stävja negativa följder av ekonomisk utsatthet fortsätter att utvecklas inom landsting och på kommunal nivå.

Alla barn har rätt till skydd mot våld. Sverige var det första landet i världen som förbjöd barnaga. De allra flesta föräldrar tycker inte att det är rätt att slå sina barn. Men för vissa barn är våld en del av vardagen. Sverige ska vara ett föregångsland men vi har också stora möjligheter och därtill ett ansvar att påverka andra länder som fortfarande inte skyddar barn mot våld. Enligt Max18 är var sjätte elev i skolan utsatt för kränkande behandling. Flickor och pojkar uppgav att de i lika hög grad utsatts för kränkande behandling i skolan.

Barnrättighetsutredningens betänkande och förslag på lag om inkorporering av barnkonventionen kommer att utgöra en viktig utgångspunkt i det fortsatta arbetet med flickors och pojkars rättigheter. Vidare kommer de rekommendationer, som Sverige fått från barnrätts-

kommittén under 2015 (Concluding observations on the fifth periodic report of Sweden) tas med i det fortsatta arbetet i Regeringskansliet. Samverkan mellan olika aktörer och dialog med det civila samhället är av betydelse för framgång i arbetet med barnets rättigheter och behöver ytterligare förstärkas.

## 8.5 Politikens inriktning

Sverige ska vara ett av de allra bästa länderna att växa upp i. Varje flicka och pojke ska 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. Barnets rättigheter ska följas och främjas.

Inom barnrättspolitiken initieras och samordnas processer för att intentionerna och bestämmelserna i barnkonventionen ska genomsyra alla delar av regeringens politik och prägla alla samhällsområden som berör barn. För det krävs det både ett långsiktigt, systematiskt och strategiskt arbete men också särskilda punktinsatser riktade mot specifika målgrupper och med tydliga målsättningar. Relevanta insatser kan ske inom flera olika politikområden, exempelvis inom rättsväsendet, hälso- och sjukvårdspolitik, folkhälsopolitiken, miljöpolitiken, kulturpolitiken, socialpolitiken, migrationspolitiken och utbildningspolitiken.

Regeringen avser att under 2016 särskilt lyfta fram bl.a. följande områden:

- Ett strategiskt och systematiskt arbete inom EU- och på övrig internationell nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Ett strategiskt och systematiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp.
- Skydd av barn mot våld.
- Förebygga ekonomisk utsatthet bland barn.

### **Ett strategiskt och systematiskt arbete inom EU- och övrig internationell nivå**

Regeringen är angelägen om att bidra till att driva på arbetet med att stärka barnets rättig-

heter på internationell nivå. Sverige ska också fortsatt följa den internationella utvecklingen avseende tolkning och tillämpning av barnkonventionen. EU är en viktig arena för 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 avser att fortsatt prioritera frågor som rör skyddet av barn från våld och övergrepp i andra internationella sammanhang. Dialog, erfarenhetsutbyte och samarbete mellan länder ska bidra till att öka skyddet mot våld och övergrepp mot barn. Sverige bevakar och driver även på dessa frågor i sammanhang som till exempel Europarådets framtagande av en ny strategi och i de av EU:s rådsarbetsgrupper som behandlar frågor om barnets rättigheter.

Regeringen har under 2015 ingått ett samarbetsavtal med Rumänien. Avtalet omfattar tre samarbetsområden; barnrätt, jämställdhet samt sociala frågor i bred bemärkelse. Avtalet syftar till att byta erfarenheter och goda exempel mellan länderna samt att underlätta samarbete mellan frivilligorganisationer i respektive land.

### **Ett strategiskt och systematiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter**

#### *Rekommendationer från barnrättskommittén*

En viktig del av arbetet med att skydda och främja varje flickas och varje pojkes rättigheter är den svenska rapporteringen till FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) som övervakar hur staterna efterlever sina internationella åtaganden på området samt de synpunkter och rekommendationer som Sverige tar emot från dessa organ.

Kommitténs synpunkter och rekommendationer är inte juridisk bindande men har betydelse som vägledning för regeringens arbete med barnkonventionen på nationell nivå. De slutsatser och rekommendationer som lämnades av barnrättskommittén till Sverige i mars 2015 ska, där det är relevant, vara en utgångspunkt i det fortsatta arbetet med att följa och främja barnets rättigheter i Sverige. Barnrättskommitténs slutsatser och rekommendationer ska spridas till berörda aktörer.

#### *Inkorporering*

Regeringen har påbörjat arbetet med att göra barnkonventionen till lag för att ytterligare stärka barnets rättigheter i Sverige. Barnrättsutredningen (S 2013:08) har i uppdrag att lämna förslag till en lag om inkorporering samt att redovisa en kartläggning inom särskilt angelägna områden av hur tillämpningen av lagar och andra föreskrifter överensstämmer med barnets rättigheter enligt FN:s konvention om barnets rättigheter och de tilläggsprotokoll som Sverige tillträtt.

Utredningen har identifierat fyra områden som särskilt angelägna: barn i migrationsprocessen, stöd och service till barn med vissa funktionsnedsättningar inom ramen för LSS, barn som bevittnat våld inom familjen och barn som utsatts för våld inom familjen.

Uppdraget ska i sin helhet redovisas till regeringen senast den 28 februari 2016 och kommer att utgöra en grund för regeringens fortsatta arbete med barnets rättigheter.

#### *Ökad kunskap om barnets rättigheter*

Åtgärder och beslut inom all offentlig verksamhet som rör barn ska genomsyras av ett barnrättsperspektiv. Detta gäller inte minst lokala och regionala verksamheter. Det är i kommuner och landsting som de flesta verksamheter som rör barn finns, det är där beslut fattas som har direkt inverkan på barns vardag och deras livssituation.

Den av riksdagen antagna strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige, som ska vara en utgångspunkt i arbetet med barnets rättigheter, har blivit mer känd. De undersökningar som Barnombudsmannen genomfört visar att utvecklingen går framåt, men att det samtidigt finns ett stort behov av fortsatt stöd på nationell, regional och lokal nivå.

Erfarenheter från andra länder visar att en inkorporering av barnkonventionen aktualiserar frågan om hur barnets rättigheter kan och bör omsättas i praktiken av offentliga aktörer på nationell, regional och lokal nivå. För att barnkonventionen som lag ska få avsedd effekt och för att förbättra tillämpningen av lagstiftningen är det av vikt att öka kunskapen om vad konventionen innebär på alla nivåer inte minst bland barn och unga själva.

Regeringen avser därför att fortsätta det långsiktiga strategiska och systematiska arbetet för att barnkonventionen ska genomsyra alla delar

av regeringens politik och prägla alla samhällsområden som rör barn genom att öka kunskapen om barnets rättigheter och stärka barnrättsperspektivet på alla nivåer. Regeringen anser också att det är särskilt angeläget att barn och unga får kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken.

#### *Dialoger*

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 ständigt dialog inte bara med myndigheter, kommuner och landsting, utan också med det civila samhället, den privata sektorn och inte minst med barn och unga. Regeringen vill därför skapa en mer kontinuerlig dialog med barnrättsorganisationerna, SKL, andra centrala aktörer samt barn och unga.

#### *Uppföljning av barnrättspolitiken*

I propositionen om strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232) angavs att strategin kommer att ses över och följas upp med jämna mellanrum för att säkerställa att den är effektiv och användbar för att stärka barnets rättigheter. Strategin har varit verksam i fem år och regeringen anser att det finns skäl att se över och följa upp strategin.

Uppföljning av insatser och åtgärder ingår i arbetet med att stärka barnets rättigheter. Ett strategiskt viktigt instrument för detta är det webbaserade uppföljningssystemet Max18. Systemet gör det möjligt att se hur många barn som befinner sig i vissa utsatta situationer och identifiera grupper av barn som av olika skäl inte får sina rättigheter tillgodosedda.

För att bättre kunna följa insatser och åtgärder inom barnrättspolitiken behöver systemet utvecklas och spridas.

#### **Skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp**

Inget barn i Sverige ska utsättas för människohandel, exploatering eller sexuella övergrepp. Regeringens handlingsplan för skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp för perioden 2014–2015 (skr. 2013/14:91) har inneburit åtgärder som följs upp kontinuerligt.

Under 2016 avser regeringen att göra en uppdatering av handlingsplanen för perioden 2016–2018 med förnyade insatser för skydd av barn.

Vidare ska Sverige aktivt följa och delta i det internationella samarbetet på området.

#### **Skydd av barn mot våld**

Alla barn har rätt till skydd mot våld enligt barnkonventionen. Skydd mot våld är en grundläggande förutsättning för trygghet, tillit, och livskvalitet liksom för barnets personliga utveckling och framgång i livet.

För att kunna anpassa förebyggande insatser krävs att Sverige kontinuerligt följer förekomsten av våld och kränkningar samt beteenden och attityder bland både barn och unga och föräldrar. Den senaste nationella kartläggningen av kroppslig bestraffning och annan kränkande behandling som utfördes av Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Karlstad universitet genomfördes 2011.

Linköpings universitet har fått i uppdrag av regeringen att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Universitetet ska främja tvärprofessionell kunskapsutveckling och stimulera och stödja samverkan. Linköpings universitet ska årligen lämna förslag på insatser till regeringen.

Sverige var det första landet i världen som förbjöd barnaga och vårt land är ett föregångsland och en katalysator vad gäller barnets rättigheter, i synnerhet vad gäller förbud mot barnaga. Regeringen har tagit en proaktiv roll i det internationella arbetet för ett fullständigt förbud mot barnaga i världens länder. Regeringens målsättning är att arbetet ska bidra till att fler länder inför ett förbud mot barnaga. Under 2016 kommer Österrike att anordna en liknande konferens om barnaga som Sverige arrangerade 2014 och regeringen avser att ta aktiv del i konferensen.

Det är regeringens avsikt att fortsätta prioritera arbetet med att skydda barn mot våld. Förutom insatser inom ramen för barnrättspolitiken krävs det insatser inom flera olika politikområden.

## Förebygga ekonomisk utsatthet bland barn

Barn har rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska och sociala utveckling enligt barnkonventionen. Föräldrar eller de som är ansvariga för barnet har huvudansvaret och staten ska vid behov ge stöd till föräldrarna.

Det ekonomiska biståndet är det yttersta skyddsnätet för föräldrar som saknar möjligheter till försörjning. Att minska utanförskap och effekterna av ekonomisk utsatthet för flickor och pojkar är en prioriterad fråga för regeringen. Det är angeläget att kommunernas arbete med att förebygga och stävja negativa följder av ekonomisk utsatthet fortsatt utvecklas. Det metodstöd som länsstyrelserna i Västerbottens och Skåne län har utarbetat till kommunerna om hur man kan ta fram, utveckla och följa upp kommunala handlingsplaner mot ekonomisk utsatthet bör därför spridas till landets kommuner.

Det är regeringens avsikt att fortsätta arbetet med att förebygga ekonomisk utsatthet bland barn. Förutom insatser inom ramen för barnrättspolitikerna krävs det insatser inom flera olika politikområden.

## 8.6 Budgetförslag

### 8.6.1 5:1 Barnombudsmannen

**Tabell 8.2 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2014	24 312	-17	
2015	23 910 <sup>1</sup>		23 299
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>24 289</b>	
2017	Beräknat	24 512 <sup>2</sup>	
2018	Beräknat	24 868 <sup>3</sup>	
2019	Beräknat	25 309 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 24 289 000 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 24 291 000 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 24 290 000 tkr i 2016 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Barnombudsmannens förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

Anslaget föreslås minska med 61 000 kronor 2016 jämfört med 2015 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar (prop. 2014/15:1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor avsnitt 8.2.1).

**Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	23 910	23 910	23 910	23 910
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	440	663	1 018	1 461
Beslut	-61	-61	-60	-62
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>24 289</b>	<b>24 512</b>	<b>24 868</b>	<b>25 309</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 24 289 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 24 512 000 kronor, 24 868 000 kronor respektive 25 309 000 kronor.



## 8.6.2 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

**Tabell 8.4 Anslagsutveckling 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

2014	Utfall	23 370	Anslags-sparande	9 891
2015	Anslag	33 761 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	28 640
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>33 761</b>		
2017	Beräknat	27 761		
2018	Beräknat	22 261		
2019	Beräknat	22 261		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2015 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

**Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
Anvisat 2015 <sup>1</sup>	33 761	33 761	33 761	33 761
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut		-6 000	-11 500	-11 500
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	33 761	27 761	22 261	22 261

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 33 761 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 27 761 000 kronor, 22 261 000 kronor och 22 261 000 kronor.



## 9 Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

### 9.1 Omfattning

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

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) finansierar grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet och inom social- och folkhälsovetenskap.

### 9.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 9.1 Utgiftsutveckling Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning**

*Miljoner kronor*

	Utfall 2014	Budget 2015 <sup>1</sup>	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019
<i>Forskningspolitik</i>							
7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	33	29	28	<b>34</b>	34	35	35
7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	520	511	505	<b>506</b>	512	521	531
<b>Summa Forskningspolitik</b>	<b>553</b>	<b>540</b>	<b>533</b>	<b>539</b>	<b>546</b>	<b>555</b>	<b>566</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Enligt regeringens proposition Forskning och innovation (prop. 2012/13:30) har Forte och Vetenskapsrådet delat ansvar inom sina respektive forskningsområden för en forskningssatsning inom området åldrande och hälsa samt för vårdforskning.

Forte ingår fr.o.m. den 1 juli 2015 i Rådet för styrning med kunskap (se förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst). Rådet ska bl.a. vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Forte har vidare regeringsuppdrag på särskilda områden.

### 9.3 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 9.6). Av propositionen 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.

### 9.4 Resultatredovisning

Regeringens uppföljning av forskningspolitikens mål redovisas under utg.omr. 16 Utbildning och universitetsforskning.

#### 9.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Grunden för bedömning av Fortes resultat är myndighetens redovisning av sin verksamhet, inklusive de processer som Forte har för utlysningar och krav för att få forskningsmedel, bedömningar av ansökningar, granskningar och utvärderingar av forskning m.m. Ansöknings-

tryck i förhållande till beviljat forskningsstöd ger en bild av konkurrensen om forskningsstöd. Nyttiggörande av forskningsresultat bedöms bl.a. utifrån Fortes olika insatser för att kommunicera forskningsresultat med olika målgrupper. Det nya ansöknings- och projekthanteringsystemet Prisma som togs i drift den 1 januari 2015 kommer successivt att möjliggöra mer systematiska redovisningar av bibliometriska mått som publiceringar och citeringar av vetenskapliga artiklar samt av nyttiggörande av forskningsresultat i övrigt.

Det pågår arbete hos bl.a. Vetenskapsrådet (VR) och Verket för innovationssystem (Vinnova) med att utveckla metoder för att följa upp forskningens kvalitet, relevans och nyttiggörande samt forskningens samverkan med det omgivande samhället.

Det är generellt sett svårt att mäta måluppfyllelse för forskningspolitiken och resultatet av forskning inom olika områden. Forskningsresultat kan komma till nytta för annan forskning eller för samhället i övrigt, men det kan ta många år och effekterna är svåra att avgränsa och mäta.

### 9.4.2 Resultat

#### Forskningsmedel

Forte fördelar forskningsbidrag efter utlysning och ansökan i öppen konkurrens. Under 2014 fick Forte in totalt drygt 1 800 ansökningar totalt om forskningsstöd till en summa av 7,1 miljarder kronor. Myndigheten beviljade 592 miljoner kronor till 307 ansökningar. Under den senaste femårsperioden har antalet ansökningar ökat och antalet beviljade varit relativt konstant.

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 tio år. Myndigheten prioriterar stödformer som särskilt riktar sig till yngre forskare, bl.a. juniorforskarbidrag som ges för fyra år med en högre genomsnittlig bidragsstorlek. Forte beviljar vidare medel till forskarskolor och s.k. 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

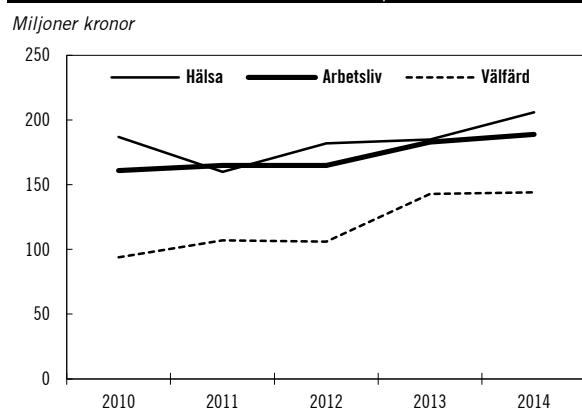
utlandet, resor, gästforskare, nätverk samt konferenser och symposier. Drygt 70 procent av ansökningarna om forskningsbidrag gäller projekt. Forte bedömer ansökningar om projektbidrag och juniorforskarbidrag i två steg. Först bedöms en skiss, därefter en fullständig ansökan.

Hur mycket forskningsstöd som går till olika bidragsformer, områden eller lärosäten liksom utlysningarnas inriktning varierar mellan åren. Därför görs en redovisning nedan både för 2014 och för femårsperioden 2010–2014.

### Forskningsmedel fördelat på områden

Fortes forskningsmedel har ökat totalt, liksom medlen fördelade på vart och ett av Fortes tre forskningsområden hälsa, arbetsliv och välfärd. Av diagram 9.1 framgår att forskningsbidragen till området välfärd har ökat mest 2010–2014.

**Diagram 9.1 Årligen beviljade forskningsmedel av Forte 2010–2014 fördelade områdena hälsa, arbetsliv och välfärd**



### Forskningsstöd fördelat på lärosäten

Hur mycket forskningsstöd som går till olika lärosäten beror på många olika faktorer. De största mottagarna av forskningsstöd från Forte under 2010–2014 var Karolinska institutet, följt av Stockholms, Göteborgs och Umeå universitet.

### Utvärderingar och kvalitet

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 regelbundet utvärderingar av svensk forskning med hjälp av internationella granskare. Syftet är att värdera forskningens kvalitet och identifiera kunskapsluckor och brister. Under hösten 2015 väntas en rapport med utvärdering av forskning om arbetsorganisation.

### Könsperspektiv på forskningsstöd

Forte ska främja jämställdhet mellan kvinnor och män inom sitt verksamhetsområde, och fr.o.m. den 1 juni 2015 även verka särskilt för att ett genusperspektiv får genomslag i forskningen.

Könsfördelningen i forskningsstöd beror på många olika faktorer, bl.a. utlysningarnas inriktning, om män och kvinnor söker forskningsstöd i samma utsträckning, i vilken utsträckning unga eller mer etablerade forskare söker, och därmed den relativa konkurrensen om medel. Dessa faktorer varierar över åren.

Bedömargruppernas sammansättning och kompetens kan också ha betydelse för hur forskningsmedel beviljas. Sammantaget är 47 procent, av bedömarna i Fortes tio beredningsgrupper kvinnor.

Av forskare som sökt bidrag hos Forte (alla stödformer) har andelen kvinnor ökat från 56 procent 2010 till 60 procent 2014. Det är en mycket jämn könsfördelning i andelen skisser som går vidare till fullständiga ansökningar, liksom i andelen av dessa som beviljas. Andelen ansökningar som har beviljats projektmedel sammantaget 2010–2014 är lika för män och kvinnor.

Det är små könsskillnader i utbetalt forskningsstöd. Av Fortes sammanlagda utbetalda forskningsstöd på 2,2 miljarder kronor under perioden 2010–2014 gick 47 procent till kvinnor och 53 procent till män, vilket innebär knappt 150 miljoner kronor mindre till kvinnor jämfört med män.

Det finns vissa skillnader i könsfördelning av utbetalt forskningsstöd 2010–2014 av olika bidragstyper och i hur stora bidrag som beviljas under hur lång tid. Juniorforskarbidrag och postdokbidrag söks av fler kvinnor än män och beviljades i proportion till ansökningarna. Båda

bidragen är enligt Forte viktiga för att stödja karriärutveckling bland kvinnor.

Mer medel betalades ut till anställning till kvinnor än män (tidigare bidrag som gavs till forskarasistenter och till professorer). Av de utbetalda projektmedlen gick något mer till män än till kvinnor. Bidrag till program och centra gick till män i större utsträckning än till kvinnor.

**Tabell 9.2 Utbetalt forskningsbidrag 2010–2014 i miljoner kronor för olika bidragstyper, fördelat på andel kvinnor och män.**

	Utbetalt stöd	Andel till kvinnor	Andel till män
Anställningar	33	70	30
Junior-forskarbidrag	46	72	28
Postdoc	99	74	26
Projekt	1 279	48	52
Program	372	35	65
Centra	371	43	57
Samtliga	<b>2 200</b>	47	53

Källa: Forte

Även om könsfördelningen i genomsnitt är jämn är andelen av bidragsbeloppet som går till män högre för de mer långsiktiga stödformerna, med mer pengar. Detta kan naturligtvis bero på många olika faktorer, som hur könsfördelningen ser ut bland sökandena och vilken erfarenhet och meritering kvinnor och män har.

Andelen kvinnor som mottagare av forskningsstöd varierade mellan lärosätena 2010-2014, från 60 procent för Uppsala universitet och Lunds universitet till drygt 20 procent för Karlstad universitet.

### Strategi och analys

Forte har tagit fram en strategisk agenda för 2015–2018. Vidare initierade Forte under 2013 en internationell utvärdering av svensk forskning inom området arbetsorganisation. Forte har medverkat i arbetet med att följa upp de strategiska satsningarna från den forsknings- och innovationspolitiska propositionen 2008.

Myndigheten har sett över utlysningssystem, beredningsprocesser och administrativa stödssystem. Forte har beslutat införa en mer rätts-säker och effektiv beredningsorganisation från den 1 januari 2016. Kompetensförsörjningen ses

över bl.a. utifrån Fortes utvidgade internationella uppdrag, och mot bakgrund av digitalisering av ansöknings- och projekthantering samt kommande generationsväxling.

Det nya ansöknings- och projekthanterings-systemet Prisma togs i drift av Forte den 1 januari 2015. Prisma utvecklas av VR, och är gemensamt för forskningsfinansiärerna VR, Formas och Forte.

### Samverkan och samarbete

Forte samverkar med övriga statliga forskningsfinansiärer på flera olika sätt. Forte och Vinnova har under 2014 träffat en överenskommelse om samverkan och samfinansiering av innovativa projekt inom vård och omsorg. Vidare samverkar Forte med myndigheter och andra aktörer.

Forte arbetar för att främja internationalisering av svensk forskning och samarbetar med utländska forskare och finansiärer. Forte deltar i flera nordiska samarbeten och har ett ökande engagemang på internationell och europeisk nivå, bl.a. inom ramen för Sveriges bilaterala samarbetsavtal med Indien och Kina och till följd av uppdrag i samband med EU:s åttonde ramprogram Horisont 2020. Forte deltar också i flera av EU:s s.k. Joint Programming Initiative (JPI).

### Kommunikation och nyttiggörande

Forte bidrar till forskares kunskapsförmedling genom att ge bidrag till publicering, nätverk, resor och internationella konferenser i Sverige.

Forte kommunicerar och samverkar med olika målgrupper om forskningsbehov och nyttiggörande av forskningsresultat. Under 2014 har Forte arbetat för att utveckla formerna för kommunikation, samverkan och nyttiggörande, bl.a. utifrån två regeringsuppdrag. Forte har inventerat internationella erfarenheter, och genomfört en undersökning bland patient- och brukarorganisationer om deras behov av forskning. Forte samarbetar med brukar-, bransch- och intresseorganisationer samt med Föreningen Sveriges Socialchefer. Forte har blivit medlem i den Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S).

Under 2014 har myndigheten anordnat och bidragit till seminarier och konferenser, informerat om forskning i nyhetsbrev, på sociala medier och genom forskningsmagasinet Forte. Fortefinansierad forskning presenteras på nätet i form av teman inom samhällsrelevanta ämnesområden. Myndighetens webbplats har under 2014 haft drygt 200 000 externa besök, vilket är en fortsatt ökning jämfört med tidigare år. Forte är också delägare i forskningsportalen forskning.se.

### 9.4.3 Analys och slutsatser

Forte har fått många nya uppdrag efter propositionen Forskning och innovation (prop. 2012/13:30) och har genomfört dessa väl. Regeringen ser positivt på Fortes arbete med strategisk agenda, analys och utvärderingar, på den översyn som Forte har gjort av ekonomiredovisning, arbetsformer och verksamhet inklusive personalförsörjning och kompetensbehov samt på att Forte har beslutat införa en mer rättssäker och effektiv beredningsorganisation från den 1 januari 2016.

Forte arbetar aktivt med jämställdhet, och sammantaget är könsfördelningen jämn såväl i ansökningar och utbetalt forskningsstöd, som i beredningsorganisation och ledningsgrupp.

Forte har beviljat stöd till forskning inom arbete, miljö och hälsa som bl.a. bidragit till regeringens övergripande prioriteringar av miljö och klimat.

Forte har vidareutvecklat formerna för ökad kommunikation med olika intressenter i relevanta delar av forskningsfinansieringsprocessen. Forte har fortsatt att förbättra tillgängligheten till forskningsresultat och att utveckla sin webbplats.

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. Forte har dock under en följd av år successivt fått nya uppdrag och ökade forskningsanslag, samtidigt som förvaltningsanslaget varit i stort sett oförändrat.

## 9.5 Politikens inriktning

Politikens inriktning för forskning redovisas under utg.omr. 16 avsnitt 9.6.

## 9.6 Budgetförslag

### 9.6.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

**Tabell 9.3 Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning**

Tusental kronor

2014	Utfall	33 328	Anslags-sparande	-539
2015	Anslag	28 735 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	27 840
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>33 618</b>		
2017	Beräknat	33 999 <sup>2</sup>		
2018	Beräknat	34 593 <sup>3</sup>		
2019	Beräknat	35 268 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 33 619 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 33 621 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 33 621 tkr i 2016 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärds förvaltningsutgifter.

### Regeringens överväganden

Forte har under ett antal år fått nya uppdrag och ökade forskningssatsningar, samtidigt som förvaltningsanslaget i princip har varit oförändrat. Mot bakgrund av detta föreslår regeringen att anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* ökas med 4 500 000 kronor 2016. Från och med 2017 beräknas för samma ändamål 4 500 000 kronor per år.

Finansiering föreslås ske genom att anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* minskas med motsvarande belopp.

Anslaget föreslås minska med 73 000 kronor för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar (prop. 2014/15:1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor avsnitt 8.2.1). Från och med 2017 beräknas anslaget minskas med 73 000 kronor per år för samma ändamål.

Anslaget har för perioden 2016–2019 beräknats enligt följande.

**Tabell 9.4 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>28 735</b>	<b>28 735</b>	<b>28 735</b>	<b>28 735</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	456	786	1 300	1 886
Beslut	4 427	4 478	4 558	4 647
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>33 618</b>	<b>33 999</b>	<b>34 593</b>	<b>35 268</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 33 618 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 33 999 000 kronor, 34 593 000 kronor respektive 35 268 000 kronor.

### 9.6.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

**Tabell 9.5 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2014	Utfall	519 535	7 138
2015	Anslag	511 374 <sup>1</sup>	505 623
<b>2016</b>	<b>Förslag</b>	<b>505 732</b>	
2017	Beräknat	511 648 <sup>2</sup>	
2018	Beräknat	520 747 <sup>3</sup>	
2019	Beräknat	530 874 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2015 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 505 753 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 505 782 tkr i 2016 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 505 782 tkr i 2016 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, kommunikations-

insatser, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

### Regeringens överväganden

Anslaget föreslås minska med 1 295 000 kronor 2016 för att bidra till att finansiera prioriterade satsningar (prop. 2014/15:1 Förslag till statens budget, finansplan och skattefrågor avsnitt 8.2.1).

Minskningen av anslaget med 4 500 000 kronor 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* finansierar motsvarande ökning av anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* som föreslås ovan.

Anslaget har för perioden 2016–2019 beräknats enligt följande.

**Tabell 9.6 Härledning av anslagsnivån 2016–2019 för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

	2016	2017	2018	2019
<b>Anvisat 2015<sup>1</sup></b>	<b>511 374</b>	<b>511 374</b>	<b>511 374</b>	<b>511 374</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	153	6 115	15 288	25 530
Beslut	-5 795	-5 841	-5 915	-6 030
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>505 732</b>	<b>511 648</b>	<b>520 747</b>	<b>530 874</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2014 (bet. 2014/15:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2015. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2017–2019 är preliminär.

Regeringen föreslår att 505 732 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* för 2016. För 2017, 2018 och 2019 beräknas anslaget till 511 648 000 kronor, 520 747 000 kronor respektive 530 874 000 kronor.



### 9.6.3 Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2016 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 1 000 000 000 kronor 2017–2020.

**Skälen för regeringens förslag:** Den forskning som Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2016 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 1 000 000 000 kronor 2017–2020.

**Tabell 9.7 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

	Utfall 2014	Prognos 2015	Förslag 2016	Beräknat 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019–2020
Ingående åtaganden	827 149	946 334	959 960	–	–	–
Nya åtaganden	637 921	525 000	500 000	–	–	–
Infriade åtaganden	-518 736	-511 374	-510 000	-480 000	-335 000	-185 000
Utestående åtaganden	946 334	959 960	949 960	–	–	–
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>973 000</b>	<b>961 000</b>	<b>1 000 000</b>	–	–	–



Bilaga 1

# Förslag om kostnadsfria läkemedel för barn

Bilaga till avsnitt 4.6 i  
utgiftsområde 9



## Bilaga 1

## Förslag om kostnadsfria läkemedel för barn

Bilaga till avsnitt 4.6 i  
utgiftsområde 9**Innehållsförteckning**

---

1	Sammanfattning av promemorian Kostnadsfria läkemedel för barn (Ds 2014:42) .....	5
2	Lagförslag i Ds 2014:42.....	6
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	6
3	Remissinstanser till Ds 2014:42.....	8
4	Lagrådsremissens lagförslag.....	9
4.1	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	9
4.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2015:000) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	11
5	Lagrådets yttrande.....	12



## **1 Sammanfattning av promemorian Kostnadsfria läkemedel för barn (Ds 2014:42)**

I denna promemoria föreslås att lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ändras. Ändringarna innebär att läkemedel och andra förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska vara kostadsfria för en förmånsberättigad person som inte har fyllt 18 år. Dessutom ska förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som har fyllt 18 år. Vidare ska lagen ändras så att nuvarande gemensamma kostnadsredu-

cering för barn tas bort. Därutöver ska nuvarande krav i 19 § om att förbrukningsartiklar behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering ska förskrivas på grund av sjukdom och att förskrivningen ska ha gjorts av läkare eller tandläkare eller av någon annan som Socialstyrelsen förklarat behörig därtill flyttas till 18 § tredje punkten.

Vidare görs bedömningen att de författningsändringar som behövs för att en motsvarande kostnadsfrihet som ovan föreslagits också ska gälla för barn som omfattas av andra bestämmelser än de som finns i lagen om läkemedelsförmåner, bör genomföras genom förordningsändringar.

## 2 Lagförslag i Ds 2014:42

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

Härigenom föreskrivs att 5, 18 och 19 §§ och rubriken närmast före 19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 5 §<sup>1</sup>

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,5 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger kostnadstaket,
2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger kostnadstaket, och
3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 2,454 gånger kostnadstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

*Vad som sägs i andra–femte styckena gäller inte för varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.*

*Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas bestämmelserna i andra–femte styckena gemensamt för barnen. Kostnadsreducering gäller under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år. Med förälder*

*Andra–femte styckena gäller inte varor som är kostnadsfria enligt 19 §.*

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2012:927. Ändringen innebär bl.a. att sjunde stycket tas bort.



*avses även familjehemsförälder. Som förälder räknas även den som en förälder stadigvarande sammanbor med och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.*

### 18 §<sup>2</sup>

Läkemedelsförmånerna *skall*, när beslut fattas enligt 7 §, omfatta

1. varor på vilka 3 § läkemedelslagen (1992:859) är tillämplig och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor,
2. förbrukningsartiklar som behövs vid stomi och som förskrivs av läkare eller av annan som Socialstyrelsen förklarat *behörig därtill*, och

3. förbrukningsartiklar som *behövs* för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering.

Läkemedelsförmånerna *ska*, när beslut fattas enligt 7 §, omfatta

2. förbrukningsartiklar som behövs vid stomi och som förskrivs av läkare eller av annan som Socialstyrelsen förklarat *har behörighet till sådan förskrivning*, och

3. förbrukningsartiklar som *en förmånsberättigad på grund av sjukdom behöver* för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering *och som förskrivs av läkare, tandläkare eller någon annan som Socialstyrelsen förklarat har behörighet till sådan förskrivning*.

### Särskilda bestämmelser om vissa varor

### Särskilda bestämmelser om kostnadsfrihet och om vissa varor

### 19 §<sup>3</sup>

*Förbrukningsartiklar som avses i 18 § 3 skall tillhandahållas kostnadsfritt om de på grund av sjukdom förskrivs av läkare eller tandläkare eller av någon annan som Socialstyrelsen förklarat behörig därtill.*

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

*Dessutom ska varor som avses i 18 § 3 vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som har fyllt 18 år.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2015.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2003:76.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2003:76.

### 3 Remissinstanser till Ds 2014:42

Migrationsverket, Datainspektionen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Barnombudsmannen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Inspektionen för vård och omsorg, Statskontoret, E-hälsomyndigheten, Gotlands kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands

läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, Rädda Barnen, Sveriges läkarförbund, Sveriges Farmaceuter, Vårdförbundet, Unionen Farmaci och Hälsa, Sveriges Apoteksförening, Läkemedelsindustriföreningen, Förvaltningsrätten i Falun, Kammarrätten i Stockholm, Handikapporganisationen.

## 4 Lagrådsremissens lagförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

*dels* att 5 och 19 §§ ska ha följande lydelse,

*dels* att rubriken närmast före 19 § ska sättas närmast före 20 §,

*dels* att det närmast före 19 § ska införas en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 5 §<sup>1</sup>

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,5 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger kostnadstaket,

2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger kostnadstaket, och

3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 2,454 gånger kostnadstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

*Vad som sägs i andra–femte styckena gäller inte för varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.*

*Andra–femte styckena gäller inte för varor som är kostnadsfria enligt 19 §.*

*Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas bestämmelserna i andra–femte styckena gemensamt för barnen. Kostnadsreducering gäller*

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2012:927. Ändringen innebär bl.a. att sjunde stycket tas bort.

*under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år. Med förälder avses även familjehemsförälder. Som förälder räknas även den som en förälder stadigvarande sammanbor med och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.*

### *Särskilda bestämmelser om kostnadsfrihet*

#### **19 §<sup>2</sup>**

*Förbrukningsartiklar som avses i 18 § 3 skall tillhandahållas kostnadsfritt om de på grund av sjukdom förskrivs av läkare eller tandläkare eller av någon annan som Socialstyrelsen förklarar behörig därtill.*

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

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

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016.

2. En förmånsberättigad person som har fyllt 18 år före den 1 januari 2016 och som har haft rätt till kostnadsreducering med stöd av 5 § sjunde stycket behåller denna rätt under ett år räknat från första inköpstillfället.

3. En förmånsberättigad person som fyller 18 år efter den 31 december 2015 och som före den 1 januari 2016 haft rätt till kostnadsreducering med stöd av 5 § sjunde stycket behåller denna rätt efter att ha fyllt 18 år under ett år räknat från första inköpstillfället.

---

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2003:76.

#### 4.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2015:000) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 18 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. i stället för lydelsen enligt lagen (2015:000) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse

*Lydelse enligt prop. 2014/15:91*

*Föreslagen lydelse*

##### 18 §

Läkemedelsförmånerna ska, när beslut fattas enligt 7 §, omfatta

1. varor *på* vilka 18 kap. 2 § läkemedelslagen (2015:000) är tillämplig och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor,

2. förbrukningsartiklar som behövs vid stomi och som förskrivs av läkare eller *av* annan som Socialstyrelsen förklarat *behörig därtill*, och

3. förbrukningsartiklar som *behövs* för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering.

1. varor *för* vilka *det med stöd av* 18 kap. 2 § läkemedelslagen (2015:000) *har föreskrivits att läkemedelslagen helt eller delvis ska gälla* och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor,

2. förbrukningsartiklar som *en förmånsberättigad behöver* vid stomi och som förskrivs av läkare eller *någon* annan som Socialstyrelsen förklarat *har behörighet till sådan förskrivning*, och

3. förbrukningsartiklar som *en förmånsberättigad på grund av sjukdom behöver* för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering *och som förskrivs av läkare, tandläkare eller någon annan som Socialstyrelsen förklarat har behörighet till sådan förskrivning*.

## 5 Lagrådets yttrande

Utdrag ur protokoll vid sammanträde  
2015-05-29

**Närvarande:** F.d. justitieråden Susanne Billum och Per Virdesten samt justitierådet Anita Saldén Enérus.

### Kostnadsfria läkemedel för barn

Enligt en lagrådsremiss den 21 maj 2015 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.,
2. lag om ändring i lagen (2015:000) om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av rätts-sakkunniga Zandra Milton, biträdd av departementssekreteraren Ellen Jones.

Förslagen föranleder följande yttrande av Lagrådet:

Förslaget till lag om ändring i lagen om läkemedelsförmåner m.m.

Övergångsbestämmelserna

Lagrådet förordar att punkterna 2 och 3 i övergångsbestämmelserna formuleras så att de anknyter till de förhållanden som råder vid lagens ikraftträdande.

Förslaget till lag om ändring i lagen om ändring i lagen om läkemedelsförmåner m.m.

Lagrådet lämnar förslaget utan erinran.

Bilaga 2

# Förslag till avskaffande av fritidspeng

Bilaga till avsnitt 7.9 i  
utgiftsområde 9





## Bilaga 2

# Förslag till avskaffande av fritidspeng

## Bilaga till avsnitt 7.9 i utgiftsområde 9

### Innehållsförteckning

---

- 1 Lagförslag i promemorian förslag till ändring i socialtjänstlagen (2001:453) avseende avskaffande av bestämmelserna om fritidspeng..... 5
- 2 Förteckning över remissinstanser avseende promemorian Förslag till ändring i socialtjänstlagen (2001:453) avseende avskaffande av bestämmelser om fritidspeng..... 7



## 1 Lagförslag i promemorian förslag till ändring i socialtjänstlagen (2001:453) avseende avskaffande av bestämmelserna om fritidspeng

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 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.

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.

### 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 §,
- samtycke enligt 6 kap. 14 §, eller
- avgifter eller förbehållsbelopp 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.

<sup>1</sup> Senaste lydelse av

4 a kap. 1 § 2014:468 rubriken till 4 a kap. 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.

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 2016.
  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.

## **2 Förteckning över remissinstanser avseende promemorian Förslag till ändring i socialtjänstlagen (2001:453) avseende avskaffande av bestämmelser om fritidspeng**

Riksdagens ombudsmän, Kammarrätten i Göteborg, Förvaltningsrätten i Karlstad, Diskrimineringsombudsmannen, Konsumentverket, Inspektionen för vård och omsorg, Socialstyrelsen, Myndigheten för handikappolitisk samordning Handisam, Barnombudsmannen, Statskontoret, Skolverket, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor MUCF, Institutet för social forskning vid Stockholms universitet SOFI, Malmö Högskola, Arvika kommun, Askersunds kommun, Bodens kommun, Bollebygds kommun, Botkyrka kommun, Dorotea kommun, Gnosjö kommun, Gotlands kommun, Gullspångs kommun, Göteborgs kommun, Haparanda kommun, Hofors kommun, Malmö kommun, Mörbylånga kommun, Nacka kommun, Nykvarns kommun, Nässjö kommun, Ragunda kommun, Simrishamns kommun, Stenungsunds kommun, Stockholms kommun, Södertälje kommun, Timrå kommun, Umeå kommun, Uppsala kommun, Vännäs kommun, Västerås kommun, Åmåls kommun, Åtvidabergs kommun, Övertorneå kommun, Akademikerförbundet SSR, Barnens rätt i samhället (Bris), Föreningen Sveriges socialchefer, Idéburna organisationer med social inriktning (Forum), Landsorganisationen i Sverige, Landsrådet för Sveriges ungdomsorganisationer, Nätverket mot socialt utanförskap, Majblommans riksförbund, Riksförbundet Frivilliga samhällsarbetare, Riksidrottsförbundet, Rädda Barnen, Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige, Sociala Missionen, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stiftelsen Göteborgs Kyrkliga Stadsmission, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Kvinno- och tjejjourers riksförbund, Sveriges Kulturskoleråd, Sveriges Makalösa föräldrar, Verdandi och Vision.



Bilaga 3

# Förslag om Samordnat ansvar för vissa familjefrågor

Bilaga till avsnitt 7.10 i  
utgiftsområde 9





## Bilaga 3

## Förslag om Samordnat ansvar för vissa familjefrågor

Bilaga till avsnitt 7.10 i  
utgiftsområde 9**Innehållsförteckning**

---

1	Lagförslag i departementspromemorian Samordnat ansvar för vissa familjefrågor (Ds 2014:17).....	5
1.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner .....	5
1.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling.....	6
1.3	Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) .....	11
	Remissinstanser till Ds 2014:17 .....	12



# 1 Lagförslag i departementspromemorian Samordnat ansvar för vissa familjefrågor (Ds 2014:17)

## 1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

*Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) är centralmyndighet enligt konventionen och fullgör de uppgifter som ankommer på en sådan myndighet, om inte något annat följer av lag eller annan författning.*

*MIA utfärdar intyg enligt artikel 23 i konventionen när adoptionen har ägt rum i Sverige eller när ett utländskt adoptionsbeslut har omvandlats här i landet enligt artikel 27 i konventionen och 5 § denna lag.*

2 §<sup>1</sup>

*Myndigheten för familjerätt och adoption är centralmyndighet enligt konventionen och fullgör de uppgifter som ankommer på en sådan myndighet, om inte något annat följer av lag eller annan författning.*

*Myndigheten för familjerätt och adoption utfärdar intyg enligt artikel 23 i konventionen när adoptionen har ägt rum i Sverige eller när ett utländskt adoptionsbeslut har omvandlats här i landet enligt artikel 27 i konventionen och 5 § denna lag.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2015.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2004:768.

## 1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling

Härigenom föreskrivs att 4–5, 6 a, 7, 8 a–c, 9–10, 12 och 14 §§ lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling ska ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### 4 §<sup>2</sup>

Den eller de som vill adoptera ett barn från utlandet *skall* anlita en sammanslutning som avses i 3 §. Detta gäller dock inte enstaka fall av adoption som avser släktingbarn eller där det annars finns särskilda skäl att adoptera utan förmedling av en auktoriserad sammanslutning. *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)* skall i sådana fall innan barnet lämnar landet pröva om för-farandet är godtagbart

Den eller de som vill adoptera ett barn från utlandet *ska* anlita en sammanslutning som avses i 3 §. Detta gäller dock inte enstaka fall av adoption som avser släktingbarn eller där det annars finns särskilda skäl att adoptera utan förmedling av en auktoriserad sammanslutning. *Myndigheten för familjerätt och adoption* ska i sådana fall innan barnet lämnar landet pröva om för-farandet är godtagbart.

#### 5 §<sup>3</sup>

*MIA* avgör frågor om auktorisation och har tillsyn över de auktoriserade sammanslutningarna.

*Myndigheten för familjerätt och adoption* avgör frågor om auktorisation och har tillsyn över de auktoriserade sammanslutningarna.

#### 6 a §<sup>4</sup>

En sammanslutning, som har auktorisation enligt 6 §, får beviljas auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i ett annat land, i viss del av ett annat land eller med viss adoptionskontakt i ett annat land, under förutsättning att

1. det andra landet har en adoptionslagstiftning eller annan tillförlitlig reglering av internationell adoption, som beaktar de grundläggande principer för internationell adoption som uttrycks i Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter och i 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner,

2. det andra landet eller den aktuella delen av det andra landet har en fungerande administration kring internationell adoptionsverksamhet,

3. det står klart att sammanslutningen kommer att förmedla adoptioner från det andra landet eller den aktuella delen av det andra landet på ett sakkunnigt och omdömesgillt sätt, utan vinstintresse och med barnets bästa som främsta riktmärke,

4. sammanslutningen redovisar kostnaderna i det andra landet och hur de fördelar sig,

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 2009:289.

5. det med hänsyn till kostnadsbilden och omständigheterna i övrigt bedöms som lämpligt att sammanslutningen inleder eller fortsätter ett adoptions-samarbete med det andra landet, och

6. sådan annan verksamhet än internationell adoptionsförmedling som sammanslutningen bedriver, inte äventyrar förtroendet för adoptionsverksamheten.

En sammanslutning som beviljats auktorisation för att arbeta med internationell adoptionsförmedling i ett annat land, viss del av ett annat land eller med viss adoptionskontakt i ett annat land, får bedriva verksamhet i det landet endast om behörig myndighet i det andra landet har gett sitt tillstånd till det, eller har förklarat att den är beredd att acceptera sammanslutningens verksamhet i landet.

I ärenden om auktorisation enligt denna paragraf ska *MIA* samråda med den svenska utlandsmyndigheten i det andra landet, om det inte är uppenbart obehövt, samt vid behov med barnrättsorganisationer som verkar i det andra landet.

I ärenden om auktorisation enligt denna paragraf ska *Myndigheten för familjerätt och adoption* samråda med den svenska utlandsmyndigheten i det andra landet, om det inte är uppenbart obehövt, samt vid behov med barnrättsorganisationer som verkar i det andra landet.

#### 7 §<sup>5</sup>

Auktorisation enligt 6 § får ges för högst fem år och auktorisation enligt 6 a § får ges för högst två år. Har en ny ansökan ingivits till *MIA* innan tidigare auktorisation löpt ut gäller tidigare auktorisationsbeslut i avvaktan på *MIA:s* beslut. Auktorisationen får även förenas med andra villkor som har betydelse för bedrivande av verksamheten, såsom vad som *skall* gälla om inbetalning av avgifter samt redovisning.

Auktorisation enligt 6 § får ges för högst fem år och auktorisation enligt 6 a § får ges för högst två år. Har en ny ansökan ingivits till *Myndigheten för familjerätt och adoption* innan tidigare auktorisation löpt ut gäller tidigare auktorisationsbeslut i avvaktan på beslut från *Myndigheten för familjerätt och adoption*. Auktorisationen får även förenas med andra villkor som har betydelse för bedrivande av verksamheten, såsom vad som *ska* gälla om inbetalning av avgifter samt redovisning.

För att täcka kostnaderna för verksamheten får en auktoriserad sammanslutning ta ut skäligen avgifter av dem som anlitar sammanslutningen för internationell adoptionsförmedling.

---

<sup>5</sup> Senaste lydelse 2004:769.

8 a §<sup>6</sup>

Sammanslutningen *skall* skyndsamt meddela *MIA* sådana förändringar i sammanslutningens verksamhet i Sverige och i utlandet samt sådana förändringar i politiska, juridiska eller andra förhållanden i utlandet som kan ha betydelse för förmedlingsverksamheten.

Sammanslutningen *ska* skyndsamt meddela *Myndigheten för familjerätt och adoption* sådana förändringar i sammanslutningens verksamhet i Sverige och i utlandet samt sådana förändringar i politiska, juridiska eller andra förhållanden i utlandet som kan ha betydelse för förmedlingsverksamheten.

8 b §<sup>7</sup>

En auktoriserad sammanslutning är skyldig att dokumentera förmedlingsverksamheten. Dokumentationen *skall* utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärenden samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Dokumentationen *skall* bevaras så länge den kan antas ha betydelse för den som förmedlats för adoption genom sammanslutningen, eller för honom eller henne närstående personer.

Kopia av handlingar som avser en viss adoption *skall* skickas till den socialnämnd som avses i 6 kap. 15 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Om sammanslutningen upphör med sin förmedlingsverksamhet, *skall* dokumentation av förmedlingsverksamheten överlämnas till *MIA* för förvaring.

En auktoriserad sammanslutning är skyldig att dokumentera förmedlingsverksamheten. Dokumentationen *ska* utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärenden samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Dokumentationen *ska* bevaras så länge den kan antas ha betydelse för den som förmedlats för adoption genom sammanslutningen, eller för honom eller henne närstående personer.

Kopia av handlingar som avser en viss adoption *ska* skickas till den socialnämnd som avses i 6 kap. 15 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Om sammanslutningen upphör med sin förmedlingsverksamhet, *ska* dokumentation av förmedlingsverksamheten överlämnas till *Myndigheten för familjerätt och adoption* för förvaring.

8 c §<sup>8</sup>

Den som en sammanslutnings handlingar i förmedlingsverksamheten rör *skall* på begäran, så snart som möjligt, tillhandahållas efterfrågade handlingar för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om det inte kan antas att en annan enskild person lider men.

Frågor om utlämnande enligt

Den som en sammanslutnings handlingar i förmedlingsverksamheten rör *ska* på begäran, så snart som möjligt, tillhandahållas efterfrågade handlingar för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om det inte kan antas att en annan enskild person lider men.

Frågor om utlämnande enligt

<sup>6</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>7</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>8</sup> Senaste lydelse 2004:769.

första stycket prövas av den som ansvarar för handlingarna. Anser denne att någon handling eller en del av en handling inte bör lämnas ut *skall* han eller hon genast med eget yttrande överlämna frågan till *MIA* för prövning.

första stycket prövas av den som ansvarar för handlingarna. Anser denne att någon handling eller en del av en handling inte bör lämnas ut *ska* han eller hon genast med eget yttrande överlämna frågan till *Myndigheten för familjerätt och adoption* för prövning.

9 §<sup>9</sup>

*MIA* har rätt att inspektera en auktoriserad sammanslutningsverksamhet och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

*Myndigheten för familjerätt och adoption* har rätt att inspektera en auktoriserad sammanslutningsverksamhet och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

Den vars verksamhet inspekteras är skyldig att lämna den hjälp som behövs vid inspektionen.

9 a §<sup>10</sup>

*MIA* får förelägga en auktoriserad sammanslutning att avhjälpa brister i förmedlingsverksamheten.

*Myndigheten för familjerätt och adoption* får förelägga en auktoriserad sammanslutning att avhjälpa brister i förmedlingsverksamheten.

10 §<sup>11</sup>

Auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i Sverige *skall* återkallas, om de förutsättningar som anges i 6 § inte längre finns. Sådan auktorisation *skall* också återkallas om sammanslutningen inte tillhandahåller *MIA* begärda upplysningar eller handlingar enligt 9 § eller följer myndighetens beslut enligt 9 a §. Detsamma gäller om sammanslutningen inte förmedlat något barn under de senaste två åren, om det inte finns särskilda skäl.

Auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i Sverige *ska* återkallas, om de förutsättningar som anges i 6 § inte längre finns. Sådan auktorisation *ska* också återkallas om sammanslutningen inte tillhandahåller *Myndigheten för familjerätt och adoption* begärda upplysningar eller handlingar enligt 9 § eller följer myndighetens beslut enligt 9 a §. Detsamma gäller om sammanslutningen inte förmedlat något barn under de senaste två åren, om det inte finns särskilda skäl.

Auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i ett annat land *skall* återkallas, om de förutsättningar som anges i 6 eller 6 a § inte längre finns.

Auktorisation att arbeta med internationell adoptionsförmedling i ett annat land *ska* återkallas, om de förutsättningar som anges i 6 eller 6 a § inte längre finns.

En auktorisation *skall* vidare återkallas, om sammanslutningen inte

En auktorisation *ska* vidare åter-

<sup>9</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>10</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>11</sup> Senaste lydelse 2004:769.

uppfyller villkor som uppställts för auktorisationen.

kallas, om sammanslutningen inte uppfyller villkor som uppställts för auktorisationen.

12 §<sup>12</sup>

Om en auktoriserad sammanslutning har vägrat adoptionsförmedling i ett visst fall, får *MIA* på begäran av den eller dem som söker adoption uppdra åt sammanslutningen att ändå förmedla adoptionen.

Om en auktoriserad sammanslutning har vägrat adoptionsförmedling i ett visst fall, får *Myndigheten för familjerätt och adoption* på begäran av den eller dem som söker adoption uppdra åt sammanslutningen att ändå förmedla adoptionen.

14 §<sup>13</sup>

*MIA:s* beslut enligt 4 § tredje meningen, 6 §, 6 a § första stycket, 7 § första stycket, 9 a och 10 §§ får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

*Beslut av Myndigheten för familjerätt och adoption* enligt 4 § tredje meningen, 6 §, 6 a § första stycket, 7 § första stycket, 9 a och 10 §§ får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

I fråga om överklagande av *MIA:s* beslut enligt 8 c § andra stycket gäller bestämmelserna i 6 kap. 7–11 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

I fråga om överklagande av beslut av *Myndigheten för familjerätt och adoption* enligt 8 c § andra stycket gäller bestämmelserna i 6 kap. 7–11 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

*MIA:s* beslut i övrigt får inte överklagas

*Beslut av Myndigheten för familjerätt och adoption* i övrigt enligt denna lag får inte överklagas.

---

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2015.

---

<sup>12</sup> Senaste lydelse 2004:769.

<sup>13</sup> Senaste lydelse 2009:465.



### 1.3 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att 26 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 26 kap.

#### 13 §

Sekretess gäller hos *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)* i ärende om sådana frågor för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. Motsvarande sekretess gäller för handlingar som lämnats över till *MIA* för förvaring enligt 8 b § tredje stycket lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst femtio år.

Sekretess gäller hos *Myndigheten för familjerätt och adoption* i ärende om sådana frågor för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. Motsvarande sekretess gäller för handlingar som lämnats över till *Myndigheten för familjerätt och adoption* för förvaring enligt 8 b § tredje stycket lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst femtio år.

---

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2015.

## Remissinstanser till Ds 2014:17

Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Svea Hovrätt, Halmstads tingsrätt, Kammarrätten i Göteborg, Förvaltningsrätten i Falun, Justitiekanslern (JK), Domstolsverket, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA), Barnombudsmannen (BO), Arbetsgivarverket, Länsstyrelsen Norrbotten, Länsstyrelsen Västra Götaland, Statskontoret, Ekonomistyrningsverket, Skatteverket, Statistiska centralbyrån (SCB), Statens skolverk, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Lunds universitet, Rättssociologiska enheten, Umeå universitet, Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, Juridiska fakultetsnämnden, Ekerö kommun, Eskilstuna kommun, Gävle kommun, Göteborgs kommun, Hammarö kommun, Hedemora kommun, Helsingborgs kommun, Håbo kommun, Härnösands kommun, Kungsbacka kommun, Kiruna kommun, Lomma kommun, Malmö kommun, Mora kommun, Norrköpings kommun, Piteå kommun, Sollentuna kommun, Stockholms kommun, Strömstads kommun, Trollhättans kommun, Timrå kommun, Vetlanda kommun, Växjö

kommun, Västerviks kommun, Västerås kommun, Landstinget i Kronobergs län, Landstinget i Stockholms län, Akademikerförbundet SSR, Landsorganisationen i Sverige (LO), Svenskt Näringsliv, Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO), Sveriges Kommuner och Landsting, Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Adopterade Etiopier och Eritreaners förening (AEF), Adopterade Koreaners förening (AKF), Adoptionscentrum, Adoptionsföreningen La Casa (ALC), Allmänna barnhuset, Barnen framför allt – adoptioner, Barnens rätt i samhället (BRIS), Barnens Vänner – internationell adoptionsförening (BV), Familjeföreningen för internationell adoption (FFIA), Familjerättssociologernas Riksförening (FSR), Föreningen pappaliv, Föreningen Sveriges kommunala familjerådgivare (KFR), Föreningen Sveriges socialchefer, Landsrådet för Sveriges ungdomsorganisationer (LSU), Organisationen för vuxna adopterade och fosterbarn (AFO), Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS), Rädda barnen, Sveriges Kvinno- och Tjejjourers Riksförbund (SKR), Sveriges makalösa föräldrar och Mansjouren i Stockholms län.