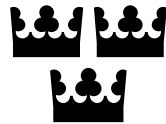


Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statens budget för 2018

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

Tabellförteckning.....	6
Diagramförteckning	10
1 Förslag till riksdagsbeslut	13
2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	15
2.1 Omfattning.....	15
2.2 Utgiftsutveckling	15
2.3 Skatteutgifter.....	16
2.4 Mål för utgiftsområdet.....	17
3 Hälsa- och sjukvårdspolitik.....	19
3.1 Omfattning.....	19
3.2 Utgiftsutveckling	19
3.3 Mål för området	20
3.4 Resultatredovisning.....	20
3.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	20
3.4.2 Resultat.....	20
3.4.3 Analys och slutsatser.....	43
3.5 Den årliga revisionens iakttagelser.....	45
3.6 Politikens inriktning	45
3.7 Budgetförslag.....	52
3.7.1 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.....	52
3.7.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering....	52
3.7.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	53
3.7.4 1:4 Tandvårdsförmåner	54
3.7.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	55
3.7.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	56
3.7.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	60
3.7.8 1:8 Bidrag till psykiatri	61
3.7.9 1:9 Läke-medelsverket	62
3.7.10 1:10 E-hälsomyndigheten.....	63
3.7.11 8:1 Socialstyrelsen.....	64
3.7.12 8:2 Inspektionen för vård och omsorg	65
3.8 Övrig verksamhet.....	66

4	Folkhälsopolitik	67
4.1	Omfattning	67
4.2	Utgiftsutveckling	67
4.3	Mål för området	68
4.4	Resultatredovisning	68
4.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder	68
4.4.2	Resultat	69
4.4.3	Analys och slutsatser	84
4.5	Politikens inriktning	85
4.6	Budgetförslag	89
4.6.1	2:1 Folkhälsomyndigheten	89
4.6.2	2:2 Insatser för vaccinberedskap	90
4.6.3	2:3 Bidrag till WHO	91
4.6.4	2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar ...	92
4.6.5	6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	92
5	Funktionshinderspolitik	95
5.1	Om fattning	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	96
5.4.3	Analys och slutsatser	99
5.5	Politikens inriktning	99
5.5.1	En funktionshinderspolitik för ett Sverige som håller ihop	99
5.5.2	Arbete mot diskriminering	100
5.5.3	Välfärdsteknik och innovation	100
5.6	Budgetförslag	100
5.6.1	3:1 Myndigheten för delaktighet	100
5.6.2	3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	101
6	Politik för sociala tjänster	103
6.1	Omfattning	103
6.2	Utgiftsutveckling	103
6.3	Mål för området	104
6.4	Resultatredovisning	104
6.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder	104
6.4.2	Resultat	106
6.4.3	Analys och slutsatser	135
6.5	Den årliga revisionens iakttagelser	138
6.6	Politikens inriktning	139
6.6.1	Omsorg om äldre	140
6.6.2	Individ- och familjeomsorg	142
6.6.3	Stödsatser till personer med funktionsnedsättning	145
6.7	Budgetförslag	147
6.7.1	4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	147
6.7.2	4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	147
6.7.3	4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	148
6.7.4	4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	149

	6.7.5	4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet.....	150
	6.7.6	4:6 Statens institutionsstyrelse	152
	6.7.7	4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	153
7		Barnrättspolitik.....	155
	7.1	Omfattning.....	155
	7.2	Utgiftsutveckling	155
	7.3	Mål för området	156
	7.4	Resultatredovisning.....	156
		7.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	156
		7.4.2 Analys och slutsatser	162
	7.5	Politikens inriktning	162
	7.6	Budgetförslag.....	166
		7.6.1 5:1 Barnombudsmannen.....	166
		7.6.2 5:2 Barnets rättigheter	166
8		Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....	169
	8.1	Omfattning.....	169
	8.2	Utgiftsutveckling	169
	8.3	Mål för området	170
	8.4	Resultatredovisning.....	170
		8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	170
		8.4.2 Resultat.....	170
		8.4.3 Analys och slutsatser	174
	8.5	Politikens inriktning	175
	8.6	Budgetförslag.....	176
		8.6.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....	176
		8.6.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	176

Tabellförteckning

Tabell 1.1	Anslagsbelopp	14
Tabell 1.2	Beställningsbemyndiganden.....	14
Tabell 2.1	Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	15
Tabell 2.2	Härledning av ramnivån 2018–2020. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	16
Tabell 2.3	Ramnivå 2018 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	16
Tabell 2.4	Skatteutgifter	16
Tabell 3.1	Utgiftsutveckling inom Hälso- och sjukvårdspolitik.....	19
Tabell 3.2	Hälso- och sjukvårdsutgifter 2010–2015.....	21
Tabell 3.3	Läkemedelskostnaderna uppdelade på områden, 2011–2016.....	38
Tabell 3.4	Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd 2008–2016.....	42
Tabell 3.5	Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	52
Tabell 3.6	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.....	52
Tabell 3.7	Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	52
Tabell 3.8	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....	53
Tabell 3.9	Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	53
Tabell 3.10	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	53
Tabell 3.11	Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner	54
Tabell 3.12	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:4 Tandvårdsförmåner	54
Tabell 3.13	Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	55
Tabell 3.14	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	56
Tabell 3.15	Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	56
Tabell 3.16	Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	58
Tabell 3.17	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	59
Tabell 3.18	Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	60
Tabell 3.19	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	60
Tabell 3.20	Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri.....	61
Tabell 3.21	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:8 Bidrag till psykiatri.....	62
Tabell 3.22	Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket.....	62
Tabell 3.23	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:9 Läkemedelsverket.....	62
Tabell 3.24	Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten	63
Tabell 3.25	Offentligrättslig verksamhet.....	63

Tabell 3.26	Uppdragsverksamhet	63
Tabell 3.27	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:10 E-hälsomyndigheten...	63
Tabell 3.28	Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen.....	64
Tabell 3.29	Offentligrättslig verksamhet	64
Tabell 3.30	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 8:1 Socialstyrelsen.....	64
Tabell 3.31	Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg	65
Tabell 3.32	Offentligrättslig verksamhet	65
Tabell 3.33	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg	65
Tabell 3.34	Offentligrättslig verksamhet	66
Tabell 4.1	Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik	67
Tabell 4.2	Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten.....	89
Tabell 4.3	Uppdragsverksamhet	90
Tabell 4.4	Offentligrättslig verksamhet	90
Tabell 4.5	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 2:1 Folkhälsomyndigheten	90
Tabell 4.6	Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	90
Tabell 4.7	Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	91
Tabell 4.8	Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO	91
Tabell 4.9	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 2:3 Bidrag till WHO.....	92
Tabell 4.10	Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	92
Tabell 4.11	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	92
Tabell 4.12	Anslagsutveckling 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....	92
Tabell 4.13	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	93
Tabell 5.1	Utgiftsutveckling inom funktionshinderpolitik	95
Tabell 5.2	Högsta utbildningsnivå.....	97
Tabell 5.3	Andelen sysselsatta bland personer med funktionsnedsättning med/utan nedsatt arbetsförmåga och övriga i befolkningen.....	97
Tabell 5.4	Andel i arbetskraften bland personer med funktionsnedsättning med/utan nedsatt arbetsförmåga och övriga i befolkningen	98
Tabell 5.5	Inkomna anmälningar avseende diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning.....	98
Tabell 5.6	Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet	100
Tabell 5.7	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 3:1 Myndigheten för delaktighet	101
Tabell 5.8	Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	101
Tabell 5.9	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	101
Tabell 6.1	Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster.....	104
Tabell 6.2	Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre	110
Tabell 6.3	Antalet nyintagna ensamkommande barn och unga inom SiS	116
Tabell 6.4	Avrundat antal personer med insats enligt LSS 2007–2016.....	128
Tabell 6.5	Kostnader för assistansersättning, antal personer som hade assistansersättning i genomsnitt per år, och antal beviljade timmar i genomsnitt per månad. 2007–2016	130

Tabell 6.6	Antal personer som beviljats bilstöd 2012–2016, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning mellan olika grupper (%).....	133
Tabell 6.7	Antal personliga ombud (PO) och kommuner som inte erbjuder PO.....	134
Tabell 6.8	Antal tolktimmar och tolkdagar till förtroendevalda.....	134
Tabell 6.9	Antal ledhundarna	135
Tabell 6.10	Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.....	147
Tabell 6.11	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	147
Tabell 6.12	Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshinderområdet.....	147
Tabell 6.13	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshinderområdet.....	148
Tabell 6.14	Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning.....	148
Tabell 6.15	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	149
Tabell 6.16	Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	149
Tabell 6.17	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	150
Tabell 6.18	Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	150
Tabell 6.19	Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	151
Tabell 6.20	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	152
Tabell 6.21	Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse	152
Tabell 6.22	Offentligrättslig verksamhet.....	152
Tabell 6.23	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:6 Statens institutionsstyrelse.....	153
Tabell 6.24	Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	153
Tabell 6.25	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	154
Tabell 7.1	Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik.....	155
Tabell 7.2	Antal kommuner som har genomfört utbildning om barnkonventionen 2014-2016	159
Tabell 7.3	Antal kommuner som har speciella metoder eller redskap för att genomföra barnkonventionen.....	159
Tabell 7.4	Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen	166
Tabell 7.5	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 3:1 Barnombudsmannen ...	166
Tabell 7.6	Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter.....	166
Tabell 7.7	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 5:2 Barnets rättigheter.....	167
Tabell 8.1	Utgiftsutveckling inom område Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning	169
Tabell 8.2	Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	176
Tabell 8.3	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....	176

Tabell 8.4	Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	176
Tabell 8.5	Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	177
Tabell 8.6	Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	177

Diagramförteckning

Diagram 3.1	Landstingens intäkter 2015, procentuellt fördelade på intäktsslag	21
Diagram 3.2	Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2016, procentuellt fördelade på verksamhetsområde.....	21
Diagram 3.3	Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2009–2015.....	22
Diagram 3.4	Patienters upplevelser av besök vid akutmottagningar 2016.....	23
Diagram 3.5	Andel som svarat ”alltid” eller ”ofta” på om ordinarie läkare hjälper till att koordinera eller planera vård som ges från andra läkare och vårdenheter, 2016.....	23
Diagram 3.6	Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, efter kön och utbildningsnivå, 2005–2015.....	24
Diagram 3.7	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, efter kön och utbildningsnivå, 2006–2015.....	25
Diagram 3.8	Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt efter kön och utbildningsnivå, 2006–2015.....	25
Diagram 3.9	Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke, efter kön och utbildningsnivå, 2006–2015.....	25
Diagram 3.10	Andel patienter i kön som väntat kortare än 90 dagar på behandling eller åtgärd i specialiserad vård, 2010 till mars 2017	27
Diagram 3.11	Antal läkare, 2004–2014	31
Diagram 3.12	Antal sjuksköterskor, 2004–2014	31
Diagram 3.13	Antal barnmorskor, 2004–2014.....	31
Diagram 3.14	Relativ femårsöverlevnad i alla former av cancer 1994–2014	33
Diagram 3.15	Kostnader för läkemedelsförmånerna, 2007–2016	37
Diagram 3.16	Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist 2010–2016.....	42
Diagram 4.1	Medellivslängd	69
Diagram 4.2	Återstående levnadsår vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, kvinnor	69
Diagram 4.3	Återstående levnadsår vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, män	69
Diagram 4.4	Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer	70
Diagram 4.5	Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer	70
Diagram 4.6	Antal insjuknande i hjärtinfarkt, 35–79 år, utbildningsnivå.....	71
Diagram 4.7	Antal döda i hjärtsjukdom, 35–79 år, utbildningsnivå.....	71
Diagram 4.8	Antal fall per 100 000 för dödlighet i bröstcancer, 35–79 år, kvinnor, utbildningsnivå.....	71
Diagram 4.9	Antal fall per 100 000 för dödlighet i prostatacancer, 35–79 år, män, utbildningsnivå.....	71
Diagram 4.10	Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, kvinnor.....	72
Diagram 4.11	Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, män.....	72
Diagram 4.12	Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare	72

Diagram 4.13	Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)	75
Diagram 4.14	Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare	75
Diagram 4.15	Andel som anger att de sitter minst 10 timmar per dygn, 16–84 år, utbildningsnivå	77
Diagram 4.16	Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 300 minuter per vecka, 16–84 år, utbildningsnivå	78
Diagram 4.17	Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år	78
Diagram 4.18	Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år, utbildningsnivå	78
Diagram 4.19	Andel som anger att de har en riskkonsumtion av alkohol, 16–84 år.....	80
Diagram 4.20	Andel som anger att de använt cannabis de sista 12 månaderna, 16–84 år	80
Diagram 4.21	Andel som anger att de röker dagligen, 16–84 år, utbildningsnivå	80
Diagram 6.1	Antal barn som varit föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten under åren 2007–2016 (Socialstyrelsen).....	126
Diagram 8.1	Beviljade forskningsstöd fördelat på olika stödformer 2012–2016.....	171
Diagram 8.2	Andel beviljat forskningsstöd per lärosäte, 2016	171
Diagram 8.3	Beviljandegrad per huvudområde, 2012–2016.....	174

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att för 2018 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 3.7.6),
2. bemyndigar regeringen att för 2018 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 3.7.6),
3. för budgetåret 2018 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt tabell 1.1,
4. bemyndigar regeringen att under 2018 ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst de belopp och inom den tidsperiod som anges i tabell 1.2.

Tabell 1.1 Anslagsbelopp

Tusental kronor

Anslag		
1:1	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	35 408
1:2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	82 724
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	143 295
1:4	Tandvårdsförmåner	6 332 439
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	26 582 000
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	7 096 286
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden	465 030
1:8	Bidrag till psykiatri	1 755 493
1:9	Läkemedelsverket	134 537
1:10	E-hälsomyndigheten	145 722
2:1	Folkhälsomyndigheten	383 014
2:2	Insatser för vaccinberedskap	88 500
2:3	Bidrag till WHO	43 665
2:4	Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	75 502
3:1	Myndigheten för delaktighet	59 348
3:2	Bidrag till funktionshindersorganisationer	188 742
4:1	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	24 333
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	767 514
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	263 395
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	25 693 300
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	2 517 490
4:6	Statens institutionsstyrelse	1 082 555
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	1 508 915
5:1	Barnombudsmannen	24 923
5:2	Barnets rättigheter	22 261
6:1	Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	195 629
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	34 576
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	606 503
8:1	Socialstyrelsen	658 637
8:2	Inspektionen för vård och omsorg	684 305
Summa		77 696 041

Tabell 1.2 Beställningsbemyndiganden

Tusental kronor

Anslag	Beställningsbemyndigande	Tidsperiod
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	316 000
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	670 000
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	1 280 000
Summa beställningsbemyndiganden under utgiftsområdet		2 266 000

2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

2.1 Omfattning

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

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

2.2 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	Utfall 2016	Budget 2017 ¹	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020
Hälsa- och sjukvårdspolitik	34 301	37 704	37 545	44 115	43 479	42 891
Folkhälsopolitik	766	796	795	788	755	693
Funktionshinderspolitik	246	247	248	248	249	250
Politik för sociala tjänster	26 393	30 991	29 157	31 858	30 558	30 977
Barnrättspolitik	54	52	26	47	48	48
Forskningspolitik	513	581	576	641	687	717
Äldreanslag	1 100	74	74			
Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	63 371	70 444	68 420	77 696	75 775	75 575

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2018–2020.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	68 496	68 496	68 496
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	62	115	174
Beslut	8 150	4 738	3 509
Varav BP18 ³	9 818	9 762	9 940
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 727	2 812	3 195
Volymer	-895	-367	221
Överföring till/från andra utgiftsområden	-33	-34	-34
Varav BP18 ³	-34	-34	-34
Övrigt	190	15	15
Ny ramnivå	77 696	75 775	75 575

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2018 realekonomiskt fördelad.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2018
Transfereringar ¹	72 827
Verksamhetsutgifter ²	4 855
Investeringar ³	13
Summa ramnivå	77 695

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2016 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

³ Med investeringar avses utgifter för anskaffning av varaktiga tillgångar såsom byggnader, maskiner, immateriella tillgångar och finansiella tillgångar.

2.3 Skatteutgifter

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

Förutom skatteutgifter redovisas i förekommande fall även skattesanktioner, där skatteuttaget är högre än den angivna normen inom skatteslaget.

Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika områden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö- eller arbetsmarknadspolitik. Dessa skatteutgifter påverkar budgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna har redovisats i regeringens skrivelse Redovisning av skatteutgifter 2017 (skr. 2016/17:98). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till utgiftsområde 9.

Tabell 2.4 Skatteutgifter

Miljoner kronor

	Prognos 2017	Prognos 2018
Nedsatt förmånsvärde alkoholås	-	-
Läkemedel	2 310	2 370
Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård	-	-
Totalt för utgiftsområde 9	2 310	2 370

Ett "-" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

Nedsatt förmånsvärde alkoholås

Enligt 11 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229) ska förmåner som fås på grund av tjänst tas upp till beskattning i inkomstslaget tjänst. Bilförmån är en sådan förmån som ska tas upp till beskattning. Extrautrustning i bilen höjer förmånsvärdet. För att få till stånd en ökad användning av alkoholås i fordon undantas alkoholås från den extrautrustning som höjer förmånsvärdet. Skatteutgiften utgörs av skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

Läkemedel

För läkemedel som lämnas ut enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt enligt 3 kap. 23 § och 10 kap. 11 § mervärdesskattelagen (1994:200). Det innebär att försäljningen är undantagen från mervärdesskatt men att ingående mervärdesskatt är avdragsgill. (Icke receptbelagda läkemedel beskattas med normal skattesats.) Skattebefrielsen ger upphov till en skatteutgift avseende mervärdesskatt.

Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård

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

2.4 Mål för utgiftsområdet

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

Hälso- och sjukvårdspolitik (avsnitt 3)

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

Folkhälsopolitik (avsnitt 4)

- Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.
- Ett samhälle fritt från narkotika och doping, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203).
- Att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Funktionshinderspolitik (avsnitt 5 och 6)

- 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 6)

- 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 7)

- 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 8) redovisas under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, avsnitt 8.2 Mål för området.

3 Hälsa- och sjukvårdspolitik

3.1 Omfattning

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

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

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom Hälsa- och sjukvårdspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2016	Budget 2017 ¹	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020
1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	32	35	36	35	36	37
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	78	82	83	83	84	85
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	137	141	141	143	146	148
1:4 Tandvårdsförmåner	5 528	5 748	5 737	6 332	6 653	6 804
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	22 071	25 153	25 606	26 582	25 920	25 920
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	3 562	3 229	2 701	7 096	6 308	5 823
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	479	485	456	465	474	484
1:8 Bidrag till psykiatri	985	1 209	1 185	1 755	2 264	1 985
1:9 Läkemedelsverket	135	132	129	135	137	139
1:10 E-hälsomyndigheten	125	164	160	146	117	119
8:1 Socialstyrelsen	570	628	626	659	662	668
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	599	698	685	684	678	679
Summa Hälsa- och sjukvårdspolitik	34 301	37 704	37 545	44 115	43 479	42 891
<i>Äldreanslag</i>						
2017 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74	74	74			
2016 1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet	1 000					
Summa Äldreanslag	1 074	74	74			

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

3.3 Mål för området

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

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

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

En jämlik vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor är ett av de jämställdhetspolitiska delmålen och en förlängning av det övergripande jämställdhetspolitiska målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

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

3.4 Resultatredovisning

Resultatredovisningen belyser hur de statliga insatserna bidragit till uppfyllelsen av det nuvarande målet för hälso- och sjukvårdspolitiken. Strukturen på resultatredovisningen utgår dels från målet på området, dels från olika verksamheter såsom läkemedelsområdet, apotek och tandvård samt utifrån olika statliga insatser som genomförs. Analys och slutsatser behandlar resultaten i förhållande till målet, dvs. att hälso-

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

3.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Måluppfyllelsen inom hälso- och sjukvårdspolitiken bedöms bl.a. utifrån följande indikatorer:

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

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

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

3.4.2 Resultat

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

Statens och landstingens respektive ansvar för hälso- och sjukvården avspeglas i tabell 3.2 nedan som redovisar utgiftsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

Tabell 3.2 Hälso- och sjukvårdsutgifter 2010–2015

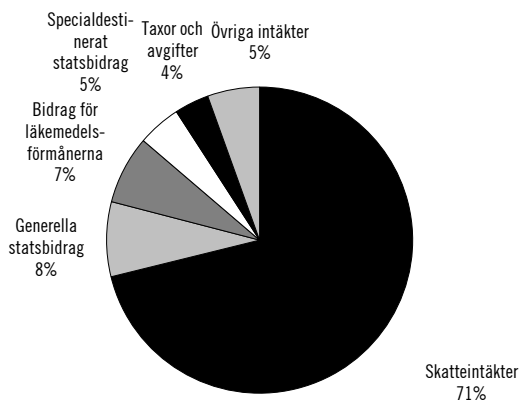
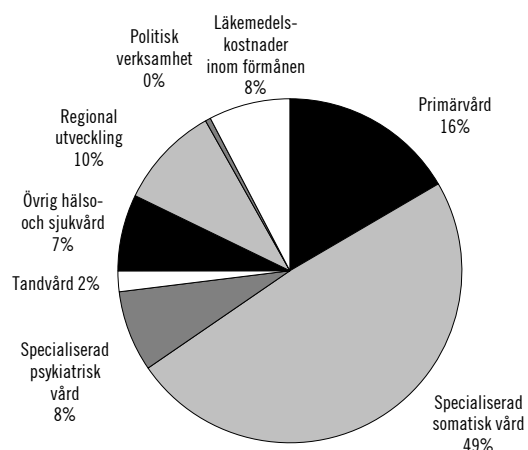
Miljarder kronor, löpande priser (andel i procent av totala hälso- och sjukvårdsutgifter)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ¹
Offentlig sektor²	244,5 (82)	327,9 (84)	337,0 (84)	348,9 (83)	365,6 (83)	385,2 (84)
Staten	5,8 (2)	6,2 (2)	6,6 (2)	7,0 (2)	7,0 (2)	7,0 (2)
Kommuner	24,5 (10)	98,0 (30)	101,3 (30)	105,5 (30)	110,5 (30)	116,7 (30)
Landsting	214,2 (88)	223,7 (68)	229,1 (68)	236,4 (68)	248,1 (68)	261,5 (68)
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	1,6 (1)	1,9 (0)	2,0 (0)	2,4 (1)	2,5 (1)	2,7 (1)
Hushållens ideella organisationer	0,3 (0)	0,3 (0)	0,3 (0)	0,3 (0)	0,6 (0)	0,6 (0)
Företag	1,6 (1)	1,7 (0)	1,7 (0)	1,8 (0)	1,8 (0)	1,9 (0)
Hushållens utgifter ur egen ficka	50,6 (17)	58,7 (15)	62,1 (15)	65,0 (16)	68,0 (16)	69,9 (15)
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	298,6	390,5	403,1	418,4	438,5	460,3
Andel av bruttonationalprodukt (BNP)	8,5	10,7	10,8	11,1	11,1	11,0

¹ Uppgifterna för 2015 är baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.² 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).

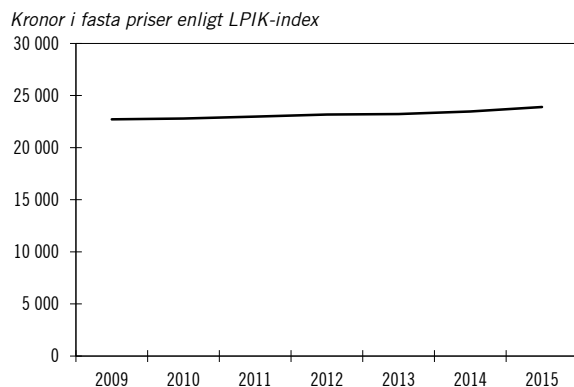
I diagram 3.1 redovisas fördelningen av landstingens intäkter och i diagram 3.2 redovisas fördelningen av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård. Av landstingens totala kostnader uppgick kostnaderna för hälso- och sjukvård till cirka 90 procent.

Diagram 3.1 Landstingens intäkter 2015, procentuellt fördelade på intäktslagAnm: Siffror för 2016 finns inte än, därför presenteras 2015 års siffror.
Källor: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån**Diagram 3.2 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2016, procentuellt fördelade på verksamhetsområde**

Anm: Uppgifterna för 2016 är preliminära.

Källor: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

Kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård per invånare redovisas i diagram 3.3. Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2015 till 23 907 kronor per invånare.

Diagram 3.3 Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2009–2015

Källa: Socialstyrelsen

Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården ska vara anpassad efter patienternas behov och behovens storlek ska styra vårdens prioriteringar. Vården ska vidare vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Patienten ska också ges möjlighet att delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden i patientcentrerad vård och ett centralt mål för hälso- och sjukvårdspolitikerna.

Patienter är överlag nöjda med hälso- och sjukvården. Det visar den senaste mätningen i hälso- och sjukvårdsbarometern som genomförs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Cirka 86 procent av kvinnorna och 83 procent av männen anger att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Personer som är 60 år eller äldre anser i högre utsträckning än övriga åldersgrupper att de har tillgång till den vård de behöver. Personer som är födda utanför Norden anser i något lägre utsträckning i jämförelse med befolkningen i övrigt att tillgången till vård är tillräcklig.

Personer med funktionsnedsättning har däremot inte likvärdig tillgång till hälso- och sjukvården i jämförelse med övriga befolkningen. Det kan bl.a. handla om att personer med funktionsnedsättning inte har samma tillgång till undersökning och behandling i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet. På samma sätt är personer med sällsynta diagnoser en utsatt grupp, dels för att diagnoserna i sig är komplexa, dels vad gäller organisering och samordning.

Samordnad och kontinuerlig vård och omsorg

Samordnad vård och omsorg kan beskrivas som en individanpassad och kontinuerlig vård och

omsorg med en obruten kedja av insatser som den enskilde behöver och som olika aktörer utför. Socialstyrelsen konstaterar i Lägesrapport om vård och omsorg om äldre (2017) att samordning av insatser för den enskilde är en av de stora utmaningarna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten och att samordningen måste förbättras.

På riksnivå är väntetiden på sjukhus för utskrivningsklara patienter drygt fyra dagar. Variationerna är dock stora mellan olika landsting och regioner. Den 1 januari 2018 träder nya bestämmelser i kraft som innebär bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun. Se även avsnitt 6 Politik för sociala tjänster.

Förtroendet för hälso- och sjukvården

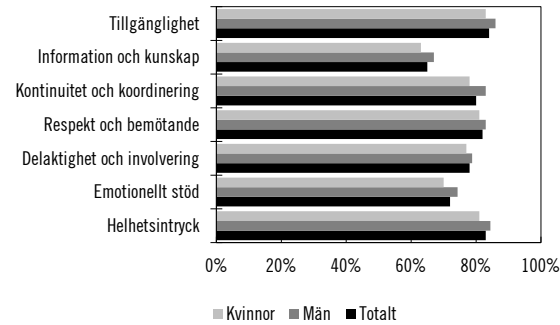
Andelen patienter som har förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet uppgår till cirka 60 procent av befolkningen. Andelen som har förtroende skiljer sig dock åt mellan olika landsting och regioner, från knappt 50 procent i Gävleborg och Västernorrland till drygt 70 procent i Kalmar och Jönköping. Förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet varierar beroende på ålder hos invånarna. De som är 70 år och äldre instämmer i högre grad än andra i att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården. Personer som uppger att deras hälsotillstånd är dåligt eller mycket dåligt anger i lägre grad, endast 37 procent, att de har förtroende för vården. Det kan jämföras med gruppen som anser att de har bra eller mycket bra hälsotillstånd där förtroendet för vården uppgår till 65 procent. Kön och födelseland har marginell betydelse för förtroende för hälso- och sjukvården. Andelen som har förtroende för primärvården är lika stor som för vården i sin helhet, 60 procent av befolkningen. Förtroendet för sjukhusvården i sin helhet är något högre och uppgår till 68 procent. Däremot visar mätningen att endast 53 procent har förtroende för att hälso- och sjukvård ges på lika villkor.

Under 2016 gjorde SKL en enkätundersökning med inriktning mot akutsjukvården inom ramen för den nationella patientenkäten. Resultaten visar att patienterna överlag är nöjda med sin vistelse på akuten. Männen var något mer nöjda än kvinnorna. Ungefär 82 procent upplevde att de bemöttes med respekt och värdighet och knappt 80 procent upplevde att de gavs möjlighet att vara delaktiga i den vård och behandling som gavs. När det gäller information

vid besökstillfället uppgav något färre att de var nöjda. Patienterna efterfrågade mer och bättre information om varningssignaler att vara uppmärksam på samt om medicineringen och eventuella biverkningar.

Diagram 3.4 Patienters upplevelser av besök vid akutmottagningar 2016

Procent



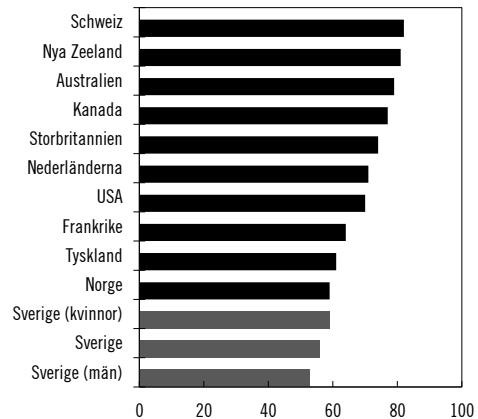
Anm.: I tidigare budgetpropositioner har Patientupplevd kvalitet i primärvården redovisats. Någon sådan mätning gjordes inte under 2016, nästa gemensamma mätning sker hösten 2017. Under 2016 gjordes dock gemensamma mätningar inom den somatiska öppna och slutna vården.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Nationell patientenkät).

I studien International Health Policy Survey (IHP-studien) från 2016 har Sverige och tio andra länder jämförts. Av rapporten framgår att förtroendet för hälso- och sjukvården är lägre i Sverige än i studiens övriga länder och att förtroendet har minskat över tid. Inom flera områden som rör information, delaktighet, koordinering och samordning får Sverige sämre resultat än andra länder. Detta gäller upplevelsen av vården på ordinarie mottagningar och erfarenheter av specialist- och akutsjukvården. Till exempel anser sju av tio att de inte får vara delaktiga på det sätt de hade önskat. Patienter i Sverige får också i lägre grad än andra länder hjälp av sin läkare med att koordinera eller planera sin vård. Män anser sig få hjälp att samordna vården i lägre utsträckning än kvinnor, se diagram 3.5 nedan. När det gäller koordinering och informationsöverföring kan en viss förbättring urskiljas över tid. När det gäller personer med kroniska sjukdomar är det dock bara fyra av tio som anser att de har fått tillräcklig information om behandlingsalternativ och om nästa steg i sin vård och behandling.

Diagram 3.5 Andel som svarat "alltid" eller "ofta" på om ordinarie läkare hjälper till att koordinera eller planera vård som ges från andra läkare och vårdenheter, 2016

Procent



Anm.: Könsupplagd data för de andra länderna finns inte att tillgå.

Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Utvärdering av patientlagen påvisar fortsatt behov av att stärka patientens ställning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utvärderat om patientlagen (2014:821) från 2015 har inneburit stärkt ställning och inflytande för patienten. Slutrapporten från 2017 visar att patientens formellt rättsliga ställning fortsatt är svag. Inom de flesta av de områden som lagen omfattar har ingen förändring skett avseende vad patienterna anser att de faktiskt får av vården, men det har skett en försämring inom områdena tillgänglighet, information och delaktighet. Inga systematiska skillnader i utvecklingen framgår mellan olika grupper avseende kön, ålder och utbildning. Inom områdena delaktighet respektive information om möjlighet till ny medicinsk bedömning upplever män en något större negativ utveckling än kvinnor, men samtidigt upplever män totalt sett både större delaktighet och att de i högre utsträckning får information om möjligheten till ny medicinsk bedömning. Patientlagen har dock, enligt studien, stärkt patientens formellt rättsliga ställning avseende val av utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer att resultatet av studien kan förklaras av patientens fortsatta svaga rättsliga ställning, ett behov av att skapa bättre förutsättningar i vården för att tillämpa patientlagen, samt otillräckliga lokala och nationella insatser vid lagens införande.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har 2015–2017 haft regeringens uppdrag att analysera förutsättningar för en patientcentrerad och jämlik primärvård. Myndigheten konstaterar i rapporten En primär angelägenhet (2017:3) att primärvården är basen i hälso- och sjukvården men att patientcentrering, effektivitet och förtroende sviktar. Rapporten visar att det till stor del saknas mått för att bedöma primärvårdens medicinska kvalitet och att befintlig kunskap ger begränsad vägledning om hur primärvården bör styras och organiseras. Myndigheten bedömer bl.a. att primärvårdens uppdrag och funktion i hälso- och sjukvården behöver tydliggöras och att en rad områden behöver utvecklas.

Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

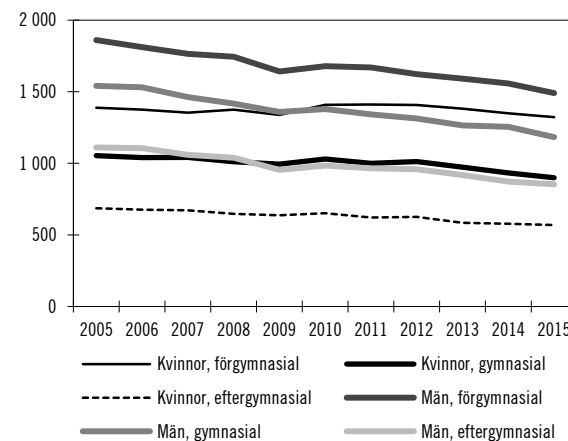
Folkhälsoutvecklingen i Sverige är positiv och allt fler överlever sjukdomar så som stroke, cancer och hjärtsjukdomar. Det finns dock fortfarande omotiverade skillnader i hälsa bland olika grupper, exempelvis för personer med kort utbildning eller funktionsnedsättning och utlandsfödda personer. I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla öppna jämförelser ingår att ta fram särskilda jämförelser om jämlik vård. Den fjärde öppna jämförelsen inom jämlik vård har haft fokus på kvinnors hälso- och sjukvård. Analysen visar att graviditets- och förlossningsvården uppvisar ett sämre resultat för unga, lågutbildade samt kvinnor med utomeuropeiskt ursprung.

Indikatorn undvikbar slutenvård bygger på antagandet att ett väl fungerande omhändertagande inom den öppna vården för ett antal utvalda sjukdomstillstånd kan förhindra att patienterna behöver vårdas på sjukhus. En minskning av indikatorn sker om patienten får en mer samordnad vård. I diagram 3.6 visas utvecklingen för de senaste tio åren för indikatorn. Andelen kvinnor med eftergymnasial utbildning är lägst medan andelen män med förgymnasial utbildning är högst. Andelen personer med undvikbara slutenvårdstillfällen är högre bland dem med kortare utbildning. Samtliga andelar har dock sjunkit över tid och den största minskningen har skett för män med endast förgymnasial utbildning. Trenden indikerar således att omhändertagandet i den öppna vården överlag blivit bättre men trenden är också tydlig avseende skill-

naderna mellan könen och mellan utbildningsnivåer.

Diagram 3.6 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, efter kön och utbildningsnivå, 2005–2015

Antal personer per 100 000 invånare



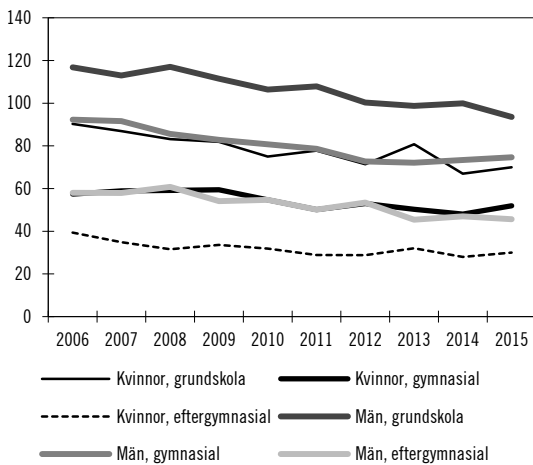
Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret och Utbildningsregistret).

Indikatorn sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet speglar dödlighet i ett antal diagnoser som valts ut eftersom de bedöms vara möjliga att påverka, speciellt avseende olika medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Exempel på diagnoser som ingår är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallsten och livmoderhalscancer. Utvecklingen de senaste tio åren visas nedan i diagram 3.7.

Indikatorn påvisar högre värden för män än för kvinnor. Det har skett en kontinuerlig minskning av dödligheten i de diagnoser som indikatorn mäter de senaste tio åren. För respektive kön finns ett tydligt mönster där den dödlighet som mäts med indikatorn är högre bland dem med kortare utbildning. Den grupp som har sämst värde är män som endast har gått ut grundskolan, den gruppen uppvisar dock störst förbättring. Det är stora skillnader mellan de olika landstingen. Även om utvecklingen av indikatorn går åt rätt håll, kvarstår stora skillnader mellan könen och olika utbildningsnivåer.

Diagram 3.7 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, efter kön och utbildningsnivå, 2006–2015

Antal döda per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

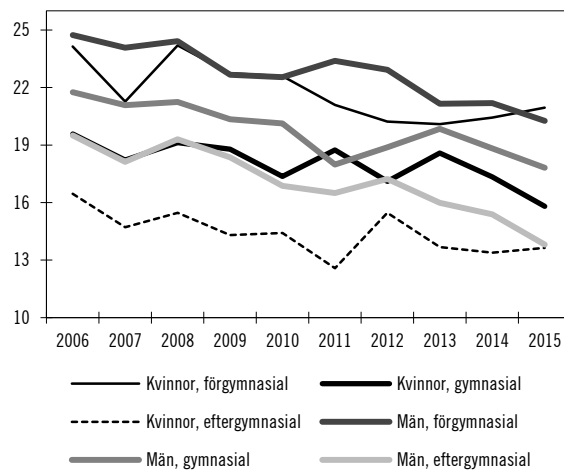
Jämställdhet i hälso- och sjukvården handlar om att synliggöra vårdens förutsättningar att erbjuda kvinnor och män en jämlik vård och motverka omotiverade skillnader. Av öppna jämförelser för 2016 framgår att alla nyckeltal, med något undantag, uppvisar tydliga könsskillnader. Resultaten förstärker bilden av att hälso- och sjukvården genomgående behöver utveckla arbetet med att göra området mer jämställt. Därtill förstärker relativt stora skillnader mellan landstingen intrycket av att könsskillnaderna inte är medicinskt motiverade. Gemensamt för nästan alla landsting är bl.a. att kvinnor visar sämre psykiskt välbefinnande än män.

Kvinnor och flickor är i betydligt högre grad än män och pojkar utsatta för grovt, upprepat och dödligt våld av närstående.

I diagram 3.8 nedan visas indikatorn andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Indikatorn är lägst för kvinnor med eftergymnasial utbildning och högst för kvinnor med enbart förgymnasial utbildning. Skillnaden mellan dessa två grupper är 7,3 procentenheter. Skillnaden mellan män med eftergymnasial utbildning och förgymnasial utbildning är nästan lika stor, 6,5 procentenheter. Från 2014 har indikatorn minskat för alla förutom för kvinnor med för- och eftergymnasial utbildning.

Diagram 3.8 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt efter kön och utbildningsnivå, 2006–2015

Procent

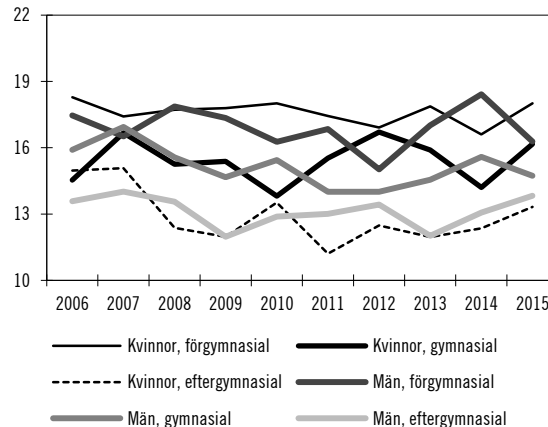


Anm: Åldersstandardiserade värden, åldersgrupperna 35–79 år.
Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret, Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

I diagram 3.9 visas indikatorn andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke. Indikatorn ska mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. På samma sätt som ovan visar siffrorna att kvinnor med eftergymnasial utbildning har lägst dödlighet medan kvinnor med förgymnasial utbildning har högst dödlighet.

Diagram 3.9 Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke, efter kön och utbildningsnivå, 2006–2015

Procent



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

Det finns enligt Socialstyrelsen även ett jämlikhetsproblem när det gäller tandvårdskonsumtion och tandhälsa. Socioekonomiskt utsatta grupper och utlandsfödda personer avstår i högre grad än genomsnittet i riket att söka tandvård av ekonomiska skäl.

Insatser som belyser arbetet för en mer jämlik vård finns inom olika områden och redovisas även under andra rubriker i avsnitten Hälsa- och sjukvårdspolitik (se rubrikerna Regeringens insatser för en mer jämlik cancervård och Regeringen förbättrar vården för personer med kroniska sjukdomar samt avsnitt 4 Folkhälso- politik).

Uppföljning av vårdens processer och resultat för en mer jämlik och jämställd vård

Nationella kvalitetsregister är en viktig kunskapskälla i arbetet med att förbättra kvaliteten inom vården samt att bidra till att den blir mer jämlik och jämställd. Registren innehåller individbaserade uppgifter om bl.a. diagnos, behandling och resultat inom hälso- och sjukvården. Kvalitetsregistren är också ett viktigt underlag för öppna jämförelser som möjliggör lokala, regionala och nationella analyser av utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård.

Statens och SKL:s femåriga satsning på nationella kvalitetsregister avslutades under 2016. På flera områden har satsningen lett till förbättringar, exempelvis på forskningsområdet. Vidare har inrapporteringen till kvalitetsregistren ökat för varje år. Områden där det fortfarande finns utvecklingsbehov är exempelvis mer effektiv patientrapportering och tydligare integration mellan journalsystem och kvalitetsregister. Majoriteten av kvalitetsregistren har fortfarande manuell inmatning till registret.

Socialstyrelsen har i uppdrag att driva en nationell registerservice för att ge stöd till de nationella kvalitetsregistren och de forskare som använder registerdata. Under 2016 har en intern samordningsfunktion tillsatts som ska verka för att samordna Socialstyrelsens arbete med kvalitetsregister.

I december 2016 tecknade regeringen och SKL en överenskommelse om stöd till nationella kvalitetsregister under 2017. Syftet med överenskommelsen är att kvalitetsregistren ska få förutsättningar att behålla den utveckling som uppnåtts under de senaste åren inom ramen för den nationella satsningen på kvalitetsregistren. Vidare ska kvalitetsregistren under 2017 för-

beredas för att kunna bidra till de förändringar inom kvalitetsregistersystemet som kommer att ske under de kommande åren. En projektgrupp bestående av bl.a. företrädare för staten, huvudmän och registerhållare har sett över det nuvarande kvalitetsregistersystemet och föreslagit förändringar. Förslagen kommer tillsammans med andra utredningar och pågående initiativ att utgöra underlag inför ett framtida långsiktigt arbete med kvalitetsregistren.

Öppna jämförelser är ett viktigt verktyg för förbättring, uppföljning och analys inom hälso- och sjukvården. I enlighet med ett regeringsuppdrag har Socialstyrelsen även arbetat med att stärka jämställdhetsperspektivet i öppna jämförelser. Socialstyrelsen har bl.a. genomfört en kartläggning av befintliga register och officiell statistik med syfte att se vilka uppgifter som skulle kunna användas för att belysa eventuella skillnader mellan kvinnor och män i öppna jämförelser.

Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet varierar

Att vården ska vara tillgänglig framhålls i hälso- och sjukvårdslagen och är av stor vikt för patienternas förtroende för och nöjdhet med vården. En tillgänglig vård innebär bl.a. en vård som är lätt att nå och som ges i rimlig tid. Väntetiderna till vården innebär en fortsatt utmaning för svensk hälso- och sjukvård. De varierar dock mellan och inom de olika lands- tingen. Den nationella vårdgarantin anger hur länge en person ska behöva vänta som längst för att komma i kontakt med vården och få den vård som behövs. Man ska kunna få kontakt med primärvården samma dag som vård söks. Under 2016 fick drygt 87 procent telefonkontakt med primärvården inom samma dag. Primärvården ska också kunna erbjuda läkarbesök inom sju dagar, vilket ungefär 88 procent av både kvinnor och män fick. Patienten ska vid behov erbjudas läkarbesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar. I mars 2016 hade 80 procent av kvinnorna och 79 procent av männen i kön väntat kortare än 90 dagar. Behandling eller åtgärd inom den specialiserade vården ska erbjudas inom 90 dagar. I mars 2016 hade 80 procent av kvinnorna och 78 procent av männen i kön väntat kortare än 90 dagar på behandling eller åtgärd.

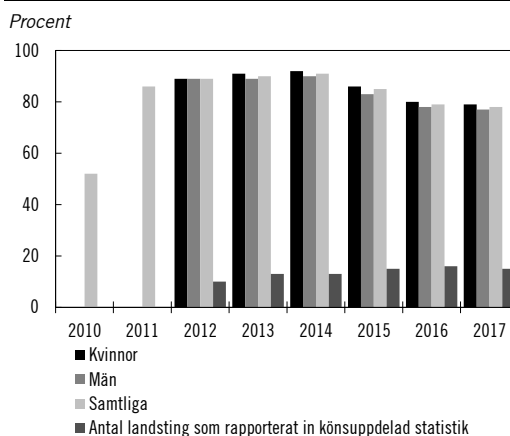
Uppfyllandegraden av vårdgarantin i primärvård har varit relativt stabil under längre tid. Uppfyllandegraden för besök respektive åtgärd inom specialistvården planade ut från 2013 till 2014 och har sedan dess minskat (se diagram 3.10 nedan). Målsättningen är, lite förenklat, att 100 procent av patienterna i kön ska ha väntat kortare än 90 dagar. I mars 2017 hade 79 procent av kvinnorna i kön väntat kortare än 90 dagar och motsvarande siffra för männen var 77 procent. I mars 2014 var motsvarande siffror 92 procent för kvinnorna och 90 procent för männen.

Brister i vårdens tillgänglighet beror inom vissa områden på svårigheter att rekrytera och behålla personal, men till betydande del är förklaringen också att befintlig personals kompetens inte utnyttjas fullt ut. Regeringen har under 2016 gjort betydande satsningar vad gäller kompetensförsörjningen, se avsnitt Kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården nedan.

Enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) är en anledning till att väntetiderna inom akutsjukvården ökat att patienter vänder sig till akutmottagningar med problem som egentligen borde kunna hanteras av primärvården. Det leder till anhopning av patienter och långa vistelsetider på akutmottagningarna. Många av dessa patienter är multisjuka äldre. Äldre får dessutom vänta längre än andra grupper vid besök på akuten. Andelen patienter som får vänta längre än vårdgarantins övre gräns på besök och behandling i specialistvård har ökat under de senaste åren.

I cancervården kan dock en positiv utveckling ses där väntetiderna kortats på flera områden bl.a. till följd av regeringens satsning på standardiserade vårdförlopp, läs mer under rubriken Regeringens insatser för en mer jämlik cancer-vård.

Diagram 3.10 Andel patienter i kön som väntat kortare än 90 dagar på behandling eller åtgärd i specialiserad vård, 2010 till mars 2017



Anm: Önskat värde är 100 procent, det vill säga att ingen i kön ska ha väntat längre än 90 dagar. Före 2010 ingick en begränsad del av alla behandlingar/åtgärder och därför redovisas inte data för år innan dess. Resultaten från tidigare år än 2012 redovisas inte könsuppdelat eftersom det innan dess inte finns tillräckligt bra underlag. För åren 2012-2017 varierar antalet landsting som rapporterar könsuppdelad statistik mellan 10 och 16. Siffrorna i detta diagram visar alltså inte statistik från alla 21 landsting. Mars månad är representant för respektive år då den månaden brukar redovisas i öppna jämförelser.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen.

Socialstyrelsens mätningar av tillgänglighet under 2016 med fokus på kroniska sjukdomar och tillstånd visar att väntetiden varierar mellan olika diagnoser. Väntetiderna varierar också mellan och inom olika landsting. För vissa diagnoser uppfylls vårdgarantin i låg utsträckning. Socialstyrelsen anger att skillnaderna i väntetider exempelvis kan bero på vårdens organisation och patientsammansättning men även på skillnader i rutiner för registrering av väntetider. Mellan 2011 och 2015 kunde ingen tydlig trend ses vad gäller väntetiderna vid de utvalda kroniska sjukdomarna. I allmänhet framgår få ålders- och könsskillnader.

Enligt SKL:s Hälso- och sjukvårdsbarometer från 2016, där alla landsting deltog, ansåg 67 procent av kvinnorna och 63 procent av männen att de fick besöka vårdcentralen inom rimlig tid. Då insamlingsmetoden har förändrats under 2016 kan inte jämförelser göras med siffror från tidigare år.

Vistelsetiderna vid landets akutmottagningar är fortsatt långa och ingen förändring har skett sedan den föregående mätningen, enligt Socialstyrelsen. Under perioden juli 2015 till juni 2016 uppgick medianvistelsetiden till 3 timmar och 18 minuter, medan medianväntetid för läkarundersökning uppgick till ungefär en timme. Både vistelsetid och väntetid för läkarundersökning varierar mellan olika delar av landet men även inom samma akutmottagning.

Medianvistelsetiden är 11 minuter längre för kvinnor än för män, men inga tydliga skillnader mellan könen framgår vad gäller väntetid för läkarbesök.

År 2015 träffade regeringen och SKL en överenskommelse om förbättrad tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård, vilken Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa. Slutrapporten lämnades i maj 2017 och visade att samtliga landsting och regioner har inkommit med handlingsplaner, men att förutsättningarna att bedriva strategiskt utvecklingsarbete behöver stärkas.

Utveckling av uppföljningen av väntetider

Det är viktigt att uppföljningen av väntetider utgör ett robust och tillförlitligt underlag för verksamhetsutveckling och jämförelser. År 2016 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Resultat för väntetider vid akutmottagningar och vissa kroniska sjukdomar och tillstånd redovisas ovan. Socialstyrelsen anger att det kvarstår ett behov av att vidareutveckla mätmetoder för uppföljning av tillgänglighet inom kroniska sjukdomar och tillstånd. En mer nyanserad redovisning av väntetider vid akutmottagningar möjliggjordes 2016 tack vare data från patientregistret.

Asylsökande, nyanlända och personer som vistas i landet utan tillstånd

Det stora antalet personer som befinner sig i asylprocessen har påverkat hälso- och sjukvården också under 2016. Utmaningarna skiljer sig åt regionalt, men regeringens samlade bedömning är att landstingen hanterat situationen på ett bra sätt. Myndigheterna har fått flera uppdrag på området i syfte att skapa underlag för vidare åtgärder som kan underlätta för hälso- och sjukvården att bemöta situationen. Insatser för att stärka nyanländas hälsa redovisas i avsnitt 4 Folkhälsopolitik.

Ett kunskapscentrum om frågor avseende ensamkommande barn och unga har inrättats vid Socialstyrelsen för att stimulera och förstärka det nationella arbetet med att utveckla och sprida kunskap till yrkesverksamma som möter barn och unga inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. (Se avsnitt 6 Politik för sociala tjänster).

Steg mot en strukturförändring av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar, bl.a. den demografiska utvecklingen, begränsade resurser och ett ökat antal personer med kroniska sjukdomar. För att möjliggöra ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet inom hälso- och sjukvården, har regeringen med utgångspunkt i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) tagit nästa steg mot en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation genom att i mars 2017 tillsätta utredningen Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

I juni 2017 presenterade den särskilda utredaren ett delbetänkande med en plan och inriktning för det kommande arbetet.

En slutredovisning ska lämnas senast den 31 mars 2019.

Hälso- och sjukvårdens beredskap

Socialstyrelsens rapport från 2016 om att öva hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera en allvarlig händelse med många skadade visar på behovet för landstingen att i förväg ha kännedom om vilken typ av stöd som kan behövas vid allvarliga händelser med många skadade. Myndigheten tar bl.a. upp att en ökad samverkan i planeringsarbetet för mer omfattande allvarliga händelser skulle kunna lösa en del av denna problematik.

En kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

En modern hälso- och sjukvård kännetecknas bl.a. av att den är i ständig utveckling och förändring. Ny kunskap behöver snabbt kunna omsättas och nya behandlingsmetoder introduceras medan andra avvecklas.

Patienter ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen – oavsett var någonstans i landet man bor. Detta är en stor utmaning för ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem. Att på ett samlat sätt förmedla ny kunskap till alla delar av landet förutsätter ett samordnat och strukturerat arbetssätt. Olika nationella kunskapsstöd i form av t.ex. myndigheters rekommendationer och riktlinjer behöver anpassas till lokala förhållan-

den och till medarbetarnas vardag för att på bästa sätt komma den enskilda patienten till godo.

Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården överlämnade i juni 2017 betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48). Utredningen lämnar bl.a. förslag till hur landstingens skyldighet att samverka i frågor om nationell kunskapsstyrning kan förtydligas samt hur en förbättrad kunskapsstyrning kan skapa förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Betänkandet ska remissbehandlas och förslagen kommer därefter att beredas i Regeringskansliet.

Socialstyrelsens uppföljningar av följsamhet till kunskapsstöd

Socialstyrelsen publicerar nationella riktlinjer för ett antal sjukdomstillstånd samt utvärderar löpande hur vården förhåller sig till rekommendationerna i riktlinjerna. Under 2016 genomfördes flera utvärderingar. Ett exempel som kan nämnas var en utvärdering av vården till personer med Multipel skleros respektive Parkinsons sjukdom. Utvärderingen visar att delar av vården fungerar relativt väl, samtidigt som det inom andra områden finns stora utvecklingsbehov. Bland annat konstateras att relativt få äldre och lågutbildade patienter följs upp i tillräcklig utsträckning.

Styrning med kunskap

Sedan den 1 juli 2015 samverkar nio myndigheter i Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Arbetet syftar till att göra den statliga styrningen samordnad, effektiv och behovsanpassad till stöd för huvudmän och professioner. Myndigheterna har under 2016 inlett ett arbete för att stärka arbetsformerna för gemensam prioritering, planering och analys. Ett exempel är den gemensamma omvärldsanalys som rådets myndigheter genomförde våren 2016.

Landsting och kommuner har med statligt stöd under flera år byggt upp s.k. programråd för bl.a. arbetet med kroniska sjukdomar. En utvärdering av programråden har påvisat ett behov av ökad samordning och tydligare organisation av huvudmännens styrning med kunskap. Under 2016 tog landsting och regioner beslut om att gemensamt långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för styrning med kunskap. Tanken bakom strukturen är skapa ett långsiktigt stöd för

styrning med kunskap på olika nivåer för en mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård.

Tillsyn och patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn, tillståndsprovning och klagomålshantering inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, av god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och föreskrifter.

IVO:s tillsynsrapport från 2016 visar att landstingen många gånger har svårigheter att erbjuda människor en god tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Detta syns tydligt inom flera områden, men särskilt inom akutsjukvården och den somatiska specialistsjukvården. Vidare konstaterar IVO att det finns problem med kompetensförsörjningen inom de flesta verksamhetsområdena. Det kan t.ex. avse osäker bemanningssituation inom primärvården, ansträngd personalsituation inom individ- och familjeomsorgen, otillräcklig nattbemanning inom äldreomsorgen och problem med kompetensförsörjningen inom den somatiska och psykiatriska specialistvården. Detta är brister som kan få allvarliga konsekvenser för tillgängligheten, kvaliteten och säkerheten för den enskilde. IVO lyfter också fram bristande samverkan kring ett antal patientgrupper. Detta gäller personer med samsjuklighet, t.ex. personer som har ett missbruk kombinerat med psykisk ohälsa, eller personer med psykiatrisk grundsjukdom kombinerat med somatiska sjukdomar. Under året har IVO haft ett ökat fokus på granskning av oseriösa aktörer. Två områden där IVO ser att oseriösa aktörer överutnyttjar välfärdsystemet är inom personlig assistans och tandvård.

Under 2017 har regeringen tillfört ytterligare resurser för att förstärka IVO:s möjligheter att bedriva egeninitierad tillsyn där behovet av tillsyn är som störst. IVO har under året utvecklat och genomfört flera nationella tillsynsinsatser inom prioriterade områden. Det gäller t.ex. multisjuka äldre som vårdas i hemmet, patientgrupper som ges sämre förutsättningar för jämlik vård, brister i vårdens tillgänglighet och brister i tandvården. Vidare har IVO utvecklat arbetet med tillståndsprovning och tillsyn av

assistansanordnare enligt socialförsäkringsbalken samt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

En mer ändamålsenlig klagomålshandling

Den 1 januari 2018 träder nya bestämmelser i kraft som innebär att det, i första hand, ska vara vårdgivarna som tar emot och besvarar klagomål från patienter och deras närstående. Patientnämndernas huvudsakliga uppgift ska vara att hjälpa och stödja patienter med att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna.

Eftersom vårdgivarnas ansvar för klagomålshandlingen förtydligas förändras även ansvaret för IVO. IVO:s utredningsskyldighet i klagomålsärenden begränsas.

Syftet med lagändringarna är att effektivisera klagomålshandlingen så att patienter snabbare kan få sina klagomål besvarade och att åtgärder kan vidtas för att förebygga vårdskador. Ändringarna ska också bidra till att IVO kan utveckla den egeninitierade tillsynen så att tillsynsinsatser genomförs där behoven av tillsyn är som störst. Regeringen bedömer att förändringen inte kommer medföra några verksamhetsmässiga eller personella konsekvenser.

Regeringen följer patientsäkerheten i hälso- och sjukvården

Regeringen har under flera år avsatt medel till SKL för att följa patientsäkerheten i hälso- och sjukvården, i samarbete med landstingen. Det handlar bl.a. om att genomföra kontinuerliga mätningar av exempelvis antalet vårdskador, vårdrelaterade infektioner och trycksår samt för att använda resultaten i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att på årsbasis analysera den nationella utvecklingen på patientsäkerhetsområdet.

Vårdskadorna i hälso- och sjukvården förefaller ha minskat på nationell nivå. Första halvåret 2013 förekom vårdskador vid 9 procent av vårdtillfällena jämfört med 7,5 procent av vårdtillfällena första halvåret 2016, visar SKL:s rapport Skador i vården (december 2016).

I Socialstyrelsens rapport Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017 konstateras att vårdskadorna har minskat nationellt medan de regionala skillnaderna fortsatt är stora för de flesta typer av vårdskador som följs upp över tid. Det förebyggande arbetet är av stor betydelse för att minska vårdskadorna.

Andelen vårdtillfällen där patienter utlokaliseras ökade mellan 2015 och 2016. En ut-

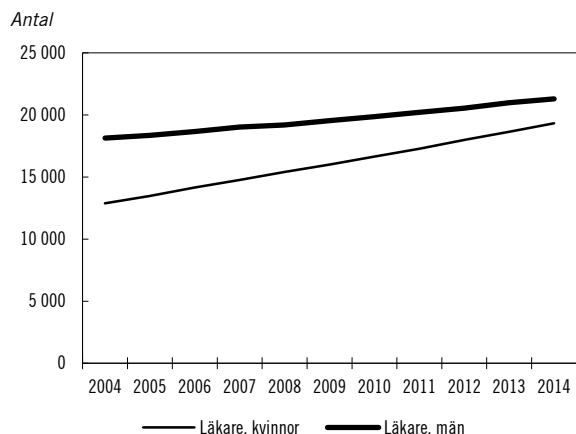
lokalisering innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Utlokaliseringar kan, liksom överbeläggningar, öka i omfattning vid vårdplatsbrist. Utlokalisering innebär en nästan fördubblad risk för vårdskador.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2017 göra en kartläggning, nulägesbeskrivning och analys över hur brister i kompetensförsörjning och bemanning kan påverka risken för vårdskador i hälso- och sjukvården. Särskilt fokus ska läggas vid yrkeskategorier som läkare, sjuksköterskor och barnmorskor.

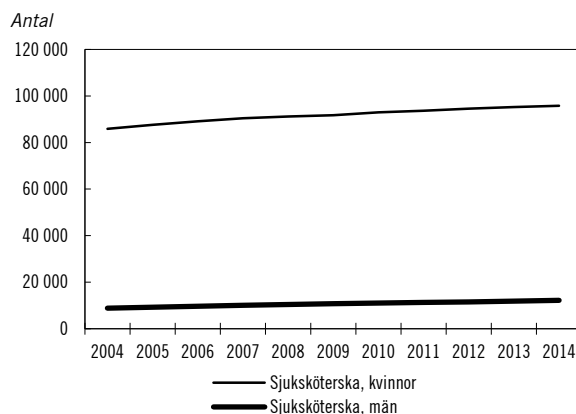
Hälso- och sjukvården ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För att stödja vården i patientsäkerhetsarbetet gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att under 2016, i samverkan och samråd med flera andra myndigheter, organisationer och SKL, utveckla ett samlat stöd till hälso- och sjukvården på patientsäkerhetsområdet. Det webbaserade stödet blev tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats i maj 2017.

Kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården

Landstingens förmåga att försörja hälso- och sjukvården med medarbetare med adekvat kompetens har betydelse för flera centrala faktorer, såsom kvalitet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Även om det totalt sett har skett en ökning av antalet utbildade läkare och sjuksköterskor de senaste åren, se diagram 3.11 och 3.12 nedan, råder fortfarande brist på bl.a. specialistläkare inom psykiatri och allmänmedicin och specialiserade sjuksköterskor inom områdena psykiatri, anestesi- och intensivvård, geriatrik och operation.

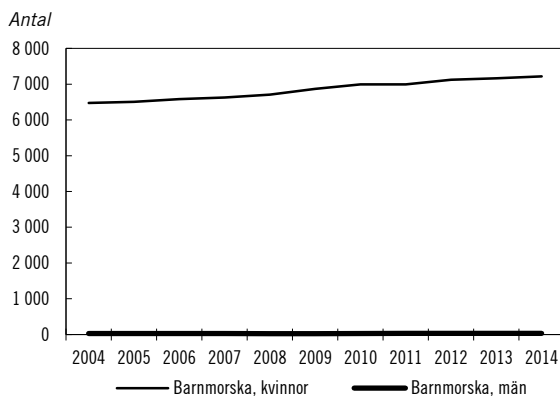
Diagram 3.11 Antal läkare, 2004–2014

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

Diagram 3.12 Antal sjuksköterskor, 2004–2014

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

Socialstyrelsens prognos fram till 2030 visar en minskning av antalet sjuksköterskor med cirka åtta procent och en ökning av antalet läkare, bl.a. med hänsyn tagen till nettoinvandring av läkare med utländsk utbildning. Antalet barnmorskor bedöms öka med 16 procent under perioden men pensionsavgångarna de närmsta åren är enligt landstingens egna redovisningar större. I en stor del av landstingen kommer cirka 30 procent av barnmorskorna att gå i pension innan 2024. I diagram 3.13 nedan visas utvecklingen de senaste tio åren för antalet barnmorskor.

Diagram 3.13 Antal barnmorskor, 2004–2014

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

Mot bakgrund av frågans betydelse har regeringen vidtagit flera olika insatser för att bidra till en hållbar kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. Insatserna beskrivs mer ingående nedan samt under rubriken Förstärkning av förlossningsvården och vården som rör kvinnors hälsa.

Tillvaratagande av nyanländas kompetens

Socialstyrelsen ansvarar för att pröva och utfärda legitimationer för yrkesgrupper inom hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen tillförde därför Socialstyrelsen 75 miljoner kronor extra under 2016 och 47 miljoner kronor extra under 2017 för att effektivisera och förbättra valideringsprocessen för nyanlända med hälso- och sjukvårdsutbildning från annat land. Från 2018 och framåt tilldelas Socialstyrelsen 42 miljoner kronor per år för denna verksamhet. Väntetiderna för den första prövningen har i genomsnitt minskat med 14 månader, från 16 månader till två månader.

Stöd till bättre resursutnyttjande i vården genom professionsmiljarden

Regeringen och SKL tecknade för 2016 en överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Genom överenskommelsen fördelades 950 miljoner kronor till landstingen för att främja huvudmännens möjligheter att ge hälso- och sjukvårdens medarbetare goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Socialstyrelsen har haft uppdraget att följa överenskommelsen och överlämnade i maj 2017 rapporten Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – Regeringsuppdrag att följa överenskommelsen om bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis visar rapporten att

överenskommelsen har bidragit till att lyfta redan prioriterade områden och har möjliggjort för landstingen att kunna arbeta i snabbare takt. En majoritet av landstingen har infört, eller planerar att införa, vårdnära servicetjänster som innebär att patientnära uppgifter som inte kräver vårdkompetens, utförs av servicepersonal. På så sätt frigörs tid hos vårdpersonalen för mer patientarbete. Ett annat exempel är att utveckla introduktion för nyanställda, som ett sätt att både rekrytera och behålla kompetens.

Regeringen har vidare fortsatt utbyggnaden av utbildningar till sjuksköterska, specialistsjuksköterska och barnmorska. Även antalet platser på yrkesinriktade kurser inom gymnasial vuxenutbildning samt inom yrkeshögskolan har utökats. I den överenskommelse som slöts för 2017 om stöd för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården enades regeringen och SKL om att öronmärka 300 miljoner kronor för att ge möjlighet till specialistutbildning av sjuksköterskor.

Regeringen bjöd under 2015 och 2016 in till dialogmöten om kompetensförsörjning med de mest centrala aktörerna inom hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet har tillsammans i uppdrag att analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. Myndigheterna har anordnat en nationell konferens kring frågorna.

Förstärkning av förlossningsvården och vården som rör kvinnors hälsa

Situationen inom förlossningsvården har länge visat tecken på ett allt mer ansträngt läge. Det är en prioriterad fråga för regeringen att alla kvinnor får en trygg och säker förlossning. Regeringen har därför i syfte att stärka förlossningsvården på såväl kort som lång sikt under innevarande mandatperiod inlett en satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. Satsningen varar under perioden 2015-2019 och beräknas omfatta 530 miljoner kronor årligen. En del av satsningen har inriktning på primärvården med fokus på kvinnors hälsa. Huvuddelen av medlen fördelas till landstingen inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKL med syftet att genomföra de insatser som

effektivast stärker mödravården, förlossningsvården och kvinnors hälsa. En särskilt prioriterad insats som lyfts fram i båda överenskommelserna är att stärka bemanningen i förlossningsvården.

Regeringen har även anslagit medel för utbyggnad av antalet utbildningsplatser inom vissa högskoleutbildningar där det bedöms råda brist, däribland 250 nybörjarplatser på barnmorskeutbildningen under 2016.

Överenskommelse om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och stärkta insatser för kvinnors hälsa

Regeringen och SKL ingick i januari 2017 en treårig överenskommelse om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, avseende 2017-2019.

Med anledning av den satsning på förlossningsvården som gjordes i propositionen Vårändringsbudget för 2017 ingick staten och SKL en tilläggsöverenskommelse om fördelning av den förstärkning på 500 miljoner kronor som beslutades av riksdagen den 21 juni 2017. Av de beslutade 500 miljoner kronorna har 300 miljoner kronor betalats ut för 2017 och de resterande 200 miljoner kronorna ska betalas ut 2018.

Landstingens och SKL:s redovisningar om hur medlen har använts visar att landstingen vidtar åtgärder inom vad som identifierats som viktiga förbättringsområden av aktörer på området och att cirka hälften av medlen från överenskommelsen har använts till bemanning inom förlossningsvården, i huvudsak till anställning av barnmorskor.

Enligt landstingens redovisningar har bl.a. cirka 124 barnmorsketjänster och 60 sjuksköterskor tillsatts med medel från överenskommelsen. Avseende kompetensbehov bedömde de flesta landstingen att de behöver öka kompetensnivån kring allvarliga bristningar vid förlossning samt mer tid för handledning och kompetensöverföring.

I primärvården anställdes företrädesvis barnmorskor, men även läkare, sjuksköterskor, dietister, undersköterskor, kuratorer och annan personal har anställts.

SKL:s redovisning av insatser inom screening av cervixcancer och bäckenrehabilitering

Ett nationellt vårdprogram för cervixcancer och konsekvenser av införande av Socialstyrelsens rekommendationer gällande screening har ut-

arbetats och fastställdes av Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan i januari 2017.

Riktade utbildningsinsatser som gäller olika screeningverksamheter behöver genomföras. En särskild utmaning är att landstingens befintliga it-stöd för uppföljning och kontroll av kvinnor som tidigare haft avvikande svar eller cellförändringar inte är möjligt att genomföra i ett annat landsting än det där individen är folkbokförd.

Förutsättningarna för att rehabilitera patienter med funktionella besvär efter cancer i bäckenet är mycket olika över landet. Under våren 2017 har det pågående arbetet med bäckenrehabilitering koncentrerats till regionala utvecklingsprojekt och erfarenhetsutbyte samt genomgångar av nationella vårdprogram.

Uppdrag om förlossningsvården och kvinnors hälsa förlängs

Socialstyrelsens uppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa har förlängts till och med 2019. Myndigheten har under 2016 och 2017 redovisat flera deluppdrag, bl.a. gällande kvinnans socioekonomiska faktorer betydelse i förlossningsvården samt kvaliteten på eftervård efter förlossning.

Av Socialstyrelsens delrapport Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning (2016), framgår att utfallet av förlossningen, dvs. hur förlossningen blir med avseende på kvinnans och barnets hälsa, blir sämre om kvinnan har kort utbildning, är asylsökande eller är född i Afrika söder om Sahara.

Socialstyrelsens rapport Säker vård (öppna jämförelser) från februari 2017 visar på en försämring för flera viktiga indikatorer inom förlossningsvården.

I april 2017 redovisade Socialstyrelsen att det finns brister och behov av förändringar i vården efter förlossning såväl på sjukhuset som efter hemgång från sjukhuset. Socialstyrelsen anser vidare att det behövs mer kunskap och utbildning för personalen i hela vårdkedjan samt organisatoriska förändringar i landstingen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att till 2020 följa upp och analysera regeringens satsningar på kvinnors hälsa inklusive införandet av avgiftsfri mammografi till kvinnor mellan 40 och 74 år och införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år.

Regeringens insatser för en mer jämlik cancervård

Sverige har i ett internationellt perspektiv en cancervård med medicinskt hög kvalitet. Inom många cancerdiagnoser finns en hög överlevnad såväl för kvinnor som för män, och den har ökat över tid. I diagram 3.14 nedan visas den relativa femårsöverlevnaden för olika cancerformer under de senaste 20 åren. Kvinnor har i genomsnitt högre relativ femårsöverlevnad jämfört med män. Folkhälsans utveckling beskrivs mer i detalj i avsnitt 4 Folkhälsopolitik.

Diagram 3.14 Relativ femårsöverlevnad i alla former av cancer 1994–2014



Anm: Hud-, bröst- och prostatacancer ingår inte eftersom indikatorn blir mer rättvisande över tid om dessa cancerformer inte ingår.

Källa: Socialstyrelsen (Cancerregistret och Dödsorsaksregistret).

Sedan 2009 har arbetet med att utveckla cancer vården bedrivits utifrån den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11). Med utgångspunkt i cancerstrategin har regeringen under våren och sommaren 2017 genomfört ett brett rådslag för framtidens cancervård med bl.a. patientorganisationer, professioner och andra experter. De kommentarer och förslag som lämnas kommer tjäna som underlag för en långsiktig inriktning på regeringens politik kring cancervården.

Regeringen har sedan 2010 avsatt medel för uppbyggnaden av regionala cancercentrum (RCC). Socialstyrelsen har i sin uppföljning konstaterat att satsningen varit framgångsrik och att den har genomförts på gedigen grund med tydlighet, helhetssyn och processtyrning.

I de årliga överenskommelserna med SKL inom cancerområdet har regeringen gett stöd till olika insatser såsom att uppdatera och fastställa nya nationella vårdprogram. Arbetet med nationell nivåstrukturering av cancervården har även gett resultat och följs nu upp. En översyn av kompetensförsörjningen inom barncancervården

har genomförts av RCC och en rad möjliga åtgärder har identifierats för att möta de utmaningar som finns. Regeringen har även gett stöd till insatser för rehabilitering vid cancer i bäckenet samt vidtagit åtgärder kring nya rekommendationer för screening för livmoderhalscancer. I överenskommelserna med SKL 2016 och 2017 har regeringen gett stöd till arbetet med att utveckla en elektronisk vårdplan.

Regeringen gav i januari 2017 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att ta fram ett underlag för att öka kunskapen om hur cancerläkemedel införs, används och följs upp. Regeringen ger också stöd till RCC för att utveckla uppföljningen via register av cancerläkemedel.

Regeringen ingick hösten 2016 ett samarbetsavtal med USA om cancerforskning. För att skapa en bättre cancervård är cancerforskning av stor betydelse och samarbete mellan länder inom olika områden kan bidra till en positiv utveckling.

Regeringens satsning på standardiserade vårdförlopp i cancervården ger resultat

De senaste årens uppföljningar av cancervårdens tillgänglighet har visat att väntetiderna är långa och att de regionala skillnaderna är stora. Regeringens satsar därför 500 miljoner kronor per år 2015–2018 för att korta väntetiderna i cancer vården. Regeringen och SKL har 2015–2017 enats om årliga överenskommelser som syftar till att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna.

Den viktigaste åtgärden för att nå målet är att fortsätta arbetet med att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp (SVF). Samtliga landsting har beslutat att införa SVF inom cancervården. Det är i dag möjligt för varje landsting att följa ledtid från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling för respektive infört vårdförlopp. Hittills har SVF för 28 diagnoser tagits fram.

Tidiga data visar att väntetiderna har kortats för flera cancersjukdomar inom ramen för SVF-satsningen. Som exempel kan nämnas akut myeloisk leukemi, huvud- och halscancer samt prostatacancer.

Ökad samordning och samverkan inom e-hälsoområdet

Sverige ligger i framkant när det gäller att använda it-stöd i det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården. Som exempel hanteras 98 procent av alla läkemedelsrecept elektroniskt i dag. Digitaliseringen av vård och omsorg i Sverige halkar dock efter i internationella jämförelser ur ett annat perspektiv, interoperabilitet, dvs. förmågan för olika system och verksamheter att samverka och utbyta information med bibehållen mening.

Regeringen och SKL har i januari 2017 ingått en överenskommelse om en handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. Handlingsplanen operationaliserar visionen genom att peka ut tre prioriterade insatsområden som staten, SKL och huvudmännen gemensamt ska arbeta med. Insatsområdena är regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standarder. De prioriterade insatsområdena är valda utifrån att bl.a. öka graden av interoperabilitet i vårdens och omsorgens it-stöd med syfte att bättre kunna tillvarata digitaliseringens möjligheter. Även regeringens samordnare för life science och dess referensgrupp arbetar med dessa frågor.

Handlingsplanen fastslår också en gemensam styr- och samverkansorganisation för e-hälsofrågor. E-hälsomyndigheten har anordnat en rad informationstillfällen för olika målgrupper för att kommunicera om arbetet som pågår med Vision e-hälsa 2025. (Se även avsnitt 6 Politik för sociala tjänster).

E-hälsofrågorna kopplar även an till arbetet inom den övergripande politiken för digitaliseringen av det offentliga Sverige med strategin för en digitalt samverkande statsförvaltning och till digitaliseringspolitikens strategi – För ett hållbart digitaliserat Sverige.

Planer för tydlig och långsiktig utveckling på e-hälsoområdet

Socialstyrelsen presenterade i september 2016 en plan för långsiktig utveckling av strukturerad dokumentation. Inom standardiseringsområdet och inom ramen för regeringens strategiska samverkansprogram för Life science har Vinnova i uppdrag att i samverkan med E-hälsomyndigheten utarbeta en långsiktig plan rörande hantering av ett tidigare framtaget ramverk av öppna internationella standarder. I uppdraget

ingår att underlätta för vårdgivare och huvudmän att kunna tillgodogöra sig ramverket och för detta krävs bl.a. dialog och aktiva informationsinsatser.

E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen har fortsatt uppdraget att utveckla ett verktyg för förvaltning och distribution av den nationella källan för ordinationsorsak, som är ett kodsystem bestående av termer för ordinationsorsaker och behandlingsändamål samt deras kopplingar till läkemedel. Källan används redan i dag i ett antal landsting för att underlätta framtagning av så kallade ordinationsmallar.

Sverige är även en aktiv deltagare i flera internationella e-hälsosammanhang.

Regeringen förbättrar vården för personer med kroniska sjukdomar

Under åren 2014–2017 har regeringen bedrivit ett arbete med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Det övergripande syftet har varit att bidra till utvecklingen av en mer socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. Insatser har genomförts för att stärka vårdens förutsättningar att arbeta på ett mer patientcentrerat sätt, att erbjuda vård och behandling som bygger på bästa tillgängliga kunskap och att förebygga utvecklingen av kroniska sjukdomar.

För att stödja utvecklingen av en mer kunskapsbaserad vård har regeringen ingått en överenskommelse med SKL om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. I överenskommelsen ingår flera insatser för att främja en mer samordnad spridning och tillämpning av nationella kunskapsstöd. Tillsammans med landstingen har SKL bl.a. arbetat med att etablera så kallade programråd inom olika områden, t.ex. astma/KOL, barns och ungas psykiska hälsa samt primärvård. Programråden ska bl.a. bidra till en mer kunskapsbaserad och jämlik hälso- och sjukvård.

Inom ramen för överenskommelsen har SKL även utvecklat ett kliniskt kunskapsstöd för primärvården tillsammans med landstingen och behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar har tillgängliggjorts. Därtill har det skapats en organisation för att SKL och landstingen långsiktigt ska kunna förvalta och utveckla rekommendationerna. Arbetet inom ramen för överenskommelsen har bidragit till

och utgör delar i den nationella handlingsplanen för att långsiktigt stärka och samordna landstingens arbete med kunskapsstöd.

Vidare har Socialstyrelsen genomfört flera insatser för att främja en mer kunskapsbaserad vård. Socialstyrelsen har bl.a. utarbetat nya nationella riktlinjer för vård vid flera kroniska sjukdomar, så som psoriasis och epilepsi.

För att stödja utvecklingen av en mer patientcentrerad vård har SKL, inom ramen för överenskommelsen med regeringen, bedrivit ett innovationsarbete för att utveckla nya arbetssätt i primärvården med utgångspunkt i patienternas behov och förutsättningar. Socialstyrelsen har även genomfört insatser för att sprida relevanta vägledningar om ett gott bemötande i hälso- och sjukvården.

En central del i regeringens arbete med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar är också att förebygga de kroniska sjukdomar som kan förebyggas. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att tillsammans med professionens organisationer stödja genomförandet av sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården. Dessutom har Livsmedelsverket haft regeringens uppdrag att främja arbetet i hälso- och sjukvården med hälsosamma matvanor för att förebygga kroniska sjukdomar.

Psykiatri och tvångsvården

Personer med psykisk ohälsa har inte sällan en sämre fysisk hälsa och kortare livslängd jämfört med befolkningen som helhet. Särskilt tydliga är skillnaderna hos personer med allvarlig eller komplicerad psykiatrisk problematik. Regeringen beräknar att satsa över en miljard kronor per år 2016–2019 för insatser som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Övriga insatser inom området psykisk hälsa beskrivs i avsnitt 4 Folkhälsopolitik.

Ökad patientmedverkan i tvångsvården

Efter förslag från regeringen har riksdagen beslutat om lagändringar för att skapa bättre förutsättningar för patienter att vara delaktiga i vård som ges med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, samt lagen om rättspsykiatrisk vård. Lagändringarna innebär bl.a. att inom den öppna tvångsvården ska en samordnad vårdplan så långt det är möjligt utformas i samråd med patienten och, om det

inte är olämpligt, med patientens närstående. Dessutom ska patientens inställning till de insatser som anges i den samordnade vårdplanen så långt möjligt redovisas i samband med ansökningar om vård. En annan nyhet är att chefsöverläkaren vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska se till att en patient, så snart patientens tillstånd tillåter, erbjuds uppföljningssamtal efter en genomförd tvångsåtgärd. Ändringarna började gälla den 1 juli 2017. Regeringen har därtill gett den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder enligt LPT riktade till barn och unga under 18 år.

Förbättrad styrning med kunskap inom tvångsvårdsområdet

I syfte att åstadkomma en evidensbaserad praktik har regeringen uppdragit åt Socialstyrelsen att förbättra möjligheterna till uppföljning av tvångsvården.

I betänkandet Rapport från Bergwallkommissionen (SOU 2015:52) beskrivs ett ökat behov av styrning med kunskap inom rättspsykiatri. Regeringen har därför gett Vetenskapsrådet i uppdrag att genomföra en kartläggning av rättspsykiatrisk forskning. Ett uppdrag har även getts till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) om att ta fram systematiska kunskapsöversikter inom rättspsykiatri.

Läkemedel, medicinteknik och kosmetiska produkter

En nationell läkemedelslista

I departementspromemorian Nationell läkemedelslista (Ds 2016:44) presenteras förslag om en nationell läkemedelslista. Den nationella läkemedelslistan föreslås utgöra en gemensam källa för samlad information om patienters läkemedelsbehandling genom ett nytt personregister. Registret föreslås i ett första steg ersätta nuvarande receptregister och läkemedelsförteckningen. Det övergripande målet med registret är att bidra till ökad patientsäkerhet samtidigt som patienters personliga integritet skyddas från otillbörlig behandling av personuppgifter.

Ett viktigt syfte med registret är att utpekade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, apotekspersonal och patienter ska få åtkomst till

samma information om patientens läkemedelsanvändning. I dag finns uppgifter om patientens läkemedelsbehandling uppdelade i flera olika källor och förutsättningarna för åtkomst till dessa källor varierar för patienter och för hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i vården eller på apotek.

En tydligare koppling mellan dokumenterade uppgifter om läkemedel i patientjournaler och underlag för expediering i det nya registret ska t.ex. minska förekomsten av recept som inte speglar den senaste ordinationen. Detta förväntas medföra ytterligare patientsäkerhetsfördelar. Det ökar också förutsättningarna för hälso- och sjukvården att makulera icke aktuella recept samt möjligheten att ta fram en integrerad lösning för ordination och förskrivning av dosdispenserade läkemedel.

En nationell läkemedelslista förbättrar även förutsättningarna för uppföljningar av läkemedelsanvändningen.

Frågan om en nationell läkemedelslista bereds fortsatt i Regeringskansliet.

Nationell läkemedelsstrategi

År 2015 enades regeringen och SKL tillsammans med ett flertal andra aktörer på läkemedelsområdet om en nationell läkemedelsstrategi för 2016–2018. Visionen för den nationella läkemedelsstrategin är Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle.

Fyra nya aktiviteter har valts ut och inkluderats i handlingsplanen för 2017. Dessa aktiviteter är läkemedelsanvändningen för barn, egenvård med fokus på receptfria läkemedel, att förbättra möjligheterna till uppföljning av läkemedelsanvändningen inom cancerområdet och en förbättrad läkemedelsanvändning bland äldre.

Bland de aktiviteter som fanns i strategins handlingsplan för 2016 som hittills slutredovisats kan bl.a. nämnas Läkemedelsverkets statusrapport om utvidgad kunskap om barns läkemedel och deras användning. En annan aktivitet som myndigheten ansvarat för och som är avslutad avser insatser för att förbättra patientsäkerheten vid det generiska utbytet. Läkemedelsverket har också lämnat en rapport om nationell samverkan för utveckling av stegvist godkännande av nya läkemedel. Ytterligare en rapport som redovisats av Läkemedelsverket avser uppföljning av läkemedel genom samverkan mellan myndigheter och sjukvård.

SBU har slutredovisat en rapport om statistiska strategier för att hantera skillnader i behandlingseffektivitet mellan randomiserade kliniska prövningar och klinisk praxis. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har redovisat ett uppdrag att följa och utvärdera nyttan med arbetet som syftar till ett ordnat införande av nya läkemedel.

Minskat utrymme för manipulering av recept och oegentlig förskrivning

I syfte att förbättra patientsäkerheten har regeringen gett Läkemedelsverket i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen utreda och lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att införa elektronisk förskrivning som huvudregel för samtliga humanläkemedel som hämtas ut på öppenvårdsapotek mot recept. För att skapa förutsättningar för en heltäckande lista på förskrivna läkemedel krävs att läkemedel förskrivs elektroniskt. Bättre beslutsunderlag i ordinationsögonblicket ökar sannolikheten för att förskrivningen blir patientsäker. Uppdraget ska redovisas i december 2017.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utökat myndighetens hantering av information om individuella förskrivbarheter i myndighetens register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Inom samma område har E-hälsomyndigheten lämnat en delredovisning om automatiserad och digitaliserad kontroll av individuella förskrivbarheter.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna ökade

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna minskade under en period fram till 2013. De senaste åren har dock utvecklingen vänt och kostnaderna ökar igen. År 2016 var kostnadsökningen drygt åtta procent, vilket kan jämföras med fem procents ökning föregående år. Mellan 2015 och

2016 var ökningen för män högre än för kvinnor vilket bl.a. beror på att nya läkemedel mot prostatacancer kom in i förmånen under 2015. I diagram 3.15 nedan visas utvecklingen av kostnader för läkemedelsförmånerna över tid.

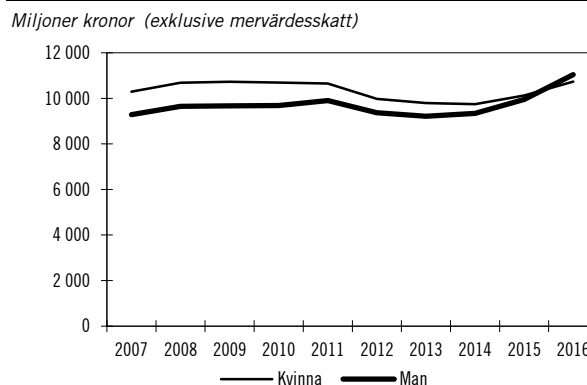
Faktorer som verkar kostnadsdrivande är att vissa nya kostsamma produkter för cancer, som tidigare hanterats utanför förmånerna, nu förskrivs inom förmånerna, samt att användning av vissa äldre läkemedel har ökat.

Även underliggande demografiska faktorer, t.ex. att befolkningen växer och andelen äldre blir större, bidrar till utvecklingen.

Reformen med kostnadsfria läkemedel till barn och unga under 18 år samt reformen som innebär att preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna blir kostnadsfria för personer under 21 år har som väntat medfört vissa kostnadsökningar.

Siffror avseende hur stor del av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som läkemedelskostnaderna utgjorde saknas fortfarande för 2016 men 2015 var andelen cirka 9 procent.

Diagram 3.15 Kostnader för läkemedelsförmånerna, 2007–2016



Källa: E-hälsomyndigheten

Tabell 3.3 Läkemedelskostnaderna uppdelade på områden, 2011–2016

Miljoner kronor (exklusive mervärdesskatt)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Läkemedelsförmånerna ¹	20 570	19 367	19 025	19 100	20 089	21 796
Patienternas kostnad ²	5 105	5 408	5 700	5 733	5 887	5 533
Andel patientkostnad ³	19,9 %	21,8 %	23,1 %	23,1 %	22,7 %	20,2 %
Receptläkemedel utan förmån ⁴	1 774	2 000	2 102	2 871	3 636	3 595
Slutenvård ⁵	7 146	6 992	6 981	7 194	7 843	7 989
Receptfritt ⁶	3 684	3 842	3 986	4 127	4 369	4 597
Total	38 279	37 610	37 794	39 024	41 824	43 511
Läkemedelskostnadernas andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna ⁷	9,5 %	9,4 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	

Anm: Andelen för egenavgiften i förhållande till egenavgift och läkemedelsförmån ligger cirka 0,3 procentenheter lägre än andel patientkostnad.

Anm: Tabellen är inte könsuppdelad då vissa poster saknar uppgifter om kön. Receptförsäljningen inom läkemedelsförmånen könsuppdelad redovisas i diagram 3.17.

¹ Läkemedel samt förbrukningsartiklar inom förmånen.² Avser egenavgift och merkostnad.³ Beräknat som andel av förmån och patientens kostnad.⁴ Inklusivt smittskyddsläkemedel.⁵ Avser humanläkemedel på rekvisition inom sluten- och öppenvård. Slutenvårdskostnaderna är svåra att jämföra mellan åren beroende på att nettopriser införs successivt och avsaknad av data vissa år. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.⁶ Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk på apotek samt i detaljhandeln. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelat på kön.⁷ Uppgifter om totala hälso- och sjukvårdskostnader saknas för 2016. Uppgifterna inkluderar mervärdesskatt.

Källa: E-hälsomyndigheten och Statistiska centralbyrån (Hälsöräkenskaperna).

Utfallet av 2016 års överenskommelse med SKL kring formerna för statens bidrag till läkemedelsförmånerna

Överenskommelsen för 2016 innebar bl.a. att staten ersatte landstingen med cirka 24 miljarder kronor för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. I beloppet ingår ett bidrag på 865 miljoner kronor för kostnader som landstingen haft för behandling av patienter med hepatit C under 2016. Landstingens kostnader för läkemedel för behandling av hepatit C under 2016 blev högre än överenskommet belopp vilket innebar att landstingen, i enlighet med överenskommelsens vinst- och förlustdelningsmodell, fick ytterligare 17 miljoner kronor i bidrag från staten.

Överenskommelse kring formerna för statens bidrag till läkemedelsförmånerna

Regeringen och SKL enades i maj 2017 om en överenskommelse kring formerna för statens bidrag till landstingen avseende läkemedelsförmånerna m.m. Överenskommelsen innebär bl.a. att landstingen 2017 får ett statligt bidrag om cirka 26 miljarder kronor för kostnader för läkemedelsförmånerna. Beloppet omfattar även bidrag för vissa andra kostnader inom läkemedelsområdet som tidigare finansierats på motsvarande sätt.

Överenskommelsen innebär också att landstingen och staten ska dela på utfallet av den återbäring som gemensamt framtagna sidoöverenskommelser inom ramen för TLV:s ärendehand-

läggning resulterar i. Under 2017 ska 70 procent av återbäringen tillfalla landstingen och 30 procent tillfalla staten.

Av överenskommelsen framgår också att parterna är överens om en viljeinriktning att utformningen och upplägget av överenskommelserna för 2018 och 2019 i stora delar ska vara desamma som för 2017.

TLV har fortsatt arbetet med att utveckla den värdebaserade prissättningen

Sedan några år tillbaka arbetar TLV med att utveckla den värdebaserade prissättningen, bl.a. genom förstärkt samverkan med landstingen.

TLV bedömer att prissänkningar på läkemedel som funnits på marknaden mer än 15 år samt myndighetens övriga arbete med bl.a. omprövningar har inneburit en besparing på förmånerna på 158 miljoner kronor 2016 och en ackumulerad besparing för 2015 och 2016 på 643 miljoner kronor. Utöver detta har sidoöverenskommelser genererat drygt 700 miljoner kronor under perioden december 2014 till och med september 2016. Dessa besparingar har hittills tillfallit landstingen.

Under 2016 har sidoöverenskommelserna också använts som verktyg för att skapa pris-konkurrens för biologiska läkemedel. Detta är ett segment där konkurrens och prispress ofta är begränsade även efter att patentet för original-läkemedlet löpt ut och så kallade biosimilärer introducerats. En biosimilar är ett läkemedel

som innehåller samma aktiva substans som originalläkemedlet, men som inte är utbytbar på apotek.

TNF-alfa-hämmare är en grupp biologiska läkemedel där det under en lång tid funnits flera originalläkemedel, men där priskonkurrens inte uppstått. Den här gruppen läkemedel används bland annat vid reumatiska sjukdomar. För att öka konkurrensen och skapa prispress efter att en biosimilar introducerades har TLV under 2016 gjort en omprövning. Den har inneburit att landsting och berörda företag har ingått sidöverenskommelser som sänker behandlingskostnaden för preparaten.

Utredning om finansiering, subvention och prissättning av läkemedel

I november 2016 beslutade regeringen att tillsätta en utredning (dir. 2016:95) som ska göra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel.

Målet för översynen är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå.

En tydlig ansvarsfördelning mellan stat och landsting, en jämlik och patientcentrerad vård, förutsägbara processer för berörda aktörer, samt goda förutsättningar för forskning och innovation till nytta för patienten ska eftersträvas.

Socialstyrelsen fick parallellt ett uppdrag att beskriva och analysera hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån hur dagens hälso- och sjukvård bedrivs. Uppdraget rapporterades under våren 2017 och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utvärdering av nyttan med arbetet som syftar till ett ordnat nationellt införande av nya läkemedel

I juni 2017 har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lämnat sin slutredovisning av regeringsuppdraget att följa och utvärdera nyttan med arbetet som syftar till ett ordnat införande av nya läkemedel. I rapporten skriver myndigheten bl.a. att den nationella processen för ordnat införande kan bidra till en mer jämlik läkemedelsanvändning genom nationella rekommendationer och avtal. Samtidigt påverkar andra faktorer tillgången till läkemedel exempelvis finansieringen, landstingens lokala införandeprocesser och tillgången till personal. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgs-

analys finns det brister i processens transparens och förutsägbarhet samt otydlighet i ansvarsfördelningen mellan de involverade aktörerna. Rapporten bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Ny reglering av prissättning av licensläkemedel, extemporeläkemedel och lagerberedningar samt tillfällig subvention

Nya bestämmelser om prissättning för läkemedel trädde i kraft den 1 april 2017. Licensläkemedel är läkemedel som inte är godkända i Sverige. Licens är ett försäljningstillstånd för ett apotek att sälja licensläkemedel. Licensläkemedel ska enligt TLV:s föreskrifter ingå i förmånerna om inte annat beslutats. Samtidigt infördes en möjlighet att tillfälligt subventionera ett godkänt läkemedel som ännu inte har ett förmånsbeslut. Detta kan då ersätta ett licensläkemedel under den tid då TLV prövar ansökan om att läkemedlet ska ingå i förmånerna.

Medicinteknik

Regeringen beslutade i juni 2017 om propositionen Anpassningar till EU:s nya förordningar om medicinteknik – del 1 (prop. 2016/17:197). Propositionen innehåller förslag som syftar till att flytta över ansvaret för anmälda organ på det medicintekniska området från Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (Swedac) till den myndighet som regeringen bestämmer. Förslagen syftar också till att anpassa svensk rätt till Europaparlamentets och rådets kommande EU-förordningar på det medicintekniska området. Förordningarna rör medicintekniska produkter och medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik. Förslagen föreslås träda i kraft den 26 november 2017.

Restnoteringar

Läkemedelsverket har fått i uppdrag att under 2017 genomföra de förändringar som krävs för att begära in, hantera och publicera information om restnoteringar. Detta görs för att på ett mer systematiskt sätt kunna hantera information om restnoteringar.

Förbättrad uppföljning inom läkemedelsområdet

För att på ett snabbare och bättre sätt än tidigare få kunskap om läkemedels faktiska effekt i klinisk vardag föreslår regeringen i propositionen Vissa frågor om läkemedelsregistret (prop. 2016/17:145) att Socialstyrelsen ska få möjlighet att ta emot och behandla uppgifter i

läkemedelsregistret för ett antal ändamål som hittills inte varit tillåtna. Det gäller ändamålen uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet. Myndigheten ska också få behandla uppgift om förskrivningsorsak. Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2018. Arbetet med att förbättra förutsättningarna för uppföljning av läkemedelsanvändningen är en viktig del av den nationella läkemedelsstrategin (se ovan). Det sker dels genom särskilda aktiviteter i handlingsplanen, dels genom det strategiska området uppföljning som kom till år 2016. Uppföljningsperspektivet har också beaktats i förslaget om en nationell läkemedelslista, som bl.a. bygger på strukturering och standardisering av läkemedelsinformation samt förbättrade möjligheter att föra över uppgifter från patientjournaler till exempelvis hälsodataregister.

Biobanker

I maj 2017 överlämnade Utredningen om regleringen av biobanker (S 2016:04) sitt delbetänkande till regeringen (SOU 2017:40). I delbetänkandet föreslås lagändringar bl.a. i syfte att öka läkemedelsföretagens intresse av att förlägga kliniska prövningar i Sverige utan att skyddet för de individer som lämnat vävnadsprover påverkas. En slutredovisning ska lämnas senast den 31 december 2017.

Kosmetiska produkter

Läkemedelsverket lämnade den 31 januari 2017 en rapport om snabbare anpassning av regelverk för kosmetiska produkter. I rapporten föreslås en översyn av det kosmetiska regelverket om tillåtna ämnen för att hanteringen av produkterna ska bli säkrare. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Miljöhänsyn i läkemedelslagstiftningen

Regeringen verkar för ökad miljöhänsyn i Europeiska unionens läkemedelslagstiftning och internationellt. Läkemedelsverket fick 2017 ett särskilt uppdrag att bistå Regeringskansliet i detta arbete. Det svenska påverkansarbetet har under 2017 bl.a. omfattat att frågan på svenskt initiativ behandlades i rådskonstellationen för sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor (EPSCO). Frågan har även kopplingar till arbetet mot antibiotikaresistens (avsnitt 4 Folkhälsopolitik).

Europeiska läkemedelsmyndigheten

Regeringen beslutade den 8 december 2016 att inrätta ett sekretariat för att verka för en lokalisering av Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) till Sverige. Sekretariatet samarbetar nära med regeringens life science-samordnare, som fått ett utökat uppdrag där arbetet med Sveriges EMA-kandidatur ingår.

Apotek

Antalet apotek fortsatte att öka under 2015 och början av 2016 enligt TLV:s rapport 2016 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling. Ökningstakten var högre åren efter omregleringen och har nu avtagit till runt två procent per år.

E-handelslösningar finns nu hos alla de större apoteksaktörerna och e-handels andel av apoteksmarknaden ökar. När det gäller tillgängligheten till fysiska apotek kan det dock noteras att över 96 procent av de nya apotek som tillkommit efter omregleringen har öppnats inom fyra kilometer från ett befintligt apotek. Enligt Nya apoteksmarknadsutredningens delbetänkande (SOU 2017:15) ses vidare ett ökat fokus på handelsvaror och butiksprofilering och nyligen påbörjade samarbeten mellan apotek och vårdtjänstföretag. Av utredningen framgår även, baserat på en undersökning genomförd av Statskontoret några år efter omregleringen, att det finns tecken på brister i kompetensutvecklingen. En annan undersökning visar att patienterna generellt upplever att den farmaceutiska kompetensen har försämrats sedan omregleringen. Icke-legitimerad personal gör allt mer av arbetsuppgifterna på apotek. Det är en utveckling som startade redan före omregleringen men som fortsätter.

Undersökningar genomförda av Sveriges Apoteksförning visar att direktexpedieringsgraden är fortsatt hög. Apoteksförningen har även undersökt orsaker till varför direktexpediering inte sker. Vanligast är att läkemedlet expedieras sällan och därför inte lagerförs. Enligt betänkandet har det framkommit att små apotek av ekonomiska skäl kan välja att inte ha dyra läkemedel eller läkemedel som kräver särskild förvaring eller hantering i lager.

Apotekens totala omsättning har ökat. Läkemedel med högt inköpspris har ökat räknat som andel av försäljningen. TLV har höjt

apotekens ersättning för dyra läkemedel genom en omfördelning av handelsmarginalen.

Omregleringen av apoteksmarknaden innebar att licensläkemedel inte längre kunde hämtas ut på valfritt apotek, utan endast på det apotek som ansökt om licensen eller andra apotek inom samma kedja. Efter en ändring i läkemedelslagen (2015:315) gäller dock från och med den 1 januari 2017 att ett licensläkemedel kan hämtas ut på alla öppenvårdsapotek.

Läkemedelsverket utövar tillsyn över öppenvårdsapoteken. Inom ramen för sin fälttillsyn genomförde Läkemedelsverket 86 inspektioner av apotek under 2016, vilket var en markant ökning jämfört med tidigare år. Temainspektioner genomfördes med fokus på bemanning och kompetensförsörjning av egenvården. Enligt Läkemedelsverket pekar resultaten på att det är vanligt att apotekspersonal som arbetar med information och rådgivning inte har den kompetens som krävs.

Apoteksstöd i glesbygd

Under 2016 har TLV beviljat sammanlagt 36 apotek stöd enligt förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Det totala utbetalda beloppet uppgick till cirka 9,7 miljoner kronor.

Nya apoteksmarknadsutredningen: delbetänkande och tilläggsdirektiv

I november 2015 tillsattes en utredning som bl.a. skulle analysera den utveckling som skett av apoteksmarknaden sedan omregleringen. Utredaren skulle även analysera om det finns behov av ytterligare åtgärder för att främja en hög grad av direktexpediering respektive förbättra den service som ges när expediering inte kan ske. I uppdraget ingick även att utvärdera om det bör ställas krav på hemleverans från apotek till patient samt analysera om apotekskundernas rätt till information beträffande apotekens skyldighet bör stärkas.

I mars 2017 överlämnade Nya apoteksmarknadsutredningen (S 2015:06) sitt delbetänkande Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (SOU 2017:15). I syfte att öka kvaliteten på apoteken förslås bl.a. att den rådgivning som sker i samband med expediering av receptbelagda läkemedel enbart ska få ges av farmaceuter och att lägsta kompetenskrav vid egenvårdsrådgivning ska vara apoteksteknikerutbildning. I syfte att höja graden av läkemedel som expedieras vid kundens första apoteksbesök föreslås bl.a. ett

införande av en laglig rätt för apoteken att returnera läkemedel. Vidare har utredningen lämnat ett förslag på hur apoteksombudsverksamhet ska regleras.

Utredningen har fått förlängd tid och ett tilläggsuppdrag (dir.2016:105). Enligt tilläggsdirektiven ska utredningen bl.a. se över marknaden för maskinell dosdispensering av läkemedel, extemporeläkemedel (specialtillverkade läkemedel för en enskild patient eller patientgrupp) och lagerberedningar (läkemedel som serietillverkas på apotek). I uppdraget ingår också att analysera om apotekens handelsmarginal bör regleras för receptbelagda läkemedel utanför läkemedelsförmånerna.

Utbyte av läkemedel på apotek

En promemoria med förslag om utökade möjligheter till utbyte av läkemedel på öppenvårdsapotek har utarbetats inom Regeringskansliet och remitterats (Ds 2017:29). Förslagen rör huvudsakligen möjlighet att byta ett förskrivet läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna mot ett likvärdigt läkemedel som ingår i förmånerna. I promemorian behandlas även vissa frågor om läkemedel som förskrivits med stöd av smittskyddslagen (2004:168).

Tandvård

Tandhälsan i den vuxna befolkningen är fortsatt god och fortsätter att utvecklas positivt, enligt Socialstyrelsen. Skillnaden i tandhälsa mellan olika socioekonomiska grupper kvarstår emellertid. Det finns ett samband mellan dålig tandhälsa och att inte söka tandvård av ekonomiska skäl. Inom vuxentandvården råder fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. För barn och ungdomar är tandvården för närvarande avgiftsfri till och med det år de fyller 21 år. Landstingen ansvarar för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården. Vuxna omfattas av det statliga tandvårdsstödet. I tandvårdslagen slås det fast att målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

De totala tandvårdsutgifterna för stat, landsting och hushåll uppgick till 26,7 miljarder kronor 2015, enligt uppgifter från Statistiska Centralbyrån.

Tabell 3.4 Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd 2008–2016

Miljoner kronor

	2008 ¹	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Allmänt tandvårdsbidrag²									
Kvinnor	210	459	530	503	488	527	525	535	532
Män	181	401	464	439	431	464	461	469	467
Särskilt tandvårdsbidrag³									
Kvinnor						11	18	24	29
Män						5	9	11	13
Högekostnadsskydd⁴									
Kvinnor	395	1 872	1 957	1 958	1 970	2 094	2 120	2 130	2 255
Män	402	1 838	1 957	1 955	1 961	2 075	2 113	2 118	2 261
Samtliga tre tandvårdsstöd									
Kvinnor	605	2 331	2 487	2 461	2 458	2 632	2 663	2 689	2 816
Män	583	2 239	2 421	2 394	2 392	2 544	2 583	2 598	2 741
Totalt⁵	1 188	4 571	4 910	4 856	4 854	5 184	5 253	5 291	5 561

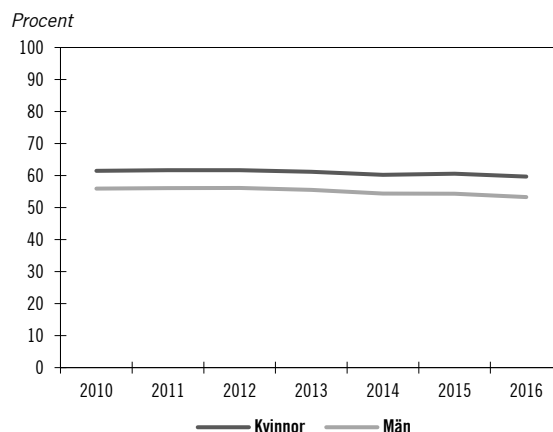
¹ Under första halvan av 2008 gällde ett annat system, därav är siffrorna för 2008 inte direkt jämförbara med följande år.² Det allmänna tandvårdsbidraget ska stimulera till regelbundna besök hos tandläkare och är främst tänkt att användas för undersökningar och förebyggande tandvård.³ Det särskilda tandvårdsbidraget riktar sig till personer som har sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ökar risken för försämrad tandhälsa. Det särskilda tandvårdsbidraget infördes 2013.⁴ Högekostnadsskyddet innebär att den försäkrade vid större behandlingar inte behöver betala hela kostnaden själv.⁵ Utbetald ersättning totalt inkluderar besök där uppgift om kön ej finns tillgängligt.

Källa: Försäkringskassan.

De totala statliga kostnaderna för tandvården uppgick 2015 till 5,3 miljarder kronor varav 1,9 miljarder kronor är statligt tandvårdsstöd till privata vårdgivare. Landstingens utgifter uppgick till 6,1 miljarder kronor, kommunernas utgifter uppgick till 7 miljoner kronor och hushållens utgifter för tandvård uppgick till 15,3 miljarder kronor. Av de totala utgifterna utgjorde hushållens utgifter cirka 61 procent. I tabell 3.4 ovan visas utbetald ersättning för det statliga tandvårdsstödet. Kvinnor tar som tidigare del av det statliga tandvårdsstödet i något högre utsträckning än män.

Jämlik och jämställd tandvård

Under 2016 besökte 57 procent av den vuxna befolkningen tandvården minst en gång. Kvinnor besökte tandvården i högre utsträckning än män. Under 2016 besökte 60 procent av kvinnorna och 53 procent av männen tandvården för undersökning. Sett över tid är nivåerna relativt konstanta. Det finns emellertid regionala skillnader i hur befolkningen besöker tandvården för undersökning. Se diagram 3.16 nedan.

Diagram 3.16 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist 2010–2016

Källa: Försäkringskassan och Statistiska centralbyrån

Socioekonomiska faktorer har betydelse för om vuxna personer besöker tandvården för undersökning i förebyggande syfte. I åldersgruppen 35–79 år besökte 68,5 procent tandvården 2014 och 2015 för undersökning. Bland dem med eftergymnasial utbildning var andelen 79 procent och bland dem med grundskoleutbildning var andelen 51 procent. Ekonomiska förutsättningar är en vanlig orsak till att inte besöka tandvården. Av dem som inte hade besökt tandvården trots behov var andelen som avstått av ekonomiska skäl 55 procent 2014.

Då gruppen äldre generellt har ett större tandvårdsbehov är det motiverat med ett högre stöd för regelbunden tandvårdskontakt för denna grupp. Därför höjde regeringen den 1 juli 2017 det allmänna tandvårdsbidraget för gruppen 65–74-åringar från 150 kronor till 300 kronor per år. Därmed får gruppen 65–74 år samma nivå på det allmänna tandvårdsbidraget som gruppen 75 år eller äldre.

Genom att grundlägga en god tandhälsa i unga år hos fler än i dag kan skillnaderna i tandhälsa på sikt minskas och därmed även hälsoklyftorna i befolkningen. Den 1 januari 2017 höjdes därför åldersgränsen för avgiftsfri tandvård för unga till och med det år man fyller 21 år. Den 1 januari 2018 kommer tandvård att erbjudas avgiftsfritt för unga till och med det år de fyller 22 år, och från den 1 januari 2019 till och med det år de fyller 23 år.

Patienter är nöjda med tandvården

Svenskt Kvalitetsindex (SKI) mäter regelbundet kundnöjdhet inom en rad branscher. Inom området samhällsservice har tandvården sedan många år mest nöjda kunder. År 2016 minskade nöjdheten med tandvården marginellt jämfört med 2015.

Proposition om det statliga tandvårdsstödet

Riksdagen har antagit de förslag som lämnades i propositionen Det statliga tandvårdsstödet – förbättrad information, kontroll och uppföljning (prop. 2016/17:153, bet. 2016/17:SoU20, rskr. 2016/17:278). De förslag som riksdagen antagit syftar framför allt till en förbättrad kontroll, uppföljning och analys samt styrning av arbetet med tandvårdsstödet.

3.4.3 Analys och slutsatser

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

Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Regeringen bedömer att vården behöver bli mer patientcentrerad och behovsanpassad så att patienter i högre grad kan vara delaktiga i beslut

om vård och behandling och får hjälp med att samordna sina vårdinsatser.

De lagförslag som riksdagen antagit om ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård förväntas t.ex. skapa bättre förutsättningar för patienter att vara delaktiga i sådan vård som ges med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård.

Regeringen bedömer vidare att arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar har bidragit till att främja arbetet med att utveckla en patientcentrerad vård framför allt i primärvården. Därmed kan patienter i högre grad vara delaktiga i vård och behandling. Dessutom har arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar bidragit till att stödja ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt i hälso- och sjukvården.

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård

Regeringens bedömning är att tillgängligheten inom hälso- och sjukvården fortsättningsvis varierar och att utmaningar kvarstår. De bakomliggande orsakerna till bristande tillgänglighet är mångfasetterade men sammantaget framträder en bild av bl.a. bristande samordning av flödena i vården. Regeringen har tagit ett första steg i en omfattande strukturförändring av vården genom att tillsätta en särskild utredare som ska stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Regeringens olika insatser bidrar även till uppfyllandet av delmål 3.8 i Agenda 2030.

Ett område där en positiv utveckling framträder är väntetiderna i cancervården. Framför allt gäller detta tiden mellan det att en misstanke om cancer uppstår till dess att behandling inleds. Detta är bl.a. ett resultat av regeringens satsning på standardiserade vårdförlopp i cancervården.

Den planerade strukturförändringen av hälso- och sjukvården är en långsiktig reform som bl.a. ska bidra till att patienterna känner sig trygga med att uppsöka primärvården i första hand och att den specialiserade vården effektiviseras genom nivåstrukturering. En förändrad struktur ska också leda till ett bättre utnyttjande av medarbetarnas kompetens och därmed öka tillgängligheten. Regeringen genomför dessutom

flera andra satsningar som kan förväntas stärka kompetensförsörjningen. Regeringen bedömer att det fortfarande finns utmaningar och brister i tillgången till vissa yrkesgrupper men anser sammantaget att de åtgärder som vidtagits kommer leda till att utvecklingen går i en positiv riktning.

Dessutom kan en tydlig trend på apoteksmarknaden med en starkt växande e-handel utläsas, vilket kan innebära förbättrad tillgänglighet till apoteksservice för en del apotekskunder. En god kvalitet på rådgivningen är en viktig faktor för att säkerställa att läkemedel kommer till användning på rätt sätt.

Effektiv hälso- och sjukvård

Regeringen bedömer att arbetet med en nationell läkemedelslista kan bidra till att effektivisera resursanvändningen i hälso- och sjukvården. Detta eftersom utpekade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, apotekspersonal och patienter får åtkomst till samma information om patientens läkemedelsanvändning.

På tandvårdsområdet har också förutsättningarna för en mer effektiv användning av resurserna stärkts genom att Försäkringskassan får större möjligheter och verktyg för att hindra vårdgivare från att överutnyttja tandvårdsstödet.

Även det förebyggande arbetet kan leda till en mer effektiv hälso- och sjukvård. Undersökningar visar att kunskapen och förutsättningarna att arbeta främjande och förebyggande brister i hälso- och sjukvården.

För att minska förekomsten av t.ex. cancer är förebyggande insatser av stor betydelse och något som regeringen vill utveckla. Arbetet behöver bedrivas brett med flera olika åtgärder. Sedan 2010 stöder regeringen uppbyggnaden av regionala cancercentrum (RCC) och ett av kriterierna för centrumens verksamhet är arbete med förebyggande insatser.

E-hälsoområdet präglas av många aktörer och ett delat ansvar. För att säkerställa ett fortsatt effektivt nyttjande av befintlig information från t.ex. register och för att möta patienternas förväntan på kommunikation behöver området utvecklas. Kunskapen om de verktyg som finns behöver öka för att främja fortsatt utveckling och detta inte minst då flera av landstingen står inför att upphandla nya it-lösningar under 2018.

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård förväntas

bidra till en bättre samverkan mellan kommuner och landsting och till en god vård och en socialtjänst av god kvalitet. En förbättrad samverkan kan även förbättra förutsättningarna för en mer effektiv användning av resurserna.

God kvalitet i hälso- och sjukvården

Det finns utmaningar i hälso- och sjukvården när det gäller följsamhet till kunskap, exempelvis skillnader mellan kvinnor och män och mellan olika landsting. Regeringen bedömer att de processer som nu pågår på landstingsnivå för att säkerställa en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet har potential att i grunden påverka svensk hälso- och sjukvård i en positiv riktning. Den statliga styrningen med kunskap får härigenom en samordnad mottagarstruktur och en tydlig samverkanspart för vidare utveckling av kunskap i hälso- och sjukvården. Regeringen bedömer även att de förslag som lämnades i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48) är värdefulla att beakta.

Regeringen bedömer även att de satsningar som vidtagits inom den psykiatriska tvångsvården och inom rättspsykiatrin kommer att tillgodose det ökade behovet av styrning med kunskap på de områdena.

Regeringen bedömer att etableringen av RCC har varit den mest centrala åtgärden för att skapa en mer sammanhållen och kunskapsbaserad cancervård med patienten i fokus. Även om mycket har uppnåtts utifrån den nationella cancerstrategin behöver arbetet under 2018 fortsätta att vidareutvecklas med tanke på att allt fler i framtiden förväntas komma att insjukna i och leva med cancer. Rådslaget för framtidens cancervård syftar till att ta ett brett grepp för en hållbar vård av hög kvalitet även på lång sikt.

Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

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

Satsningen på förlossningsvården och kvinnors hälsa har pågått i drygt ett och ett halvt år. Landstingen har under den tiden påbörjat och genomfört flera viktiga insatser. För att tillmötesgå landstingens behov av att kunna planera

sina insatser på längre sikt ingick staten och SKL en treårig överenskommelse. Regeringens bedömning är att det kommer att leda till att landstingen kan genomföra de insatser som behövs mer strukturerat och med större effekt för såväl medarbetarna i vården som de kvinnor som har behov av vård. Regeringen ser vidare att det finns en tydlig efterfrågan hos huvudmännen på samordning av kunskapsstöden på området. Regeringens arbete för en stärkt förlossningsvård och för kvinnors hälsa bidrar även till uppfyllande av mål 5.1 i Agenda 2030.

Hälso- och sjukvården har stor betydelse för tidig upptäckt och förebyggande av våld liksom för vårdinsatser, remittering till andra former av stöd samt utveckling av statistik. Det finns mycket som tyder på att hälso- och sjukvårdens roll i detta avseende kan stärkas.

Arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar har bidragit till att stödja landstingens arbete med bygga upp strukturer för att samordna spridning och tillämpning av nationella kunskapsstöd.

3.5 Den årliga revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har lämnat ett uttalande med reservation avseende årsredovisningen för 2016 för myndigheten Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Regeringen har följt upp att myndigheten har rutiner för att hantera redovisning av förbättringsutgifter på annans fastighet i enlighet med gällande lagstiftning.

3.6 Politikens inriktning

Svensk hälso- och sjukvård är på flera sätt bra, med generellt hög kvalitet och världsledande medicinska resultat. Men det finns brister och stora utmaningar som behöver mötas, bl.a. vad gäller kompetensförsörjning, tillgänglighet och struktur. Den befintliga strukturen med stora resurser koncentrerade till sjukhus är inte anpassad efter dagens och framtidens utmaningar och inte heller för att ge en patientcentrerad vård nära invånarna. Ett omställningsarbete är därför påbörjat genom bl.a. utred-

ningen God och nära vård (dir. 2017:24) som t.ex. ska titta på primärvårdens roll, arbetet med en nationell läkemedelslista och nationell koncentration av högspecialiserad vård.

Regeringen gör dessutom ett flertal olika satsningar för att investera i sjukvården och stötta landstingen i deras roll som sjukvårdshuvudmän. Dessa satsningar är utöver de höjningar av de generella statsbidragen till landstingen som beslutats tidigare under mandatperioden.

Även psykiatri, främjande av psykisk hälsa samt folkhälsoarbetet, inklusive de förslag som Kommissionen för jämlik hälsa har lämnat, är centrala frågor för regeringen och en förutsättning för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. (se avsnitt 4 Folkhälsopolitik samt Idrottspolitik inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid).

En tillgänglig vård med fokus på patienten

En omfattande strukturförändring av hälso- och sjukvården

Demografin och sjukdomspanoramat har förändrats. Befolkningen lever allt längre och fler insjuknar i sjukdomar som de med vårdens hjälp kan leva länge med. Befolkningens behov av och förväntningar på hälso- och sjukvården har därför förändrats. Detta ställer höga krav på hälso- och sjukvården. Regeringen bedriver därför ett brett reformarbete för att stärka hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården, tillgängligheten och personalens förutsättningar. Det är även viktigt att tillgängligheten till bl.a. akutsjukvård och specialistsjukvård svarar mot de behov som finns t.ex. avseende vårdplatser.

Utredningen God och nära vård (§ 2017:01) som arbetar utifrån betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:02) har i uppdrag att stödja landstingen m.fl. att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

Hälso- och sjukvården kan vara nära patienterna på olika sätt, såväl fysiskt som digitalt; det är patienternas behov som ska styra. Regeringen avser att följa utvecklingen av digitala hälsotjänster med särskilt fokus på bl.a. kostnader och den behovsstyrda resursfördelningen i hälso- och sjukvården.

För att Sverige ska fortsätta att vara ett land med medicinska resultat i världsklass måste sy-

stemet förändras, tillgängligheten förbättras och digitaliseringens möjligheter utnyttjas bättre. Vården måste bli mer jämlik och kontinuiteten och patientcentreringen måste förbättras. Vården behöver också ha tillgång till och förutsättningar att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte. Kunskapen måste vara aktuell och tillgänglig för att den ska komma alla patienter till nytta. Regeringen eftersträvar därför en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd för hälso- och sjukvård. Regeringen avser att återkomma till frågan om hur statens roll i styrningen med kunskap av hälso- och sjukvården kan utvecklas i samråd med landstingen.

Patientmiljarden ska under perioden 2018–2021 stödja införandet av en skärpt vårdgaranti inom primärvården och därmed förbättra tillgängligheten till primärvården. Den ska också stimulera till att landsting inför patientkontrakt.

Patientkontrakt för en tillgänglig och samordnad vård

I flera av regeringens satsningar är tillgänglighet centralt för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården. För att öka förutsättningarna för en mer tillgänglig och samordnad vård för patienten vill regeringen stimulera landstingen att införa patientkontrakt. Patientkontraktet syftar till att patientens sammanlagda tid för vård och behandling ska bli så kort som möjligt och att alla ska få den vård de har behov av inom rimlig tid. Genom samverkan mellan vårdgivare, landsting och kommun ska vårdens övergångar samordnas och säkras. Patientkontrakt är särskilt viktigt för patienter med komplexa vårdbehov och många vårdkontakter som t.ex. personer med kroniska sjukdomar eller sällsynta diagnoser.

Några landsting har under 2017 med stöd från regeringen inlett en försöksverksamhet med patientkontrakt. Den nya patientmiljarden kommer att bidra till att patientkontrakt kan utvecklas i hela landet.

Skärpt vårdgaranti

Vårdgarantin behöver utvecklas och skärpas för att patienter snabbare än i dag ska få rätt vård. I praktiken handlar det om att stimulera sjukvården att erbjuda förändrade öppettider, nya och utvecklade arbetssätt, rekrytering av personal och digitala kontaktvägar för patienterna.

Utredningen God och nära vård (dir.2017:24) föreslår i sitt delbetänkande Samordnad utveck-

ling för god och nära vård (SOU 2017:53) bl.a. en behovsstyrd vårdgaranti i primärvården, där landstingen ska erbjuda den enskilde att få träffa en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar. Vidare föreslår utredningen en målbild och en färdplan för en omställning till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Delbetänkandet är ute på remiss. Regeringen kommer att återkomma med ett förslag på skärpt vårdgaranti i primärvården med grund i delbetänkandet.

Hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen

Regeringen har inom ramen för åtgärdsprogrammet för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro vidtagit ett antal insatser i syfte att utveckla hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen. Regeringens överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är ett viktigt verktyg för att stimulera en sådan utveckling (se vidare utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, Politikens inriktning).

Bättre tillvaratagande av digitaliseringens möjligheter

Regeringen och SKL har sedan januari 2017 en överenskommelse om en handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. Vision e-hälsa 2025 slår fast att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter. Med digitaliseringens möjligheter kan vården frigöra resurser i form av personaltid som kan läggas på ökad patientkontakt och vårdproduktion, vilket ökar tillgängligheten till vården. Regeringen avser att fortsätta ha en nära dialog med kommuner och landsting för samordning av digitaliseringsfrågorna.

Effektivare organisation och styrning av kvalitetsregistren

De nationella kvalitetsregistren är centrala för den samlade styrningen med kunskap och uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård. Även ur ett forsknings- och innovationsperspektiv är registren viktiga. Tidigare satsning har bl.a. lett till ökad datakvalitet, att registren i högre utsträckning används till forskning och ett stärkt patientperspektiv. Regeringen kommer till-

sammans med landstingen och SKL att identifiera åtgärder som svarar mot fortsatta behov av en mer effektiv organisation och styrning av kvalitetsregistren.

Högspecialiserad vård behöver koncentreras i ökad utsträckning

Högspecialiserad vård behöver koncentreras till färre enheter i landet, för en mer jämlik och säker hälso- och sjukvård. Regeringen avser att återkomma till riksdagen under hösten 2017 med förslag på hur den högspecialiserade vården kan utvecklas.

Socialstyrelsen får för arbetet med nivåstrukturering av högspecialiserad vård 25 miljoner kronor 2018, 24 miljoner kronor 2019, 19 miljoner kronor 2020 och 4 miljoner kronor 2021.

En väl fungerande kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen central för tillgängligheten

En väl fungerande hälso- och sjukvård förutsätter ett tillräckligt antal anställda, med rätt kompetens och utbildning, som har goda förutsättningar att ge en god vård. Detta för att öka tillgängligheten och minska risken för vårdplatsbrist. Kompetensförsörjningsområdet är därför ett fortsatt prioriterat område för regeringen. Genom åtgärder kopplade till kompetensförsörjningen kan såväl tillgängligheten som kvaliteten i vården förbättras.

Regeringen ser också behov av att tydliggöra kompetenskrav och utbildningsvägar till vårdyrken samt skillnader mellan olika yrkeskompetenser.

Överenskommelsen om bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (professionsmiljarden) har på ett positivt sätt gett landstingen möjligheter att fokusera och främja arbetet med en långsiktigt fungerande kompetensförsörjning. Socialstyrelsen har tillsammans med landstingen identifierat ett antal framgångsfaktorer och konstaterar att dessa områden är av betydelse för utvecklingen av den framtida hälso- och sjukvården. Inom ramen för överenskommelsen har 300 miljoner kronor årligen avsatts för att ge fler sjuksköterskor möjlighet till specialistutbildning.

Administrationns omfattning bidrar till negativa upplevelser av arbetsmiljön och att förtroendet för hälso- och sjukvårdens styrning och ledning minskar hos dess personal. It-stöd är en nödvändighet i dagens hälso- och sjukvård varför delar av professionsmiljarden får användas till

verktyg som underlättar administration och kommunikation med patienterna.

En särskild utredare ska även se över specialistsjuksköterskeutbildningen och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (dir 2017:86). Därtill avser regeringen att se över hur undersköterskornas yrkesroll kan bli tydligare och hur yrket undersköterska bäst kan regleras. Även förslag som rör läkarutbildning och specialisering bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Regeringen ser även över frågan om legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård. Det pågår för närvarande ett arbete inom Regeringskansliet med avsikt att lägga fram en proposition till riksdagen under våren 2018.

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet har fått i uppdrag att analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt.

För mer information om regeringens samlade arbete med kompetensförsörjning se utgiftsområde 14, avsnitt Arbetsmarknad och arbetsliv 4.5, faktaruta Samtal med arbetsmarknadens parter om den framtida kompetensförsörjningen.

Goda förutsättningar för sjukvårdens medarbetare

Regeringen avser att, utöver professionsmiljarden, under 2018–2021 avsätta ytterligare två miljarder kronor per år för att stödja landstingen i arbetet med att ge goda förutsättningar för sjukvårdens medarbetare. Satsningen ska användas för att förbättra personalsituationen och utveckla vårdens verksamheter. När personal får mer tid för vård och omvårdnad av patienterna så stärks patientsäkerheten. Medlen får användas till att se över arbetsvillkoren genom att se över arbetets organisering och förhållandet mellan arbetstider och arbetsbörda, erbjuda kompetensutveckling, öka bemanningen samt utveckla arbetssätt och verktyg som underlättar administration eller kommunikation med patienterna i syfte att vårdpersonal ska arbeta kvar inom hälso- och sjukvården.

Jämlik och tillgänglig cancervård av hög kvalitet

Antalet personer som insjuknar i och lever med cancer förväntas öka i framtiden. Vården behöver utvecklas för att möta de behov som detta medför. Regeringens pågående satsning på att korta väntetiderna och öka jämlikheten i cancervården med 500 miljoner kronor per år 2015–2018 är ett led i detta arbete.

Regeringen vill bibehålla det arbete som har genomförts utifrån den nationella cancerstrategin. Regeringen har bjudit in till ett rådslag för framtidens cancervård för att få inspel i det fortsatta arbetet med att skapa en långsiktig inriktning på regeringens politik inom cancervården.

Avgiftsfri cellprovsscreening

Screening för livmoderhalscancer genom gynekologisk cellprovtagning är en effektiv metod för att motverka livmoderhalscancer. De flesta landsting erbjuder i dag denna provtagning mot patientavgift. Socialstyrelsen har rekommendationer om screeningprogram för livmoderhalscancer. För att ingen kvinna ska behöva avstå från gynekologisk cellprovtagning av ekonomiska skäl genomför regeringen en satsning på avgiftsfri gynekologisk cellprovsscreening. Landstingen ska kompenseras med 141 miljoner kronor per år. För 2018 föreslås ett stimulansbidrag tillföras anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Från 2019 beräknas medel tillföras på anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

En mer jämställd hälsa och stärkt förlossningsvård

I dag finns på flera håll i landet problem och utmaningar i förlossningsvården. Tillgänglighet och kompetensförsörjning inom förlossningsvården har länge uppmärksammats. Många landsting har svårt att rekrytera och behålla personal med den kompetens som krävs.

Regeringen ser ett fortsatt behov av att stärka förlossningsvården och föreslog därför i propositionen Vårändringsbudget för 2017 att ytterligare 500 miljoner kronor skulle tillföras landstingen för att möta den akuta situationen. Tillskottet har delats upp i en utbetalning om 300 miljoner kronor 2017 och 200 miljoner

kronor 2018. Totalt betalar regeringen under 2017 ut 790 miljoner kronor till landstingen till förlossningsvården och kvinnors hälsa.

Landstingen ska för att ta del av medlen enligt överenskommelsen vidta åtgärder för att i första hand stärka kompetensförsörjningen och däribland bemanningen. Insatserna ska skapa bättre förutsättningar för ökad tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet och en bättre arbetsmiljö för medarbetarna i förlossningsvården, som till övervägande del är kvinnor.

I den tilläggsöverenskommelse som ingicks mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting i juni 2017, vilken reglerar tillskottet om 500 miljoner kronor, lyfts bl.a. verksamhetsförlagd utbildning för barnmorske- och sjuksköterskestudenter, utvecklande av vårdkedjan inklusive eftervården, utarbetande av kunskapsstöd samt utbildning av vårdpersonal i förlossningsskador fram som områden som behöver utvecklas.

Regeringen följer utvecklingen i förlossningsvården och konstaterar att det fortfarande råder ett mycket ansträngt läge. Landstingen har fortsatt svårt att rekrytera och behålla den personal som krävs för att kunna ge en god och säker förlossningsvård. Det är regeringens bedömning att ytterligare medel behöver tillföras för att hantera situationen inom förlossningsvården och för att förbättra kvinnors hälsa. Regeringen föreslår därför att den pågående satsningen tillförs en miljard kronor 2018 och regeringen har för avsikt att föreslå att riksdagen beslutar om motsvarande ökning 2019–2022. Medlen ska framför allt gå till att förstärka personaltäteten och att förbättra arbetsmiljön. Medel inom satsningen får även användas för insatser inom neonatalvården.

Utöver förlossningsvården fortsätter regeringens satsning på kvinnors hälsa, med inriktning på primärvården. Som en del i satsningen har regeringen även gjort det nationella screeningprogrammet för mammografi avgiftsfritt, samt infört kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för unga under 21 år. Ytterligare en åtgärd för att förbättra kvinnors hälsa är att verka för att fler kvinnor ska ta del av screening för livmoderhalscancer. För att ingen kvinna ska behöva avstå gynekologisk cellprovsscreening av ekonomiska skäl föreslår regeringen en satsning på avgiftsfri cellprovtagning till kvinnor från och med 2018.

En mer jämlik tandhälsa och ett utvecklat tandvårdsstöd

Förbättrad information, kontroll och uppföljning av tandvårdsstödet

Regeringen avser att förbättra informationen om det statliga tandvårdsstödet för patienter och allmänheten för att stärka patientens ställning. Vidare ska en regelbunden och samlad analys av tandvårdsstödet i förhållande till målen för tandvården om en god tandhälsa och tandvård på lika villkor genomföras. Detta görs för att möjliggöra utvärdering av tandvårdsreformens måluppfyllelse.

Regeringen ser behov av insatser för att få fler som har behov att söka tandvård att göra det. Genom ökad förståelse för varför olika grupper inte besöker tandvården, trots behov, ska metoder utvecklas som kan bidra till en mer jämlik tandvård och tandhälsa. Bland annat mot bakgrund av detta kommer en utredning få i uppdrag att analysera och föreslå åtgärder som kan bidra till att minska de socioekonomiska skillnaderna i tandhälsa.

Även hälsofrämjande insatser ska inventeras genom kartläggning av tandhälsans bestämningsfaktorer. Sjukdomar i munnen påverkar övriga delar av kroppen och vice versa. Ett arbete kommer därför att initieras med syfte att kartlägga och analysera hinder för en ändamålsenlig samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården.

Höjt allmänt tandvårdsbidrag

God mun- och tandhälsa är en förutsättning för en god allmänhälsa och ett gott välbefinnande. Det allmänna tandvårdsbidraget är ett viktigt grundstöd och ett incitament för regelbundna besök för att minska individens framtida tandvårdsbehov. För att ytterligare stimulera till regelbundna besök i tandvården i förebyggande syfte avser regeringen att fördubbla det allmänna tandvårdsbidraget från 300 kronor till 600 kronor för gruppen 22–29 år, från 150 till 300 kronor för gruppen 30–64 år och från 300 till 600 kronor för gruppen 65 år eller äldre. Reformen föreslås träda i kraft den 15 april 2018. Detta innebär en satsning på 531 miljoner kronor för 2018 och därefter 750 miljoner kronor per år.

Tandvården är avgiftsfri för personer t.o.m. det år de fyller 21 år. För gruppen barn och unga höjdes åldersgränsen för avgiftsfri tandvård från

det år en person fyller 20 år till det år personen fyller 21 år den 1 januari 2017. Den 1 januari 2018 höjs åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till och med det år en person fyller 22 år och den 1 januari 2019 till och med det år personen fyller 23 år.

Insatser för asylsökandes och nyanländas hälsa

Det stora antalet personer som befinner sig i asylprocessen samt de nyanlända har påverkat hälso- och sjukvården. Utmaningarna skiljer sig åt regionalt men regeringens sammantagna bedömning är att landstingen hanterat situationen på ett bra sätt. Flera uppdrag har lämnats till olika myndigheter i syfte att skapa underlag för åtgärder som kan underlätta för hälso- och sjukvården att möta de behov som uppstått.

Regeringen beräknar att avsätta 40 miljoner kronor per år 2017–2020 bl.a. till att öka tillgängligheten till vård och behandling för traumatiserade asylsökande och nyanlända (se avsnitt 4 Folkhälsopolitik).

Ett modernare synsätt på könstillhörighet

Lag om ersättning till personer som drabbats av det tidigare steriliseringskravet

Sterilisering som villkor för att få ändra könstillhörighet var uttryck för ett synsätt som samhället i dag tar avstånd från och regeringen anser därför i dag att det var fel att kräva detta. Mot den bakgrunden har det utarbetats en departementspromemoria (Ds 2017:6) med förslag till en ny lag som innebär att personer som drabbats av det tidigare steriliseringskravet i könstillhörighetslagen kommer att kunna ansöka om ersättning av staten. Promemorian har remitterats och beredning pågår i Regeringskansliet.

Initiativ till två nya lagar som ska ersätta könstillhörighetslagen.

Regeringen har tagit initiativ till två nya lagförslag – en lag om ändring av juridiskt kön och en lag om tillståndsprövning av vissa ingrepp i könsorganen och avlägsnande av könskörtlar. Dessa två lagar föreslås ersätta könstillhörighetslagen.

Initiativet innebär ett särskiljande av den juridiska processen att byta personnummer från

den medicinska processen att operera könsorganen och avlägsna könskörtlarna. Regeringen tar därmed nästa steg i arbetet för lika rättigheter och möjligheter för hbtq-personer och att modernisera könstillhörighetslagen, särskilt utifrån den enskildes rätt att definiera sin könstillhörighet. Regeringen avser att återkomma till riksdagen med lagförslag.

Säker, effektiv och hållbar läkemedelsanvändning

Utredning gällande finansiering och prissättning av läkemedel

Dagens system för finansiering och prissättning av läkemedel är både komplext och svåröverskådligt. Regeringen har därför tillsatt en utredning som till december 2018 ska genomföra en övergripande översyn av den nuvarande modellens finansiering, subvention och prissättning utredningen Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dir. 2016:95). Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhälls-ekonomiskt effektiv användning av läkemedel och som följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå.

Bidrag till läkemedelsförmånerna

Regeringen och SKL enades i maj 2017 om en överenskommelse för statens bidrag till landstingen avseende läkemedelsförmånerna m.m. Överenskommelsen innebär bl.a. att landstingen 2017 får ett statligt bidrag om 23,4 miljarder kronor för kostnaderna för läkemedelsförmånerna.

Parterna har mot bakgrund av den pågående långsiktiga översynen enats om vikten av att ha så långsiktiga förutsättningar som möjligt. Parterna är överens om en viljeinriktning att utformningen och upplägget av överenskommelsen för 2017 i stora delar ska vara desamma även för 2018 och 2019.

Nationell läkemedelslista

Arbetet med att ta fram en nationell läkemedelslista fortsätter. Det övergripande målet är att skapa en samlad bild av en patients läkemedelsbehandling, oavsett var i landet patienten har ordinerats eller hämtat ut sina läkemedel. Det nya registret är ett led i arbetet med att öka patientsäkerheten och effektivisera arbetet med ordination och förskrivning av läkemedel.

Regeringen föreslår att medel tillförs för utvecklingsarbete vid framtagning av en nationell läkemedelslista med 5 miljoner kronor 2019, 50 miljoner kronor 2020 och 43 miljoner kronor 2021.

Apoteksområdet

För regeringen är det viktigt att säkerställa en god tillgänglighet till läkemedel i alla delar av landet och en god patientsäkerhet i apoteksledet. Regeringen planerar att under våren 2018 presentera en proposition som bygger på Nya Apoteksmarknadsutredningens betänkande Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (SOU 2017:15), där flera förslag för en förbättrad apoteksmarknad presenteras. Bland annat föreslås en förändring av den så kallade 24-timmarsregeln och en lagreglerad retrurrätt för apoteken i syfte att öka tillgängligheten till läkemedel. Den kommande propositionen kommer utgå från betänkandets förslag som syftar till att höja kvaliteten på apoteken.

Reform om utbyte av läkemedel som inte ingår i förmånerna

Regeringen avser att lägga fram förslag om att även receptbelagda läkemedel som inte ingår i förmånerna, ska kunna bytas ut på apotek mot ett läkemedel som ingår i förmånerna när det finns utbytbara alternativ. Reformen underlättar för patienter, vårdgivare och apotek och bedöms bl.a. öka incitamenten för läkemedelsföretagen att behålla sina produkter inom förmånerna.

Antroposofiska medel

För att säkerställa patientsäkerheten och att Sverige lever upp till de förutsättningar som EUrätten föreskriver för tillstånd till försäljning av läkemedel har en departementspromemoria (Ds 2014:14) med förslag om att ta bort bestämmelserna i läkemedelslagen som innebär att tillstånd till försäljning av vissa antroposofiska medel får lämnas om det finns särskilda skäl tagits fram och remitterats. Regeringen arbetar vidare med promemorians förslag och avser att återkomma med en proposition.

Annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården

Regeringen har tillsatt en utredning Ökat patientinflytande och patientsäkerhet inom annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården (dir. 2017:43) om

hur annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården kan bli patientsäker och en del av patientens valfrihet.

I utredningen ingår bl.a. att kartlägga aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade vården samt kartlägga vilka olika utvärderingsmetoder som används för dessa behandlingsmetoder. I utredningsuppdraget ingår även att lämna förslag till ett system som säkerställer att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välövervägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ. Utredningen syftar också till att bidra till att öka kontakterna mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården.

Utredaren ska även utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar bör begränsas för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal.

Utredaren ska lämna sitt slutbetänkande under 2019.

Läkemedels påverkan på miljön

Läkemedelsrester som kommer ut i miljön förorenar vatten och mark samt kan orsaka allvarliga skador.

Regeringen avser att fortsätta verka för ökad miljöhänsyn i Europeiska unionens läkemedelslagstiftning och internationellt. Regeringens arbete tar sin utgångspunkt i det särskilda etappmålet till miljökvalitetsmålet Giftfri miljö och de insatser som beskrivs i propositionen På väg mot en giftfri vardag – plattform för kemikaliepolitiken (prop. 2013/14:39). Europeiska kommissionen har t.ex. för avsikt att ta fram en strategi om läkemedel i miljön till första kvartalet 2018. Frågan om läkemedel i miljön har även kopplingar till arbetet mot antibiotikaresistens (avsnitt 4 Folkhälsopolitik).

Den viktigaste åtgärden för att minska utsläppen är att skapa incitament för att införa rening av avloppsvatten.

Regeringen avsätter 180 miljoner kronor 2018–2020 för att avlägsna läkemedel i miljön genom t.ex. avancerad avloppsrening (se utgiftsområde 20 Allmän miljö- och naturvård). Av de 180 miljoner kronorna avsätts 5 miljoner kronor från och med 2018 för att inrätta ett kunskapscentrum för läkemedel i miljön. Centrumet för läkemedel och miljö ska bidra till att samla svenska aktörer i arbetet för att uppnå

etappmålet om ökad miljöhänsyn i EU:s läkemedelslagstiftning och internationellt, enligt propositionen (2013/14:39). Centrumet ska utgöra en plattform för dialog och samarbete mellan olika aktörer och för forskning om miljöeffekter. Det ska ha till uppgift att bidra med underlag för samhällets beslutsprocesser och policyutveckling inom området. Därmed kommer centrumet också fylla den funktion som försvann i och med att forskningsprogrammet MistraPharma avslutades år 2015 efter åtta års verksamhet.

Utveckling inom EU avseende läkemedel och medicinteknik

Ett antal förändring på EU-nivå medför förändringar för svensk del. Till exempel medför förordning (EU) nr 536/2014 om kliniska prövningar av humanläkemedel nya krav. Regeringen avser att under 2017 lämna en proposition till riksdagen med förslag som syftar till att anpassa svensk rätt till förordningen.

Ett annat område med nya EU-förordningar är medicintekniska produkter. Förordningarna innebär bl.a. att den myndighet som är ansvarig för anmälda organ får utökade uppgifter. I dagsläget bedöms Läkemedelsverket som mest lämpad.

Som en följd av att Storbritannien ska lämna unionen kommer övriga medlemsstater att behöva bistå den Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) i det arbete som den i dag utför. Läkemedelsverket är redo att ta på sig ytterligare uppgifter, upp till tio procent av det arbete som Storbritannien i dag utför.

Förändringarna innebär att Läkemedelsverket behöver tillföras ytterligare resurser om sammantaget 37,1 miljoner kronor under 2018.

God beredskap inom hälso- och sjukvården

Regeringen har beslutat om en nationell säkerhetsstrategi. Att värna individens och befolkningens hälsa ställer krav på hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga att förebygga, stå emot och hantera allvarliga händelser och kriser. En förändrad hotbild när det gäller terrorhändelser ökar kraven på hälso- och sjukvårdens beredskap. Återupptagandet av planeringen för totalförsvaret medför att

hälso- och sjukvården måste ha en beredskap för att värna den civila befolkningen men också för att stödja försvarsmakten. Regeringen avser därför att förstärka hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar med 40 miljoner kronor fr.o.m. 2018.

3.7 Budgetförslag

3.7.1 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tabell 3.5 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tusental kronor

2016	Utfall	31 507	Anslags-sparande	3 448
2017	Anslag	34 885 ¹	Utgifts-prognos	35 534
2018	Förslag	35 408		
2019	Beräknat	35 963 ²		
2020	Beräknat	36 572 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 35 408 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 35 408 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

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

Regeringens överväganden

Tabell 3.6 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017 ¹	34 885	34 885	34 885
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	521	1 076	1 685
Beslut	2	2	2
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	35 408	35 963	36 572

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 35 408 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 35 963 000 kronor respektive 36 572 000 kronor.

3.7.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Tabell 3.7 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Tusental kronor

2016	Utfall	77 655	Anslags-sparande	3 936
2017	Anslag	81 560 ¹	Utgifts-prognos	82 925
2018	Förslag	82 724		
2019	Beräknat	84 038 ²		
2020	Beräknat	85 379 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 82 724 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 82 627 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

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

Regeringens överväganden

Anslaget ökades med 3 miljoner kronor årligen 2016 och 2017 för myndighetens uppgift att sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdomar. För 2018 föreslås 3 miljoner kronor och från och med 2019 beräknas motsvarande nivå. Finansiering sker från anslaget 2:2 *Inspektionen från socialförsäkringen* inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Tabell 3.8 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	81 560	81 560	81 560
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 317	2 633	4 077
Beslut	-153	-155	-258
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	82 724	84 038	85 379

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 82 724 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 84 038 000 kronor respektive 85 379 000 kronor.

3.7.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tabell 3.9 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2016	Utfall	137 380		2 796
2017	Anslag	140 964 ¹	Utgifts-prognos	140 791
2018	Förslag	143 295		
2019	Beräknat	145 571 ²		
2020	Beräknat	148 064 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 143 295 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 143 295 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

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

Regeringens överväganden

Tabell 3.10 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	140 964	140 964	140 964
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	2 324	4 600	7 093
Beslut	7	7	7
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	143 295	145 571	148 064

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 143 295 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 145 571 000 kronor respektive 148 064 000 kronor.

3.7.4 1:4 Tandvårdsförmåner

Tabell 3.11 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner

Tusental kronor

År	Utfall	Utveckling	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2016		5 528 433		88 570
2017	Anslag	5 747 835 ¹		5 737 048
2018	Förslag	6 332 439		
2019	Beräknat	6 653 207		
2020	Beräknat	6 804 096		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 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

Regeringen föreslog i budgetpropositionen för 2017 att tandvård stegvis ska komma att erbjudas avgiftsfritt för unga vuxna t.o.m. det år de fyller 21 år, 22 år respektive 23 år (avsnitt 4.8 samt utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner). Lagändringen avseende 21 år trädde i kraft den 1 januari 2017. Övriga lagändringar kommer att träda i kraft den 1 januari 2018 respektive den 1 januari 2019. Mot bakgrund av att dessa åldersgrupper inte längre belastar det statliga tandvårdsstödet föreslås anslaget minska med 33 miljoner kronor 2018 samt beräknas minska med 70 miljoner kronor per år fr.o.m. 2019. Finansiering av reformen i sin helhet regleras inom anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Anslagsnivån för 2018 och framåt revideras jämfört med anvisade medel 2017 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.

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) för personer mellan 65 och 74 år höjdes den 1 juli 2017 från 150 till 300 kronor per år. I budgetpropositionen för 2017 ökades anslaget med 50 miljoner kronor för 2017. Under 2018 föreslås anslaget öka med ytterligare 50 miljoner kronor. För 2019 och framåt beräknas motsvarande nivå.

Regeringen föreslår att anslaget ökas med 531 miljoner kronor 2018 för höjt allmänt tandvårdsbidrag. För 2019 och framåt beräknas 750 miljoner kronor per år för samma ändamål.

Tabell 3.12 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:4 Tandvårdsförmåner

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	5 747 835	5 747 835	5 747 835
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	558 000	740 000	740 000
Varav BP18	531 000	750 000	750 000
Varav			
Höjt allmänt tandvårdsbidrag	531 000	750 000	750 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	8	-1 735	-2 157
Volymer	26 596	167 107	318 418
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	6 332 439	6 653 207	6 804 096

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 6 332 439 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 6 653 207 000 kronor respektive 6 804 096 000 kronor.

3.7.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 3.13 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

2016	Utfall	22 071 294	Anslags- sparande	-208 069
2017	Anslag	25 152 736 ¹	Utgifts- prognos	25 606 222
2018	Förslag	26 582 000		
2019	Beräknat	25 920 000		
2020	Beräknat	25 920 000		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 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

Under 2016 beslutades och utbetalades bidrag om 22,07 miljarder kronor till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. Utbetalningen som skulle genomförts i januari 2016 tidigarelades till december 2015, vilket ledde till att anslagskrediten användes och att anslaget därmed fick ett negativt ingående överföringsbelopp 2016 på 2,1 miljarder kronor.

I 2016 års överenskommelse mellan staten och SKL om statens bidrag till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. fanns en vinst- och förlustdelningsmodell. Den innebar att om kostnaderna över- eller understeg det bidragsbelopp som staten och SKL kommit överens om med mer än tre procent så skulle parterna dela lika på det över-/understigande beloppet. Kostnaderna för hepatit C-läkemedel blev 2016 högre än övererenskommet belopp vilket innebar att staten har utbetalat ytterligare 17 miljoner kronor i bidrag till landstingen under 2017.

Trots att januariutbetalningen för 2016 tidigarelades till december 2015 blev kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2016 högre än vad som beräknades när anslagsnivån fastställdes. Det innebar att anslagskrediten användes och att anslaget för 2017 hade ett negativt ingående överföringsbelopp på 208 miljoner kronor. I samband med propositionen Vårändringsbudget för 2017 ökades anslaget med drygt 1,1 miljarder kronor för att hantera de ökade läkemedelskostnaderna.

I maj 2017 ingick regeringen och SKL en överenskommelse kring formerna för statens bidrag till landstingen avseende läkemedelsförmånerna m.m. för år 2017. Av överenskommelsen framgår att parterna är överens om en viljeinriktning att utformningen och upplägget av överenskommelserna för 2018 och 2019 ska vara desamma.

Överenskommelsen innebär att statens bidrag till landstingen för deras kostnader 2017 uppgår till 25,92 miljarder kronor. I detta belopp ingår ett bidrag om 858 miljoner kronor för läkemedel för behandling av hepatit C. Därutöver får landstingen ett bidrag för ett antal kostnadsposter som inte heller ingår i läkemedelsförmånerna, t.ex. dosdispensering, kompensation för vissa rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar. I överenskommelsen uppgår detta belopp till 1,62 miljarder kronor. Bidraget till landstingen från anslaget utbetalas med två månaders fördröjning, vilket medför att överenskommet belopp och anslagsbelopp skiljer sig åt.

Överenskommelsen innebär också att landstingen och staten ska dela på utfallet av den återbäring som gemensamt framtagna sidoöverenskommelser inom ramen för TLV:s ärendehandläggning resulterar i. Under 2017 ska 70 procent av återbäringen tillfalla landstingen och 30 procent tillfalla staten. Under 2018 och 2019 ska 60 procent av återbäringen tillfalla landstingen och 40 procent tillfalla staten.

Tabell 3.14 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	24 049 736	24 049 736	24 049 736
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	2 532 264	1 870 264	1 870 264
Varav BP18	2 757 000	2 095 000	2 095 000
Varav			
Ökade kostnader för läkemedelsförmånerna	2 757 000	2 095 000	2 095 000
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	26 582 000	25 920 000	25 920 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 26 582 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 25 920 000 000 kronor respektive år.

3.7.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

År	Utfall	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2016	Utfall	3 562 244		202 274
2017	Anslag	3 229 286 ¹		2 701 100
2018	Förslag	7 096 286²		
2019	Beräknat	6 308 286		
2020	Beräknat	5 823 286		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Den beräknade statliga ålderspensionsavgiften för 2018 uppgår till 174 tkr. Beloppet består av en preliminär avgift om 476 tkr för 2018 samt regleringsbelopp för 2015 om -302 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 smittbärande samt statlig ålderspensionsavgift kopplad till ersättning till smittbärande.

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 2018 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar.

Regeringen bemyndigas att under 2018 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen bedömer att det även fortsättningsvis behövs låneramar i samma storlek som tidigare fastställts, för att ha en beredskap om det inträffar allvarliga händelser som medför att materiel behöver införskaffas. Det kan t.ex. vara tillgång till läkemedel för att förhindra utbrott av smittsamma sjukdomar eller annan hälso- och sjukvårdsutrustning. Även utifrån att planeringen för totalförsvaret nu har återupptagits föreligger ett behov av att ha den föreslagna låneramen för eventuella beredskapsinvesteringar.

Utifrån sitt ansvarsområde behöver Folkhälsomyndigheten en låneram för att kunna genomföra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar t.ex. influensapandemier. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2018 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 miljoner kronor för beredskapsinvesteringar.

Utifrån sitt ansvarsområde behöver Socialstyrelsen en låneram för att kunna genomföra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera allvarliga händelser som kan medföra konsekvenser för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Regeringen bör därför bemyndigas att för 2018 besluta att Socialstyrelsen får ta upp ett lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår högst till 100 miljoner kronor för beredskapsinvesteringar.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2018 för anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 316 000 000 kronor 2019–2022.

Skälen för regeringens förslag: I propositionen *Höständringsbudget för 2017* föreslår regeringen ett bemyndigande på 300 miljoner kronor för att kunna ingå ekonomiska åtaganden som följer av ett eventuellt beslut om att den Europiska läkemedelsmyndigheten (EMA) omlokaliseras från Storbritannien till Sverige. Åtagandena avser hyreskostnader för kontorslokaler (prop. 2017/18:2).

Den forskning inom ämnesområdet farmaci som finansieras av Vetenskapsrådet bedrivs vanligen i form av fleråriga projekt. För att fatta beslut om stöd till forskning för 2019–2022 behövs ett bemyndigande om sammanlagt 16 miljoner kronor.

Regeringen bör därför bemyndigas att under 2018 för anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 316 000 000 kronor 2019–2022.

Tabell 3.16 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021–2022
Ingående åtaganden	8 000	304 000			
Nya åtaganden	300 000	16 000			
Infriade åtaganden	-4 000	-4 000	-104 000	-104 000	-108 000
Utestående åtaganden	304 000	316 000			
Erhållet/föreslaget bemyndigande	304 000	316 000			

*De ingående åtagandena 2017 är hänförliga till ett bemyndigande som beslutades 2014 (prop. 2013/14:99).

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 2018 och framåt. Däribland kan nämnas insatser för cancervård, kvinnors hälsa och förlossningsvård samt den så kallade professionsmiljarden. Regeringens avsikt är att påbörjade åtaganden ska fullföljas med finansiering under 2018.

För 2014 och 2015 ökades anslaget med 50 miljoner kronor respektive 100 miljoner kronor för insatser avseende långvariga eller kroniska sjukdomar. För 2016 och 2017 ökades anslaget med 150 miljoner kronor för samma ändamål. Beloppet beräknas uppgå till 25 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018 för detta ändamål.

Under perioden 2015–2018 har det inom anslaget avsatts 500 miljoner kronor per år för insatser inom cancervården. Satsningen avslutas 2018, som aviserats i tidigare budgetpropositioner, och anslaget minskar därmed med 500 miljoner kronor från 2019.

Anslaget ökades med 200 miljoner kronor 2015 och 400 miljoner kronor 2016 och 2017 för insatser som rör förlossningsvård och kvinnors hälsa. År 2017 gjordes dessutom en ytterligare ökning av anslaget i samband med propositionen Vårändringsbudget för 2017 på 500 miljoner kronor för samma ändamål. För 2018 föreslås 400 miljoner kronor för motsvarande verksamhet och för 2019 beräknas motsvarande belopp.

Anslaget ökades med 130 miljoner kronor 2016 och 2017 för en riktad primärvårdssatsning med fokus på kvinnor särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. För 2018 föreslås 130 miljoner kronor för samma ändamål. Motsvarande belopp beräknas till 130 miljoner kronor för 2019.

Som en följd av att Storbritannien ska lämna Europeiska unionen kommer övriga medlemsstater att behöva bistå ytterligare i det arbete som i dag utförs av EMA. Läkemedelsverket är redan i dag en av de mest aktiva myndigheterna inom unionen. För att säkerställa att Läkemedelsverket har tillräckligt med resurser för att ta på sig nya uppgifter motsvarande tio procent av det arbete som Storbritannien i dag utför föreslår regeringen att anslaget ökas med 10 miljoner kronor under 2018.

Regeringen har tagit initiativ till ett lagförslag som innebär att personer som drabbats av det tidigare steriliseringskravet i könstillhörighetslagen kommer att kunna ansöka om ersättning av staten (avsnitt 3.6). Anslaget föreslås öka med 134 miljoner kronor 2018 för detta ändamål.

Anslaget beräknas öka för finansiering av utvecklingsarbete vid framtagning av en nationell läkemedelslista med 5 miljoner kronor 2019, 50 miljoner kronor per år 2020 och 2021 och 43 miljoner kronor 2021.

Regeringen har tagit initiativ till en patientmiljard som ska bidra till en snabbare vård för patienter. I patientmiljarden ingår en skärpt vårdgaranti och patientkontrakt (se avsnitt 3.6). Anslaget föreslås öka med 1 000 miljoner kronor 2018 och beräknas öka med motsvarande belopp 2019–2021 för detta ändamål.

Regeringen har tagit initiativ till en satsning på hälso- och sjukvårdens personal med syfte att skapa bättre förutsättningar och villkor för att de ska kunna göra sina jobb. Anslaget föreslås öka med 2 000 miljoner kronor 2018 och beräknas öka med motsvarande belopp 2019–2021 för detta ändamål.

För att inrätta ett kunskapscentrum för läkemedel i miljön föreslås anslaget öka med 5 miljoner kronor fr.o.m. 2018.

Mot bakgrund av den säkerhetspolitiska utvecklingen i närområdet och händelser som

visat på samhällets sårbarhet, ser regeringen ett behov av att förstärka totalförsvaret under kommande år. För att stärka hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar föreslås anslaget öka med 40 miljoner kronor fr.o.m. 2018. Medlen ska fördelas till ansvariga myndigheter, främst Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, samt till hälso- och sjukvårdens huvudmän.

Regeringen vill förstärka och förlänga den pågående satsningen på förlossningsvården med syfte att stärka personaltätheten samt förbättra arbetsmiljön. Medel inom satsningen får även användas för insatser inom neonatalvården. Anslaget föreslås öka med 1 000 miljoner kronor 2018 och beräknas öka med motsvarande belopp 2019-2022 för detta ändamål.

För 2018 föreslås att anslaget ökar med 137 miljoner kronor för att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa, samt för att förstärka arbetet med information och kommunikation om vaccinationer. För 2019 och 2020 beräknas 137 miljoner kronor per år för motsvarande verksamhet.

Regeringen avser att besluta att gynekologisk cellprovtagning, enligt Socialstyrelsens rekommendationer, ska erbjudas avgiftsfritt till kvinnor i Sverige från 2018. Landstingen föreslås kompenseras för uteblivna intäkter av patientavgifter genom att tillföras 141 miljoner kronor per år. För 2018 föreslås landstingen kompenseras genom att ett bidrag tillförs anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Från 2019 beräknas medel tillföras på anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Tabell 3.17 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	2 729 286	2 729 286	2 729 286
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	4 367 000	3 579 000	3 094 000
Varav BP18	4 467 000	4 187 000	4 232 000
Varav			
Ersättning för steriliserade	134 000		
Ärendehantering			
Läkemedelsverket	10 000		
Totalförsvarsöverenskommelse från 2018	40 000	40 000	40 000
Patientmiljard	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Personalsatsning	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Rent hav: Läkemedel och miljö	5 000	5 000	5 000
Nationell läkemedelslista		5 000	50 000
Förlossningsvård	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Barnhälsovård	137 000	137 000	137 000
Cellprovscreening	141 000		
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	7 096 286	6 308 286	5 823 286

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 7 096 286 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 6 308 286 000 kronor respektive 5 823 286 000 kronor.

3.7.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 3.18 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2016	Utfall	478 603		24 491
2017	Anslag	485 476 ¹		456 227
2018	Förslag	465 030		
2019	Beräknat	474 135		
2020	Beräknat	483 553		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för vårdförmåner enligt rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, gällande överenskommelser om social trygghet som Sverige tecknat med andra länder samt för sådan övrig vård som Sverige vid tillämpning av EU-rätten är skyldigt att erbjuda.

Kompletterande information

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

Regeringens överväganden

Anslaget är svårt att prognostisera eftersom utgifterna på anslaget bestäms av faktorer som till övervägande del är svåra att påverka eller förutse. Utgifterna beror av människors mönster för boende, studier, arbete och resande. Det finns också administrativa förhållanden, som

eftersläpning i debiteringen från andra länder för turist- och pensionärsvården, som bidrar till osäkerheten i prognoserna för vård i internationella förhållanden.

Landstingen och kommunerna har sedan den 1 oktober 2013 kostnadsansvar för vissa ersättningar för gränsöverskridande vård. Kostnadsansvaret täcker ersättningar för erhållen vård i annat EU/EES-land som har betalats ut av Försäkringskassan till personer som vid tiden för den vård som ersättningen avser var bosatta inom landstinget eller var kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistades i landstinget. Skälet till att kostnadsansvaret flyttades över till kommuner och landsting från staten var att det s.k. patientrörlighetsdirektivet genomfördes i svensk rätt.

Sedan kostnadsansvaret flyttades över från staten har utgifterna på anslaget sjunkit. Regeringen justerar anslagsnivån utifrån prognostiserade utgifter.

Tabell 3.19 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	485 476	485 476	485 476
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Varav BP18			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-3 000	-3 007	-2 965
Volym	-17 446	-8 334	1 042
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	465 030	474 135	483 553

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 465 030 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 474 135 000 kronor respektive 483 553 000 kronor.

3.7.8 1:8 Bidrag till psykiatri

Tabell 3.20 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

2016	Utfall	984 983	Anslags- sparande	95 910
2017	Anslag	1 208 993 ¹	Utgifts- prognos	1 185 440
2018	Förslag	1 755 493		
2019	Beräknat	2 264 493		
2020	Beräknat	1 985 393		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Anslaget får även användas för utgifter för forskning inom psykiatri och psykisk hälsa.

Kompletterande information

Insatserna har i huvudsak bestått av uppdrag till myndigheter och överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL).

Regeringens överväganden

Många barn och unga, inte minst ensamkommande, lider av psykisk ohälsa vilket bl.a. kan yttra sig i självskadebeteende. Behovet av ökade insatser från samhället är stort. Med anledning av detta ökades anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* med 100 miljoner kronor i propositionen Vårändringsbudget för 2017. Medlen ska bidra till en förstärkning riktad till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) inklusive första linjens psykiatri i primärvården genom en förstärkning av regeringens befintliga satsning på psykisk hälsa (prop. 2015/16:1 utg.omr. 9, avsnitt 4.5). För samma ändamål föreslår regeringen att öka anslaget med 100 miljoner kronor 2018 och beräknar motsvarande nivå 2019 och 2020.

För att möta den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år ökades anslaget med 280 miljoner kronor 2016. Ökningen kvarstod för 2017. Satsningen ska fortsätta under 2018 och kommer att avslutas 2019.

Anslaget ökade med 40 miljoner kronor i budgetpropositionen för 2017 för att motverka psykisk ohälsa i gruppen asylsökande och nyanlända. Anslaget föreslås öka med motsvarande nivå 2018. Regeringen beräknar motsvarande ökning 2019 och 2020.

Regeringen avsätter ytterligare 50 miljoner kronor för 2018 för att förbättra tillgången till vård för att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga i gruppen asylsökande och nyanlända. Regeringen beräknar att anslaget ökar med motsvarande belopp fr.o.m. 2019.

Regeringen har tagit initiativ till förstärkningar av de pågående satsningarna på psykisk hälsa, med särskilt fokus på första linjens psykiatri för barn och unga samt psykiatrisk vård för vuxna. Anslaget föreslås öka med 500 miljoner kronor 2018 och beräknas öka med 1 000 miljoner kronor per år 2019 och 2020 för detta ändamål.

Anslaget 13:1 *Stöd till idrotten* inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid föreslås öka med 7,5 miljoner kronor 2018 och beräknas öka med motsvarande nivå 2019–2020 för insatser för att öka sysselsättningen. Finansiering föreslås ske från anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Anslaget föreslås minska med 5 miljoner kronor 2018 och beräknas minska med 1 miljon kronor fr.o.m. 2019 till följd av en försämrad valutakurs för den svenska kronan samt att WHO:s medlemsstater har beslutat att höja medlemsavgiften med tre procent. Anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* föreslås öka med motsvarande medel.

Tabell 3.21 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	1 108 993	1 108 993	1 108 993
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	646 500	1 155 500	876 400
Varav BP18	637 500	1 141 500	1 141 500
Varav			
Insatser för ökad sysselsättning	-7 500	-7 500	-7 500
WHO	-5 000	-1 000	-1 000
Barns och ungas psykiska hälsa	100 000	100 000	100 000
Vård för att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga	50 000	50 000	50 000
Psykisk hälsa och psykiatri	500 000	1 000 000	1 000 000
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	1 755 493	2 264 493	1 985 393

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 755 493 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 2 264 493 000 kronor respektive 1 985 393 000 kronor.

3.7.9 1:9 Läkemedelsverket

Tabell 3.22 Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2016	134 558		549
2017	Anslag 132 018 ¹		128 752
2018	Förslag 134 537		
2019	Beräknat 136 760 ²		
2020	Beräknat 139 197 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 134 598 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 134 662 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter vid Läkemedelsverket för:

- tillsyn av medicintekniska produkter,
- producentbunden läkemedelsinformation,
- utökade ansvarsområden till följd av lagen (2006:496) om blodsäkerhet och lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler,
- strukturerad uppföljning av nya läkemedel,
- utökade ansvarsområden till följd av ny lagstiftning på EU-nivå inom områden för kosmetika, medicinteknik, och avancerade terapier, samt
- utökade ansvarsområden som ålagts Läkemedelsverket efter apoteksomregleringen.

Regeringens överväganden

Tabell 3.23 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	132 018	132 018	132 018
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	2 448	4 608	6 976
Beslut			
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt	71	134	203
Förslag/beräknat anslag	134 537	136 760	139 197

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 134 537 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Läkemedelsverket* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 136 760 000 kronor respektive 139 197 000 kronor.

3.7.10 1:10 E-hälsomyndigheten

Tabell 3.24 Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

År	Utfall	Intäkter	Anslags-sparande	Resultat
2016	Utfall	125 431		-2 819
2017	Anslag	164 051 ¹	Utgifts-prognos	159 832
2018	Förslag	145 722		
2019	Beräknat	117 155 ²		
2020	Beräknat	119 101 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 115 375 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 115 375 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

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

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.25 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2016		180 651	176 529	4 122
Prognos 2017		178 000	144 900	33 100
Budget 2018		168 400	178 700	-10 300

Intäkterna som avser offentlig-rättslig 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 3.26 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2016 (varav tjänsteexport)	36 321	39 292	-2 971
Prognos 2017 (varav tjänsteexport)	34 200	32 800	1 400
Budget 2018 (varav tjänsteexport)	30 100	37 400	-7 300

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

E-hälsomyndighetens anslag ökades med 30 miljoner kronor under 2017 och föreslås öka med 30 miljoner kronor under 2018 för att finansiera merkostnader hänförliga till omlokaliseringen av delar av myndighetens verksamhet till Kalmar.

Tabell 3.27 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 1:10 E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	144 051	144 051	144 051
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 667	3 915	6 373
Beslut	4	-30 811	-31 323
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	145 722	117 155	119 101

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusivt beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusivt pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 145 722 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 *E-hälsomyndigheten* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 117 155 000 kronor respektive 119 101 000 kronor.

3.7.11 8:1 Socialstyrelsen

Tabell 3.28 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

År	Utfall	570 090	Anslags-sparande	26 382
2016	Utfall	570 090	Anslags-sparande	26 382
2017	Anslag	627 986 ¹	Utgifts-prognos	626 067
2018	Förslag	658 637		
2019	Beräknat	662 157 ²		
2020	Beräknat	667 845 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 652 024 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 646 793 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

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

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.29 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2016	16 530			
Prognos 2017	17 000			
Budget 2018	17 000			

Intäkterna för offentlig-rättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer.

Regeringens överväganden

Anslaget ökades 2016 med 75 miljoner kronor för att ta tillvara den kompetens som utländskt utbildad hälso- och sjukvårdspersonal innehar. Insatsen syftar till att påskynda dessa personers etablering på arbetsmarknaden samtidigt som det bidrar till integration och sysselsättning. För

2017 tillfördes 47 miljoner kronor för samma ändamål. För 2018 föreslås 42 miljoner kronor per år för verksamheten. Från och med 2019 beräknas 42 miljoner kronor per år för validering.

I budgetpropositionen för 2017 aviserades att ett kunskapscentrum om ensamkommande barn och unga skulle etableras vid Socialstyrelsen. Anslaget tillfördes 10 miljoner kronor 2017 för detta ändamål. För 2018 föreslås anslaget öka med 10 miljoner kronor och det beräknas öka med 5 miljoner kronor 2019 och 2020 för samma ändamål.

Anslaget föreslås öka med 25 miljoner kronor 2018 och beräknas öka med 24 miljoner kronor 2019, 19 miljoner kronor 2020 och 4 miljoner kronor 2021 för myndighetens arbete med nivåstrukturerings av högspecialiserad vård.

Tabell 3.30 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 8:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017 ¹	627 986	627 986	627 986
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	10 607	20 531	31 393
Beslut	20 044	13 640	8 466
Varav BP18 ³	25 000	24 000	19 000
Varav ³			
Nivåstrukturerings högspecialiserad vård	25 000	24 000	19 000
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	658 637	662 157	667 845

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 658 637 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 662 157 000 kronor respektive 667 845 000 kronor.

3.7.12 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 3.31 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor

År	Utfall	598 961	Anslags-sparande	44 449
2016	Utfall	598 961	Anslags-sparande	44 449
2017	Anslag	697 839 ¹	Utgifts-prognos	685 143
2018	Förslag	684 305		
2019	Beräknat	677 557 ²		
2020	Beräknat	679 214 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 666 931 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 657 255 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för vård och omsorgs förvaltningsutgifter.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.32 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2016	2 838			
Prognos 2017	2 800			
Budget 2018	2 800			

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

Regeringens överväganden

Under våren 2017 antog riksdagen regeringens proposition Ett mer ändamålsenligt klagomåls-system i hälso- och sjukvården (prop. 2016/17:122). I propositionen föreslår regeringen bl.a. att patientnämnderna ska ansvara för viss verksamhet som rör klagomålshantering som i dag hanteras inom Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Mot denna bakgrund föreslår regeringen att resurser förs från IVO till patientnämnderna i landstingen för ökade kost-

nader. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* föreslås minska med 20 miljoner kronor 2018 och anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner föreslås öka med motsvarande belopp. För 2019 och framåt beräknas motsvarande nivå.

I budgetpropositionen för 2017 (prop. 2016/17:1) tillförde regeringen 40 miljoner kronor till IVO för 2017, för förstärkning av ärendehantering och tillsyn med anledning av flyktingsituationen. Regeringen föreslår att IVO tillförs 25 miljoner kronor 2018 och beräknar att myndigheten tillförs 10 miljoner kronor 2019 för detta ändamål.

Den 1 mars 2017 fattade riksdagen beslut om propositionen Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (2016/17:59). För detta ändamål föreslår regeringen att anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* ökas med 5,2 miljoner kronor 2018 och beräknar att anslaget ökas med 2,6 miljoner kronor fr.o.m. 2019. Finansiering sker genom en minskning av anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*

Tabell 3.33 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017 ¹	697 839	697 839	697 839
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	16 222	27 598	40 079
Beslut	-14 956	-30 194	-40 714
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag	-14 800	-17 686	-17 990
Varav BP18 ³	-14 800	-17 400	-17 400
Varav ³			
Trygg och säker vård, tillståndsplikt m.m.	5 200	2 600	2 600
Patientnämnder	-20 000	-20 000	-20 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	684 305	677 557	679 214

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 684 305 000 kronor anvisas under anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 677 557 000 kronor respektive 679 214 000 kronor.

3.8 Övrig verksamhet

Avgiftsfinansierad verksamhet vid Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Läkemedelsverket utövar även tillsyn över kosmetiska och hygieniska produkter. Verksamheten finansieras genom avgifter, anslag och bidrag. Avgiftsfinansieringen är den största finansieringskällan och genererade 77,7 procent av intäkterna 2017. Anslagsintäkten utgjorde 17,7 procent, bidrag 4,5 procent och finansiella intäkter 0,1 procent. Under 2016 omsatte

Läkemedelsverket cirka 761 miljoner kronor vilket var en ökning med 25 miljoner kronor från föregående år. Att intäkterna ökat i jämförelse med föregående år beror huvudsakligen på att anslagsavräkningen har ökat samtidigt som avgifterna och bidragen har ökat. Intäkterna för årsavgifter, både för den nationella och den centrala proceduren, har ökat i linje med att det totala antalet läkemedelsprodukter på marknaden ökar då fler produkter godkänns än vad som avregistreras. Regeringen beslutade i december 2016 om en ändring i förordningen (2010:1167) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel.

Tabell 3.34 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2016	1 638	589 729	634 602	-44 873
Prognos 2017	1 638	647 398	687 857	-40 459
Budget 2018	1 638	668 272	696 844	-28 572

4 Folkhälsopolitik

4.1 Omfattning

Inom avsnitt 4 Folkhälsopolitik redovisas i huvudsak åtgärder inom folkhälsoområdet med finansiering från utgiftsområde 9. Folkhälsopolitiken är sektorsövergripande, vilket innebär att flera insatser på området även 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 ramkon-

vention om tobakskontroll. Vidare finansieras bidrag till frivilligorganisationer, alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska insatser samt insatser mot spelberoende inom området.

Folkhälsomyndigheten har ett särskilt ansvar inom folkhälsoområdet. Fler myndigheter bidrar dock också till genomförandet av regeringens folkhälsopolitik. Vissa insatser inom folkhälsoområdet finansieras av anslag som behandlas under avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik, t.ex. anslag 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* och anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2016	Budget 2017 ¹	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020
2:1 Folkhälsomyndigheten	372	380	384	383	389	396
2:2 Insatser för vaccinberedskap	57	89	89	89	89	89
2:3 Bidrag till WHO	37	38	39	44	36	36
2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	142	76	75	76	76	76
6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	158	214	209	196	166	96
Summa Folkhälsopolitik	766	796	795	788	755	693
<i>Äldreanslag</i>						
2017 6:1 Alkoholsortimentsnämnden	0	0	0			
Summa Äldreanslag	0	0	0			

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

4.3 Mål för området

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

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

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

Arbetet för en god hälsa i befolkningen sker utifrån regeringens ambition vad gäller jämställdhet mellan kvinnor och män respektive flickor och pojkar. Jämställd hälsa är ett delmål inom jämställdhetspolitiken.

4.4 Resultatredovisning

Arbetet med att förbättra folkhälsan pågår inom en rad olika samhällssektorer. De faktorer som påverkar folkhälsan är utgångspunkt för folkhälsopolitiken och finns inom ett antal olika områden i samhället. Exempelvis ligger hantering av smitta mellan djur och människor, så kallade zoonoser, livsmedelsfrågor och bra matvanor inom utgiftsområdet för areella näringar, landsbygd och livsmedel (utg.omr. 23), medan idrotten redovisas inom utgiftsområdet för kultur, medier, trossamfund och fritid (utg.omr. 17). Ytterligare områden i arbetet med folkhälsan är exempelvis jämställdhet (utg.omr. 13), utbildning (utg.omr. 16), arbetsmarknad och arbetsliv (utg.omr. 14) samt miljö- och naturvård (utg.omr. 20).

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 har till uppgift att följa utvecklingen inom varje målområde.

Resultatredovisningen i detta kapitel inleds med en beskrivning av hälsoutvecklingen i landet. Därefter följer resultatredovisning inom målområdena skydd mot smittspridning, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, sexualitet och reproduktiv hälsa, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel samt alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.

4.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

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

- Medellivslängd.
- Antal insjuknade och döda i folksjukdomar.
- Förekomsten av smittsamma sjukdomar.
- Sunda levnadsvanor.

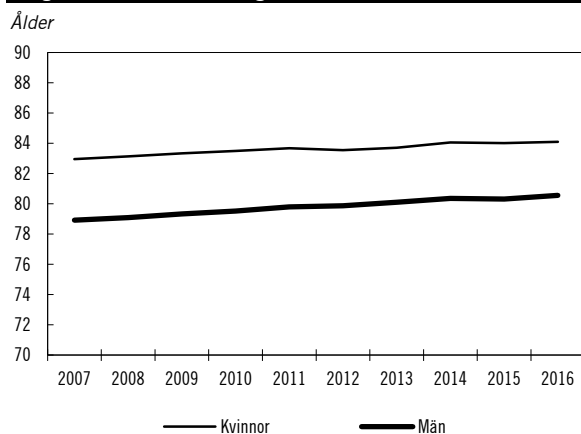
Resultatindikatorerna bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer. Indikatorer och bedömningsgrunder ska beakta kön och inkluderar ibland även andra relevanta parametrar, såsom socioekonomiska faktorer.

4.4.2 Resultat

Folkhälsan förbättras men är inte jämlik

De senaste decennierna har folkhälsan utvecklats positivt för befolkningen som helhet. Medellivslängden ökar (diagram 4.1). För 2016 var medellivslängden ca 84 år för kvinnor och ca 81 år för män.

Diagram 4.1 Medellivslängd



Källa: Statistiska centralbyrån

Flertalet i befolkningen har goda livsvillkor. Den ekonomiska standarden fortsätter att förbättras. Vissa grupper har sämre förutsättningar vad gäller livsvillkor, såsom utlandsfödda, arbetslösa och lågutbildade kvinnor och män.

Spädbarnsdödligheten i Sverige är låg: 1,7 döda barn per 1 000 levande födda 2015.

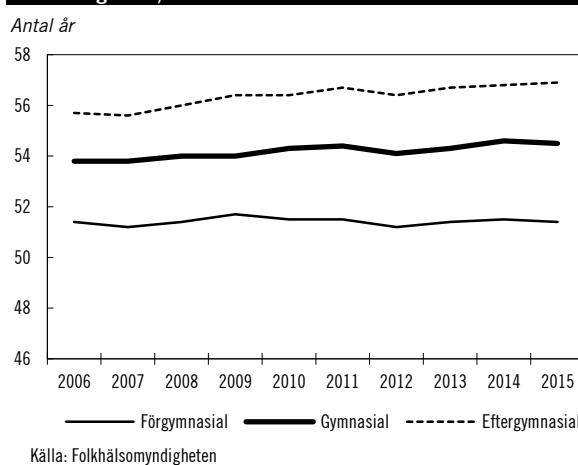
Samtidigt som folkhälsan utvecklar sig positivt överlag, finns det skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Det finns även hälsoskillnader mellan t.ex. personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, det samiska folket och personer som tillhör andra nationella minoriteter jämfört med den övriga befolkningen. Exempelvis anger endast 45 procent av personer med funktionsnedsättning sin hälsa som bra eller mycket bra jämfört med 82 procent i övriga befolkningen. Den självskattade hälsan utvecklas överlag mer positivt bland äldre än bland unga. Andelen som anger att de har bra eller mycket bra självskattad hälsa ökar för både kvinnor och män i åldern 65–84 år, men inte bland kvinnor och män i åldern 16–29 år.

Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Medellivslängden ökar mer i gruppen med eftergymnasial utbildning än i gruppen med högst förgymnasial utbildning.

Den självskattade hälsan förbättras i grupperna med gymnasial eller eftergymnasial utbildning, men inte i gruppen med förgymnasial utbildning. I gruppen med eftergymnasial utbildning uppger 81 procent att de har bra eller mycket bra hälsa, medan motsvarande siffra är 66 procent i gruppen med förgymnasial utbildning. De ökade skillnaderna i hälsa mellan grupperna med förgymnasial och eftergymnasial utbildning tyder på att den socioekonomiska positionens betydelse för hälsan växer.

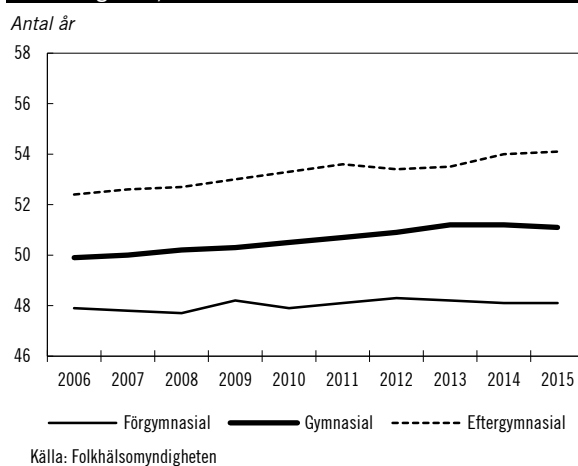
Ohälsotalet är högre i socioekonomiskt utsatta områden än i riket som helhet.

Diagram 4.2 Återstående levnadsår vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, kvinnor



Källa: Folkhälsomyndigheten

Diagram 4.3 Återstående levnadsår vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, män



Källa: Folkhälsomyndigheten

Återstående antal levnadsår vid 30 års ålder ökar för befolkningen som helhet, men är flera år högre i gruppen med eftergymnasial utbildning än i gruppen med förgymnasial utbildning. Detta gäller för såväl kvinnor som män. Skillnaderna har ökat de senaste åren (diagram 4.2 och 4.3).

Folkhälsosjukdomar utvecklas olika

Många av de stora folksjukdomarna har en positiv utveckling med minskat insjuknande och minskad dödlighet för såväl kvinnor som män. Insjuknandet i stroke och hjärtinfarkt har minskat det senaste decenniet (diagram 4.4). Risken att insjukna i hjärtinfarkt är högre bland dem med lägre utbildningsnivå jämfört med dem med högre utbildningsnivå (diagram 4.6).

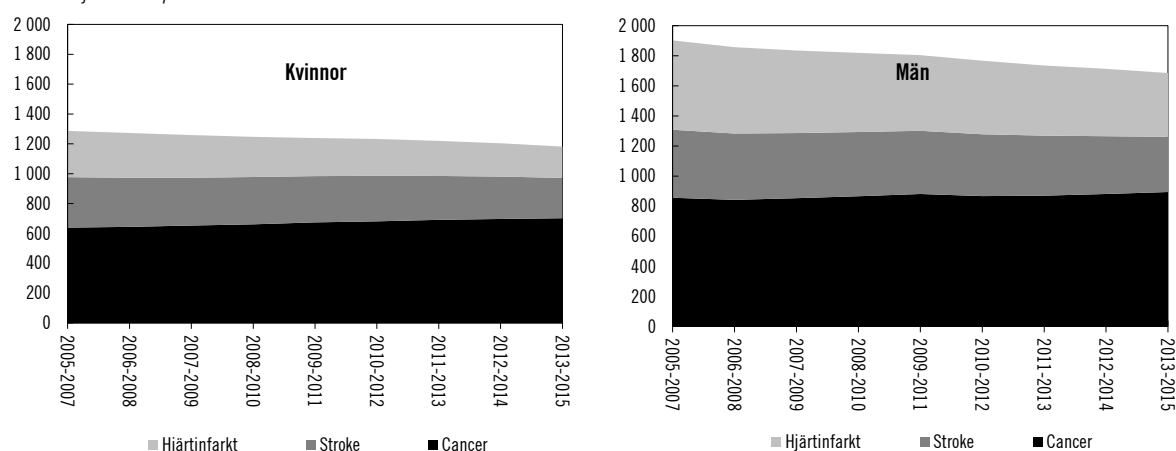
Insjuknandet i cancer ökar och förväntas fortsätta att öka kommande år. Detta beror bl.a. på att vi lever allt längre, vilket ökar risken att få

cancer. De socioekonomiska skillnaderna märks även vad gäller antalet nya fall av cancer (diagram 4.8 och diagram 4.9).

Antalet döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer har minskat (diagram 4.5). Dödligheten i hjärtsjukdom och stroke beror främst på levnadsvanor. Andelen döda i hjärtsjukdom är högst i gruppen med lägst utbildningsnivå (diagram 4.7).

Diagram 4.4 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer

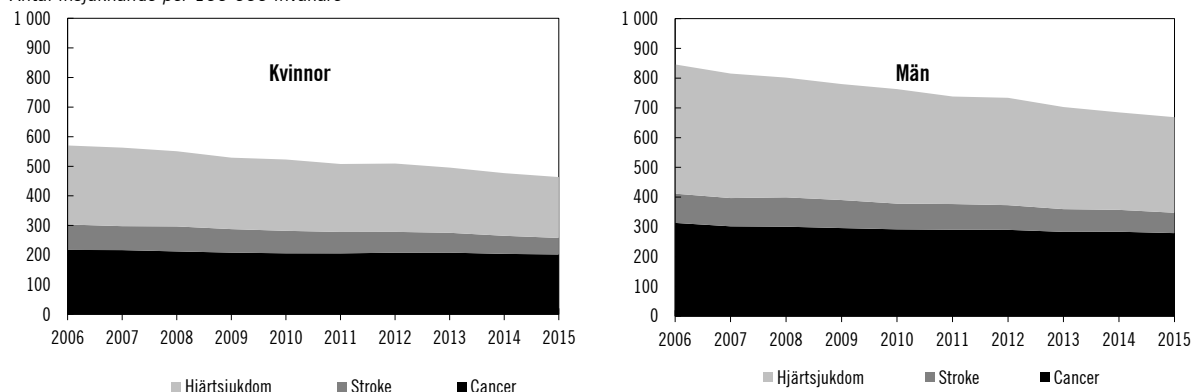
Antal insjuknande per 100 000 invånare.



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

Diagram 4.5 Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer

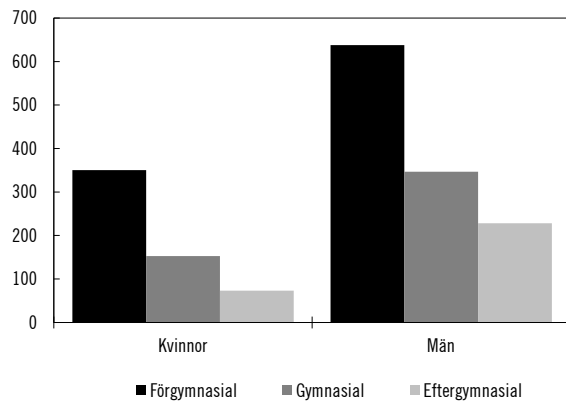
Antal insjuknande per 100 000 invånare



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

Diagram 4.6 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, 35–79 år, utbildningsnivå

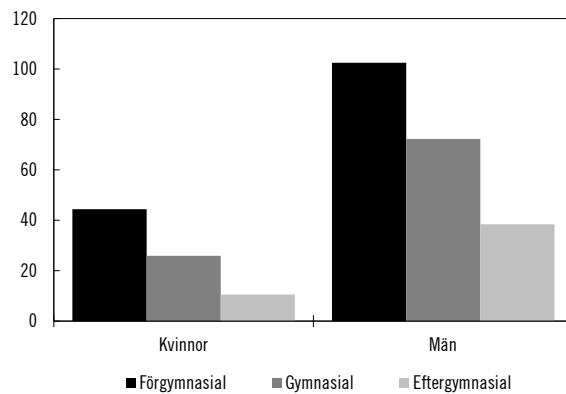
Antal insjuknande per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen per den 2010-12-31
Källa: Socialstyrelsen

Diagram 4.7 Antal döda i hjärtsjukdom, 35–79 år, utbildningsnivå

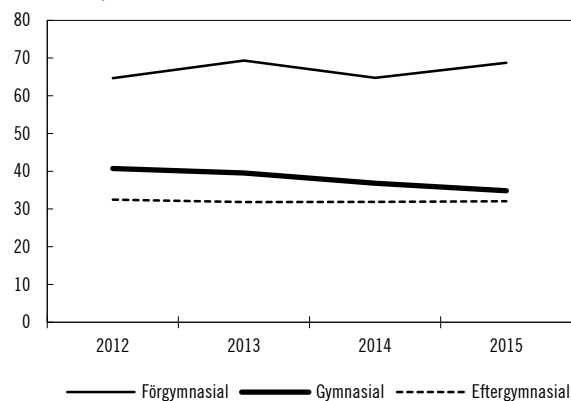
Antal döda per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen per den 2010-12-31
Källa: Socialstyrelsen

Diagram 4.8 Antal fall per 100 000 för dödlighet i bröstcancer, 35–79 år, kvinnor, utbildningsnivå

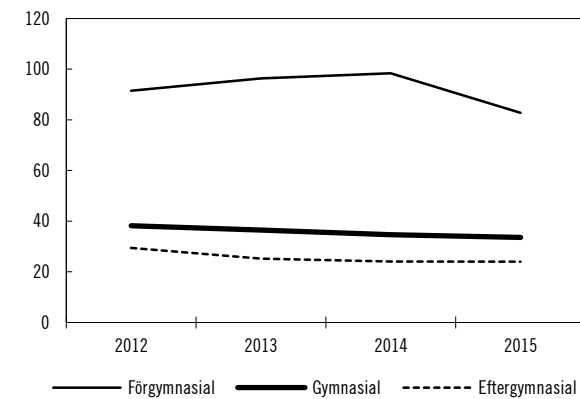
Antal döda per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen per den 2010-12-31
Källa: Folkhälsomyndigheten

Diagram 4.9 Antal fall per 100 000 för dödlighet i prostatacancer, 35–79 år, män, utbildningsnivå

Antal döda per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen per den 2010-12-31
Källa: Folkhälsomyndigheten

Psykisk ohälsa i befolkningen

Folkhälsan har som tidigare konstaterats på många sätt utvecklats positivt. Ett undantag är att det finns flera tecken på att den psykiska ohälsan ökar.

Under perioden 2006–2016 ökade andelen i befolkningen som uppger besvär av ångslan, oro eller ångest eller nedsatt psykiskt välbefinnande. År 2016 var andelen av befolkningen i åldern 16–84 år som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande 16 procent. Förekomsten av psykisk ohälsa skiljer sig åt mellan kvinnor och män (diagram 4.10 och 4.11). Nedsatt psykiskt välbefinnande uppges oftare av kvinnor (19 procent) än av män (13 procent).

Andelen av befolkningen med nedsatt psykiskt välbefinnande var högst i den yngsta åldersgruppen och lägst i den äldsta. Andelen som uppger besvär av ångslan, oro, ångest eller nedsatt psykiskt välbefinnande ökar bland unga (16–29 år), men är oförändrad bland äldre (65–84 år). År 2016 hade totalt 43 procent av kvinnor och män i åldern 16–29 år besvär av ångslan, oro eller ångest jämfört med 31 procent av kvinnor och män i åldern 65–84 år.

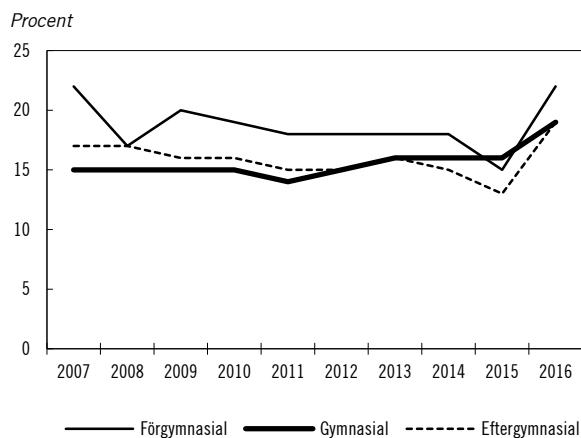
Nedsatt psykiskt välbefinnande förekommer i olika stor utsträckning beroende på utbildningsnivå. Under det senaste decenniet har nedsatt psykiskt välbefinnande förekommit i störst utsträckning hos kvinnor och män med förgymnasial utbildning.

Det finns även regionala skillnader i förekomst av nedsatt psykisk välbefinnande, där den högsta andelen under perioden 2013–2016 fanns i Stockholms län (16 procent) och de lägsta

andelarna fanns i Kalmar län och i Gävleborgs län (10 procent).

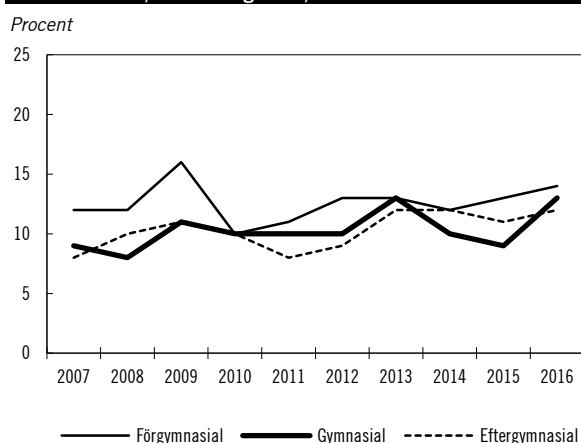
Personer med psykisk ohälsa har ökad dödlighet i kroppsliga sjukdomar. Överlevnaden i flera av de stora folksjukdomarna är sämre för personer med psykisk ohälsa jämfört med befolkningen som helhet.

Diagram 4.10 Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, kvinnor



Källa Folkhälsomyndigheten.

Diagram 4.11 Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, män



Källa Folkhälsomyndigheten.

Suicid i olika grupper

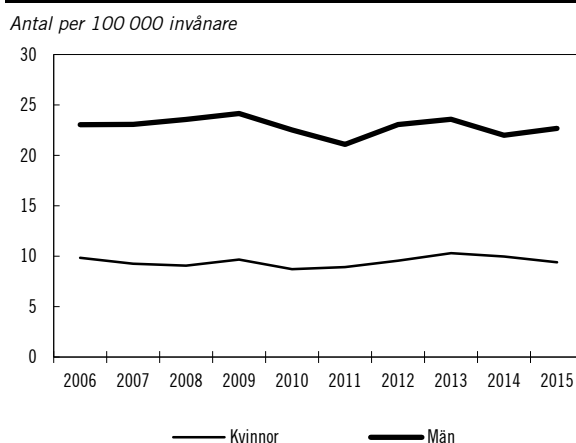
Dödligheten i suicid (självord) är högre hos män än hos kvinnor. Under 2015 dog 1 179 personer (848 män och 331 kvinnor) till följd av suicid. Om även osäkra fall räknas med uppgår antalet suicid till 1 554. Antalet suicid per år har varit relativt oförändrat de senaste tio åren för såväl kvinnor som män (diagram 4.12). Förekomsten av suicid skiljer sig åt i olika åldersgrupper. Det är vanligare med suicid bland kvinnor och män med kortare utbildning jämfört med dem med längre utbildning. Bland män med

förgymnasial utbildning är suicid ungefär dubbelt så vanligt som bland män med eftergymnasial utbildning.

Sedan 2008 finns en nollvision för självmord som har antagits av riksdagen. Regeringen har genomfört en reform avseende suicidprevention. Inom ramen för regeringens arbete med suicidprevention har bl.a. 15 miljoner kronor avsatts 2017 för verksamhetsbidrag till ideella organisationer som bedriver främjande och förebyggande arbete inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Folkhälsomyndigheten genomförde under hösten 2015 en kartläggning av de suicidpreventiva insatserna i landet. Det är framför allt landstingen som aktivt bedriver ett suicidförebyggande arbete. Exempelvis driver, samordnar eller deltar 71 procent av landstingen i suicidpreventivt arbete utanför den kliniska verksamheten jämfört med 23 procent av kommunerna/stadsdelarna.

Diagram 4.12 Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardiserade värden

Källa: Socialstyrelsen

Bättre och mer jämlik hälsa

Kommissionen för jämlik hälsa

Utifrån regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation tillsattes våren 2015 en kommission för jämlik hälsa. Kommissionen har i uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar.

Kommissionen har lämnat tre betänkanden där detta uppdrag redovisas. Uppdraget i denna del är därmed slutredovisat. För att kommissionen ska fortsätta sitt utåtriktade arbete och verka

för en fördjupad diskussion om olika aktörers engagemang och ansvar för att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna beslutade regeringen i februari 2017 om ett tilläggsdirektiv (dir. 2017:17). Kommissionen ska redovisa denna del av uppdraget senast den 31 oktober 2017.

Folkhälsoarbete inom EU och internationellt

Arbetet för en bättre folkhälsa bedrivs även inom EU och internationellt. EU:s tredje hälso-program började gälla den 1 januari 2014 och sträcker sig fram till 2020. Regeringen bidrar aktivt till hälsoprogrammet, vilket utgör grund för hälsofrämjande insatser inom en rad olika områden såväl i Sverige som i andra EU-länder. Inom WHO pågår även ett brett arbete för att främja hälsa. Regeringens arbete utgår ifrån Sveriges strategi för samarbete med WHO 2016–2019 som fokuserar på hälsosystem som främjar jämlik och jämställd hälsa samt stärkt hälsosäkerhet.

Den psykiska ohälsan är ett samhällsproblem

Strategi för främjande av psykisk hälsa

Regeringens strategi för området psykisk hälsa 2016–2020 utgår från fem fokusområden: förebyggande och främjande arbete, tillgängliga tidiga insatser, enskildas delaktighet och rättigheter, utsatta grupper samt ledning, styrning och organisation. Regeringens samordnare inom området psykisk hälsa arbetar bl.a. med att stärka den statliga samverkan och samordna statens resurser.

Regeringen ingick en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för 2016 avseende stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Socialstyrelsens uppföljning av överenskommelsen visar att det finns stora variationer mellan de handlingsplaner som kommuner och landsting har tagit fram i enlighet med överenskommelsen. I handlingsplanerna finns en ansats att främja den psykiska folkhälsan. Detta sker parallellt med att insatser riktas till riskgrupper och grupper där psykisk ohälsa redan har utvecklats.

Regeringen har avsatt drygt 1 miljard kronor 2017 för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. En överenskommelse för 2017 har ingåtts med SKL, vilken omfattar totalt 885 miljoner kronor. Regeringen och SKL är överens om behovet av att stödja utvecklingen av en struktur

för kunskapsspridning och kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och ohälsa. SKL ska i detta syfte inrätta regionala resurscentrum under 2017 med fokus på första linjens vård.

Riksdagen har beslutat om ett tillkännagivande där ett moment (punkt 8) avser att regeringen, i enlighet med ett förslag från den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa, bör uppdraga åt en myndighet eller åt den nämnda nationella samordnaren att ta fram förslag om hur det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa kan förbättras med hjälp av mobila och flexibla system (bet. 2015/16:SoU7, rskr. 2015/16:220). Inom ramen för överenskommelsen med SKL om psykisk hälsa, som nämns ovan, fördelas medel till kommuner och landsting via SKL, vilka får användas under 2017 till arbete med insatser för att förbättra den psykiska hälsan. Medlen kan bl.a. användas till att förbättra detta arbete genom mer flexibla och mobila system. Mot denna bakgrund finns det enligt regeringens uppfattning inte skäl att gå vidare med de förslag som lämnats av den nationella samordnaren eller andra ytterligare insatser. Regeringen anser därmed att detta moment i tillkännagivandet är slutbehandlat med de åtgärder som har vidtagits.

Asylsökandes och nyanländas hälsa

Regeringen beslutade i juni 2016 att bevilja SKL 30 miljoner kronor för att sprida resultat och metoder i Sverige för att åstadkomma en positiv hälsoutveckling hos asylsökande och nyanlända. SKL har utformat programmet Hälsa i Sverige med fokus på att genomföra ett kunskapslyft för personal inom hälso- och sjukvården. Syftet är att skapa bättre bemötande, stöd och vård till de asylsökande och nyanlända som har risk för eller visar tecken på psykisk ohälsa. Samtliga landsting har deltagit i kunskapslyftet.

En kartläggning av läget i landstingen och regionerna som gjordes av SKL för 2014/15 respektive 2015/16 visar att andelen asylsökande som fick en hälsoundersökning ökade från 41 procent till 77 procent. Under 2016 genomfördes nästan 83 000 hälsoundersökningar. I en rapport från Barnombudsmannen framkommer att det vanligaste hälsoproblemet hos asylsökande och nyanlända barn är psykisk ohälsa och att gruppen inte alltid får samma tillgång till vård som andra barn.

Regeringen beräknar att avsätta 40 miljoner kronor per år 2017–2020 bl.a. till att öka tillgäng-

ligheten till vård och behandling för traumatiserade asylsökande. Av medlen har Röda Korset beviljats ca 10 miljoner kronor under 2017 för att bl.a. öka antalet behandlare på organisationens fem behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Därtill har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela 10 miljoner kronor till ideella organisationer som arbetar med förebyggande och främjande verksamhet för att motverka psykisk ohälsa bland barn och unga som är asylsökande eller nyanlända. Regeringen har även beslutat att Vårsta diakonigård ska beviljas 2 miljoner kronor under 2017 för att utveckla traumacentrar för nyanlända och asylsökande i Härnösand.

Motion och idrott är fritidsaktiviteter som bidrar till ökad fysisk och psykisk hälsa. Regeringen ger stöd till idrottsverksamhet för nyanlända och asylsökande. Riksidrottsförbundet har redovisat verksamhet under 2015 och 2016 för drygt 150 000 deltagare (utg.omr. 17 Kultur, medier och trossamfund, avsnitt 16 Politik för det civila samhället).

Andra insatser som regeringen har genomfört för att stärka asylsökande och nyanlända barns hälsa redovisas i avsnitt 6 Politik för sociala tjänster samt avsnitt 7 Barnrättspolitik. I avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik redovisas att ett nationellt kunskapscentrum för frågor kring ensamkommande barn har inrättats på Socialstyrelsen.

Skydd mot smittsamma sjukdomar

Att förebygga och hantera hälsohot är ett globalt ansvar

Som hälsohot räknas traditionellt smittsamma sjukdomar, men även andra typer av biologiska, kemiska och nukleära hot ryms inom begreppet. Kännetecknande för hälsohot är den gränsöverskridande dimensionen samt att den mikrobiologiska världen ständigt förändras och att hotens natur till stora delar är oförutsägbara. I detta avseende är tvärsektorielt arbete enligt one health-konceptet ofta nödvändigt för att förhindra att smittsamma sjukdomar utvecklas till hälsohot.

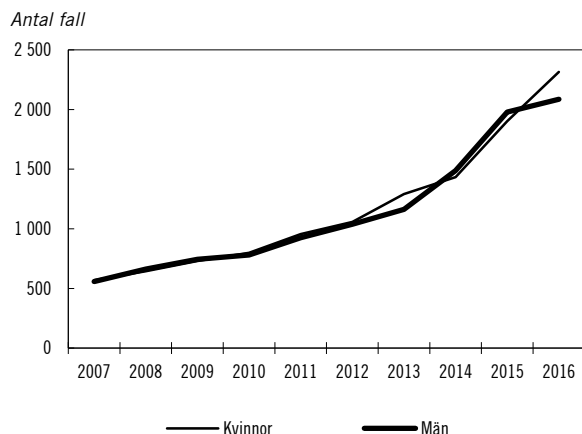
Gränsöverskridande allvarliga hot mot människors hälsa är ständigt aktuella. Det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) gäller för alla Världshälsoorganisationens (WHO) medlemsländer, men endast en mindre del av

medlemsstaterna lever upp till kraven. Inom ramen för WHO-samarbetet har regeringen ställt sig bakom att det tas fram en global implementeringsplan för IHR. Regeringen har även välkomnat det frivilliga verktyget som numera finns för att hjälpa länder att genomföra externa utvärderingar av hur väl IHR har implementerats.

Hälsohotsarbetet inom EU styrs bl.a. av Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Syftet är att öka informations-spridning och samarbete mellan medlemsstaterna för att förebygga och hantera allvarliga gränsöverskridande hälsohot. Europeiska revisionsrättens utvärdering av beslutet från november 2016 visar att beslutet har varit ett viktigt steg för att förbättra EU:s arbete med hälso-säkerhet m.m. Revisorerna konstaterade att det fortfarande finns brister. I rådslutsatser från den 3 april 2017, vilka regeringen ställde sig bakom, uppmanas Europeiska kommissionen och medlemsstaterna att fortsätta arbeta för att beslutet ska genomföras fullt ut.

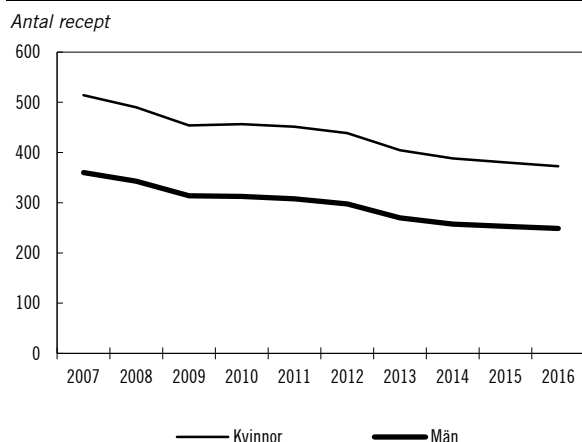
Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen har tillsammans och på regeringens uppdrag undersökt förutsättningarna för att skapa en permanent svensk förmåga att delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser kopplad till hanteringen av hälsohot.

Antibiotikaresistens är ett växande globalt hälsohot
Problemet med resistenta bakterier ökar världen över. Antibiotikaresistens är ett gränsöverskridande hälsohot och Sveriges relativt goda situation påverkas av en försämrad global situation. Exempelvis ökade antalet anmälda fall av MRSA (meticillinresistenta gula stafylokokker) i Sverige under 2016, framför allt hos kvinnor (diagram 4.13). Det totala antalet anmälda fall 2016 var 4 401 (2 315 bland kvinnor och 2 086 bland män). Totalt sett innebär detta en lägre ökningstakt än 2015.

Diagram 4.13 Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)

Källa: Folkhälsomyndigheten

Antibiotikaanvändningen i Sverige är jämförelsevis låg. Antibiotikaförsäljningen i öppenvård minskade med 2 procent under 2016 jämfört med 2015, från 323 till 318 recept per 1 000 invånare och år. Försäljningen av antibiotika för barn ökade dock något. Antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare 2016 var 373 för kvinnor och 249 för män (diagram 4.14).

Diagram 4.14 Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Resistenta bakterier beräknas av Folkhälsomyndigheten komma att kosta sjukvården minst fem miljarder kronor i form av direkta kostnader för patientvård fram till 2024. Kostnadsberäkningen är en minimiuppskattning och omfattar bara en del av de totala kostnaderna.

Regeringen beslutade i april 2016 om en strategi för arbetet mot antibiotikaresistens. Antibiotikaresistens måste angripas tvärsektorielt, vilket innebär att bl.a. människors och djurs hälsa, miljö, forskning, utbildning,

handel och internationellt utvecklingssamarbete involveras. I mars 2017 gav regeringen Folkhälsomyndigheten och Statens jordbruksverk i uppdrag att gemensamt ansvara för en nationell samverkansfunktion, som bl.a. inkluderar 18 andra myndigheter, för att främja ett samordnat tvärsektorielt arbete mot antibiotikaresistens. Uppdraget omfattar att uppdatera den nuvarande handlingsplanen och i december 2017 redovisa en ny gemensam tvärsektorieell handlingsplan som är i linje med regeringens strategi.

Härutöver pågår arbete med flera andra regeringsuppdrag för att främja möjligheter för behandling av bakteriella infektioner. Det omfattar uppdrag dels för att utvärdera befintliga antibiotika i syfte att undersöka om ytterligare effekt kan fås ur dessa, dels för att utforma förslag till en eller flera modeller i syfte att säkerställa tillgänglighet till vissa antibiotika.

Mot bakgrund av antibiotikaresistensfrågans gränsöverskridande karaktär har Sverige verkat för att driva frågan framåt både inom EU och internationellt. Exempelvis har Folkhälsomyndigheten fr.o.m. 2017 ett förnyat uppdrag att ge stöd till internationellt arbete beträffande antibiotikaresistens. Myndigheten utsågs under 2016 till ett samarbetscentrum för Världshälsoorganisationen (WHO) inom antibiotikaresistensområdet. Inom ramen för uppdraget organiserades bl.a. ett tekniskt högnivåmöte om global resistensövervakning i april 2017 i Stockholm. Arbetet för en ökad miljöhänsyn i läkemedelslagstiftningen inom Europeiska unionen och internationellt är också angeläget ur ett antibiotikaresistensperspektiv (avsnitt 3 Hälsa- och sjukvårdspolitik).

Antibiotikaresistens behandlas även inom andra utgiftsområden, såsom utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel, avsnitt 2.5.3 En konkurrenskraftig och hållbar livsmedelskedja.

Vaccinationsprogram

Vaccinationstäckningen är fortsatt hög och stabil visar Folkhälsomyndighetens årliga uppföljning av de nationella vaccinationsprogrammen. År 2015 var 97 procent av landets tvååringar fullvaccinerade enligt det nationella vaccinationsprogrammets schema. Sjukdomarna som omfattas av programmen är under god kontroll och vaccinerna som används inom programmen är säkra.

Den höga vaccinationstäckningen tyder på att allmänheten har ett högt förtroende för vaccinationsprogrammen och för personalen som erbjuder vaccinationerna. I vissa grupper i befolkningen är vaccinationstäckningen lägre, vilket medför risk för utbrott inom dessa grupper av t.ex. mässling.

Folkhälsomyndigheten lämnade i februari 2017 in ett beslutsunderlag till regeringen med förslag om att rotavirusvaccination ska ingå i det nationella vaccinationsprogrammet. Underlaget har remitterats.

Katastrofmedicin

I avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik redovisas katastrofmedicin.

Ersättning inom narkolepsi

Efter vaccinationskampanjen med Pandemrix, som genomfördes i Sverige under 2009 och 2010, som en följd av att WHO deklarerat en influensapandemi, insjuknade ett antal personer i narkolepsi. Fram till 2017 har läkemedelsförsäkringen tagit emot 532 skadeanmälningar om narkolepsi. Av dem var 288 flickor och kvinnor och 244 var pojkar och män. Av de av läkemedelsförsäkringen godkända fall där de sökande ansetts ha fått en läkemedelsskada till följd av vaccineringen var 193 flickor och kvinnor och 190 pojkar och män.

Lagen (2016:417) om statlig ersättning till personer som har insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccinering trädde i kraft den 1 juli 2016. Personer som har insjuknat i narkolepsi som med övervägande sannolikhet har orsakats genom användningen av vaccinet Pandemrix får i första hand ersättning av läkemedelsförsäkringen och i andra hand av staten. Kammarkollegiet har ansvar för att pröva rätten till den statliga ersättningen. Hittills har 47 prövningar genomförts. Av dem har 45 godkänts varav 20 för flickor och kvinnor och 25 för pojkar och män. Narkolepsiföreningen Sverige har beviljats ekonomiskt bidrag för 2011–2017.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har en central roll när det gäller att uppmärksamma patienter om levnadsvanor och erbjuda hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en analys av vårdens arbete mot ohälsosamma levnadsvanor

med särskilt fokus på socioekonomiska faktorer och kön. Myndigheten konstaterar att det saknas mål och rutiner för det förebyggande arbetet inom primärvården och att det finns behov av kompetensutveckling för personalen. Ungefär en fjärdedel av primärvårdens personal anser att de inte har tillräcklig kompetens för att kunna ge rådgivande samtal och en tredjedel saknar ämneskunskap om riskbruk av alkohol och tobak.

För att stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att främja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården. Vidare har Livsmedelsverket fått i uppdrag att främja arbetet med goda matvanor för att förebygga kroniska sjukdomar i hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården.

Socialstyrelsen konstaterar att arbetet med levnadsvanor blir alltmer etablerat inom hälso- och sjukvården. Andelen patienter som har fått stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor ökar. En studie som jämför Sverige och tio andra länder (International Health Policy Survey) visar t.ex. att närmare hälften av de som diskuterat sina levnadsvanor uppger att de på något sätt har förändrat sitt beteende.

Sexualitet och reproduktiv hälsa

Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar ser i stort sett ut som föregående år. Förekomst av klamydiainfektion har under 2016 rapporterats på en nivå liknande tidigare år, ca 36 000 nydiagnostiserade fall. Rapporteringen av gonorréinfektion har ökat markant den senaste tioårsperioden, speciellt bland män som har sex med män. Även syfilisinfektion har ökat de senaste tio åren, speciellt i gruppen män som har sex med män.

Antalet rapporterade nya fall av hivinfektion ligger på en liknande nivå som tidigare år och majoriteten rapporteras bland utrikesfödda. Förekomsten av hivinfektion bland män som har sex med män där smittöverföringen skett i Sverige har minskat sedan 2013. Däremot ökade antalet rapporterade hivinfektioner bland personer som injicerar droger under 2016. Av

totalt 430 anmälda fall för 2016 är 162 kvinnor och 267 män.

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att till mars 2018 följa upp hälso- och sjukvårdens tillämpning av kunskapsunderlaget Smittsamhet vid behandlad hivinfektion från 2013.

Sexuell överföring av hepatit B och C är relativt ovanlig i Sverige. Antalet nya fall rapporteras ligga på en liknande nivå som tidigare år.

Staten har avsatt statsbidrag för 2017 till ideella organisationer för insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Totalt fördelade Folkhälsomyndigheten 62 miljoner kronor till ideella organisationer på nationell, regional och lokal nivå.

Folkhälsomyndigheten har i en rapport bedömt att det inte finns skäl att frångå huvudmålet i strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar från 2006, men föreslår att fyra nya delmål bör skapas.

Folkhälsomyndigheten har också redovisat ett uppdrag om förslag till hur den framtida fördelningen av medel till ideella organisationer på lokal och regional nivå ska genomföras. Myndigheten lyfter i rapporten fram att det är viktigt att det finns närhet mellan landstingens och storstadskommunernas preventionsarbete och den verksamhet som de ideella organisationerna bedriver med stöd av tilldelade medel.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Regeringen beslutade i november 2016 att bevilja Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) ca 1,8 miljoner kronor för att förbättra den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor med migrantbakgrund samt att sprida kunskaperna om sexuella och reproduktiva rättigheter till samma målgrupp. I augusti 2017 beviljade regeringen RFSU:s ansökan om ca 3,8 miljoner kronor för att utveckla projektet och öka kunskapen i frågor som rör sexualitet och reproduktion hos målgruppen samt att sprida information till yrkesverksamma inom vård och omsorg och andra aktörer som möter målgruppen.

I överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om kvinnors hälsa och en stärkt förlossningsvård 2017–2019 konstateras, utifrån en kartläggning som SKL har gjort av nuläge och förbättringsområden, t.ex. att det finns ett särskilt behov av insatser som främjar den sexuella och reproduktiva

hälsan hos kvinnor generellt, och att särskilt socioekonomiskt utsatta områden ska prioriteras. Insatserna kan gälla utbildning för dem som förskriver preventivmedel om för- och nackdelar med olika preventivmedel och olika abortmetoder samt om olika sätt att tillhandahålla och presentera information om detta.

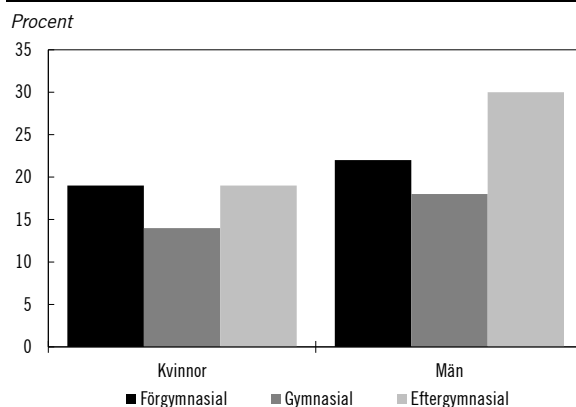
Folkhälsomyndigheten ska i maj 2018 redovisa resultaten från den befolkningsstudie om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som myndigheten genomför utifrån ett regeringsuppdrag. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för ett mer effektivt folkhälsoarbete inom detta område.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har tagit fram en webbaserad ungdomsmottagning bl.a. med innehåll om sexuell och reproduktiv hälsa (utg.omr. 17 Kultur, medier och trossamfund, avsnitt 15 Ungdomspolitik).

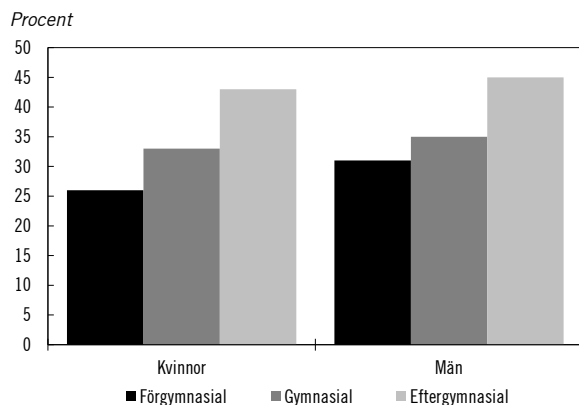
Fysisk aktivitet och bra matvanor

Enligt nationella folkhälsoenkäten för 2016 framgår att män med eftergymnasial utbildning är den grupp som sitter mest still. För kvinnor är det de med förgymnasial eller eftergymnasial utbildning som är mest stillasittande (diagram 4.15). Kvinnor och män med eftergymnasial utbildning är mest fysiskt aktiva och kvinnor och män med förgymnasial utbildning är minst fysiskt aktiva (diagram 4.16).

Diagram 4.15 Andel som anger att de sitter minst 10 timmar per dygn, 16–84 år, utbildningsnivå

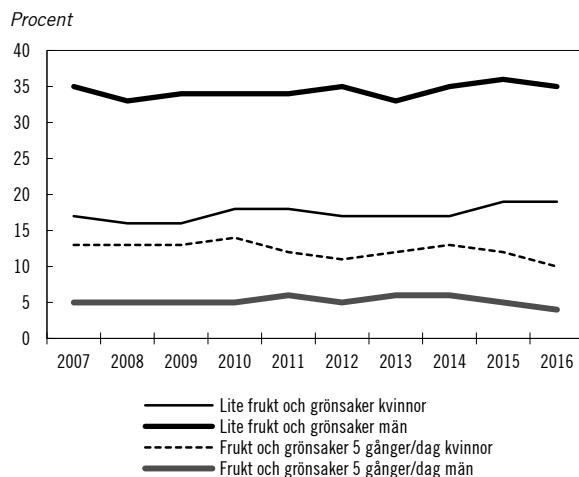


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Anm. Avser år 2016. Folkhälsomyndigheten har gjort förändringar i den nationella folkhälsoenkäten avseende insamling av data vad gäller stillasittande och fysisk aktivitet. Det medför att diagrammen endast omfattar uppgifter avseende 2016 då uppgifterna inte är jämförbara med data från tidigare år.

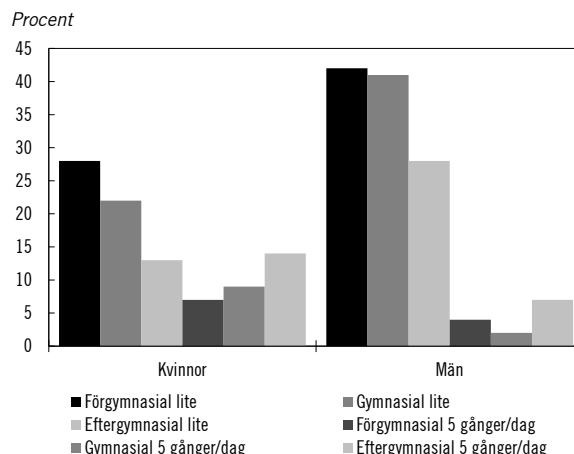
Diagram 4.16 Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 300 minuter per vecka, 16–84 år, utbildningsnivå

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten
Anm.: Avser år 2016. Folkhälsomyndigheten har gjort förändringar i den nationella folkhälsoenkäten avseende insamling av data vad gäller stillasittande och fysisk aktivitet. Det medför att diagrammen endast omfattar uppgifter avseende 2016 då uppgifterna inte är jämförbara med data från tidigare år.

Kvinnor äter mer frukt och grönsaker än män (diagram 4.17). Det är mer vanligt att kvinnor och män med förgymnasial utbildning äter lite frukt och grönsaker. Kvinnor och män med eftergymnasial utbildning äter frukt och grönsaker fem gånger per dag i högre utsträckning än dem med lägre utbildningsnivå (diagram 4.18).

Diagram 4.17 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten
Anm.: Ålderstandardisering i 5-årsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige år 2010.

Diagram 4.18 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år, utbildningsnivå

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Anm.: Ålderstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2000. Avser år 2016.

Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket redovisade i maj 2017 ett regeringsuppdrag som visar att ohälsosamma matvanor är en av de största riskfaktorerna för ohälsa och för tidig död i Sverige. Av de tio främsta riskfaktorerna är hälften relaterade till matvanor och fysisk aktivitet. Sedan 1980 har förekomsten av fetma tredubblats hos vuxna och i dag är varannan svensk överviktig eller fet. Ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och de relaterade folksjukdomarna är vanligare i grupper med lägre utbildning och inkomst. Ohälsan orsakar även kostnader både för samhället och för individen. Enbart fetma uppskattas kosta samhället ca 70 miljarder kronor per år.

Regeringen presenterade i april 2017 en nationell cykelstrategi för ökad och säker cykling, som beskrivs närmare inom utgiftsområde 22 Kommunikationer.

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. Regeringens stöd till idrotten beskrivs närmare inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid.

Alkohol, narkotika, dopning och tobak

En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020

Det övergripande målet i regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och

tobakspolitiken är 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). Detta mål och inriktning för samhällets insatser ska fortsätta under 2016–2020 (skr. 2015/16:86).

Den nationella strategin, även benämnd ANDT-strategin, omfattar sex mål som anger centrala områden som bör vara vägledande för ANDT-arbetet på samhällets alla nivåer. Vidare anges de insatsområden som bör prioriteras. Insatsområdena omfattar insatser på nationell, regional och lokal nivå och bör inriktas på strukturer eller processer som kan bidra till att målen uppfylls.

Syftet med den samlade strategin är att underlätta statens styrning av stödet inom ANDT-området och statens möjligheter att följa utvecklingen av det förebyggande ANDT-arbetet. För att kunna mäta effekterna av samhällets insatser har regeringen låtit utveckla ett uppföljningssystem kopplat till strategins målstruktur. Ett hundratal indikatorer finns i dag samlade i en databas som är tillgänglig på Folkhälsomyndighetens webbplats (www.andtuppfoljning.se). Myndigheten har kontinuerligt arbetat med att vidareutveckla uppföljningssystemet.

Redovisningen nedan visar utvecklingen av ANDT-strategins måloppfyllelse. Det urval av s.k. kärnindikatorer som redovisas har bedömts vara särskilt viktiga på nationell nivå.

Mål 1: Tillgången till ANDT ska minska

Under 2016 uppgick alkoholkonsumtionen till 9,0 liter ren alkohol per invånare som är 15 år och äldre jämfört med 9,17 liter 2015, vilket är en minskning med 1 procent.

Systembolaget är den största anskaffningskällan och stod för 63 procent av den alkohol som konsumerades 2016. Restaurangförsäljningen stod för 11 procent. Systembolagets andel av den totala konsumtionen var i stort sett oförändrad jämfört med 2015. Resandeförseln minskade och uppgick till 13 procent. Internet-handeln stod för en liten del av konsumtionen och uppgick till 1 procent.

Antalet serveringsställen med alkoholserveringstillstånd har legat stabilt sedan 2015 och uppgick 2016 till 18,3 per 10 000 invånare som är 15 år och äldre.

Indikatorer för att följa tillgången till dopning saknas. Kriminal- och beslagsstatistiken visar

emellertid att det sedan 1990-talets början har byggts upp en marknad för inte minst anabola androgena steroider (AAS) i Sverige. Sannolikt har även gruppen regelbundna användare successivt vuxit under samma period.

Antalet försäljningsställen av tobak minskade något under föregående strategiperiod 2011–2015. Mellan 2015 och 2016 ökade de reala priserna med ca 2 procentenheter för cigaretter och med ca 1 procentenhet för snus.

Mål 2: Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopning eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska

År 2016 uppgav 44 procent av flickorna och 36 procent av pojkarna i årskurs 9 att de druckit alkohol under de senaste tolv månaderna. Sedan 2000 har trenden bland niondeklassarna varit tydligt nedåtgående. Den totala mängden alkohol och berusningsdrickande minskade, medan andelen ungdomar som anger att de druckit s.k. smuggelsprit är relativt konstant. I årskurs 9 anger 24 procent av flickorna och 15 procent av pojkarna att de konsumerat smuggelsprit under 2016. I gymnasieskolan var motsvarande andelar 36 procent bland flickorna och 35 procent bland pojkarna.

År 2016 uppgav 3,7 procent av flickorna och 4,5 procent av pojkarna i årskurs 9 att de använt narkotika de senaste 12 månaderna. Motsvarande andel pojkar i gymnasieskolans andra år var ca 15 procent och andelen flickor ca 10 procent.

Användningen av AAS och andra dopningspreparat bland barn och unga har legat på en relativt konstant och låg nivå under senare år.

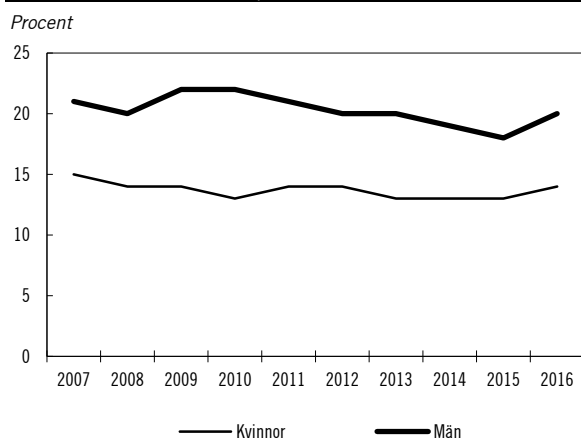
År 2016 hade ca 7,5 procent av pojkarna och 12,5 procent av flickorna i årskurs 9 rökt de senaste 12 månaderna. Det är en minskning med ca 2 procentenheter sedan år 2015. Cirka 9 procent av pojkarna och 1,5 procent av flickorna i årskurs 9 hade 2016 snusat de senaste 12 månaderna. Det är en minskning sedan 2015 med ca 1 procentenhet bland pojkarna. Bland flickorna är andelen snusare oförändrad sedan 2015.

År 2014 hade 25 procent av pojkarna och ca 20 procent av flickorna i årskurs 9 provat e-cigaretter någon gång. År 2016 hade siffran ökat med 4 procentenheter för såväl pojkarna som flickorna.

Mål 3: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av ANDT ska successivt minska

Andelen riskkonsumenter av alkohol i befolkningen 16–84 år har minskat och uppgick 2015 till 15 procent. Framför allt är det unga män som minskat sin riskkonsumtion. Andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 65–84 år har ökat både bland kvinnor och bland män (diagram 4.19).

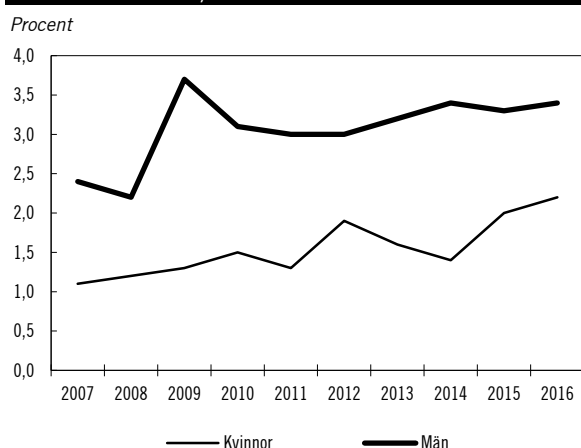
Diagram 4.19 Andel som anger att de har en riskkonsumtion av alkohol, 16–84 år



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten
Anm.: Ålderstandardisering i 5-årsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige år 2010

Andelen personer i åldern 16–84 år som använt cannabis de senaste 12 månaderna har ökat med 0,2 procentenheter mellan 2015 och 2016 (diagram 4.20).

Diagram 4.20 Andel som anger att de använt cannabis de sista 12 månaderna, 16-84 år



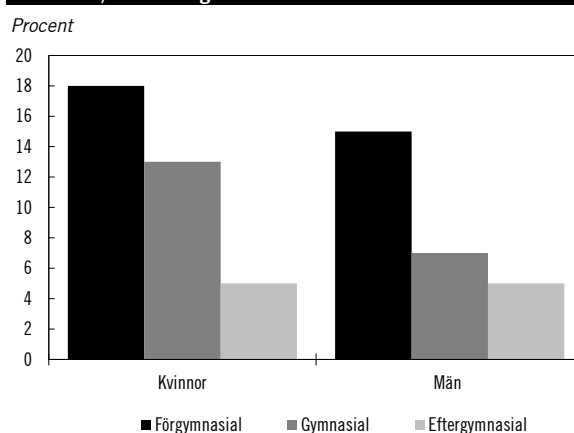
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten
Anm.: Ålderstandardisering i 5-årsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige år 2010

Det saknas data för att följa utvecklingen över tid när det gäller bruk av AAS och andra dopningspreparat.

År 2016 rökte 10 procent av kvinnorna och 8 procent av männen dagligen (diagram 4.21). Det är en fortsatt minskning med ca 1 procentenhet sedan 2015 för både män och kvinnor.

Andelen dagligsnusare bland både män och kvinnor har varit stabil under en längre tid. År 2016 snusade ca 18 procent av männen och ca 4 procent av kvinnorna. Det är minst vanligt med snusning hos kvinnor och män med eftergymnasial utbildning.

Diagram 4.21 Andel som anger att de röker dagligen, 16–84 år, utbildningsnivå



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten
Anm.: Ålderstandardisering i 5-årsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige år 2010

Mål 4: Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av hög kvalitet

Utvecklingen mot målet beskrivs i avsnitt 6 Politik för sociala tjänster.

Mål 5: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av ANDT ska minska

Andelen av befolkningen som har fått vård som indikerar ett pågående alkoholmissbruk har ökat under den senaste tioårsperioden. Det är inom den specialiserade öppenvården som ökningen har skett, framför allt för kvinnor och män i åldrarna 75–84 år. Inom slutenvården ser utvecklingen olika ut för olika åldersgrupper. Majoriteten av dem som vårdats inom både den specialiserade öppenvården och slutenvården är män (70 respektive 75 procent).

Andelen kvinnor med riskkonsumtion av alkohol under graviditet har minskat från

4,8 procent 2014 till 4,2 procent 2015. Socialstyrelsen visar att ca 8 procent av alla barn har under uppväxten föräldrar med så allvarligt missbruk eller psykisk ohälsa att föräldrarna får sjukhusvård.

De narkotikarelaterade dödsfall som redovisats i den officiella statistiken har ökat under de senaste tio åren. I Socialstyrelsens rapport Narkotikarelaterade dödsfall – En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken, konstateras att opioider är de vanligast förekommande substanserna bland dödsfallen. Dödsfallen bland män sker främst i yngre åldrar, i överdoser med illegala substanser. Suicid eller skadehändelser med oklar avsikt är de vanligaste dödsorsakerna bland medelålders kvinnor, ofta med receptförskrivna opioider. Socialstyrelsens samlade bedömning är att en reell ökning i narkotikarelaterad död de senaste åren inte kan uteslutas, men att ökning delvis kan förklaras av metodförändringar.

Antalet vårdade per 100 000 invånare över 15 år i slutenvård- och/eller specialiserad öppenvård med narkotikadiagnos har mellan 2014 och 2015 ökat från 370 till 391. Antalet vårdade män per 100 000 invånare har ökat från 485 år 2014 till 503 år 2015, och antalet kvinnor per 100 000 invånare har ökat från 250 till 273 under samma tidsperiod. Det är svårt att dra några säkra slutsatser om orsakerna bakom denna utveckling. Förändringar i antal vårdade kan bero på ökat behov av vård, men det kan också vara en följd av att landstingen blivit bättre på att erbjuda behandling till personer med narkotikadiagnoser.

Det finns inga indikatorer som enbart beskriver dopningsområdet inom detta mål.

År 2014 var andelen kvinnor som rökte under graviditetsveckorna 30–32 omkring 4 procent. Andelen har i princip varit oförändrad sedan 2013. Andelen gravida som snusar har varit oförändrad under lång tid (0,7 procent år 2014).

Antalet avlidna personer med diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) har ökat med en procentenhet mellan 2014 och 2015. Under samma period minskade antalet män som avlidit av lungcancer med ca 1 procentenhet respektive antalet kvinnor med ca 0,5 procentenhet.

Mål 6: En folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt

Målet för Sveriges EU-samarbete inom alkoholområdet är en EU-politik som skapar förutsättningar för en restriktiv alkoholpolitik i EU och i Sverige med syfte att skydda folkhälsan, framför allt att skydda barn och unga mot skadeverkningar orsakade av alkohol. Europeiska kommissionen har presenterat ett förslag på reviderat audiovisuellt direktiv, det s.k. AV-direktivet (KOM (2016)287), som innehåller regler för bl.a. marknadsföring av alkohol.

Sverige verkar internationellt för en folkhälsoorienterad syn på narkotika, med utgångspunkt i politiken för mänskliga rättigheter. I slutet av 2016 och under 2017 har både EU- och FN-samarbetet framför allt handlat om uppföljningen av FN:s generalförsamlings särskilda session om narkotika (Ungass). Den internationella narkotikapolitiska debatten har i större utsträckning kommit att betona folkhälsopolitiska perspektiv. Sverige har vid sammanträden i FN:s narkotikakommission (CND) och i Världshälsoorganisationens (WHO) styrande organ aktivt verkat för utökat samarbete mellan olika FN-organ i syfte att stärka den folkhälsopolitiska dimensionen inom politikområdet.

Inom EU styrs samarbetet av EU:s narkotikastrategi för perioden 2013–2020. Strategin ska kompletteras med två handlingsplaner. Den första handlingsplanen ersattes under våren 2017 med en ny handlingsplan för 2017–2020. Den nya handlingsplanen betonar i ökad utsträckning bl.a. preventionsinsatser för barn och unga, hälsofrämjande insatser, samt inkluderar ett tydligare jämställdhetsperspektiv.

I den europeiska skolundersökningen Espad, som genomfördes bland 16-åriga skolungdomar 2015, framkommer låga siffror gällande erfarenhet av anabola steroider.

I november 2016 genomfördes den sjunde partskonferensen för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll i Delhi, Indien. Beslut fattades bl.a. om att intensifiera arbetet med att påskynda ikraftträdandet av ramkonventionens protokoll om eliminering av illegal handel med tobaksprodukter.

Centrala åtgärder vidtagna inom ramen för ANDT-strategin

I detta avsnitt redovisas vissa av regeringens centrala åtgärder som har vidtagits inom ramen för den nationella ANDT-strategin.

Nya alkoholprodukter

Under senare år har alkoholhaltiga produkter i annan form än dryck, men som ändå är avsedda att förtäras, lanserats på marknaden, både i Sverige och internationellt. Då nuvarande alkohollagstiftning inte reglerar dessa på samma sätt som alkoholdrycker, trots att de utifrån hälsorisker är att jämföras med alkoholdrycker, beslutade regeringen i september 2016 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att föreslå hur dessa preparat lämpligen regleras (S 2016:06). Utredningen, som tagit namnet Utredningen om vissa alkohol- och marknadsföringsfrågor, lämnade ett delbetänkande med förslag på en sådan reglering i juni 2017.

Alkoholreklamen ökar

Under senare år har kunskapen ökat om att marknadsföring av alkohol påverkar barn och unga så att de får en positiv attityd till alkohol och alkoholvanor. Samtidigt har marknadsföringen av alkohol ökat. Utredningen om vissa alkohol- och marknadsföringsfrågor har därför även fått i uppdrag att lämna förslag om hur framför allt barn och unga på ett bättre sätt än i dag kan skyddas från marknadsföring av alkohol via digitala medier. Slutbetänkande lämnas senast den 31 december 2017.

Uppdrag att samordna Smadit

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att samordna det nationella arbetet med samverkan mot alkohol och droger i trafiken (Smadit). Arbetet syftar till att misstänkta ratt- och sjöfyllerister ska få möjlighet att komma i kontakt med socialtjänst och/eller beroendevård inom 24 timmar.

Uppdrag om punktskatter och smuggelsprit

Regeringen har gett ett uppdrag till bl.a. Tullverket om punktskatter med koppling till bl.a. smuggelsprit, s.k. spritbussar (utg.omr. 3, avsnitt 4 Tull).

Tillsyn – ett viktigt förebyggande verktyg

Att alkohollagen (2010:1622) och tobakslagen (1993:581) upprätthålls i samband med folköls-

och tobaksförsäljning och alkoholservice utgör viktiga delar av en tillgänglighetsbegränsande alkohol- och tobakspolitik. För att stödja länsstyrelsernas arbete har regeringen avsatt 12 miljoner kronor årligen under 2016 och 2017 för förstärkt alkohol- och tobakstillsyn.

Barn till anhöriga med missbruksproblem

Risken att behöva vårdas för eget missbruk är fyra till sju gånger högre för flickor och pojkar med förälder som har sjukhusvårdats för missbruk. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att stärka stödet till barn som anhöriga. Uppdraget sträcker sig över strategiperioden och för uppdragets genomförande får Socialstyrelsen använda 3,8 miljoner kronor under 2017.

Minskad smittspridning

För att förbättra tillgången i hela landet till sprututbyten för personer som injicerar droger har lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ändrats. Förändringen innebär att ansvaret för sprututbytesverksamheterna renodlas till landstinget som blir ensam huvudman för att ansöka om och att driva verksamheten. Alla som injicerar droger och som fyllt 18 år ska kunna delta i verksamheten på lika villkor och därmed sänks den tidigare åldersgränsen från 20 till 18 år. Lagen trädde i kraft den 1 mars 2017.

Snabbare klassificering av nya droger

Regeringen beslutade i oktober 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en bred översyn av problemen med nya psykoaktiva substanser. Utredaren lämnade sitt betänkande Klassificering av nya psykoaktiva substanser (SOU 2016:93) i december 2016. Förslaget har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

Åtgärder mot narkotikarelaterad dödlighet

I oktober 2016 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten föreslå en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete med särskild inriktning på att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Uppdraget har redovisats och bereds i Regeringskansliet.

Regeringen gav i april 2017 i uppdrag till Läkemedelsverket att tillsammans med Socialstyrelsen utreda förutsättningarna för att på ett säkert och effektivt sätt minska dödligheten vid opioidöverdosering genom ett ökat tillgängliggörande utanför hälso- och sjukvården av antidoter i form av naloxonläkemedel. Läkemedels-

verket ska rapportera uppdraget till Regeringskansliet senast den 31 december 2017.

Regeringen gav i maj 2017 Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Läkemedelsverket redogöra för möjligheten att, inom ramen för rättslig reglering, tillgängliggöra naloxonläkemedel för patienter och personer utanför hälso- och sjukvården för att motverka överdosering av opioider. Av redovisningen från i juni framgår bl.a. att det finns ett godkänt och tillgängligt naloxonläkemedel avsett att användas utanför hälso- och sjukvården samt att läkare kan förskriva naloxonläkemedel direkt till patienten.

Förebygga dopning på gym- och träningsanläggningar

Användningen av anabola androgena steroider (AAS) har legat på en relativt konstant och låg nivå under en följd av år. Olika studier visar på att den typiska användaren är en man mellan 18 och 34 år som regelbundet styrketränar på gym. Regeringen har 2016 gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att stödja Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) i det dopningsförebyggande arbetet genom att vidareutveckla arbetsmetoden 100 % ren hårdträning som riktar sig till gym- och träningsanläggningar samt att samordna nätverket Prodis (Prevention av dopning i Sverige).

Genomförandet av EU:s tobaksproduktdirektiv

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 om propositionen Genomförande av tobaksprodukt-direktivets bestämmelser om e-cigarett (prop. 2016/17:132). I propositionen lämnades förslag till de lagändringar som behövs för att genomföra bestämmelserna om e-cigarett i EU:s tobaksproduktdirektiv (2014/40/EU). Övriga delar har i huvudsak genomförts i svensk rätt genom regeringens proposition Åtgärder för ökad folkhälsa på tobaksområdet – genomförandet av EU:s tobaksprodukt-direktiv (prop. 2015/16:82).

Skadeverkningar av spelberoende

Regeringens mål vad gäller spelmarknaden är en sund och säker spelmarknad där sociala skyddsintressen och efterfrågan på spel tillgodoses under kontrollerade former. Folkhälsomyndigheten har haft regeringens uppdrag att motverka negativa konsekvenser av spelproblem sedan

1999 och sedan 2003 ingår spelproblem som ett målområde i den svenska folkhälsopolitiken.

Studien Swelogs genomförs av Folkhälsomyndigheten och visar på en långsiktig trend där färre personer spelar för alltmer pengar. Andelen problemspelare är enligt studien högre bland personer med psykisk ohälsa, riskkonsumtion av alkohol, födda utanför Norden, låg utbildning och låg inkomst.

Enligt Lotteriinspektionen blir spel alltmer lättillgängligt, framför allt via mobila plattformar, och nätkasino är den spelform som växer snabbast. Stödlinjen erbjuder anonym och kostnadsfri rådgivning till spelare och anhöriga och drivs av Centrum för psykiatriforskning vid Stockholms läns landsting och Karolinska institutet på uppdrag av Folkhälsomyndigheten.

Riksdagen har beslutat om ett tillkännagivande i enlighet med vad utskottet anfört om långsiktiga insatser mot spelberoende (bet. 2005/06:SoU1, rskr. 2005/06:111, punkt 22). Utskottet menar att det finns behov av att ytterligare stärka det förebyggande arbetet mot spelberoende, och att det därför finns anledning att överväga hur finansieringen av insatser mot spelberoende långsiktigt kan stärkas. Utskottet anser att möjligheterna till en ny modell där pengar från spelbolagens överskott används till att motverka spelberoendet bör ses över. Regeringen har genomfört insatser med syfte att säkerställa tillgång till förebyggande insatser liksom till behandlings- och stödinsatser för personer med spelberoende. Den 1 augusti 2017 trädde förordningen (2017:811) om statsbidrag till telefon- och webbaserade stödinsatser inom områdena alkohol, tobak och spel om pengar i kraft. Syftet med förordningen är att skapa förutsättningar för en långsiktig och förutsebar finansiering av bl.a. stöd till personer med spelproblem. Enligt statistik från Stödlinjen för 2013–2015 har andelen av de som kontaktar stödlinjen och som anger nätkasino som sitt primära spel, ökat från 26 procent till 47 procent.

Folkhälsomyndigheten har i enlighet med ett särskilt regeringsuppdrag tagit fram ett nationellt kunskapsstöd för att förebygga spelproblem, vilket syftar till att stärka olika målgruppers kunskap om spelproblem och förebyggande åtgärder m.m.

Regeringen beslutade den 9 februari 2017 om propositionen Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk (prop. 2016/17:85).

Förslagen syftar till att stärka det förebyggande arbetet liksom vård och stöd avseende missbruk av spel om pengar genom en skyldighet för kommunerna att arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar. Den 1 januari 2018 träder de nya bestämmelserna i kraft. Såväl den nya förordningen om statsbidrag till telefon- och webbaserade stödinsatser bl.a. inom området spel om pengar som de lagändringar som träder i kraft den 1 januari 2018 syftar till att stärka och skapa långsiktighet i det spelförebyggande arbetet. Regeringen bedömer att det inte finns skäl att gå vidare med ytterligare insatser och anser därmed att tillkännagivandet är slutbehandlat.

4.4.3 Analys och slutsatser

Folkhälsans utveckling i Sverige är i mångt och mycket positiv. Det finns dock skillnader i hälsa mellan kvinnor och män och mellan olika grupper i samhället. Ett viktigt initiativ som regeringen har genomfört för att nå målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation är tillsättningen av Kommissionen för jämlik hälsa. Kommissionens förslag utgör ett viktigt underlag i regeringens fortsatta arbete med att sluta de påverkbara hälsoklyftorna.

Folkhälsopolitiken bidrar till genomförandet av Agenda 2030. Sverige har inom ramen för Agenda 2030 såväl ett nationellt som internationellt åtagande att bidra till att människor kan leva friskare och mer hälsosamma liv. Genom ett internationellt arbete vad gäller folkhälsofrågorna så kan Sverige såväl bidra som tillgodogöra sig internationella erfarenheter som kan förstärka det nationella arbetet.

Psykisk ohälsa är en av de största utmaningarna inom folkhälsoområdet. Regeringen bedömer att strategin för psykisk hälsa skapar en god grund för ett långsiktigt och strategiskt arbete inom området. Fortsatt samarbete mellan olika aktörer och sektorer är centralt för att effektivt förebygga psykisk ohälsa i befolkningen. De regionala resurscentrum som nu byggs upp är strategiskt viktiga i detta arbete.

Regeringens bedömning är att landstingen efter omständigheterna har hanterat flyktingsituationen väl. Åtgärder har genomförts för en bättre psykisk hälsa hos asylsökande och nyanlända kvinnor och män.

Det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) är centralt i det globala arbetet mot hälsohot och bidrar till att världen tidigt kan upptäcka och hantera hälsohot. Världshälsoorganisationen (WHO) behöver ha en organisation som är rustad att stötta hanteringen av hälsohot och hälsofrågor i kriser. Det stora antalet hälsokriser globalt påvisar vikten av att WHO:s arbete fortsätter att förbättras bl.a. utifrån lärdomarna från ebolautbrottet 2014/15.

Antibiotikaresistens är ett växande globalt hälsohot. Det relativt goda resistensläget i Sverige är resultatet av ett aktivt engagemang inom olika sektorer och nivåer under lång tid. Det finns behov av att fortsätta arbetet mot antibiotikaresistens för att bevara möjligheten till effektiv behandling av bakteriella infektioner och visa svenskt ledarskap.

Sveriges nationella vaccinationsprogram bidrar till att hindra smittspridning och ge befolkningen ett gott skydd mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination. Folkhälsomyndighetens insatser i att utveckla och ge information om det nationella vaccinationsprogrammet för barn, för att på så sätt upprätthålla det goda förtroendet och den höga följsamheten till programmet är viktiga, men bör förstärkas ytterligare för att kunna bemöta felaktig information om vaccinationer och nå grupper med lägre vaccinationstäckning.

Det hälsofrämjande arbetet är av stor betydelse för att skapa en god folkhälsa. Hälso- och sjukvården har en central roll för att bidra till en mer jämlik hälsa och för att förebygga utvecklingen av inte minst långvariga eller kroniska sjukdomar.

Ökningen av antalet anmälda fall av gonorré är oroande med hänsyn till utvecklingen av antibiotikaresistens för sjukdomen. Det ökade antalet anmälda fall av hivinfektion bland personer som injicerar droger är angeläget att följa upp. Införandet av sprututbytesprogram är en insats som regeringen bedömer kan bemöta en uppgång av nya fall. Folkhälsomyndighetens förslag till att uppdatera den befintliga nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar är ett användbart verktyg för att nå resultat.

Regeringen delar Folkhälsomyndighetens och Livsmedelsverkets övergripande bedömning att det är möjligt att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet på befolkningsnivå och att insatserna behöver vara långsiktiga och riktas

både till individer och till deras sociala och fysiska miljö. Offentliga styrmedel kan enligt regeringens bedömning användas för att främja förutsättningarna för hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet.

Utvecklingen på alkoholområdet är positiv på flera sätt. Den totala alkoholkonsumtionen har minskat över tid, framför allt bland barn och unga. Den positiva utvecklingen bland unga återspeglas inte bland äldre. Antalet kvinnor 65–84 år som får vård för alkoholdiagnoser har fördubblats mellan 2006 och 2015.

Systembolagets arbete är centralt för att uppfylla ANDT-målet. Det är därför viktigt att värna Systembolagets legitimitet. Inom distanshandelsområdet förekommer e-handelsaktörer som inom ramen för en i Sverige uppbyggd organisation hanterar de flesta försäljningsmomenten såsom beställning, betalning, transport, reklamation och kundtjänst. Det finns en risk att sådan verksamhet vid en rättslig prövning skulle ses som intrång i Systembolagets ensamrätt och därmed inte vara förenlig med den svenska alkoholpolitiken eller den svenska alkohollagstiftningen.

En viktig del i en tillgänglighetsbegränsande alkohol- och tobakspolitik, är en väl fungerande tillsyn såväl över folköls- och tobaksförsäljningen som över alkoholservingen.

Den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige är hög, vilket är ett allvarligt samhällsproblem. Antalet nya psykoaktiva substanser ökar på den svenska marknaden. Detta är oroande.

Statens bidrag till antidopning inom idrotten och till insatser mot dopning vid gym- och träningsanläggningar bedöms ha tydliga synergieffekter som genom samordning har uppnått positiva effekter.

En central insats som regeringen har genomfört är implementeringen av EU:s tobaksproduktionsdirektiv.

4.5 Politikens inriktning

Regeringens folkhälsopolitik syftar till att långsiktigt utjämna skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället. De påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Hälsan i Sverige utvecklas positivt. En ökad medellivslängd är ett tecken på detta.

Även om hälsan utvecklas positivt överlag i Sverige så ser hälsoläget olika ut för olika grupper i samhället. Generellt sett har kvinnor och män med lägre utbildningsnivå sämre hälsa än de med en högre utbildningsnivå. Regeringen prioriterar därför insatser som bidrar till att minska hälsoklyftorna. Särskilt angeläget är det med åtgärder som ger individer likvärdiga samhälleliga förutsättningar, vilket kan bidra till en god och jämlik hälsa. Även insatser som är riktade mot individer, grupper eller institutioner för att förmedla kunskap och öka medvetenheten om samband mellan levnadsvanor och hälsa är viktiga.

Folkhälsoarbetet fordrar långsiktiga insatser inom flera olika sektorer och verksamheter. Staten genomför viktiga hälsofrämjande åtgärder och kommuner, landsting och regioner ansvarar för flertalet välfärdstjänster med betydelse för minskade hälsoskillnader och god folkhälsa.

Det är generellt sett alltid bättre att bryta ett negativt förlopp i ett tidigare än i ett senare skede. Främjande och förebyggande arbete kan och bör därför riktas mot personer i alla åldersgrupper samt genomgående beakta könsskillnader.

Minskad ohälsa kan även minska det sammanlagda behovet av sjukvård (avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik). En friskare befolkning bidrar också till ökat arbetskraftsutbud.

Av betänkanden från Kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2017:4 och SOU 2017:47) framgår bl.a. att det folkhälsopolitiska ramverket är i behov av utveckling. Regeringen anser att kommissionens betänkanden är ett viktigt underlag för regeringens arbete med att utveckla det folkhälsopolitiska ramverket.

Sveriges internationella folkhälsoarbete behöver fortsätta. I detta ingår bl.a. ett fokus på viktiga riskfaktorer där det finns eller bör utvecklas internationella överenskommelser eller ny kunskap (se även utgiftsområde 7 Internationellt bistånd)

Regeringen prioriterar frågor kring psykisk hälsa

Den psykiska ohälsan har ökat på senare år. Många får vänta länge på att få vård inom såväl öppenvården som inom den slutna psykiatri. Psykiatri och främjandet av psykisk hälsa är därför en av regeringens prioriterade frågor. För att vända utvecklingen kommer det att krävas kraftfulla insatser som utförs av många aktörer samordnat.

Regeringen avser att fortsätta arbetet med att främja psykisk hälsa utifrån den nuvarande strategin inom området psykisk hälsa, som syftar till att samordna insatser och att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete. Genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har regeringen avsatt över 800 miljoner kronor per år 2016 och 2017. Avsikten är att ingå en liknande överenskommelse med SKL även för 2018.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2016 en fyraårig satsning om 280 miljoner kronor per år för att möta den ökande ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år. Medlen används dels för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete, dels för att stimulera nya initiativ.

Det stora antalet asylsökande som kom till Sverige hösten 2015 har ökat belastningen på traumacenter för krigs- och tortyrskadade runt om i Sverige. Regeringen aviserade därför i budgetproposition för 2017 åtgärder bl.a. för att öka tillgängligheten av vård och behandling för traumatiserade asylsökande och nyanlända. Regeringen beräknar att avsätta 40 miljoner kronor per år 2017–2020 för detta ändamål. Se även avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Regeringen ger ekonomiskt stöd till uppbyggnaden av regionala resurscentrum för psykisk hälsa. Dessa kommer fullt utbyggda att utgöra ett viktigt stöd till olika delar av hälso- och sjukvården samt bidra till en utvecklad samverkan med kommunerna. Resurscentrumen kommer också successivt kunna integreras i den sammanhållna nationella strukturen för styrning med kunskap som landstingen nu etablerar.

Regeringen har förstärkt arbetet med suicid sedan 2015. Folkhälsomyndigheten har sedan i maj 2015 i uppdrag av regeringen att samordna arbetet med suicidprevention på nationell nivå. För detta arbete erhåller myndigheten 5 miljoner kronor årligen. Dessutom har Folkhälsomyndigheten betalat ut 15 miljoner kronor 2017 i verksamhetsbidrag till ideella organisationer som bedriver främjande och förebyggande arbete bl.a. inom området suicidprevention.

Regeringen gör bedömningen att det finns ett stort behov av att vidga satsningen inom psykiatri och psykisk hälsa. Regeringen förstärker därför arbetet med psykisk hälsa med 500 miljoner kronor för 2018 och avser att stärka arbetet med 1 miljard kronor per år 2019 och 2020. Satsningen görs i syfte att förstärka första

linjens vård samt den specialiserade psykiatrin för barn och vuxna. Även om många drabbas av psykisk ohälsa så är inte alla i behov av specialiserad psykiatrisk vård. Primärvårdens kapacitet och kompetens behöver stärkas inom området psykisk ohälsa och delar av den utökade satsningen ska därför användas till att utveckla första linjens psykiatri för både barn och vuxna.

I propositionen Vårändringsbudget för 2017 (prop. 2016/17:99) tillfördes medel för innevarande år för att förstärka barn- och ungdomspsykiatrin och första linjens psykiatri för barn och unga i primärvården i landstingen och regionerna. Regeringen föreslår i denna proposition att fortsätta denna satsning med 100 miljoner kronor per år 2018–2020. Med tanke på att många asylsökande och nyanlända är barn avser regeringen dessutom 50 miljoner kronor per år från och med 2018 för att förbättra tillgången till vård för att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga i gruppen asylsökande och nyanlända.

Totalt beräknar regeringen därmed att avsätta drygt 1,7 miljarder kronor 2018 för insatser inom området psykisk hälsa, vilket är en förstärkning på ca 550 miljoner kronor jämfört med föregående år. För 2019 beräknas drygt 2,2 miljarder kronor och 2020 knappt 2 miljarder kronor.

God beredskap att möta hälsohot

Regeringen har beslutat om en nationell säkerhetsstrategi där hälsohot tas upp som ett område. Utöver det som nämns om hälso- och sjukvårdens beredskap i avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik avser regeringen att även förstärka beredskapen mot hälsohot.

Hotet från resistenta bakterier bemöts nationellt, internationellt och inom EU

Regeringen prioriterar antibiotikaresistensfrågan högt, såväl vad gäller nationellt som internationellt arbete samt inom EU. Det framgår bl.a. av regeringens strategi för arbetet mot antibiotikaresistens, den nationella säkerhetsstrategin, propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50), politiken för global utveckling i genomförandet av Agenda 2030 (skr. 2015/16:182) samt policyramverket för svenskt utvecklingssamarbete och humanitärt bistånd (skr. 2016/17:60). Antibiotikaresistensfrågan behöver löpande omsättas i konkreta

initiativ och verksamheter inom olika sektorer och på olika nivåer.

Regeringen beslutade i mars 2017 om ett uppdrag till 20 myndigheter angående en nationell samverkansfunktion och en uppdaterad handlingsplan för att främja ett samordnat, tvärsektorielt arbete mot antibiotikaresistens. Uppdraget omfattar även att verka för genomförandet av den kommande handlingsplanen för 2018–2020.

Regeringen avser att fortsätta att driva antibiotikaresistensfrågan framåt inom EU och på internationell nivå. Den svenska strategin framhåller vikten av ledarskap i de multilaterala processerna, inom EU och genom bilaterala kontakter och samarbeten. Centrala utgångspunkter för det internationella arbetet är bl.a. den globala handlingsplanen om antimikrobiell resistens (AMR) och Agenda 2030. Viktiga verktyg omfattar även uppföljningen av högnivåmötet om AMR som anordnades i FN:s generalförsamling i september 2016, inklusive den politiska deklARATIONEN och FN:s samordningsgrupp om AMR. Ett exempel på arbetet inom EU är genomförandet av handlingsplanen om AMR som Europeiska kommissionen publicerade i juni 2017. Folkhälsomyndigheten och andra myndigheter från olika sektorer bidrar genom sina verksamheter till arbetet inom EU och internationellt.

Ansvarsfull användning av antibiotika inom hälso- och sjukvården är centralt i arbetet mot antibiotikaresistens. Regeringen följer utvecklingen avseende om det ökade utbudet av digitala vårdtjänster påverkar förskrivningen av antibiotika. Regeringen har även gett ett uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp reformen om kostnadsfria läkemedel för barn och unga i vilket förskrivning av antibiotika uppmärksammas.

Antibiotikaresistens behandlas även inom andra utgiftsområden såsom utgiftsområde 20 Allmän miljö- och naturvård och utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel.

En förstärkt barnhälsovård

Som en del i regeringens arbete med jämlik hälsa föreslår regeringen att 137 miljoner kronor per år avsätts under 2018–2020 för att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa. Regeringen avser inom ramen för detta att utveckla och förstärka arbetet med information och

kommunikation om vaccinationer för att bemöta felaktig information och nå grupper som har lägre vaccinationstäckning.

Regeringen bedömer att vaccination mot rotavirus uppfyller kriterierna för ett nationellt vaccinationsprogram. Regeringen avser därför att utöka det nationella vaccinationsprogrammet för barn med vaccination mot rotavirus. Finansiering sker via det generella statsbidraget inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bör utvecklas inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har en central roll i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdomar. Regeringen anser att det förebyggande arbetet behöver stärkas och bidrar till detta bl.a. inom ramen för arbetet med psykisk hälsa och kroniska sjukdomar. Se även avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik samt Idrottspolitik inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, trosamfund och fritid.

Insatser för bättre hälsa hos asylsökande och nyanlända

Människor som flyr från krig har ofta upplevt trauman av olika slag. Belastningen på traumacentren för krigs- och tortyrskadade har ökat. Regeringen gör bedömningen att det även framöver kommer att finnas ett stort behov av insatser inom området.

Under åren 2018–2020 beräknar regeringen att fortsätta avsätta 40 miljoner kronor per år för insatser som syftar till att minska psykisk ohälsa genom bättre tillgång till specialiserad vård och behandling hos asylsökande och nyanlända.

Bättre förutsättningar för ökad sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Arbetet med att främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter hos befolkningen behöver fortsätta. Regeringen avser att fullfölja och vidareutveckla åtgärder för att stärka den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor. Detta sker inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvården. Särskilt fokus läggs på kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden.

Minskad spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Regeringen delar Folkhälsomyndighetens bedömning om att den befintliga nationella strate-

gin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar fortfarande ska gälla i huvudsak men att vissa delar behöver uppdateras. Frågan bereds inom Regeringskansliet.

Fysisk aktivitet och bra matvanor för ökad hälsa

Hälsa ska inte vara en klassfråga. Regeringen anser att arbetet med att främja en god hälsa genom att förbättra människors möjligheter till bra levnadsvanor även fortsättningsvis är viktigt.

Folkhälsomyndighetens och Livsmedelsverkets uppdrag om att ta fram underlag till insatser för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet utgör ett viktigt bidrag för att föra det hälsofrämjande arbetet framåt. Myndigheternas förslag ligger väl i linje med Kommissionen för jämlik hälsas förslag avseende utveckling av det folkhälso- och miljöpolitiska ramverket.

Ur ett folkhälso-, klimat- och miljöperspektiv är det mycket viktigt att fortsatt främja goda matvanor genom olika åtgärder, bl.a. inom offentlig sektor och genom satsningar på information (se utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel).

En analys av regelverket för skattefri friskvård har påbörjats i Finansdepartementet. Omfattningen av friskvårdsförmånen är något som engagerar många och det finns många aspekter, till exempel kring jämställdhet och jämlikhet, som behöver analyseras.

Alkoholens skadeverkningar behöver motverkas

Det övergripande målet med den svenska alkoholpolitiken är att minska alkoholens sociala och medicinska skadeverkningar. Skyddet för folkhälsan är och ska även fortsatt vara grunden för alkoholpolitiken, vilket innebär en restriktiv alkohollagstiftning där bl.a. privata vinstintressen på den svenska detaljhandelsmarknaden utesluts.

Distanshandeln med alkohol står för en liten del av den totala alkoholkonsumtionen, men utvecklingen inom området föranleder en tydligare lagstiftning i syfte att skapa en systematisk och sammanhållen alkoholpolitik som fortsatt säkerställer legitimiteten för Systembolagets ensamrätt. Under 2016 remitterade Socialdepartementet en departementspromemoria (Ds 2016:33) om reglering av distanshandel med alkoholdrycker. Förslagen i promemorian bereds inom Regeringskansliet. Regeringen har tidigare remitterat Alkoholleveransutredningen (SOU 2014:58) och Utredningen om tillsyn av marknadsföring och

e-handel med alkoholdrycker m.m. (SOU 2013:50).

Inom alkoholområdet utvecklas inte bara inköpsmönster, utan även nya produkter. En särskild utredare har haft i uppdrag att analysera och lämna förslag om hur alkoholhaltiga preparat som är avsedda för förtäring bör regleras i syfte att säkerställa en sammanhållen och systematisk reglering inom alkoholområdet till skydd för folkhälsan och framför allt skydda barn och unga.

Samma utredning har uppdrag att analysera och lämna förslag om hur marknadsföring i digitala medier mot barn och unga kan begränsas.

Den narkotikarelaterade dödligheten måste minska

Regeringens narkotikapolitik omfattar insatser såväl för att begränsa tillgång och efterfrågan som för att ge förutsättningar för en jämlik hälsa för hela befolkningen. Regeringens ambition är att minska narkotikans skadeverkningar för individen och samhället. Insatserna omfattar såväl ett nationellt förebyggande arbete på befolkningsnivå som ett internationellt arbete.

Den narkotikarelaterade dödligheten är fortsatt hög. Regeringen prioriterar insatser för att få ner den höga dödligheten. Socialstyrelsen, i samarbete med Folkhälsomyndigheten, har utifrån ett regeringsuppdrag föreslagit en handlingsplan för 2017–2020 med insatser för att motverka den narkotikarelaterade dödligheten. Regeringen har för avsikt att genomföra åtgärder för att få ner den höga dödligheten genom att bl.a. göra naloxonläkemedel tillgängligt utanför hälso- och sjukvården för personer i högriskindividens närhet för att häva akut opioidförgiftning, i enlighet med Världshälsoorganisationens (WHO) riktlinjer för första hjälpen-insatser vid drogöverdoser (Community management of opioid overdose, WHO 2014). Övriga förslag i handlingsplanen bereds inom Regeringskansliet.

Antalet nya psykoaktiva substanser som kommer ut på den svenska marknaden ökar. Substanserna kan säljas lagligt fram till dess att de klassas som narkotika eller hälsofarliga varor. Regeringen bereder förslag från utredningen om nardroger m.m. i syfte att få bort substanserna från marknaden.

Det är av stor betydelse att följa utvecklingen av sprututbytesverksamheter och hur de utvecklas, vilka resultat som uppnås och hur kunskap genereras via verksamheterna.

Socialstyrelsen har ett uppdrag att följa upp förändringarna i lag om utbyte av kanyler och sprutor och utveckla systematisk och samordnad uppföljning av verksamheterna.

Ett mer samordnat arbete mot dopning

Regeringen anser att samordningen av arbetet mot dopning behöver öka i hela samhället. Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten ett nationellt övergripande samordningsuppdrag att genomföra En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken, även kallad ANDT-strategin, där insatser mot dopning ingår. Dopningsanvändningen i yngre åldrar och i de miljöer där unga vistas behöver uppmärksammas. Insatser mot dopning sker främst inom den organiserade idrottsverksamheten i Riksidrottsförbundet. Regeringen ger även stöd för att trygga dopningsfria miljöer inom annan idrottsverksamhet såsom vid gym- och träningsanläggningar.

En minskad tobaksanvändning

Rökningen fortsätter att minska i Sverige. Genomförandet av EU:s tobaksproduktdirektiv 2016 förväntas bidra till att ytterligare minska tobaksbruket, men mer insatser krävs för att nå målet om ett rökfritt Sverige till 2025.

Ungdomar är en viktig målgrupp då de allra flesta av dem som röker började röka i tonåren. Tillgänglighetsbegränsande åtgärder, exempelvis en effektiv tillsyn har stor betydelse för att förhindra att unga börjar använda tobak. Regeringen har därför beslutat om insatser för ett minskat tobaksbruk med fokus på barn och ungdomar. Folkhälsomyndighetens och länsstyrelsernas tillsyn förstärks med anledning av genomförandet av EU:s tobaksproduktdirektiv. Även tillsynen av rökfria skolgårdar ska stärkas. Satsningen innebär vidare ytterligare stöd till organisationer som bedriver förebyggande arbete för att minska tobaksbruket och till insatser som riktar sig mot barn och ungdomar.

Regeringen följer utvecklingen av nya tobaksprodukter och tobaksrelaterade produkter noggsamt. Ungdomars ökande användning av elektroniska cigaretter är oroande. Regleringen av elektroniska cigaretter trädde i kraft den 1 juli 2017 och innebär att en 18-årsgräns införs. E-cigaretter ska även försees med hälsovarning, informationsblad och innehållsförteckning.

Regeringens särskilda utredare har i betänkandet En översyn av tobakslagen – Nya steg mot ett minskat tobaksbruk (SOU 2016:14) lämnat

förslag på åtgärder som kan bidra till att minska tobaksbruket och där effekten på ungdomar kan tänkas vara särskilt stark, bl.a. nya rökfria miljöer. Förslagen har remitterats och bereds vidare inom Regeringskansliet.

Behov av åtgärder mot spelproblem

Regeringen anser att det är viktigt att begränsa skadeverkningarna av spelande. Detta beaktas i spellicensutredningens betänkande (SOU 2017:30) som regeringen avser behandla i en kommande proposition om en omreglerad spelmarknad under 2018. Folkhälsomyndigheten har en viktig roll i att förebygga spelproblem.

Regeringen överväger att ge länsstyrelserna ett särskilt uppdrag om att regionalt och lokalt samordna och stödja genomförandet av de lagändringar om samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk som träder i kraft den 1 januari 2018 (se prop. 2016/17:85).

4.6 Budgetförslag

4.6.1 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tabell 4.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

2016	Utfall	372 136	Anslags-sparande	7 589
2017	Anslag	380 030 ¹	Utgifts-prognos	383 615
2018	Förslag	383 014		
2019	Beräknat	389 111 ²		
2020	Beräknat	395 786 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 383 015 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 383 014 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Folkhälsomyndighetens förvaltningsutgifter samt för utgifter för suicidprevention.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet**Tabell 4.3 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2016	29 953	29 943	10
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2017	31 700	33 000	-1 300
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2018	32 651	33 990	-1 339
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Myndigheten bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och inkomsterna för denna diagnostik ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

Tabell 4.4 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2016		1 361	1 291	0
Prognos 2017		2 000	2 000	0
Budget 2018		26 060	26 060	0

Folkhälsomyndigheten prövar och utfärdar tillstånd för bekämpningsmedelsanvändning samt erbjuder bekämpningsmedelsutbildningar. Myndigheten tar ut avgifter för denna verksamhet och inkomsterna ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten bedriver även verksamhet kopplad till EU:s tobaksproduktdirektiv (2014/40/EU). I maj 2016 genomfördes direktivet i svensk lagstiftning. Myndigheten ska ta ut avgifter från tillverkare och importörer av tobaksvaror. Avgifterna regleras i förordning och disponeras av Folkhälsomyndigheten. Regeringen avser att reglera avgifter för elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare på samma sätt.

Regeringens överväganden

Anslaget tillfördes 15 miljoner kronor 2017 för att förstärka Folkhälsomyndighetens arbete mot antibiotikaresistens. För 2018 föreslås 10 miljoner kronor för detta ändamål. Från och med

2019 beräknas motsvarande nivå för denna verksamhet.

Tabell 4.5 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	380 030	380 030	380 030
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	8 192	14 372	21 138
Beslut	-5 208	-5 291	-5 382
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	383 014	389 111	395 786

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 383 014 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 389 111 000 kronor respektive 395 786 000 kronor.

4.6.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap**Tabell 4.6 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

År	Typ	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2016	Utfall	57 045		27 955
2017	Anslag	88 500 ¹		88 500
2018	Förslag	88 500		
2019	Beräknat	88 500		
2020	Beräknat	88 500		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för insatser för vaccinberedskap för att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

Kompletterande information

Regeringen bemyndigades av riksdagen att för anslag 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 510 000 000 kronor 2017–2022. Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att säkerställa tillgången till vaccinbehandling för hela befolkningen vid en pandemi. Folkhälsomyndigheten har under 2016 tecknat avtal med två vaccintillverkare, Seqirus och GlaxoSmithKline. Vid en pandemi har Folkhälsomyndigheten möjlighet att köpa de vaccin som behövs för att kunna erbjuda befolkningen skydd. Avtalen är giltiga i fyra år och kostar 85 miljoner kronor per år. Staten kommer i ett avtal svara för de årliga kostnaderna för att Sverige vid en pandemi ska ges möjlighet att få vaccin levererat från en eller flera producenter. 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. Anslaget kommer också att belastas för att täcka kostnader som Folkhälsomyndigheten har för att hantera vaccinavtalet samt förberedande åtgärder för att ta emot vaccin vid en influensapandemi.

Regeringens överväganden

Tabell 4.7 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	88 500	88 500	88 500
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Varav BP18			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	88 500	88 500	88 500

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 88 500 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 88 500 000 kronor respektive år.

4.6.3 2:3 Bidrag till WHO

Tabell 4.8 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO

Tusental kronor

År	Utfall	36 829	Anslags-sparande	-2 164
2016	Utfall	36 829	Anslags-sparande	-2 164
2017	Anslag	37 665 ¹	Utgifts-prognos	38 933
2018	Förslag	43 665		
2019	Beräknat	35 665		
2020	Beräknat	35 665		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 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 2018 uppgår till ca 2 300 000 amerikanska dollar och ca 2 200 000 schweiziska franc. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll för 2018 uppgår till ca 56 000 amerikanska dollar.

Regeringens överväganden

Till följd av en försämrad valutakurs för den svenska kronan 2017 ökades anslaget med 3 miljoner kronor 2017.

Med anledning av den nuvarande valutakursen för den svenska kronan föreslås anslaget öka med 8 miljoner kronor 2018 för att möjliggöra inbetalning av den svenska medlemsavgiften till WHO. Finansiering sker delvis genom en neddragning av anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* som minskas med 4 miljoner kronor.

WHO:s medlemsstater har beslutat att höja medlemsavgiften med tre procent. Med anledning av detta föreslås anslaget öka med 1 miljon kronor 2018 och beräknas öka med 1 miljon kronor fr.o.m. 2019. Höjningen finansieras genom en neddragning med 1 miljon kronor från anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Tabell 4.9 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 2:3 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	37 665	37 665	37 665
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	6 000	-2 000	-2 000
Varav BP18	9 000	1 000	1 000
Varav			
WHO	9 000	1 000	1 000
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	43 665	35 665	35 665

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 43 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 35 665 000 kronor respektive år.

4.6.4 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tabell 4.10 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2016	Utfall	141 906	3 596	
2017	Anslag	75 502 ¹		74 722
2018	Förslag	75 502		
2019	Beräknat	75 502		
2020	Beräknat	75 502		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids. Anslaget får användas för utgifter för insatser på nationell

nivå och övergripande samordning och uppföljning.

Regeringens överväganden

Tabell 4.11 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	75 502	75 502	75 502
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Varav BP18			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	75 502	75 502	75 502

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 75 502 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 75 502 000 kronor respektive år.

4.6.5 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tabell 4.12 Anslagsutveckling 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2016	Utfall	157 822	5 807	
2017	Anslag	213 629 ¹		208 843
2018	Förslag	195 629		
2019	Beräknat	165 629		
2020	Beräknat	95 629		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för särskilda åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. Anslaget får även användas för utgifter för statsbidrag till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Regeringens överväganden

Från och med 2016 gäller en ny samlad alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi. För att finansiera insatserna för 2018 föreslår regeringen oförändrad anslagsnivå jämfört med 2017. Under 2019 beräknas anslaget minska med 30 miljoner kronor och under 2020 med 100 miljoner kronor.

På grund av kommunernas utvidgade ansvar enligt socialtjänstlagen (2001:453) att också förebygga och motverka missbruk av spel om pengar föreslås anslaget minska med 18 miljoner kronor under 2018. Anslaget beräknas minska med samma summa från och med 2019. Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner föreslås öka med 18 miljoner kronor 2018 och beräknas öka med motsvarande belopp 2019 och framåt för att kompensera kommunerna för deras ökade kostnader.

Tabell 4.13 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor			
	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	213 629	213 629	213 629
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-18 000	-48 000	-118 000
Varav BP18	-18 000	-18 000	-18 000
Varav			
Missbruk av spel om pengar	-18 000	-18 000	-18 000
<i>Överföring till/från andra anslag</i>			
Varav BP18			
<i>Övrigt</i>			
Förslag/beräknat anslag	195 629	165 629	95 629

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 195 629 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 165 629 000 kronor respektive 95 629 000 kronor.

5 Funktionshinderspolitik

5.1 Omfattning

Funktionshinderspolitiken är tvärsektoriell och huvuddelen finansieras av insatserna inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9. Området omfattar Myndigheten för delaktighet (MFD) vars verksamhet innefattar bl.a. att främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället samt följa upp, utvärdera och analysera insatser från statliga myndigheter, kommuner, landsting och andra aktörer i förhållande till de nationella funktionshinderspolitiska målen. Vidare omfattar området bidrag till funktionshindersorganisationer.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom funktionshinderpolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2016	Budget 2017 ¹	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020
<i>Funktionshinderspolitik</i>						
3:1 Myndigheten för delaktighet	57	58	59	59	60	61
3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	189	189	189	189	189	189
Summa Funktionshinderspolitik	246	247	248	248	249	250

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

5.3 Mål för området

Funktionshinderspolitiken omfattar följande av riksdagen beslutade mål (prop. 2012/13:1):

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

5.4 Resultatredovisning

Regeringens funktionshinderspolitik utgår från Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter. Funktionshinderspolitiken är vidare en del i arbetet för ett mer jämlikt samhälle, där människors olika bakgrund eller förutsättningar inte ska avgöra möjligheten till delaktighet i samhället. Det är hela samhällets ansvar att se till att inte människor exkluderas och att alla människors kompetens kan tas tillvara. Ansvars- och finansieringsprincipen, som innebär att varje sektor i samhället har ansvar för att funktionshinderspolitiken genomförs, måste tydligt gälla.

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 genomförande av funktionshinderspolitiken samt genom ett uttalat ansvar i ett antal myndighetsinstruktioner.

För närmare redovisning av stöd och insatser se utgiftsområde. 1, avsnitt 9 Mänskliga rättigheter, utgiftsområde. 9, avsnitt 7 Politik för sociala tjänster, utgiftsområde. 10, avsnitt Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, utgiftsområde. 13, avsnitt 4 Diskriminering, utg.omr.14, avsnitt Arbetsmarknad och arbetsliv samt utgiftsområde. 16, avsnitt 3 Förskola och grundskola.

5.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

I Budgetpropositionen för 2017 (prop. 2016/17:1) presenterades resultat vad gäller levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning. Eftersom den strategi som gällt för funktionshinderspolitiken 2011–2016 har gått ut och kommande funktionshinderspolitik är under beredning, så har inte MFD lämnat sedvanlig redovisning av utvecklingen av funktionshinderspolitiken. I årets resultatredovisning återges utveckling inom områdena arbetsmarknad, utbildningsnivå och diskriminering.

De indikatorer som använts för att redovisa resultaten av utvecklingen är följande:

- Utbildningsnivå
- Arbetsmarknadsstatus (i arbetskraften eller utanför, sysselsättning¹)
- Antal diskrimineringsärenden hos DO

5.4.2 Resultat

Funktionshinderspolitiken genomfördes under åren 2011–2016 i enlighet med regeringens beslutade strategi. 22 sektorsmyndigheter har arbetat utifrån inriktnings- och delmål. MFD lämnade den 30 juni 2016 en slututvärdering av strategiperioden 2011–2016 samt en slutredovisning av uppdraget om ett samlat uppföljningssystem för funktionshinderspolitiken 2011–2016. Utvärderingen visade att utvecklingen inom funktionshinderspolitiken har gått framåt de senaste åren, men att strategin inte fått den effekt som avsågs.

Regeringen gav MFD den 21 maj 2015 i uppdrag att ta fram förslag på hur funktionshinderspolitiken kunde bli mer effektiv och systematisk samt föreslå inriktningen för arbetet efter 2016. Uppdraget redovisades i rapporten En funktionshinderspolitik för ett jämlikt och hållbart

¹ Arbetskraften utgörs av personer som antingen är sysselsatta eller arbetslösa. Sysselsatta är personer som: utförde något arbete, inte utförde något arbete, men som hade anställning, och var tillfälligt frånvarande eller deltar i vissa arbetsmarknadspolitiska program. Arbetslösa är personer som var utan arbete men som sökt arbete. Ej i arbetskraften är personer som varken är sysselsatta eller arbetslösa inklusive personer som vill ha arbete men som inte sökt.

samhälle – MFD:s förslag på struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionshindersområdet (dnr S2016/04598/FST). Rapporten har remissbehandlats.

MFD är en av myndigheterna i regeringens kunskapslyft för barnets rättigheter. Kunskapslyftet syftar till att stödja utvalda myndigheter att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter i myndigheternas verksamhet. Se vidare UO9 avsnittet för Barnrättspolitik.

Vidare har regeringen gett MFD i uppdrag att tillsammans med Diskrimineringsombudsmannen och Barnombudsmannen genomföra en kommunikationssatsning om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Utbildningsnivån fortfarande lägre

Kvinnor och män med funktionsnedsättning har i genomsnitt fortfarande lägre utbildningsnivå än övriga befolkningen. Exempelvis är andelen med eftergymnasial utbildning som högsta utbildning betydligt mindre bland personer med funktionsnedsättning än bland personer utan funktionsnedsättning. Utbildningsnivån inom respektive grupp har ökat sedan 2013 men skillnaderna kvarstår. En mindre andel män än kvinnor med funktionsnedsättning har eftergymnasial utbildning

Tabell 5.2 Högsta utbildningsnivå

Procent

	Förgymnasial nivå	Gymnasial nivå	Högskole-nivå
Personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga	17,3	50,8	31,2
Personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga	16,9	44,6	35,8
Övriga	13,4	40,4	45,4

Källa: SCB/AKU

Stor andel utanför arbetskraften

Enligt tabell 6.2 är sysselsättningen lägre bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen. Lägst andel sysselsatta finns bland personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga. Mönstret har varit detsamma sedan 2013

Tabell 5.3 Andelen sysselsatta bland personer med funktionsnedsättning med/utan nedsatt arbetsförmåga och övriga i befolkningen.

Procent

	Personer med funktionsnedsättning			Övriga i befolkningen	Befolkningen totalt
	Samtliga	Med nedsatt arbetsförmåga	Utan nedsatt arbetsförmåga		
2013	62,0	54,7	78,6	79,4	76,5
2014	62,0	55,2	76,4	80,2	77,3
2015	61,8	54,0	78,6	80,6	77,6
2016	62,4	58,4	70,6	81,6	78,6

Källa: SCB/AKU

Det finns inga betydande skillnader mellan män och kvinnor med funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga när det gäller andel sysselsatta. Bland personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga däremot, är andelen sysselsatta större bland kvinnor än bland män.

Som framgår av tabell 6.3 tillhör en mindre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning arbetskraften i jämförelse med befolkningen som helhet. En majoritet av personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga uppger att de skulle kunna utföra ett arbete om de fick tillgång till stöd eller anpassning. Kvinnor har i högre utsträckning nedsatt arbetsförmåga än män. 85 procent av den totala befolkningen mellan 16 och 64 år ingår i arbetskraften och bland samtliga personer med funktionsnedsättning är motsvarande andel 70 procent. Bland personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga är det 65 procent som ingår i arbetskraften. I detta avseende finns inga betydande skillnader mellan män och kvinnor. Enligt statistiken har en viss nedgång av andelen i arbetskraften skett bland personer utan nedsatt arbetsförmåga medan andelen ökat något bland dem med nedsatt arbetsförmåga

Tabell 5.4 Andel i arbetskraften bland personer med funktionsnedsättning med/utan nedsatt arbetsförmåga och övriga i befolkningen

Procent

	Personer med funktionsnedsättning			Övriga i befolkningen	Befolkningen totalt
	Samtliga	Med nedsatt arbetsförmåga	Utan nedsatt arbetsförmåga		
2013	69,0	61,3	86,7	86,3	83,5
2014	69,2	63,4	81,6	86,7	83,9
2015	68,5	61,9	82,9	87,0	84,0
2016	69,6	65,4	78,4	87,5	84,8

Källa: SCB/AKU

Antalet anmälningar om diskriminering har minskat

Funktionsnedsättning är en av de diskrimineringsgrunder som oftast förekommer i anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen (DO). Anmälningarna som rör funktionsnedsättning har ökat sedan bristande tillgänglighet infördes som en form av diskriminering den 1 januari 2015. Anmälningarna minskade något under 2016, men det fortsatt höga antalet torde även i år kunna förklaras med det nya diskrimineringsförbudet. År 2015 inkom 680 anmälningar om diskriminering som har samband med funktionsnedsättning medan antalet har minskat till 613 år 2016. Anmälningarna som rör funktionsnedsättning har främst handlat om diskriminering inom arbetslivet, utbildningsområdet, socialtjänsten samt tillgången till varor och tjänster. Ett större antal rör bristande tillgänglighet på arbetsplatsen. På utbildningsområdet handlar många ärenden om att barn och ungdomar med läs- och skrivsvårigheter inte får tillräckligt stöd i skolan. När det gäller tillgången på varor och tjänster avser ett stort antal tillträde till lokaler eller tillgång till tjänster. Anmälningarna som handlade om bristande tillgänglighet sjönk från 272 år 2015 till 198 år 2016.

Tabell 5.5 Inkomna anmälningar avseende diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning

Samhällsområde	2014	2015	2016
Arbetslivet	117	88	118
Arbetsförmedling m.m.	12	24	20
Medlemskap i arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer m.m.	3	1	6
Näringsverksamhet samt yrkesbehörighet	0	1	2
Utbildning	42	77	75
Hälsa- och sjukvård	42	77	75
Socialtjänst	62	102	55
Varor, tjänster och bostäder	111	203	139
Socialförsäkring m.m.	12	16	18
Offentlig anställning	20	33	31
Värnplikt	0	0	3
Totalt	461	680	613

Källa: Diskrimineringsombudsmannen

Rättigheter för barn med funktionsnedsättning

FN:s kommitté för barnets rättigheter har i sina rekommendationer till Sverige särskilt lyft barn med funktionsnedsättning. Rekommendationerna rör bland annat vikten av att säkerställa att barn med funktionsnedsättning har rätt att komma till tals i alla frågor som rör dem och bristen på uppgifter och statistik om våld mot barn med funktionsnedsättning. Stiftelsen Allmänna Barnhuset presenterade i september 2016 en kunskapssammanställning om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar (S2016/02234/FST). Kunskapssammanställningen visar att barn med funktionsnedsättning generellt är mer utsatta för våld än andra barn men att det finns mycket lite forskning som visar på skillnaderna mellan olika funktionsnedsättningar. Sammanställningen visar också att det finns brister i rättsväsendets kompetens och handläggning rörande våldsutsatta barn med funktionsnedsättning. Med anledning av att barn med funktionshinder visat sig vara särskilt utsatta anordnade regeringen under våren 2017 ett dialogmöte med tema barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättnings utsatthet på nätet där sammanställningen presenterades och inbjudna myndigheter och civilsamhällesorganisationer gavs möjlighet till utbyte av erfarenheter.

Stöd till funktionshindersonsorganisationer

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning föreskriver att personer med funktionsnedsättning och deras organisationer aktivt ska involveras i beslutsprocesser angående statens åtgärder för att genomföra de rättigheter som slås fast i konventionen. För att stödja funktionshindersonsorganisationerna i deras arbete för full delaktighet och jämlikhet i samhället för personer med funktionsnedsättning har funktionshindersonsorganisationerna 2017 beviljats ca 189 miljoner kronor i statsbidrag i enlighet med förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. Socialstyrelsen har i november 2016 fått i uppdrag av regeringen att göra en översyn av regelverket och inriktning av förordningen i samråd med representanter från funktionshinderrörelsen. Översynen ska utgå från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ska redovisas senast den 15 december 2017.

5.4.3 Analys och slutsatser

Förutsättningar för att uppnå målen om full delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkor handlar till stor del om att göra samhällslivet tillgängligt. Genom möjlighet att utbilda sig och arbeta ökar också förutsättningar för delaktighet, inte minst ekonomiskt och socialt. Rapporter och uppföljningar visar dock att det fortfarande finns skillnader i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen. Enligt regeringens mening är det viktigt att synliggöra dessa förhållanden för att kunna ge en så rättvisande bild som möjligt av hur väl målen med funktionshinderspolicen uppnås. En bedömning är att skillnaderna i utbildningsnivå, arbetskraftdeltagande och sysselsättning mellan personer med respektive utan funktionsnedsättning varit relativt oförändrade sedan 2013. Det går dock inte att dra några långtgående slutsatser av den beskrivna utvecklingen utifrån funktionshinderspolicens mål till följd av avsaknad av fullt jämförbara indikatorer över tid. Detta gäller även möjligheten till säkra slutsatser utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Barn med funktionsnedsättning är i en utsatt situation. Det är viktigt att tydliggöra barnets rättigheter i alla åtgärder som rör barn med funktionsnedsättning.

Som nämns tidigare har regeringen i maj 2017 beslutat om propositionen Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolicen (prop. 2016/17:188).

En utförlig redogörelse för innehållet i regeringens proposition lämnas under avsnittet om politikens inriktning.

5.5 Politikens inriktning

5.5.1 En funktionshinderspolic för ett Sverige som håller ihop

Regeringen fattade den 11 maj 2017 beslut om propositionen Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolicen (prop. 2016/17:188). Regeringens funktionshinderspolic tar sin utgångspunkt i Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter och är en del i arbetet för ett mer jämlikt samhälle, där människors olika bakgrund eller förutsättningar inte ska avgöra möjligheten till delaktighet i samhället. Med detta som grund tar regeringen genom propositionen det första steget mot en mer effektiv, systematisk och långsiktigt hållbar funktionshinderspolic vad gäller såväl inriktning som genomförande och uppföljning.

Förslag om ett förtydligat nationellt mål med grund i mänskliga rättigheter

Regeringen lämnar i propositionen förslag till ett nytt nationellt mål för funktionshinderspolicen med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt. Förslaget är mer renodlat och tydligare inriktat mot funktionshinder än nuvarande mål. Det nya nationella målet ska ersätta de tidigare nationella målen. Regeringen föreslår också en ny inriktning för genomförandet av funktionshinderspolicen som ska ersätta nuvarande inriktning.

I propositionen redovisar regeringen ett antal åtgärder som syftar till att bidra till det nationella målet för funktionshinderspolicen. Åtgärderna sammanfaller med områden där FN:s kommitté om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har lämnat rekommendationer till Sverige. Dessutom ligger förslagen också i linje med mål och delmål inom FN:s Agenda 2030 som refererar till personer med funktionsnedsättning.

För att öka kunskaperna om mänskliga rättigheter och funktionsnedsättning hos anställda i verksamheter inom kommun och landsting bedömer regeringen att en webbaserad utbildning i mänskliga rättigheter med särskild inriktning på kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning bör tas fram och genomföras. Vidare gör regeringen bedömningen att MFD bör ges i uppdrag att i samarbete med berörda parter ge stöd till landsting och kommuner att genomföra sina funktionshinderspolitiska strategier och planer.

Regeringen har i propositionen även uttalat att MFD, under tiden då styr- och uppföljningssystemet bereds, kommer att behöva följa utvecklingen noggrant så att inte denna minskar i takt eller avstannar.

I propositionen redovisas vissa åtgärder som har vidtagits med anledning av rekommendationerna från FN:s kommitté om rättigheter för personer med funktionsnedsättning om Sveriges efterlevnad av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Mot bakgrund av behovet av att påskynda beredningen av rekommendationerna från kommittén anser regeringen att åtgärds- eller handlingsprogram är en lämplig åtgärd att överväga vidare.

5.5.2 Arbete mot diskriminering

Regeringen föreslår en ändring i diskrimineringslagen som avser diskriminering i form av bristande tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning (prop. 2016/17:220). Ändringen innebär att även företag som vid det senaste kalenderårsskiftet sysselsatte färre än tio arbetstagare ska omfattas av förbudet vid tillhandahållande av varor och tjänster till allmänheten. Lagen föreslås träda i kraft i 1 maj 2018.

5.5.3 Valfärdsteknik och innovation

Den snabba teknikutvecklingen leder till nya möjligheter för myndigheter och huvudmän med ansvar inom hjälpmedels- och valfärdsteknikområdet. Myndigheten för delaktighet fortsätter att stödja kommunernas införande av valfärdsteknik samt utveckla sitt arbete kring innovationer för att ge personer med funktionsnedsättning möjlighet till ökad delaktighet och självständighet. Likvärdigheten över landet avseende hjälpmedel och valfärdsteknik är en central fråga för regeringen. Hjälpmedelsutredningens betänkande På lika villkor – delaktighet, självständighet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen (SOU 2017:43) remissbehandlas för närvarande.

5.6 Budgetförslag

5.6.1 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tabell 5.6 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tusental kronor				
2016	Utfall	56 890	Anslags-sparande	1 883
2017	Anslag	57 883 ¹	Utgifts-prognos	58 983
2018	Förslag	59 348		
2019	Beräknat	60 290 ²		
2020	Beräknat	61 321 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 59 348 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 59 348 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas av Myndigheten för delaktighets (MFD) förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	57 883	57 883	57 883
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 460	2 402	3 433
Beslut	5	5	5
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	59 348	60 290	61 321

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 59 348 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 60 290 000 kronor respektive 61 321 000 kronor.

5.6.2 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tabell 5.8 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2016	Utfall	188 742	
2017	Anslag	188 742 ¹	188 742
2018	Förslag	188 742	
2019	Beräknat	188 742	
2020	Beräknat	188 742	

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till funktionshindersorganisationer för att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

Kompletterande information

Reglerna för statsbidrag till funktionshindersorganisationer finns i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

Regeringens överväganden

Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	188 742	188 742	188 742
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Varav BP18			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	188 742	188 742	188 742

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 188 742 000 kronor anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till funktionshindersorganisationer* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 188 742 000 kronor för respektive år.

6 Politik för sociala tjänster

6.1 Omfattning

Områdets omfattning och finansiering

Området omfattar omsorgen om äldre, verksamhet inom individ- och familjeomsorg inklusive familjerätt och stöd till föräldrar i föräldraskapet, samt insatser till personer med funktionsnedsättning.

Verksamheten finansieras främst genom kommunala skatteintäkter, statsbidrag och avgifter.

Kommunernas ansvar

Kommunerna ansvarar för insatser enligt i huvudsak socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Det innebär att kommunerna har det huvudsakliga ansvaret för utveckling, genomförande och finansiering av sociala tjänster. Resultat inom politikområdet är därmed i stor utsträckning en effekt av kommunala insatser.

Statens ansvar

EU, riksdagen, regeringen och statliga myndigheter som t.ex. Socialstyrelsen bestämmer vilka regler som ska gälla för socialtjänsten.

Staten ansvarar för tillsyn av verksamheten. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och förordningar.

Utgångspunkten för stöd till kommunsektorn är generella statsbidrag som fördelas från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna. Anslaget 1:1 *Kommunal ekonomisk utjämning*

består av två poster, en som avser medel till kommuner och en som avser medel till lands-ting. För kostnader enligt LSS finns det ett särskilt utjämningsystem (anslag 1:2 *Utjämningsbidrag för LSS-kostnader under utgiftsområdet 25 Allmänna bidrag till kommuner*). Utöver detta fördelas riktade statsbidrag till kommunal verksamhet som regeringen och riksdagen sett som särskilt angelägen att stödja.

6.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2018 till 2020 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster minska med ca 881 miljoner kronor. Utgifterna för statlig assistansersättning som är den största utgiftsposten beräknas öka med ca 1 479 miljoner kronor. Regeringens tidsbegränsade satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen pågår till och med 2018 och därför beräknas anslaget 4.5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* minska med 2 000 miljoner kronor mellan 2018 och 2019. Regeringens tidsbegränsade satsning inom den sociala barn- och ungdomsvården och satsningen på sommarlovsstöd pågår till 2020 men fasas successivt ut vilket innebär att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskar med 450 miljoner kronor mellan 2019 och 2020. Utgifterna inom området beräknas 2017 till 29 157 miljoner kronor. Det understiger anvisade medel med 1 834 miljoner kronor. Detta förklaras huvudsakligen av lägre kostnader i den statliga assistansersättningen än vad som beräknades 2016 och som låg till grund för anslagsnivån 2017.

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster

Miljoner kronor

	Utfall 2016	Budget 2017 ¹	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020
<i>Politik för sociala tjänster</i>						
4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	21	24	25	24	25	25
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	504	412	392	768	768	768
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	288	267	245	263	263	263
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	21 511	25 931	24 325	25 693	26 324	27 172
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	2 411	2 444	2 327	2 517	518	518
4:6 Statens institutionsstyrelse	948	1 052	1 046	1 083	1 140	1 159
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	709	862	796	1 509	1 521	1 071
Summa Politik för sociala tjänster	26 393	30 991	29 157	31 858	30 558	30 977
<i>Äldreanslag</i>						
2016 4:8 Ersättning för vård i den sociala barn- och ungdomsvården	11					
2016 4:9 Ersättningsnämnden	14					
Summa Äldreanslag	26					

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

6.3 Mål för området

Politiken för sociala tjänster omfattar följande övergripande av riksdagen beslutade mål (mål för äldreomsorgen beslutades i prop. 1997/98: 113, bet. 1997/98:SoU24):

Omsorg om äldre

Äldre kvinnor och män 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

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
- att stärka skyddet för utsatta flickor och pojkar.

Personer med funktionsnedsättning

- 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.

6.4 Resultatredovisning

6.4.1 Resultatindikationer och andra bedömningsgrunder

För att bedöma och redovisa utvecklingen och resultat inom området används ett antal resultat- och bakgrundsindikatorer. Indikatorerna som används är följande och vid de fall redovisningen inte uppdelas på kön finns ingen sådan information tillgänglig.

Omsorg om äldre

Följande resultat- och bakgrundsindikatorer används för att exemplifiera och följa utvecklingen inom äldreområdet samt kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre,

- återstående medellivslängd vid 65 år,
- andel av befolkningen och antal personer 80 år och äldre som får offentligt finansierad omsorg,
- andel av befolkningen och antal personer 65 år och äldre med insatsen hemtjänst,
- andel av befolkningen och antal personer 65 år och äldre boende i särskilda boendeformer,
- bemötande, förtroende och trygghet i äldreomsorgen,
- riskförebyggande åtgärder i särskilt boende,
- fallskador bland personer 80 år och äldre,
- olämpliga läkemedel i gruppen 75 år och äldre (i särskilt boende och/eller hemtjänst).

Individ- och familjeomsorg

Bedömningsgrunder för resultatredovisningen utgörs huvudsakligen av statistik, öppna jämförelser och rapporter från myndigheter och organisationer. Ansvaret för verksamhetsområdet ligger främst hos kommunerna. En rad olika åtgärder, såväl statliga som kommunala påverkar målpuppfyllelse. Staten kan påverka kommunernas förutsättningar att bedriva individ- och familjeomsorg genom normering – i form av lagar, förordningar, föreskrifter, vägledningar, kunskapsstöd m.m. och genom att med tillsyn och exempelvis stimulansmedel bidra till kommunernas utvecklingsarbete.

Olika faktorer påverkar förutsättningarna för verksamhetsområdet så som utvecklingen på arbets- och bostadsmarknaden.

De statliga insatserna syftar till att ge kvinnor, män, flickor och pojkar tillgång till ett likvärdigt, jämlikt och jämställt stöd från den kommunala individ- och familjeomsorgen oavsett var de bor i landet och att stärka kvaliteten i verksamheten. Följande indikatorer används för att följa utvecklingen:

Sociala barn- och ungdomsvården

- andel flickor och pojkar som varit placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB) under årskurs 9 och har behörighet att söka till nationellt program i gymnasieskolan,
- antalet anställda handläggare som har socionomexamen och
 - a. minst ett års yrkeserfarenhet av socialt arbete,
 - b. minst tre års erfarenhet av barnutredningar,
 - c. mer än fem års erfarenhet av barnutredningar
 (indikatorn redovisas inte av Socialstyrelsen 2017).

Ekonomiskt bistånd

- antal mottagare och utbetalningar av ekonomiskt bistånd,
- andel av biståndsmottagare som är långvariga mottagare.

Missbruks- och beroendevården

- hur tillgängligheten är till socialtjänstens missbruks- och beroendevård utifrån väntetider (indikatorn redovisas inte av Socialstyrelsen 2017).

Brottsutsatta

- antal kommuner som gör systematiska uppföljningar av insatser för brottsoffer,
- antal kommuner som använder standardiserade bedömningsinstrument för våld i nära relationer,
- antal kommuner som har rutiner för att säkra skolgången för barn i skyddat boende.

Familjerätt

- antal barn som är föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten.

Personer med funktionsnedsättning

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 resultatavsnittet som följer redovisas stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. Det avser främst statliga stöd som assistansersättningen och bilstödet enligt socialförsäkringsbalken och övriga statliga stöd, men även kommunala insatser enligt LSS (vilket innefattar personlig assistans enligt LSS) och SoL. Kommunerna är huvudmän för stödinsatser enligt LSS och SoL och är ansvarig för dess innehåll och utförande. Staten är ansvarig för assistansersättningen och bilstödet.

Statens möjligheter att styra kommunerna är genom lagstiftning och tillsyn. Staten kan även bidra med öppna jämförelser, allmänna råd, nationella riktlinjer och statliga satsningar som syftar till att främja kvaliteten i stödinsatserna.

För att bedöma och redovisa utvecklingen och resultat inom området används ett antal resultatindikatorer. Indikatorerna som används för kvinnor och män respektive flickor och pojkar är följande:

- antal personer med insatser enligt LSS och kostnader för detta,
- antal anmälningar enligt SoL och LSS,
- antal personer och antal beviljade timmar med assistansersättning och kostnader för assistansersättning, och
- antal personer som beviljats bilstöd och kostnader för bilstöd

6.4.2 Resultat

Statliga utvecklingsinsatser

En sammanhållen statlig styrning

Från och med den 1 juli 2015 har Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst som uppgift att se till att styrningen med kunskap är samordnad, effektiv och anpassad till olika professioners och huvudmäns behov. Styrningen med kunskap ska också bidra till en ökad jämställdhet. I rådet ingår myndighetscheferna för Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

En huvudmannagrupp med företrädare för kommuner och landsting i syfte att informera rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap har en viktig funktion. Huvudmannagruppen har bland annat upprättat en prioriteringsordning där socialtjänsten ligger högst.

Statskontoret har i uppdrag att utvärdera om syftet, enligt förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, uppnås. Av den första delrapporten framgår att rådet inledningsvis vidtagit relevanta åtgärder t.ex. förbättrad samverkan mellan myndigheterna (Statskontoret, 2016:12). Statskontoret ska slutrapportera uppdraget senast den 1 november 2018.

I en redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2016 konstateras att det tagits flera viktiga steg framåt under året. Ett exempel är den gemensamma omvärldsanalys som rådets myndigheter genomförde våren 2016. Ett annat exempel är de dialogmöten som rådet haft med professions-, patient- och brukarorganisationer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. (Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst – Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2016, Socialstyrelsen).

Öppna jämförelser verktyg för förbättringsarbete

Öppna jämförelser är en del av den nationella kunskapsstyrningen och består av en uppsättning indikatorer för resultat, process och struktur. Det övergripande syftet med öppna jämförelser är att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv socialtjänst med god kvalitet. Socialstyrelsen ansvarar för arbetet i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting SKL och i samråd med Vårdföretagarna och Famna. En handlingsplan har utarbetats för åren 2015–2018.

Öppna jämförelser ska också användas för att jämföra utfall för olika indikatorer mellan kvinnor och män. Jämställdhetsperspektivet finns med i befintlig redovisning men kommer att utökas successivt efter de förutsättningar som finns på varje område.

Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten

Regeringen har sedan 2011 tecknat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till en evidensbaserad prak-

tik för god kvalitet inom socialtjänsten. År 2016 tecknade regeringen den avslutande överenskommelsen med SKL.

SKL:s resultatuppföljning för 2016 visar att samtliga regionala samverkans- och stödstrukturer har prioriterat barn- och ungdomsområdet men det finns även utvecklingsledare på funktionshindersområdet i en majoritet av landet. Uppföljningen visar också att en övervägande del av alla regionala samverkans- och stödstrukturer fortsätter på något sätt med utvecklingsarbetet inom äldreområdet (S2017/02051/FST). En del av överenskommelsen för 2016 har inneburit att SKL tillsammans med Socialstyrelsen och representanter från de regionala samverkan- och stödstrukturerna har utarbetat en plan för det fortsatta arbetet med evidensbaserad praktik. Inom ramen för denna plan finns nu en modell som innebär partnerskap mellan aktörerna. Målet med partnerskapet är en systematisk och strategisk samverkan mellan nationell och regional nivå för ömsesidig nytta för parterna. Modellen ska presenteras och förankras på den regionala och lokala nivån under 2017. (Sveriges Kommuner och Landsting, Samverkansmodell för långsiktig kunskapsutveckling, 2016).

Praktiknära forskning i socialtjänsten

I den forskningspolitiska propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) som beslutades i november 2016 bedömde regeringen att det behövs en satsning på forskning inom socialtjänstens område för att stärka kunskapsbasen av den praktiknära forskningen i socialtjänsten. I maj 2017 gav regeringen Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) i uppdrag att inrätta ett tioårigt nationellt forskningsprogram om tillämpad välfärdsforskning inklusive forskarskolor (S2017/03058/SAM). Satsningen ska bland annat omfatta klient- och praktiknära forskning inom socialtjänstens område.

E-hälsa och välfärdsteknik

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp kommunernas utvecklingsarbete med e-hälsa och trygghetslarm. Socialstyrelsens rapport E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 visar att digitaliseringen av trygghetslarmen går framåt men att användningen av andra e-tjänster fortfarande ligger på en låg nivå i kommunerna. Myndigheten konstaterar t.ex. att trots att an-

vändningen av Nationell Patientöversikt (NPÖ) ökar är det endast en mindre andel av kommunerna som kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa det. Socialstyrelsen arbetar även fram ett metodstöd för personal inom socialtjänsten som de kan använda vid bl.a. myndighetsutövning och erbjudande av välfärdstekniska lösningar till kvinnor och män med helt eller delvis nedsatt beslutsförmåga.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har haft ett uppdrag om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård i syfte att öka förutsättningarna för utveckling och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Arbetet har bl.a. resulterat i utbildningar för kommuner, ett digitalt ledningssystem för att kvalitetssäkra trygghetslarmsprocessen, vägledning om kommuners informationssäkerhetsansvar samt en webbsida som samlar kunskapsunderlag från berörda myndigheter.

Vision för e-hälsoarbetet

I syfte att operationalisera Vision e-hälsa 2025 ingick regeringen och SKL i januari 2017 en överenskommelse om en handlingsplan för samverkan vid genomförandet av visionen. I handlingsplanen presenteras en gemensam styr- och samverkansorganisation för att stärka samarbetet så att aktörerna tillsammans liksom var och en för sig bidrar på bästa effektiva sätt. Arbetet med handlingsplanen följer en årlig process som syftar till att skapa en struktur för planering, genomförande och rapportering.

I handlingsplanen föreslås målsättningar och planerade insatser inom de tre insatsområdena regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standarder (Se även avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik).

Tillståndsplikt för verksamhet inom socialtjänsten som överlämnats genom avtal

Regeringen beslutade den 14 december 2016 om propositionen Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (prop. 2016/17:59, bet. 2016/17:SoU11, rskr. 2016/17:156). Undantaget från tillståndsplikt för verksamhet som kommunen genom avtal har överlämnat till enskild att utföra har tagits bort.

Det innebär att ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild som har slutit avtal med en kommun om att bedriva enskild verksamhet i form av hem för vård eller boende, stödboende, vissa boendeformer för äldre eller funktionshindrade, hem för heldygn-

vård eller hem, eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet ska ha tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att yrkesmässigt få bedriva sådan verksamhet. Tillstånd ska beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet. Lagändringen trädde i kraft den 15 april 2017. IVO tillförs 10 miljoner kronor under en tolv-månadersperiod och därefter 2 miljoner kronor årligen för tillståndsprövningen. Framtida personalkonsekvenser av förslaget att tillföra medel till IVO kan för närvarande inte bedömas.

Tillkännagivande avseende generell tillståndsplikt för verksamhet inom socialtjänstens ansvarsområde
Riksdagen beslutade i mars 2017 om ett tillkännagivande (bet.2016/17:SoU11, rskr. 2016/17:156) med innebörden att regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om att samma krav på tillstånd som gäller för enskilda för att yrkesmässigt bedriva verksamhet inom socialtjänsten även ska gälla för offentlig verksamhet.

Kommuner och privata aktörer inom socialtjänsten har olika roller och ansvar. Kommunerna har ett lagstadgat ansvar att tillhandahålla socialtjänst åt medborgarna. Därutöver kan privata aktörer ansöka om tillstånd för att vara verksamma inom socialtjänsten. En tillståndsprövning säkerställer att grundläggande krav är uppfyllda och syftar även till att förhindra oseriösa aktörer.

Kommunernas roll och ansvar innebär även att de är huvudmän för socialtjänstverksamhet som överlämnas till privata utförare, och har det yttersta ansvaret för den individuella insatsen vid köp av enstaka platser. Rollen innebär att kommunerna alltid måste utöva någon form av kontroll för att kunna uppfylla sina skyldigheter. Tillståndskravet verkar som ett komplement till den kontroll som kommunerna ansvarar för, i syfte att säkerställa kvaliteten och lämpligheten hos ägare och ledning.

Vad gäller start av socialtjänstverksamhet i kommunal regi bedömer regeringen att samma behov av tillståndsprövning inte föreligger som för enskild verksamhet. Ett viktigt skäl till detta är den lagstadgade skyldigheten och det yttersta ansvaret att tillhandahålla välfärdstjänster. Med detta kommer även kunskap och kompetens inom socialtjänstverksamhet, vilket privata aktörer som söker sig till branschen inte alltid har. Dessutom bedömer regeringen att ett

tillståndskrav skulle innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen, utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Ett tillståndskrav för kommunal socialtjänstverksamhet skulle därmed inte vara förenligt med den grundlagsfästa proportionalitetsprincipen i regeringsformen (14 kap. 3 § RF). En tillståndsprövning skulle innebära en detaljstyrning av ett redan lagstadgat ansvar. Det skulle även riskera att försvåra för kommuner att utveckla ny verksamhet som snabbt och effektivt kan bemöta förändrade lokala behov.

Kvaliteten i vården och omsorgen är en central fråga för regeringen. Det handlar om att verksamheten ska följa lagstiftningen och att de kvinnor, män, flickor och pojkar som har kontakt med socialtjänsten får det stöd de behöver. Det finns olika krav i lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter som verksamheterna ska förhålla sig till, och de kvalitetskrav som genom författning styr socialtjänsten är omfattande.

Att kommuner inte behöver söka tillstånd för verksamhet som drivs i egen regi, innebär inte att kraven är lägre vad gäller tjänsternas kvalitet. Oavsett om tillståndsplikt är ett krav eller inte utövar Inspektionen för vård och omsorg tillsyn över både offentlig och enskild verksamhet. Den statliga tillsynen innebär en granskning av att verksamheten uppfyller de krav och mål som formulerats i lagar och andra föreskrifter. Kvalitetskraven är desamma oavsett regi.

Det pågår ett omfattande arbete för att stärka kvaliteten inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Sedan 2015 samverkar ett flertal olika myndigheter för att stödja kunskapsutveckling i socialtjänsten. Denna stärkta kunskapsstyrning är ett initiativ av regeringen. Stärkta resurser och ökad reglering för att säkerställa en tillräcklig bemanning är andra initiativ från regeringen.

Regeringens bedömning är att frågan om generell tillståndsplikt för socialtjänstverksamhet inte behöver utredas ytterligare och anser med detta att tillkännagivandet är slutbehandlat.

Utsatta EU/EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige

Regeringen har gett Länsstyrelsen i Stockholms län i uppdrag att under åren 2016–2017 utveckla samverkan och samordna det arbete som bedrivs avseende medborgare inom EU/EES-området som vistas tillfälligt i Sverige utan uppehållsrätt.

Länsstyrelsen har tillsatt en samordnare för uppdraget. Samordnaren har rapporterat att rättsläget på området uppfattas som oklart och rättstillämpningen skiljer sig över landet. Länsstyrelsen har därför under våren 2017 lanserat en servicefunktion och utvecklat en webbplats med information om lagstiftning, praxis och lokala exempel samt kontaktytor mot relevanta aktörer på området.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utvecklat stödet för socialtjänsten i mötet med EU/EES-medborgare som vistas i Sverige utan uppehållsrätt. Vägledningen innehåller EU/EES-medborgares rätt till socialt bistånd, socialtjänstens möjligheter och ansvar i mötet med EU/EES-medborgare i utsatta förhållanden och ansvaret för barn och unga (Vägledning för socialtjänsten i arbetet med EU/EES-medborgare, Socialstyrelsen, 2017).

Utredningen Ett starkt straffrättsligt skydd mot människohandel och annat utnyttjande av utsatta personer (SOU 2016:70) kom med sitt slutbetänkande den 26 oktober 2016 och har undersökt behovet av straffrättsliga åtgärder mot människohandel och exploatering av utsatta personer för bland annat tiggeri. Den 1 juli 2017 trädde nya regler om avlägsnande, en ny form av särskild handräckning, i kraft (prop. 2016/17:159). De nya reglerna ska tillämpas vid ett otillåtet besittningstagande och syftar till att göra det enklare för bland andra markägare att få tillbaka besittningen till sin mark, samtidigt som de som uppehåller sig på platsen tillförsäkras en rättssäker process.

Sommarlovsstöd

Regeringen satsar 200 miljoner kronor årligen under åren 2016–2019 på sommarlovsaktiviteter som är kostnadsfria för barn i åldern 6–15 år. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) ansvarar för att administrera, fördela och följa upp medlen. Deltagande i aktiviteterna är inte behovsprövat utan öppet för alla.

Av landets kommuner har 283 av 290 kommuner rekvirerat sammanlagt ca 198 miljoner kronor under 2016. Enligt MUCF:s redovisning Alla barn ska vara med – kostnadsfria sommarlovsaktiviteter för barn och unga i åldern 6–15 år 2016 framgår att kommunerna varit mycket positiva till stödet.

Kommunerna har haft möjlighet att utveckla sitt samarbete både internt och externt – med

ideella föreningar, polis, näringsliv m fl. Stödet syftar till att tillhandahålla gratis aktiviteter och ska vara utöver vad kommunerna själva anslår i sin ordinarie budget. En del kommuner har haft gratis aktiviteter för första gången eller t.o.m. sommarlovsaktiviteter för första gången över huvudtaget. Antal besökare har varit 608 000 (i antalet ingår att barn deltagit i flera aktiviteter).

Könsfördelningen var ca 43 procent flickor och ca 53 procent pojkar². Den något ojämna fördelningen har analyserats av kommunerna som menar att det tar tid att bryta traditionella könsroller men att man är medvetna om att arbeta för att bryta dessa. Exempel på aktiviteter som kommunerna erbjudit är bussutflykter, odlingskurser, teaterskolor, längre öppettider på fritidsgårdar, simskola, matlagning, bokfest, sportaktiviteter, pysselkvällar, konstlabb, parkour, konserter, aktiviteter för nyanlända och simborgarmärken.

Bostadsanpassningsbidrag

Boverket anger i sin rapport Uppföljande undersökning av kommunernas handläggning av bostadsanpassningsbidraget att det finns brister i den formella hanteringen av ärenden om bostadsanpassningsbidrag. Till exempel framkommer i Boverkets rapport Bostadsanpassningsbidragen 2015 att endast 23 procent av kommunerna alltid fattar ett beslut innan en åtgärd har utförts.

Boverket lämnade i samband med rapporten Översyn av lagen bostadsanpassningsbidrag en skrivelse som beskrev den osäkra situationen för mottagare av bostadsanpassningsbidrag. I sin prövning av Boverkets föreskrifter om bostadsanpassningsbidrag fann Högsta förvaltningsdomstolen att föreskrifterna i vissa delar saknade rättsligt stöd.

EU och internationellt

Rättigheter för äldre inom FN-systemet

I slutet av oktober 2016 genomfördes den tredje nationella uppföljningen av Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) som är en

² 0,8 procent hade annan könstillhörighet och för 2,9 procent saknas uppgift om kön.

global handlingsplan som lyfter fram äldres rättigheter. I syfte att synliggöra bredden av de insatser som görs för att stärka äldre kvinnors och mäns rättigheter på nationell nivå, redovisades ett flertal departementsövergripande insatser i den rapport som skickades in till UNECE i slutet av oktober (S2016/07336/FST). Ett flertal myndigheter samt pensionärsorganisationerna var delaktiga i arbetet.

Sveriges avtal med Rumänien och Bulgarien

Sverige har samarbetsavtal med Rumänien och Bulgarien på områden jämställdhet, barnrätt och social välfärd. Avtalen syftar till att utbyta erfarenheter och goda exempel mellan länderna och underlätta samarbete mellan frivilligorganisationer i respektive land. Avtalen har lett till ett gott samtalsklimat, stärkt Sveriges relationer med länderna och fungerar som en plattform för samtal om utsatta EU-medborgare.

Fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt (FEAD)

Fonden i Sverige omfattar ca 13 miljoner kronor årligen under åren 2014–2020.

Målgruppen för insatserna i Sverige är socialt och ekonomiskt utsatta EU/EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige. Rådet för Europeiska Socialfonden i Sverige (Svenska ESF-rådet) är förvaltande myndighet för det svenska programmet. Fem projekt har fått medel för perioden 2015–2018 varav två med fokus på preventiv hälsa och tre erbjuder samhällsinformation.

Omsorg om äldre

Åldersfördelningen i Sverige förskjuts snabbt mot en ökande andel äldre. Medellivslängden är i dag drygt 84 år för kvinnor och nästan 81 år för män. Den förväntade medellivslängden varierar, inte bara mellan kvinnor och män, utan även mellan kommuner. Skillnaden beror på socioekonomiska faktorer och befolkningens hälsoläge, men den påverkas också till viss del av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De flesta av kommunerna med högst förväntad medellivslängd är förortskommuner i Stockholms län och de med lägst medellivslängd är glesbygdskommuner i norra Sverige. En befolkning med hög medelålder innebär sannolikt att det finns fler kvinnor och män med behov av äldreomsorg och hälso- och sjukvård (Social-

styrelsen, Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2017).

Den skillnad i förväntad medellivslängd som finns mellan kvinnor och män medför att kvinnor har en större sannolikhet än män att leva som ensamstående under flera år i hög ålder. Det innebär en större risk för ekonomisk utsatthet och att i högre grad få förlita sig på hjälp från samhällets äldreomsorg. År 2030 uppskattas antalet personer med demenssjukdom uppgå till cirka 230 000 (Demenssjukdomarnas samhällskostnader 2012, Socialstyrelsen). Forskning visar när det gäller alzheimerssjuka att kvinnor vårdar sina sjuka makar längre tid än vad män vårdar sina sjuka fruar (Lägesrapport, Socialstyrelsen, 2017).

Kostnadsutvecklingen

Under 2016 var kommunernas sammanlagda kostnader för vård och omsorg om äldre 117,5 miljarder kronor. Den största delen, 66,9 miljarder kronor, avsåg vård och omsorg i särskilt boende. För vård och omsorg i ordinärt boende uppgick kostnaderna till 49 miljarder kronor. Vid en jämförelse med 2015 kan konstateras att kommunernas sammanlagda kostnader har ökat med 3,9 miljarder kronor.

Tabell 6.2 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre

Miljarder kronor				
	2013	2014	2015	2016
Vård och omsorg i ordinärt boende	42,0	44,8	47,6	49,0
Vård och omsorg i särskilt boende	61,3	62,7	64,4	66,9
Öppen verksamhet	1,5	1,6	1,6	1,6
Totalt	104,9	109,1	113,6	117,5

Källa: Källa: Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut, 2016, Rikstotal, RS för kommuner

Stöd för utveckling av kvalitet i vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Regeringen gav 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att sprida kunskap om att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Under 2016 samlades olika former av kunskapsstöd på Socialstyrelsens webbportal Kunskapsguiden, under temat tvång och begränsningar (Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport, Socialstyrelsen 2017). Regeringen bidrog också till en förstärkt utveckling av kvalitetsregistret

BPSD (beteendemässiga störningar och psykologiska symptom vid demenssjukdom) och Svenska demensregistret (SveDem), bland annat för att förbättra möjligheterna till uppföljning och utvärdering av vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

Under 2017 har ytterligare steg tagits för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom och för att öka kunskapen om demens. Det gäller hos såväl berörd personal och anhöriga som samhället i stort. Efterfrågan på utbildningar har varit stor och Svenskt demenscentrum har fortsatt att utveckla utbildningar och studiematerial. Ett exempel är webb-utbildningen ABC, som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Ungefär 97 000 personer har slutfört utbildningen som är avgiftsfri och tillgänglig för alla via Kunskapsguiden (Svenskt demenscentrum, verksamhetsberättelse 2016).

Under 2017 reviderar Socialstyrelsen de nationella riktlinjerna kring demenssjukdom. Syftet är bland annat att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Riktlinjerna skapar förutsättningar för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna erbjuda en god vård och omsorg.

I juni lämnade Socialstyrelsen underlag och förslag till en plan för prioriterade insatser till år 2022. I sin rapport En nationell strategi för demenssjukdom utpekade sammanlagt sju prioriterade problemområden, varav kunskap och kompetens bedöms vara det område där det finns störst behov. Det finns även behov av utveckling när det gäller samverkan mellan huvudmännen. Andra viktiga utvecklingsområden är personal, uppföljning och utvärdering samt anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom. Värdet av ett demensvänligt inkluderande samhälle lyfts även fram liksom utvecklingen av tekniska lösningar inom välfärden.

Insatser för en ökad kompetens- och personalförsörjning

För att uppfylla målet om tillgång till god vård och omsorg behöver personalen ha god kunskap och adekvat kompetens. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att under 2016 fördela medel för en kompetenssatsning riktad till

baspersonal inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet (S2015/08191/FST). Satsningen avsåg att ge kommunerna stöd att fortsätta utveckla kompetenssatsningar till målgruppen. När rekvisitionstiden gick ut hade 285 kommuner ansökt om medel motsvarande nästan 177 miljoner kronor.

Inom ramen för uppdraget skulle Socialstyrelsen även utveckla och sprida relevanta kunskapsstöd riktade till kommunerna med syfte att stödja en effektiv verksamhetsutveckling. I januari 2017 lanserades därför stöd till introduktionsutbildning för baspersonal inom äldreomsorgen respektive för baspersonal inom funktionshindersområdet på webbportalen Kunskapsguiden.

Socialstyrelsen har vidare inom sitt uppdrag genomfört en förstudie, för att fördjupa sig i ett antal utvalda kommuners arbete med frågan. Förstudien avgränsades till den kommunala vården och omsorgen. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna i dagsläget har svårt att rekrytera personer både med och utan adekvat kompetens. Myndigheten bedömer vidare att avsaknad av incitament att utbilda sig kan medföra att kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre riskerar att försämrats samt försvårar för personalen att göra karriär, vilket påverkar viljan att stanna kvar i yrket. Socialstyrelsen pekar även på att bristen på personal också påverkas av den ojämna könsfördelningen med få män inom yrket (Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2017, Socialstyrelsen).

Tillgänglighet till särskilda boendeformer

Tillgången till bostäder för äldre är en central fråga för att klara den demografiska utvecklingen. Att det finns boende som är anpassat efter vissa behov är en viktig del för att kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende. Socialstyrelsen uppger att väntetiden till särskilt boende fortsätter att öka. Mellan 2013 och 2016 ökade väntetiden med drygt sju dagar från 50 dagar år 2013 till drygt 57 dagar 2016. (Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2017, Socialstyrelsen).

Totalt bedömer 125 kommuner i 2017 års bostadsmarknadsenkät att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. Det är 16 kommuner fler än föregående år, då 109 kommuner uppgav att de hade underskott på den här formen av bostäder. Knappt hälften av landets kommuner bedömer att de har balans i

utbudet av särskilda boendeformer för äldre. Det är ungefär lika många som förra året. Antalet kommuner som uppger att de har ett överskott på särskilda boendeformer för äldre har minskat från 21 till 15 kommuner (Bostadsmarknadsenkäten 2017, Boverket).

Under perioden från 2007 då investeringsstödet till äldreboendestäder infördes och fram till 2016 har, enligt Boverket, stödet bidragit till att drygt 12 700 bostäder i särskilt boende och ca 3 280 bostäder i trygghetsboenden tillkommit. Från den 1 januari fram till den 15 november 2016 har knappt 250 miljoner kronor betalats ut till byggnation av ca 1 430 särskilda boenden och ca 680 trygghetsbostäder.

Den 15 november 2016 trädde förordningen om ett nytt investeringsstöd för bostäder för äldre ikraft. Stödet syftar till att öka antalet bostäder för äldre och därigenom förbättra tillgängligheten samt öka möjligheterna till gemenskap och trygghet för äldre personer. Under 2016 avsattes 150 miljoner kronor och för 2017 är 300 miljoner kronor avsatta. Från den 15 november 2016 fram till och med den 12 maj 2017 har det enligt Boverket beviljats ansökningar motsvarande ett värde av 387 miljoner kronor.

De flesta nöjda med hemtjänst och äldre boende

De flesta äldre är fortsatt nöjda med både hemtjänst och särskilt boende. Det framkommer av Öppna jämförelser 2016, Vård och omsorg om äldre (Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2017). De svarande ger generellt goda omdömen om äldreomsorgen i sin helhet. Resultatet för riket har varit detsamma under åren 2013–2016.

Inom hemtjänsten är en majoritet nöjda, 89 procent. Det finns ingen skillnad mellan kvinnor och män. I särskilt boende svarade 83 procent att de är nöjda med sitt boende, jämfört med 82 procent året innan. Här är kvinnorna något mer positiva. I mer än hälften av kommunerna var 9 av 10 eller mer nöjda med hemtjänsten.

Bemötande, förtroende och trygghet

För att få en mer djupgående bild av hur äldre upplever äldreomsorgen används en sammanvägd indikator. Den gäller bemötande, förtroende och trygghet. Indikatorn visar andelen som svarat genomgående positivt på tre frågor som gäller om personalen alltid bemöter dem på ett bra sätt, att det känns tryggt att bo hemma med hemtjänst samt att de känner förtroende för

personalen. Resultaten redovisas i öppna jämförelser, som vi hänvisar till ovan.

För hemtjänsten 2016 svarade 38 procent av kvinnorna och 41 procent av männen genomgående positivt på de tre frågorna. Bara i ett fåtal kommuner var det fler än hälften som svarat att de upplever äldreomsorgen på ett positivt sätt, enligt det här sättet att mäta. Det var ingen skillnad jämfört med föregående år. Inom särskilda boenden var det 39 procent av kvinnorna och 38 procent av männen som svarade positivt på alla tre frågorna 2016. Andelen hade minskat med två procentenheter bland både kvinnor och män jämfört med året innan. Andelen som avgett ett positivt svar avseende särskilt boende varierar mellan 20 och 68 procent 2016.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) rapporterar att myndigheten under 2016 fått in många lex Sarah-anmälningar om bristande bemötande, hårdhänthet och integritetskränkande handlingar från personalens sida. (Tillsynsrapport 2016, De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016, Inspektionen för vård och omsorg, 2017)

Brister i personalkontinuitet och möjligheten att påverka

Antalet äldre som bor kvar hemma ökar. Det bidrar till att behovet av en väl fungerande hemtjänst blir allt viktigare. Personalkontinuitet är en faktor som påverkar kvaliteten i hemtjänsten. Det kan mätas genom antalet olika hemtjänstpersonal som hjälper den enskilde under 14 dagar. I drygt 40 procent av kommunerna träffade den enskilde mellan 16 och 26 personer från hemtjänsten under en 14-dagarsperiod. Genomsnittet på riksnivå på antal personer från hemtjänsten som den enskilde mötte under en 14-dagarsperiod var 15 personer. Därutöver tillkommer hemsjukvårdspersonal. Antalet personer har ökat sedan 2013 med drygt en person i medeltal. (Öppna jämförelser 2016, Vård och omsorg om äldre, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, 2017).

Inflytande och delaktighet är grundläggande faktorer för att den äldre ska kunna påverka sin egen livssituation och behålla en så hög grad av självbestämmande som möjligt. Mindre än hälften av kvinnorna och hälften av männen har svarat att de har möjlighet att påverka hemtjänstens utförande 2016. Andelen på riksnivå har

minskat marginellt jämfört med 2015. Kommunernas resultat varierar mellan 23 och 67 procent.

Ökad bemanning för trygghet och kvalitet

I syfte att öka trygghet och kvalitet för den enskilde inom äldreomsorgen har regeringen avsatt en miljard kronor för ökad bemanning under 2015, och två miljarder kronor årligen 2016–2018. Medlen får användas för personal som utför stöd och omvårdnad och som tillhör en personalkategori som arbetar nära de äldre.

Under 2016 rekvirerades nästan hela beloppet två miljarder kronor. Socialstyrelsen redovisar hur ur dessa medel har använts i november 2017. Enligt myndighetens redovisning avseende 2015 har medlen finansierat ca 5 000 årsarbetare, hos både kommunala och enskilda utförare av äldreomsorg. Av dessa är ca 9 av 10 kvinnor. Det motsvarar fördelningen mellan kvinnlig och manlig personal inom äldreomsorgen totalt.

Stimulansmedlen har bidragit till större möjligheter för omsorgspersonalen att medverka till en meningsfull tillvaro för äldre personer med omsorgsinsatser, enligt kommunernas redovisningar. Medlen har gjort det möjligt för personalgrupper med högre utbildning att ge stöd och handledning och sprida kunskaper till övrig personal.

Medlen har även använts till förstärkning av natt- och helgbemanning och till att sätta in extra personal efter hemkomst från slutenvård eller korttidsboende. Stimulansmedlen har använts för att uppnå kontinuitet i bemanningen.

Ett återkommande tema i kommunernas redovisning av resultaten har varit att satsningen på olika sätt har varit stimulerande för personalen. Det har bl.a. funnits möjlighet att arbeta under mindre stress.

Stress och hög arbetsbelastning är problem i arbetsmiljön som är betydligt vanligare i den kvinnodominerade äldreomsorgen än i mansdominerade tekniska förvaltningar i kommunerna. Det framgår av en tillsynsrapport av Arbetsmiljöverket (rapport 2015:5). Socialstyrelsens uppföljning indikerar att bemannings-satsningen har bidragit till en förbättring av personalens arbetsmiljö.

Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att medlen har använts i riktning mot en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik och tillgänglig äldreomsorg (Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen, Uppföljning av 2015 års medel, Socialstyrelsen 2016).

Statskontoret har på regeringens uppdrag (S2015/08192/FST) följt upp styrning, utformning och arbetssätt avseende bemannings-satsningen. Statskontoret bedömer att satsningens utformning är ändamålsenlig. De aktiviteter som kommunerna har genomfört stödjer satsningens mål om ökad kvalitet och trygghet för de äldre. Kommunerna har i hög grad involverat utförare som bedriver äldreomsorg i enskild regi i satsningen.

Statskontoret bedömer samtidigt att satsningen är förenad med en risk för att kommunerna minskar sina egna medel till äldreomsorgen. Statskontoret ser även en risk för att satsningen inte leder till långsiktiga effekter (Ökad bemanning inom äldreomsorgen, Delrapport, Statskontoret, 2016).

Det är svårt att följa upp hur bemanningen har utvecklats, eftersom det finns brister i den nationella statistiken (Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2017, Socialstyrelsen). Inspektionen för vård och omsorg (IVO) rapporterar om låg bemanning och bristande personalkontinuitet i äldreomsorgens verksamheter. (Tillsynsrapport 2016 De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016, Inspektionen för vård och omsorg, 2017).

Arbetsmiljön inom äldreomsorgen

I rapporten Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? (Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, 2017:1) har arbetsmiljön för personalen i äldreomsorgen uppmärksamats. Nästan hälften av personalen har allvarligt funderat på att sluta i arbetet. Arbetstider som inte passar med privatlivet anges som en betydande orsak till detta. Danmark visar på goda exempel när det gäller schemaläggning som ger bättre arbetstider för personalen.

Utveckling av stöd till anhöriga

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ska vara ett expertstöd till kommuner, landsting och enskilda utförare. De ska bidra till högre kvalitet och produktivitet inom äldreomsorgen. Regeringen avsätter årligen 9,5 miljoner kronor till centrumet.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp verksamheten. Nka bedriver en omfattande och målinriktad verksamhet som på olika sätt bidrar till att utveckla en vård och omsorg och ett anhörigstöd av god kvalitet, enligt Socialstyrelsens bedömning i rapporten Nationellt kompetens-

centrum anhöriga och Svenskt Demenscentrum, Redovisning av 2016 års verksamhet (Socialstyrelsen 2017).

Under 2016 har Nka fortsatt att arbeta med implementering av anhörigstöd samt att utveckla och sprida kunskapsunderlag och utbildningar. Verksamheten omfattar alla anhöriga oberoende av den närstående personens ålder, sjukdom, diagnos eller funktionsnedsättning.

Samordnad vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara trygg och säker. En förutsättning för detta är bl.a. att vården och omsorgen är samordnad. År 2015 fick nästan 400 000 personer åtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården. Eftersom denna vård inte omfattar läkarinsatser har de flesta i denna grupp även behov av landstingets vård, vilket ställer krav på samverkan. Av personer med hemsjukvård var 84 procent 65 år eller äldre och nästan 63 procent var kvinnor.

Äldre personer med omfattande vård- och omsorgsbehov har många kontakter med olika professioner och delar av hälso- och sjukvården och omsorgen. För att vården och omsorgen om dessa äldre ska fungera behövs en effektiv och sammanhållen vård- och omsorgsprocess. I Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2017, framkommer att äldre i för låg grad erbjuds en samordnad vård och omsorg.

För att främja en god kvalitet i vården och socialtjänsten för enskilda som behöver fortsatta vård- och omsorgsinsatser efter sjukhusvistelse, har regeringen lämnat förslag på en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård prop. 2016/17:06, bet. 2016/17:SoU18, rskr 2016/17:326 träder i kraft den 1 januari 2018. Betydelsen av att vården och omsorgen är samordnad lyfts även fram i avsnittet om hälso- och sjukvårdspolitik.

RisKFörebyggande åtgärder i särskilt boende

Ett bra samarbete mellan omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal är en förutsättning för trygg och säker vård och omsorg på det särskilda boendet. De åtgärder som vidtas för att förebygga risk för till exempel fall och undernäring är en blandning av omsorg och hälso- och sjukvård. På riksnivå är det 62 procent av kommunerna som arbetar systematiskt med att identifiera och åtgärda risker för de boende 2016. Det är sju procentenheter högre än året innan. Det är en något högre andel kvinnor än män som får förebyggande åtgärder, enligt öppna jämför-

elser inom området vård och omsorg om äldre avseende 2016.

Falloolyckor

Antalet falloolyckor bland äldre har ökat de senaste tio åren. Mellan 2006 och 2015 dog 4 900 män och 4 100 kvinnor till följd av falloolyckor. Under 2015 dog fler än 1 000 personer i befolkningen på grund av ett fall, varav 52 procent var män och 48 procent kvinnor. Under samma år vårdades 17 000 män och 31 000 kvinnor över 65 år på sjukhus efter ett fall. Fler kvinnor än män behöver söka vård för skador vid fall, men samtidigt är det fler män än kvinnor som avlider av sina skador vid fall. Rädsla för att falla upplevs som en stor störning i vardagen för många äldre personer.

I Öppna jämförelser 2016 Vård och omsorg om äldre (Socialstyrelsen 2017) framkommer att variationen är stor mellan kommunerna. Lågst antal inrapporterade falloolyckor bland personer som är 80 år och äldre är 33 personer som drabbats per 1 000 invånare, medan de med högst antal falloolyckor redovisar att 83 personer av 1 000 invånare drabbats.

Med målsättningen att halvera antalet falloolyckor uppdrog regeringen 2015 till Socialstyrelsen att ta fram en utbildning om fallprevention riktad till verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg. I Socialstyrelsens delrapport i mars 2017 presenterades upplägget för en webbutbildning riktad till professionen. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2019.

Vidare uppdrog regeringen vid samma tillfälle Socialstyrelsen att i dialog med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomföra en utbildningssatsning under 2016 riktad till äldre om hur äldre själva kan skydda sig mot falloolyckor. Socialstyrelsens arrangerade kampanjen ”Balansera mera! Tips och råd för att förhindra falloolyckor i vardagen” och lyfte i detta sammanhang förutom träning även mat och läkemedel som faktorer som påverkas. Detta efter samråd med SKL och pensionärsorganisationer. En utvärdering av kampanjen visar ökad kunskap om falloolyckor i den äldre gruppen, 75 till 84 år.

Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel

Användning av många läkemedel innebär en ökad risk för biverkningar, läkemedelsinteraktioner och bristande följsamhet till ordination. Samtidig användning av tio eller fler preparat av en person bör betraktas som en signal om att det

kan finnas läkemedel som används utan eller med oklar indikation och att det finns risker med läkemedelsbehandlingen. I befolkningen 75 år och äldre har drygt 10 procent 10 eller fler läkemedel. Det är vanligare att kvinnor har fler än 10 läkemedel än att män har det.

Drygt 10 procent av personer över 75 år med hemtjänst har en förskrivning med minst ett av fyra olämpliga läkemedel, vilket är en förbättring med en procentenhet jämfört med föregående år. Skillnaderna mellan kommuner är fortsatt stora. Av personer över 75 år som bor i särskilt boende har ca 9 procent en förskrivning på minst ett av fyra olämpliga läkemedel, vilket även det är en liten minskning jämfört med föregående år. Det finns stora skillnader mellan kommunerna, enligt resultat som redovisas i Öppna jämförelser 2016, Vård och omsorg om äldre jämförelser mellan kommuner och län, Socialstyrelsen).

Individ- och familjeomsorg

Den sociala barn- och ungdomsvården

Utvecklingen av placeringar av barn och unga med svenska personnummer

Under 2015 påbörjade 8 678 barn och unga, varav 4 706 pojkar och 3 972 flickor, med svenskt personnummer en heldygnssinsats enligt socialtjänstlagen, SoL, eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Det är en minskning av påbörjade placeringar jämfört med 2014.

Det finns i dag ingen heltäckande statistik över samtliga placerade barn och unga eftersom den sedan 2014 endast omfattar barn med svenskt personnummer. Asylsökande ensamkommande barn och asylsökande barn i familj omfattas alltså inte. Bakgrunden är att kommunerna utvecklat lokala system med olika typer av reservnummer för dessa barn och unga. Det har medfört att statistiken om socialtjänstens insatser för barn och unga inte längre ingår i den officiella statistiken p.g.a. att det inte går att jämföra data över tid, vilket är ett av kriterierna för officiell statistik.

Ett minskat antal asylsökande ensamkommande barn under 2016

År 2016 kom 2 199 ensamkommande barn till Sverige och ansökte om asyl, vilket kan jämföras

med 35 369 ensamkommande asylsökande barn 2015. År 2016 var 20 procent av barnen flickor. I drygt hälften av ärendena (55 procent) anvisade Migrationsverket barnet en kommun på grund av anknytning genom en släkting eller annan närstående. Många kommuner har omplacerat de barn som kom till Sverige under hösten 2015 och i början av 2016. Detta eftersom många av barnen placerades i en annan kommun än den egna och nu görs omplacering till den egna kommunen.

Vid tre tillfällen 2016 har Socialstyrelsen genomfört telefonintervjuer med chefer inom individ- och familjeomsorgen i de 50 kommuner som genom länsstyrelsen uppgett till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) att läget inom deras verksamhet var kritisk eller allvarligt påverkad med anledning av den rådande flyktingsituationen. Enligt kommunernas representanter var det framför allt myndighetsutövningen inom barn- och ungdomsvården som påverkades av det stora antalet ensamkommande barn och unga. Detta gällde såväl handläggningen av ärenden om ensamkommande barn och unga som övriga barn- och ungdomsärenden (Individ- och familjeomsorg lägesrapport, Socialstyrelsen 2017).

Tillgång till stödboenden i allt fler kommuner

Den 1 januari 2016 infördes placeringsformen stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år. Tänkbara målgrupper är barn och unga som tidigare varit placerade eller som lever i en otillfredsställande hemmiljö samt ensamkommande barn och unga. Syftet med den placeringsformen är att, under trygga former, träna och förbereda barnet eller den unge för ett självständigt boende och vuxenliv och att det bäst uppnås genom att barnet eller den unge har ett eget boende.

Den 1 juni 2017 fanns enligt IVO totalt ca 365 stödboenden med sammantaget 4 300 platser för ensamkommande barn och unga. Sedan föreskrifterna om stödboenden kom på plats har antalet platser i stödboenden successivt ökat. Trenden är att allt fler stödboenden startas i snabbare takt.

Utvecklingen inom den statligt bedrivna ungdomsvården

Statens institutionsstyrelse (SiS) hade 24 ungdomshem i början av 2016, varav sex hade särskilda platser avsatta för slutna ungdomsvård. Inför 2016 beslutade SiS att öka antalet platser inom ungdomsvården från 599 till 649 med an-

ledning av fortsatt stor efterfrågan. Trots den ökade kapaciteten har det under året varit hög beläggning och platsbrist inom SiS ungdomsvård. Av dessa var 193 avsatta för flickor, 423 för pojkar och 56 för placering i sluten ungdomsvård (LSU). Det totala antalet fakturerade vård dygn 2016 var 236 513³ dygn, vilket kan jämföras med 224 303 dygn året innan. Antalet flickor som har skrivits ut efter vård enligt LVU har ökat under en treårsperiod, medan längden på vårdtiderna för flickor har minskat under samma period. För pojkar har utvecklingen under samma treårsperiod varit den motsatta. Antalet utskrivningar har minskat medan den genomsnittliga vårdtiden ökat. Den genomsnittliga vårdtiden är något längre för pojkar än för flickor. Andelen pojkar som har kunnat akutplaceras omedelbart har minskat drastiskt under en treårsperiod, från 64 procent 2014 till 20 procent 2016.

Under året frigavs 47 ungdomar efter att ha avtjänat sluten ungdomsvård (LSU), vilket är tio ungdomar fler än 2014. Den genomsnittliga strafftiden var en månad längre jämfört med föregående år.

SiS har arbetat aktivt för att nå jämställdhetsintegrering i processer och uppföljning. Det innebär att arbeta normkritiskt och att synliggöra och utmana stereotypa normer som begränsar. Vidare arbetar SiS, utifrån myndighetens beslutade handlingsplan 2014 om barn och ungas rättigheter i tvångsvård, med att analysera om det finns ytterligare behov av att utveckla hur barnkonventionen ska beaktas i verksamheten. SiS ingår även i regeringens treåriga kunskaps-satsning av tillämpningen av barnets rättigheter i verksamheten med stöd av Barnombudsmannen (S2016/07875/FST). Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2018 (Se även UO 9, avsnittet Barnrättspolitik.)

Ensamkommande pojkar en växande målgrupp inom den statligt bedrivna ungdomsvården

Antalet ensamkommande barn och unga inom SiS har ökat de senaste åren. Under 2016 tog SiS emot 269 ensamkommande barn och unga, varav 14 flickor, jämfört med 126 flickor och pojkar

under 2014. Var tredje pojke inom SiS var ensamkommande 2016 jämfört med var femte pojke 2014.

Tabell 6.3 Antalet nyintagna ensamkommande barn och unga inom SiS

År	2016	2015	2014
Flickor	14	8	7*
Pojkar	255	213	119*
Totalt	269	221	126*

Källa: KIA

*Uppgifterna skiljer sig från de i årsredovisningen 2014 för SiS p.g.a. ny metod att ta fram uppgifterna.

Mot bakgrund av att ensamkommande barn och unga utgör en betydande andel av dem som bereds vård inom SiS har myndigheten tagit fram en handlingsplan för vården av ensamkommande barn och unga som bl.a. berör skolgången, samarbetet med andra aktörer, frågan om språk och tolkbehov. Under 2016 har en digital utbildning kring traumamedvetet bemötande för behandlingspersonalen tagits fram.

Färre placerade barn fullföljer grundskolan

Det är fortfarande betydligt färre placerade barn som har fullföljt grundskolan vid 17 års ålder jämfört med övriga barn.

Resultatet skiljer sig också åt beroende både på vilken sorts placering eleverna hade under årskurs nio och om det varit placerade hela eller delar av läsåret. De som var placerade i familjehem lyckades betydligt bättre i grundskolan än de som var placerade i hem för vård eller boende (HVB) eller andra former av placeringar. Flickor och pojkar som haft olika placeringsformer i årskurs 9 har sämst resultat. Av dessa hade endast 31 procent av flickorna och 20 procent av pojkarna behörighet till gymnasieskolan. Det är också betydligt färre av de barn som varit placerade under årskurs 9 som klarat treårig gymnasieutbildning vid 20 års ålder jämfört med barn som inte varit placerade (Öppna jämförelser, Socialstyrelsen 2017).

³ Ekonomisystemet visar ej kön.

Samverkansmodell för skolverksamheten – för en obruten skolgång

På regeringens uppdrag har Statens institutionsstyrelse (SiS) och Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) utvecklat och prövat en modell för skolsamverkan för elever som placeras på särskilda ungdomshem (SiSam). SiSam har använts sedan den 1 januari 2014 och SiS hade vid slutet av 2016 tecknat avtal med ett 50-tal kommuner. Myndigheternas uppföljning visar positiva tendenser.

Mot bakgrund av erfarenheterna med modellen har regeringen givit Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att anpassa modellen till att även omfatta barn och unga som är placerade i familjehem, jourhem, hem för vård eller boende (HVB) och stödboende. Anpassning av modellen ska också göras för barn och unga som vistas i skyddat boende samt ensamkommande unga som fyllt 18 år men inte 21 år och för vilka det inte längre finns ett beslut om placering.

Nationella samordnarens arbete och erfarenheter

Den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården har genomfört 52 kommunbesök och genomför under hösten 2016/våren 2017 uppföljande besök i varje kommun. Vid besöken diskuteras förutsättningarna för att bedriva en god social barn- och ungdomsvård och huruvida det nationella stödet är ändamålsenligt utformat. Fokus ligger även på att lyfta och sprida goda exempel. Utifrån samordnarens iakttagelser och i dialog med samtliga kommuner har ett antal utvecklingsområden identifierats där regeringen nu har vidtagit åtgärder (se vidare avsnitt Stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården i en majoritet av kommunerna).

Vid det första kommunbesöket rekommenderades kommunen att ta fram en handlingsplan för hur de ska förbättra den sociala barn- och ungdomsvården. Planen följs upp vid det andra besöket. Arbetet bedrivs i bred delaktighet med andra aktörer, t.ex. barnrättsorganisationer, SKL, myndigheter, forskare och fackliga organisationer.

Stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården i en majoritet av kommunerna

Under 2016–2019 genomför regeringen, en satsning på stärkt bemanning och kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården. Satsningen omfattar sammanlagt

250 miljoner kronor per år. Regeringen gav den 22 juni 2016, som en del av denna satsning, Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 210 miljoner kronor under 2016 i syfte att stärka bemanningen i den sociala barn- och ungdomsvården (S2016/04469/FST). Stimulansmedlen ska avse den sociala barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövande verksamheter och får användas för att öka antalet socialsekreterare, arbetsledare och administratörer för att frigöra tid för socialsekreterare eller arbetsledare i deras arbete med myndighetsutövning. Från och med 2017 får medlen inte användas till personal från bemanningsföretag. Under 2016 rekvirerade 278 kommuner sammanlagt 201 782 214 kronor för ändamålet.

De återstående 40 miljoner kronorna av satsningen är avsedda för att främja kompetens och stabilitet samt insatser för kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring inom området, bl.a. utifrån förslag från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården

För att bidra till att förbättra socialtjänstens förutsättningar och stärka kommunerna i arbetet med barn och ungas delaktighet har regeringen bl.a. beviljat medel till Sveriges Kommuner och Landsting för att vidareutveckla arbetsformer som stödjer användardriven innovation i den sociala barn- och ungdomsvården (S2016/03880/FST).

Regeringen har även gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (U2017/01236/GV).

Regeringen har bedömt det som angeläget att fortsätta att förbättra förutsättningarna för socialtjänsten att göra ett bra arbete. Därför förstärktes satsningen på ökad bemanning i sociala barn- och ungdomsvården med ytterligare 150 miljoner kronor i vårändringsbudgeten för 2017.

Fler administratörer anställs

En kartläggning för att få information om fler administratörer har anställts har genomförts av de regionala utvecklingsledarna som etablerats inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en evidensbaserad praktik. Mellan hälften och en tredjedel av kommunerna uppger att de använder och planerar att använda administratörer som avlastning inom den sociala

barn- och ungdomsvården. Avlastningen gäller främst enkel administration

Positiva resultat av regeringens satsning på lokala kompetensutvecklingsinsatser

För att säkra en trygg och säker vård har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag fördelat statsbidrag till kommunerna för att stärka kompetensen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Medel har fördelats under perioden 2013–2016 främst till utbildningar och kompetensutvecklingsinsatser. Socialstyrelsen har genomfört årliga uppföljningar av kommunernas satsningar.

Av de 24 miljoner kronor som avsatts 2016 rekvirerade 273 kommuner sammanlagt 23 149 998 kronor. Uppföljningen visar att majoriteten av utbildningarna riktats till handläggare med socionomexamen. Precis som året innan har kommunerna valt att rikta utbildningarna till arbetsledare och handläggare med mer än fyra års erfarenhet av arbete inom den sociala barn- och ungdomsvården. Korta utbildningar som anordnas av stat och kommun är vanligast. Sammanlagt har 4 700 personer deltagit i utbildningar finansierade med 2016 års statsbidrag.

Kommunerna redovisar ett antal framgångsfaktorer för satsningen, främst att medlen gett en ekonomisk möjlighet för kommunerna att genomföra utbildning och handledning som annars inte hade kommit till stånd. Inventeringen av kompetensläget har också varit en viktig faktor för att planera vilka utbildningsinsatser som skulle genomföras (Kompetenssatsning inom den sociala barn- och ungdomsvården, redovisning 2016, Socialstyrelsen 2017).

Uppdragsutbildningar för socialsekreterare, arbetsledare och chefer

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram en nationell kurs för socialsekreterare med minst två års erfarenhet av den sociala barn- och ungdomsvården och som arbetar med myndighetsutövning. Utbildningen ska ge fördjupade kunskaper och färdigheter som kan användas i det dagliga arbetet inom myndighetsutövningen. Under 2016 anmälde sig 207 personer till första omgången och 123 avslutade. Socialstyrelsen har även utarbetat en ledarskapsutbildning för arbetsledare och chefer inom individ- och familjeomsorgen. En första omgång av utbildningen påbörjades i april 2016 och en andra omgång i oktober. Under året genomförde

sammanlagt 123 personer ledarskapsutbildningen.

Nationellt kunskapscentrum om ensamkommande barn och unga

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt kunskapscentrum om ensamkommande barn och unga inom Socialstyrelsen (S2017/01863/FST). Syftet är att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla och sprida relevant och aktuell kunskap och ändamålsenliga kunskapsstöd, metoder och arbetssätt till yrkesverksamma som möter och arbetar med ensamkommande barn och unga. Socialstyrelsen ska också inom ramen för uppdraget belysa hur samverkan mellan kommunerna och landstingen kan utvecklas så att olika yrkesgrupper inom skolan, inklusive elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan arbeta för att säkerställa barn och ungas skolgång.

Nationellt kunskapscentrum främjar kunskapsutveckling om våld mot barn

Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum vid Linköpings universitet har sedan 2015 regeringens uppdrag att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Barnafrid främjar kunskapsutveckling och stimulerar och stödjer samverkan, bl.a. genom att erbjuda tvärprofessionella kurser och utbildningar om barn och trauma och stöd och behandling vid barnmisshandel. Utbildningarna syftar till att stärka beredskapen inom olika professioner att ge stöd, skydd och behandling till våldsutsatta barn. Regeringen stödjer årligen Barnafrids verksamhet med 5 miljoner kronor.

Utredning för att stärka barnrättsperspektivet för barn i skyddat boende

I november 2016 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag på åtgärder i syfte att stärka barnrättsperspektivet för barn i skyddat boende (dir 2016:99). Förslagen ska utformas så att barnens fysiska, psykiska och sociala utveckling främjas under vistelsen i det skyddade boendet. Utredaren ska även lämna förslag om när tillståndsplikt ska gälla. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2017.

Ökat stöd och skydd för barn som riskerar att giftas bort

Barnäktenskap inskränker det enskilda barnets möjligheter att tillgodogöra sig sina mänskliga rättigheter. Därför har regeringen gett en särskild utredare i uppdrag att se över det civil- och straffrättsliga regelverket. Uppdraget ska delredovisas den 6 december 2017 och slutredovisas senast den 1 september 2018.

För att främja en likvärdig och rättsäker praxis har Socialstyrelsen dessutom fått i uppdrag att bl.a. ta fram en vägledning till kommunerna angående barnäktenskap. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2017.

Införande av tillståndsplikt för konsulentstödda verksamheter

Tillståndsplikt för att yrkesmässigt få bedriva verksamhet som har till uppgift att till socialnämnden föreslå familjehem och jourhem till barn samt som lämnar stöd och handledning till familjehem och jourhem som tar emot barn har införts (prop. 2016/17:59, bet. 2016/17:SoU11, rskr. 2016/17:156). Lagändringen trädde i kraft den 15 april 2017. IVO tillförs 2,5 miljoner kronor under en tolv månaders period och därefter 100 000 kronor årligen för tillståndsprövningen. IVO tillförs även 500 000 kronor årligen för att möjliggöra ökade tillsynsinsatser av verksamheterna.

Hälsoundersökningar och överenskommelser om placerade barn ska säkerställa en god vård

Nya bestämmelser har även införts i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet samt en ny bestämmelse i socialtjänstlagen om hälsoundersökning för barn och unga i anslutning till att samhällsvård inleds (prop. 2016/17:59). Socialnämnden ska, om det inte är obehövligt, underätta landstinget om att ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en hälsoundersökning av landstinget. På initiativ av socialnämnden ska landstinget erbjuda ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år en sådan hälsoundersökning. Landstingets skyldighet regleras i en särskild lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Bestämmelserna trädde i kraft den 15 april 2017. Landstingen kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen med

10 miljoner kronor årligen för att genomföra hälsoundersökningar av barn och unga i anslutning till att samhällsvård inleds.

Ekonomiskt bistånd

Enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen har den som inte kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Biståndet ska tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå och biståndet ska utformas så att den stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Den senast publicerade årsstatistiken från Socialstyrelsen inom vissa delar av området ekonomiskt bistånd finns endast fram till 2015. Antal biståndsmottagare och långvariga biståndsmottagare kan därför inte redovisas för 2016. Uppgifter från tidigare år finns i budgetpropositionen 2017.

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.

Under 2015 hade 48 procent av biståndsmottagarna arbetslöshet som huvudsakliga skäl till sitt försörjningshinder. Av dessa saknade över hälften (54 procent) arbetslöshetsersättning, medan 39 procent hade otillräcklig ersättning och 7 procent väntade på ersättning. Arbetshinder på grund av sociala skäl var det näst vanligaste försörjningshindret, 11 procent, och sjukskrivning med läkarintyg det tredje mest förekommande, 10 procent. Med sociala skäl menas att personen saknar arbetsförmåga och är i behov av t.ex. arbetsträning eller annan social eller medicinsk rehabilitering.

Majoriteten, 80 procent, av de som var sjukskrivna med läkarintyg saknade sjukpenning. Endast ca 3 procent av biståndsmottagarna hade arbete, men otillräcklig arbetsinkomst för att klara sin försörjning. Det är vanligare med arbetslöshet som försörjningshinder bland män (51 procent) än bland kvinnor (40 procent). Motsatt gäller sjukdom som är mer förekommande försörjningshinder för kvinnor (12 procent) än för män (8 procent). Bland unga kvinnor och män var arbetslöshet betydligt

vanligare som försörjningshinder än bland de äldre.

Formaliserad extern samverkan

För att öka kvinnors och mäns möjligheter att få rätt insatser behövs samverkan. Personer med behov av insatser från olika områden inom socialtjänsten ska enligt SoL få sina insatser samordnade av berörda aktörer. Av Socialstyrelsens öppna jämförelser 2017 framgår att den formaliserade samverkan med externa aktörer har minskat inom vissa områden men ökat inom andra. Exempelvis minskade samverkan med Arbetsförmedlingen från 50 procent av kommunerna 2016 till 47 procent 2017. Där emot ökade samverkan med vuxenpsykiatrien något från 29 till 32 procent.

Kommunala arbetsmarknadsinsatser

Det ekonomiska biståndet ska stärka den enskildes förmåga till självständigt liv. Majoriteten av kommunerna erbjuder biståndsmottagare arbetsmarknadsinsatser i egen regi. Av resultatet från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2017 framgår att merparten av kommunerna erbjuder kommunala arbetsmarknadsinsatser till arbetslösa biståndsmottagare, även om de inte gör det till samtliga biståndsmottagare. I 33 procent av kommunerna erbjuds emellertid alla arbetslösa personer mellan 18 och 24 år någon arbetsmarknadsinsats att jämföra med 38 procent 2016. För personer över 24 år är motsvarande siffra 27 procent jämfört med 30 procent 2016.

Kostnaderna för dessa insatser uppgick under 2016 till ca 4,8 miljarder kronor netto (SCB Räkenskapsammandrag). Kunskapen om effekterna av dessa insatser är bristfällig. Socialstyrelsens arbete med att utveckla officiell statistik över arbetsbefrämjande insatser och orsaker till avslut av dessa insatser kommer att kunna underlätta en systematisk uppföljning av kommunernas insatser till biståndsmottagare.

Fler kommuner använder sig av strukturerad utredningsmall med barnperspektiv

En grundlig utredning är en förutsättning för att en individ eller familj ska kunna få stöd som är anpassat efter individuella förutsättningar och behov. Av landets kommuner är det hela 78 procent som använt en strukturerad utredningsmall där barns situation ingår vid alla utredningar att jämföra med 55 procent 2016.

Standardiserade bedömningsmetoder och uppföljning

Andelen kommuner som uppger att de använder en standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna inom ekonomiskt bistånd uppgick till 67 procent (indikatorn är ny för 2017). Andelen kommuner som uppger att de följer upp individer systematiskt, sammanställer på gruppnivå och använder resultaten för verksamhetsutveckling inom ekonomiskt bistånd är 19 procent 2017 att jämföra med 21 procent under 2016.

Jämställdhetsperspektiv i ekonomiskt bistånd

Biståndsmottagandet är något högre bland män än kvinnor. Skillnaderna är dock betydligt större mellan inrikes och utrikes födda än mellan kön. Bland utrikes födda uppgick andelen biståndsmottagare (i relation till befolkningsgruppen storlek) till ca 11 procent och bland inrikes födda uppgick den till ca 2 procent. Andelen biståndsmottagare bland utrikesfödda kvinnor är drygt en procentenhet högre än bland utrikes födda män.

Missbruks- och beroendevården

Vårdsystemet har förändrats

Förändringar har skett inom vårdsystemet. Fler personer än tidigare vårdas inom hälso- och sjukvården på grund av missbruk. En kraftig ökning har skett mellan 2006 och 2015 av andelen personer som vårdats inom hälso- och sjukvårdens slutenvård eller specialiserade öppenvård med en diagnos som indikerar ett pågående alkoholmissbruk. Utvecklingen ser olika ut beroende på ålder och kön.

Inom den specialiserade öppenvården har andelen kvinnor och män som vårdas på grund av alkoholmissbruk i åldrarna 75–84 år stått för den största förändringen andelsmässigt med en ökning på mer än 100 procent. Motsvarande ökning inom slutenvården har bland kvinnor och män inom samma åldersgrupp varit omkring 65 procent. Majoriteten inom slutenvården (ca 75 procent) och i öppenvården (70 procent) är män.

Även andelen kvinnor och män, flickor och pojkar som haft en vårdkontakt inom hälso- och sjukvården med diagnos som indikerar pågående drogmissbruk har ökat betydligt i antal mellan 2006 och 2015, särskilt bland de yngre. Inom

slutenvården har ökningen av andelen som vårdats med diagnoser relaterade till drogmissbruk bland män varit störst inom den yngsta åldersgruppen och bland kvinnor i åldersgruppen 25–34 år. För män 15–24 år och för kvinnor 25–34 år syns en ökning med omkring 87 procent. Inom den specialiserade öppenvården har den största ökningen av andelen vårdade män och kvinnor skett i den yngsta åldersgruppen. Andelen unga män har ökat med 178 procent, och bland unga kvinnor var ökningen 147 procent.

Omkring 70 procent av alla vårdade, både i den specialiserade öppenvården och inom slutenvården, är män och pojkar (Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2017, Socialstyrelsen).

Utvecklingen av socialtjänstens missbruks- och beroendevård

De frivilliga insatserna inom socialtjänstens missbruksvård har minskat för båda könen, och den största minskningen har skett för män som fått bistånd till individuellt behovsprövade öppna insatser och frivillig institutionsvård. Den senare vårdformen har minskat med över 25 procent för män. Det är fortfarande en majoritet män som får insatser, ca 70 procent. Klienter inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård har också alltmer komplexa vårdbehov och fler personer beskrivs ha både missbruksproblem och svåra psykiatriska problem (Individ- och familjeomsorg, lägesrapport 2017, Socialstyrelsen). Den senast publicerade årsstatistiken från Socialstyrelsen inom området socialtjänstens insatser för vuxna personer missbruk och beroende finns endast fram till 2015.

Utbudet av behandlingsverksamheter

Omkring 700 verksamheter bedriver specialiserad vård och behandling för personer med missbruk och beroende. Omkring 300 verksamheter bedriver heldygnsvård inom socialtjänstens område och drygt 40 inom hälso- och sjukvården. Den frivilliga institutionsvården drivs i huvudsak av privata aktörer. Drygt 80 procent av hem för vård eller boende (HVB) drivs i enskild regi. Ett fåtal verksamheter är inriktade på vård och behandling av enbart kvinnor eller män.

Merparten av kommunerna erbjuder specialiserad öppenvård riktad till personer med missbruksproblem, men med varierande utbud. I samtliga landsting finns specialiserade beroendeenheter i öppen- och slutenvård, men organisationen av och tillgången till behandlingsresurserna varierar mellan landstingen. Den

specialiserade missbruks- och beroendevården arbetar i stor utsträckning efter de metoder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2017, Socialstyrelsen, Kvalitet i HVB, Socialstyrelsen 2016).

Stor efterfrågan på statligt bedrivna missbruksvård

Den statliga missbruksvården som bedrivs av Statens institutionsstyrelse hade 11 hem enligt lagen, förkortad LVM, (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall) med 383 platser 2016, vilket är en ökning med 34 platser jämfört med 2015. Av dessa var 29 procent avsatta för enbart kvinnor och 69 procent för enbart män. Efterfrågan på platser har varit konstant hög de senaste tre åren men sjönk något 2016 jämfört med 2015.

Av Statens institutionsstyrelses (SiS) årsrapport 2016 framgår vidare att antalet vårddygn uppgick till ca 162 000 under 2016 jämfört med ca 166 000 året innan, en minskning med ca 2 procent. Det har ändå varit fortsatt svårt att möta efterfrågan, främst på låsta platser för män. Medelåldern på män inom LVM-vården är 38 år och för kvinnor ca 35 år.

Tre fjärdedelar av klienterna, något fler kvinnor än män, uppger att deras motivation ökat under vistelsen att bli drogfria vilket är vårdens primära syfte (SiS årsredovisning 2016).

Positiv syn på överenskommelser mellan kommun och landsting

Sedan den 1 juli 2013 är landsting och kommuner ålagda att ingå överenskommelser inom respektive län om samarbete när det gäller personer med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att undersöka utvecklingen av överenskommelser. Kartläggningen visar att det finns en länsöverenskommelse i 19 av 21 län. I resterande län pågår arbetet med att utarbeta överenskommelser. Sammanlagt 82 procent av de kommuner och stadsdelar som ingick i undersökningen hade eller var på väg att ta fram en lokal överenskommelse. Ca 18 procent av kommunerna uppgav dock att de inte hade lokala överenskommelser och inte hade planer på att ta fram några. Kommuner, landsting och brukarorganisationer har överlag en positiv uppfattning om överenskommelser. De bidrar till att sätta missbruks- och beroendefrågor på agendan, och att de berörda parterna påbörjar samverkan.

Primärvården pekas ut som en svag länk i sammanhanget och barn och unga nämns sällan i överenskommelserna. Kriminalvården förekommer som samarbetspart i knappt en tredjedel av överenskommelserna. (Att komma överens, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016).

Även Socialstyrelsen visar på en positiv utveckling. I februari 2017 rapporterade 56 procent av landets kommuner till öppna jämförelser att de fanns en aktuell överenskommelse med landstinget om samarbete utifrån 5 kap § 9 a. Motsvarande (procent) andel var 52 procent 2015⁴.

Brister i samverkan främst vid samsjuklighet

Det är i år färre kommuner, 43 procent mot 66 procent förra året, som rapporterar att de har rutiner för att delge information om möjligheten att få en samordnad individuell plan (SIP) vid samsjuklighet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) påtalar i sin tillsynsrapport att samverkan brister vid samsjuklighet och det råder olika förutsättningar för vården i olika delar av landet. Särskilt för gruppen unga mellan 18 och 25 år behöver verksamheterna hitta former. Tillsynen visar också att det finns en hel del goda exempel på fungerande samverkan mellan olika verksamheter, men att det samtidigt generellt finns en del svårigheter. Det kan vara svårt att få tillgång till behandling för psykisk ohälsa inom rimlig tid på grund av långa köer till psykiatri. En slutsats från tillsynen är att SIP är ett bra sätt att samverka kring klienters/patienters vård och behandling, men de inte upprättas i tillräckligt hög utsträckning (Unga personer inom missbruks- och beroendevården, Nationell tillsyn av samverkan mellan olika aktörer samt socialtjänstens myndighetsutövning, Tillsynsrapport 2016, IVO).

Samverkan missbruksvården och övrig socialtjänst uppvisar stor variation

Antalet 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 2011–2016. Vanligast är samverkan omkring ekonomiskt bistånd (69 procent) medan det för äldreomsorgen fanns rutiner för samordning i 35 procent av kommunerna vilket är en ökning jämfört med året innan då siffran var 31 procent.

En majoritet använder standardiserade bedömningsmetoder – men inte för uppföljning

En majoritet av kommunerna använder precis som förra året standardiserade bedömningsmetoder som underlag för insatser. I den senaste inrapporteringen av öppna jämförelser uppgav 26 procent av kommunerna att de använder standardiserade bedömningsmetoder vid uppföljning av insatserna, vilket är en ökning jämfört med 15 procent 2016. För att utveckla verksamheten och för att tydliggöra könsskillnader mellan kvinnor och män används systematisk uppföljning i 16 procent av kommunerna, vilket är samma andel som förra året.

Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk

Regeringen beslutade den 9 februari 2017 om propositionen Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk (prop. 2016/17:85). Riksdagen biföll förslagen till lagändringar den 16 februari 2017 (bet. 2016/17:SoU13, rsk 2016/17:345). Det innebär ändringar i socialtjänstlagen (2001:453) och den nya hälso- och sjukvårdslagen avseende spelmissbruk och innebär att socialnämndens ansvar för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra substanser utvidgas till att även omfatta spel om pengar. Socialnämnden får också ett utvidgat ansvar för att aktivt arbeta för att motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga.

Kravet på överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting om personer som missbrukar substanser ska även omfatta personer som missbrukar spel om pengar. Landstingens ansvar för behandling grundad i hälso- och sjukvårdslagstiftningen förändras inte.

⁴ Socialstyrelsen efterfrågar aktuella överenskommelser på lokal nivå som innehåller gemensamma mål för överenskommelsen, resurs och ansvarsfördelning mellan landsting och kommun samt rutiner för samarbete kring enskilda individer.

Ytterligare en lagändring handlar om att utvidga hälso- och sjukvårdens ansvar för att beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor med är missbrukare, så att det även gäller vid spelmissbruk. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2018.

Hemlöshet och brist på bostäder påverkar socialtjänstens arbete

Bristen på bostäder leder till att allt fler söker sig till socialtjänsten för att få hjälp att lösa sin bostadssituation. Socialtjänsten har en viktig uppgift när det gäller att förebygga hemlöshet och ansvar för att ge enskilda individer olika former av stöd, men har inte ansvar för att tillhandahålla bostäder åt bostadslösa i allmänhet. Enligt bostadsmarknadsenkäten 2017 bedömer 255 av landets 290 kommuner att det råder underskott på bostäder på marknaden, vilket är 15 kommuner fler än i 2016 års bostadsmarknadsenkät.

Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2016 finns en aktuell övergripande plan för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden i 17 procent av kommunerna. Socialstyrelsen har även regeringens uppdrag att kartlägga omfattningen av hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2017.

Kronofogdens statistik över vräkningar visar på att allt färre avhysningar genomförs i landet. Det finns dock ett mörkertal när det gäller andrahandshyresgäster i statistiken.

Brottsutsatta

Utvecklingen av kvinnors och mäns våldsutsatthet
Brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökning som publicerades 2017 visar att misshandel har minskat bland män sedan 2007 och samtidigt varit relativt oförändrad bland kvinnor. Av de kvinnor som uppger att de utsatts för misshandel 2015 är det 45 procent som blivit utsatta av en närstående och 36 procent av en bekant. Motsvarande andel för männen var 10 respektive 25 procent. Av kvinnorna uppger 51 procent att de blivit misshandlade i en bostad jämfört med 13 procent av männen vilka i 62 procent av fallen blivit utsatta för våld på allmän

plats (Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2017, Socialstyrelsen).

Utsattheten för våld skiljer sig i olika åldersgrupper
Skillnader mellan olika åldersgruppers utsatthet för misshandel är stora. Den grupp som i särskilt stor utsträckning uppger att de har blivit utsatta för misshandel är unga män, 16–24 år, där 5 procent utsatts för misshandel under 2015. Trenden har varit nedåtgående (undantaget 2013). Även bland kvinnor 16–24 år är den åldersgrupp som under hela mätperioden haft störst andel utsatta. Därefter är andelen mindre ju äldre åldersgrupp som studeras. Den minsta andelen som uppger våldsutsatthet återfinns i de äldsta åldersgrupperna, 65–74 och 75–79 år (0,5 respektive 0,3 procent) (Nationella trygghetsundersökningen, Brå 2017). I regeringens jämställdhetskrivelse (2016/17:10) påtalas att barn under 16 år och äldre våldsutsatta kvinnor sällan uppmärksammas.

Rutiner för att upptäcka och användning av metoder för att bedöma våldsutsatthet varierar

Andelen kommuner som har en skriftlig rutin vid indikation på våld varierar mellan 37 och 53 procent inom olika områden. Lägst är andelen inom äldreomsorgen.

Knappt hälften av alla kommuner (41 procent) som svarade på undersökningen har genomfört en kartläggning av antalet våldsutsatta vuxna i kommunen under de senaste två åren (Öppna jämförelser, våld i nära relationer, Socialstyrelsen 2017). Det är en minskning med 4 procentenheter jämfört med tidigare år.

Endast 9 procent av kommunerna följer systematiskt upp insatser till enskilda för att utveckla verksamheten. I 66 procent av kommunerna erbjuds stödsamtal till både våldsutövande kvinnor och våldsutövande män (Öppna jämförelser, Socialstyrelsen 2017).

Cirka 91 procent av kommunerna använder någon form av standardiserade bedömningsinstrument för att utreda våldsutsatthet och bedöma risk samt stöd- och skyddsbehov. (Öppna jämförelser, Socialstyrelsen 2017).

Nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor

Att stoppa mäns våld mot kvinnor är en prioriterad fråga för Sveriges feministiska regering. Därför har regeringen lagt fram en nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor, inklusive hedersrelaterat våld

och förtryck samt prostitution och människohandel för sexuella ändamål. Strategin som började gälla den 1 januari 2017 sträcker sig över tio år och är en del i regeringens jämställdhetspolitiska skrivelse. En av utgångspunkterna för strategin är att hbtq-personers utsatthet för våld i nära relationer genomgående ska beaktas.

Förebyggande insatser är en viktig del av arbetet för att stärka förutsättningarna att nå det jämställdhetspolitiska delmålet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

Utvecklingsmedel bidrar till kvalitetsutveckling

För att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer och stödet till våldsutsatta kvinnor och barn har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ge kompetensstöd och fördela 109 miljoner kronor årligen i utvecklingsmedel till kommuner, landsting och ideella organisationer som bedriver verksamhet på lokal nivå under 2016–2018. Totalt 246 kommuner ansökte om medel för 2016 jämfört med 123 kommuner 2015.

Ideella organisationer kunde använda 2016 års utvecklingsmedel inom i huvudsak fyra utvecklingsområden.

För att minska nationella skillnader när det gäller vilket stöd våldsutsatta barn och vuxna, samt barn som bevittnat våld kan få tog NCK (Natinellt centrum för kvinnofrid) 2016 fram en webbaserad basutbildning. Utbildningen tar även upp vilka insatser som kan erbjudas personer som utövar våld.

Fortsatt stor efterfrågan på skyddade boenden

Av kommunerna uppger 96 procent att de erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut.

Tillgången på skyddade boenden är lägre än efterfrågan, och många skyddade boenden tvingas avvisa våldsutsatta på grund av platsbrist. Kommunerna pekar på att det finns behov av att fler boenden tillgängliggörs. Trots att personer med funktionsnedsättning många gånger är mer utsatta för våld än andra så tar endast cirka 60 procent av boendena emot personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning. Det råder brist på bostäder och övergångsboenden i många kommuner. Det medför att skyddsbehövande blir kvar längre än nödvändigt på boendet vilket i sin tur försämrar möjligheten för nya våldsutsatta att få tillgång till de skyddade boenden som finns.

Ett stärkt barnrättsperspektiv i skyddat boende

Barn som vistas i skyddat boende hanteras ofta endast som medföljare till sin mamma och barnets individuella behov varken utreds eller tillgodoses i tillräcklig omfattning. Endast 14 procent av landets kommuner har exempelvis en aktuell rutin för att säkra skolgången för barn i skyddat boende, vilket är en nedgång från 16 procent 2016.

Med anledning av dessa och andra brister har regeringen tillsatt en särskild utredare för att stärka barnrättsperspektivet i skyddat boende samt att se över tillståndsfrågan (dir 2016:99).

Översyn av utredningsverksamheten av vissa dödsfall

Sett över tid så har antalet barn, kvinnor och män som dödas till följd av ett brott av en närstående minskat. Men under senare år har antalet varit konstant, i genomsnitt 5–6 barn, ca 13 kvinnor och 4 män.

Socialstyrelsen ska enligt lagen (2007:606) om utredning av vissa dödsfall, utreda denna typ av dödsfall för att finna strukturella brister i myndigheternas hantering. Socialstyrelsen har utvecklat utredningsverksamheten och strävar efter en mer likformig bedömning av fallen. Myndigheten har också tagit fram ett anpassat informationsmaterial till berörda verksamheter och har inlett ett samarbete med myndigheter som på olika sätt ska delta i utredningarna för att effektivisera och fördjupa dessa.

Socialstyrelsen har inkommit med en skrivelse till regeringen om problem i reglerna som styr utredningsverksamheten och med en begäran om en översyn av lagen. En utredare har därför haft Socialdepartementets uppdrag att utreda och lämna förslag till författningsändringar samt andra förslag på förändringar som behövs för att göra utredningsverksamheten mer effektiv och ändamålsenlig.

Tillkännagivande om våld mot äldre personer

Riksdagen beslutade i april 2017 om ett tillkännagivande (bet 2016/17:SoU9, punkt 17, rskr 2016/17:213) med innebörden att regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att kartlägga och synliggöra våld mot äldre i nära relationer och hedersrelaterat våld mot äldre.

Regeringen presenterade i november 2017 skrivelsen *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid* (skr. 2016/17:10) samt en tioårig nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Målet för jämställdhetspolitiken står fast: Kvinnor och män ska ha samma makt att förändra samhället och sina egna liv. Liksom alla kvinnor, omfattas äldre kvinnor av strategins mål och regeringen definierar äldre kvinnor som en extra utsatt grupp.

Regeringen har den 23 januari 2017 gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja genomförandet och uppföljningen av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Vidare har länsstyrelserna i regleringsbrevet för 2017 fått i uppdrag att i enlighet med målsättningarna i den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor ta fram regionala strategier och handlingsplaner. I målgruppen för uppdragen ingår äldre kvinnor. Kunskap och medvetenhet hos yrkesgrupper som möter äldre är centralt i sammanhanget. På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen därför tagit fram en utbildning om våld mot äldre kvinnor och män inom vård och omsorg. Syftet med utbildningen är att stödja kommuner och andra aktörer i deras kvalitets- och utvecklingsarbete när det gäller att förebygga, upptäcka, förhindra och hantera våld mot äldre personer. Utbildningen riktar sig främst till personal inom äldreomsorgen och till personer som på annat sätt kommer i kontakt med äldre i sitt arbete. Personalen får kunskap om vad våld mot äldre kan omfatta, vilka som kan vara förövare och hur och när man som personal kan agera. Från det att utbildningen presenterades den 27 januari 2016 har minst 1 839 personer genomfört utbildningen. Socialstyrelsen ska även kartlägga förekomsten och behovet av standardiserade bedömningsmetoder inom de delar av hälso- och sjukvården som myndigheten anser vara relevanta. Det är en utvidgning av ett pågående uppdrag att kartlägga förekomsten och utformningen av rutinmässiga frågor om våldsutsatthet i socialtjänsten och hälso- och sjukvården (S2015/06821/JÄM). Inom ramen för uppdraget bör äldre ses som en självklar målgrupp och lyftas fram som särskilt sårbara.

Regeringen för en dialog med Socialstyrelsen och länsstyrelserna om att stärka äldreperspektivet och ytterligare synliggöra våldsutsatta äldre i nära relationer och hedersrelaterat våld mot äldre inom ramen för pågående uppdrag samt möjligheterna att genomföra en kartläggning. Regeringen anser därmed att tillkännagivandet är slutbehandlat.

Familjerätt och internationell adoption

Det familjerättsliga området avser ärenden i socialtjänsten om barns vårdnad, boende och umgänge, fastställande av faderskap och föräldraskap samt samarbetsamtal och familjerådgivning. Området omfattar även utredning och stöd i samband med internationell adoption.

Antalet vårdnads mål och snabbupplysningar ökar
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 som separerar har en så svår konflikt att det inte är möjligt att samarbeta i frågor som rör barnet eller enas om barnets framtid. Det gör att konflikten måste lösas i domstol. Forskningen visar att såväl en hög konfliktnivå mellan föräldrarna som vårdnadsprocesser ofta har mycket negativa konsekvenser för barnet.

2014 års vårdnadsutredning har haft i uppdrag att utvärdera 2006 års vårdnadsreform, undersöka hur reglerna fungerat i praktiken, om syftet med reformen att stärka barnrättsperspektivet har uppnåtts samt att kartlägga och analysera ökningen av antalet vårdnads mål. I sitt betänkande, som lämnades till regeringen under 2017 (SOU 2017:6) bedömer utredningen att vårdnads målen har ökat med nästan 50 procent de senaste tio åren.

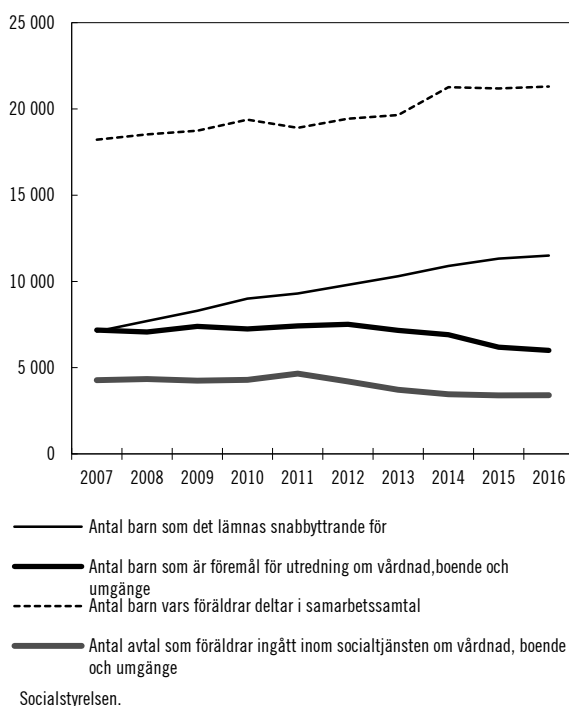
Under den senaste femårsperioden har även antalet s.k. snabbupplysningar ökat med ca 8 procent per år. Under 2016 begärdes snabbupplysningar om ca 11 500 barn. Snabbupplysningar är de upplysningar som rätten tar in från socialnämnden innan den fattar interimistiska beslut i tvister om vårdnad, boende och umgänge.

I övrigt är förändringarna ganska små

Antalet barn (0–17 år) som var aktuella för utredningar om vårdnad, boende och umgänge inom den kommunala socialtjänsten fortsatte under året att minska något. Under 2016 var drygt 6 000 barn aktuella jämfört med ca 6 200 under 2015 och ca 6 900 under 2014.

I syfte att bidra till att föräldrar med barnets behov för ögonen och så konfliktfritt som möjligt ska kunna komma överens om vårdnad, boende och umgänge efter en separation har kommunerna en skyldighet att erbjuda samarbetsamtal och bistå föräldrar i att träffa avtal. Antal barn vars föräldrar deltog i samarbetsamtal uppgick under 2016 till 21 300. Antalet har i stort sett varit oförändrat under perioden 2012–2016. Även antalet avtal mellan föräldrar om vårdnad, boende och umgänge ligger relativt konstant över tid. Under åren 2014–2016 tecknades ca 3400 avtal per år, varav 55 procent gällde vårdnad, 21 procent boende och 24 procent umgänge.

Diagram 6.1 Antal barn som varit föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten under åren 2007–2016 (Socialstyrelsen)



Arbete i syfte att minska konflikter och negativa konsekvenser för barnet

I syfte att stärka barnrättsperspektivet och minska konflikter och negativa konsekvenser för barnet föreslår 2014 års vårdnadsutredning (SOU 2017:6) att domstolsprocessen ska föregås av informationssamtal i socialtjänsten. Vid ett informationssamtal ska föräldrarna få information om vad en domstolsprocess kan lösa, alternativa sätt att lösa konflikten och möjligheter till stöd och hjälp i annan form som finns.

Utredningen föreslår också att det vid bedömningen av vårdnadsfrågan ska fästas särskild vikt vid föräldrarnas förmåga att ta ett gemensamt ansvar i frågor som rör barnet, istället för som nu, vid föräldrarnas förmåga att samarbeta i frågor som rör barnet. Den nuvarande regleringen har lett till att fokus ofta hamnar på föräldrarnas oförmåga att komma överens i olika frågor i stället för på möjliga lösningar på konflikten. Förslaget syftar till att flytta fokus till barnets situation och konsekvenserna för barnet. Utredningen föreslår vidare att en tillfällig vårdnadshavare ska kunna utses om det finns särskilda skäl så som när den ena vårdnadshavaren uppsåtligt dödat den andra. Betänkandet har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) har tidigare redovisat att samarbetsamtal kan vara ett sätt för föräldrar att nå samförståndslösningar och därmed undvika domstolsprocesser men att det finns brister bl.a. när det gäller samtalsledarnas kompetens och i hur barnet kommer till tals. Många föräldrar uttrycker även behov av ytterligare stödinsatser både för sig själva och för barnet. MFoF har lämnat förslag på olika åtgärder för hur myndigheten kan ge stöd i socialtjänstens handläggning (Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, 2017).

MFoF har fått i uppdrag att identifiera och beskriva utvecklingsbehov samt att ta fram ett handlägningsstöd för socialnämndernas arbete med riskbedömningar i ärenden om vårdnad, boende och umgänge (Regleringsbrev för 2017 för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd). I regleringsbrevet för 2017 har myndigheten även fått i uppdrag att redovisa en plan för hur myndigheten avser att bidra till att uppfylla målsättningarna i den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (skr. 2016/17:10).

Regeringen har under året fortsatt att ekonomiskt stödja Stiftelsen Allmänna Barnhusets försöksverksamhet med s.k. samverkans-team i fem olika kommuner. Teamen erbjuder samordnat tvärprofessionellt stöd till familjer i syfte att minska konflikter om vårdnad, boende och umgänge och därmed också minska skadeverkningarna för barn och föräldrar (S2014/3297/FST). Försöksverksamheten beräknas pågå till halvårsskiftet 2018.

Ny utredning för modernare reglering av fastställande av faderskap och föräldraskap

En särskild utredare har fått i uppdrag av regeringen att se över delar av föräldraskapets regler om fastställande av faderskap och föräldraskap. Syftet är att, med utgångspunkt i principen om barnets bästa, åstadkomma en mer ändamålsenlig, jämlik och modern reglering (dir 2017:28). Uppdraget ska redovisas senast den 31 augusti 2018.

Antalet internationella adoptioner fortsätter att minska

Antalet barn som adopteras till Sverige från andra länder fortsätter att minska. Under 2016 minskade antalet med 23 procent jämfört med föregående år. Under 2016 kom 259 barn, varav 97 flickor och 162 pojkar, och under 2015 kom 336 barn, varav 111 flickor och 225 pojkar. För att ge en bild av utvecklingen kan anges att det under 2007–2011 kom i genomsnitt 647 barn per år och under 2012–2016 endast 349. Minskningen har skett i takt med att den ekonomiska och sociala situationen, och därmed också familjernas möjligheter att själva sörja för sina barn, förbättrats i ursprungsländerna.

MFoF har framfört att det finns behov av att utreda hur adoptionsförmedlingsverksamheten kan anpassas till dagens förhållanden i syfte att säkerställa en förmedling i enlighet med principen om barnets bästa. Myndigheten har även framfört att det finns ett behov av förbättrat stöd till adoptivfamiljer och stöd till adopterade som söker sitt ursprung.

Föräldraskapsstöd

Regeringens mål är att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet och i sin relation till varandra under barnets hela uppväxt. Stödet ska erbjudas och genomföras på ett sätt som gynnar jämställdhet och jämlikhet. Föräldraskapsstödet

syftar till att främja barnets utveckling och hälsa och innebär en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva och sociala utveckling, som stärker föräldrars sociala nätverk eller relation till varandra. Under 2016 fortsatte MFoF att etablera sig som en nationell aktör på föräldraskapsstödsområdet.

Flera insatser har under året genomförts i syfte att bidra till att uppnå det ovan nämnda mål om att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet under barnets hela uppväxt. Regeringen har givit länsstyrelsen i Örebro i uppdrag att se till att det anordnas ytterligare en termin av en utbildning i föräldraskapsstödjande arbete vid Örebro universitet (S2016/05697/FST). Förutsättningar för kompetensutveckling hos huvudmän och andra aktörer som arbetar med föräldraskapsstöd bedöms därmed ha ökat under året.

Inom ramen för ett regeringsuppdrag i länsstyrelsernas regleringsbrev under 2014–2017 har länsstyrelserna under året fortsatt att stödja kommuner, landsting och andra föräldraskapsstödjande aktörer i att utveckla ett universellt, kunskapsbaserat, samordnat och långsiktigt stöd till föräldrar med barn i tonåren. Uppdraget har mötts av stort intresse och engagemang från huvudmännens sida, särskilt när det gäller att stärka stödet till utlandsfödda och nyanlända föräldrar samt föräldrar i asylprocessen. Under 2016 nåddes närmare 240 kommuner med insatser inom ramen för uppdraget. Det saknas fortfarande en helhetsbild i många kommuner och län över antal föräldrar som erbjuds stöd och vilket stöd de erbjuds. Således finns heller inte könsuppdelad statistik.

För att regeringen ska nå sitt mål om att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet och i sin relation till varandra bedömer länsstyrelserna att uppdraget med samordnare i länen behöver förlängas och breddas samt att det behövs en sammanhållen styrkedja från nationell till regional och lokal nivå på området.

Personer med funktionsnedsättning

Ökad delaktighet

Delaktigheten ökar för personer med funktionsnedsättningar. Barn, ungdomar och vuxna som bor i bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, blir alltmer delaktiga och har

större inflytande över insatsens genomförande än tidigare (Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättningen – lägesrapport 2017 Socialstyrelsen). Än är dock delaktighet och inflytande ingen självklarhet och det krävs fortvarande arbete på alla nivåer innan de enskilda på ett självklart sätt får komma till tals och kan påverka utformningen av sina insatser.

Ju mer delaktig den enskilde är vid förskrivning av sitt hjälpmedel, desto större nytta gör hjälpmedlet. Andelen hjälpmedelsanvändare som känner sig delaktiga vid förskrivning av hjälpmedel är dessutom hög, 66 procent. Kvinnor upplever något större delaktighet vid hjälpmedelsförskrivning än män. Fortfarande är delaktigheten och valfriheten låg bland personer som har bedömt sitt hälsotillstånd som dåligt. Hjälpmedelsutredningen har i maj 2017 lämnat ett betänkande med förslag som syftar till att främja delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen (SOU2017:43).

Insatser och kostnader enligt socialtjänstlagen och LSS

Fler personer med insatser enligt LSS

Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade förkortad 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 2016 hade ca 71 400 personer insatser enligt LSS från kommunerna. Det var ca 1 900 personer fler än året innan. Av dem som fick insatser var 41 procent kvinnor och 59 procent män. Männen var fler än kvinnorna i nästan alla åldrar. Sammanlagt beviljades ca 118 600 insatser från kommunerna till dessa personer. Det var ca 1 400 insatser fler än året innan.

Tabell 6.4 Avrundat antal personer med insats enligt LSS 2007–2016

Antal personer med olika insatser enligt LSS 2007–2016

Insats	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1. Råd och stöd	8 200	6 700	5 800	5 100	4 700	4 500	4 300	4 300	4 400	4 100
2. Personlig assistans	3 300	3 500	3 400	3 600	3 800	3 900	3 900	4 100	4 300	4 600
3. Ledsagarservice	9 700	9 700	9 600	9 300	9 200	8 700	8 500	8 400	8 300	8 000
4. Kontaktperson	18 000	18 400	19 200	19 500	19 500	19 600	19 400	19 500	19 500	19 400
5. Avlösarservice	3 400	3 300	3 400	3 400	3 400	3 400	3 500	3 600	3 800	3 800
6. Korttidsvistelse	10 100	10 200	10 000	10 000	9 900	9 700	9 600	9 600	9 700	9 600
7. Korttidsstillsyn	5 100	5 200	5 100	5 200	5 000	4 800	4 500	4 500	4 400	4 400
8. Boende, barn	1 300	1 400	1 400	1 400	1 300	1 200	1 100	1 000	1 000	1 000
9. Boende, vuxna	21 600	22 300	22 900	23 400	23 900	24 400	25 000	25 800	26 500	27 100
10. Daglig verksamhet	27 000	28 100	29 000	30 200	31 100	32 000	32 400	33 800	35 300	36 600
Totalt antal insatser	107 700	108 800	109 800	111 100	111 800	112 200	112 200	114 600	117 200	118 600

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen

Sett över en längre period har totala antalet stödinsatser ökat kontinuerligt varje år. Från 2007 har insatserna ökat med 10 900 vilket motsvarar ca 9 procent. Sett över hela perioden ökar daglig verksamhet med ca 26 procent och personlig assistans enligt LSS med 28 procent. De stödinsatser som ökade 2016 var framför allt bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet samt personlig assistans. För stödinsatserna ledsagarservice och råd och stöd fortsätter trenden med minskade insatser även 2016.

Barn eller ungdomar gavs under 2016 ca 32 100 LSS-insatser. Av dessa gavs 96 procent till barn eller ungdomar i åldrarna 7–22 år. Flickorna svarar för 38 procent av insatserna och pojkarna för 62 procent. För barn eller ungdomar i åldrarna 7–22 år var korttidsvistelse den vanligaste insatsen, i den yngre gruppen var det avlösarservice. I det övre åldersspannet från 13 år blir det även vanligare med kontaktperson, korttidstillsyn och ledsagarservice.

Pojkar och män får oftare stöd än flickor och kvinnor

Det skiljer sig markant mellan könen i hur stor andel som får minst en av tio insatser enligt LSS, framförallt i de yngre åldrarna. Bland 0–6-åringarna är det mer än dubbelt så många pojkar som får stöd än flickor och det är fortsatt så även i åldersgruppen 7–12 år. I de äldre åldersgrupperna minskar denna skillnad mellan könen, till som lägst 1,24 fler män än kvinnor som får insatser hos personer som är 65 år eller äldre. Skillnaden mellan könen har funnits i många år och har dessutom ökat över tid. För åldersgruppen 0–12 var det 1,7 fler pojkar än flickor som fick insatser enligt LSS år 2007, vilket ökat till 2,1 år 2016.

Allt fler får personlig assistans enligt LSS

Det är inte bara antalet personer som ökar, utan också antalet timmar. År 2007 hade 56 procent minst 20 timmar personlig assistans per vecka, år 2015 har andelen ökat till 82 procent. Under samma period har andelen personer med 0–10 timmar personlig assistans per vecka halverats. Det har med andra ord skett en förskjutning mot allt fler timmar vilket kan bero på att behoven blir alltmer omfattande eller att det krävs allt mer omfattande behov för att kunna få insatsen (Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättningen – lägesrapport 2017, Socialstyrelsen).

Insatser enligt SoL – boendestödet ökar

Personer med funktionsnedsättning kan även få insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Under 2015 hade drygt 52 000 personer med funktionsnedsättning insatser enligt denna lagstiftning och tillsammans fick de 71 300 insatser. Antalet insatser är fler i de övre åldersgrupperna. Drygt 1 230 insatser beviljades till åldersgruppen 0–19 år men i åldersgruppen 55–64 år var det 18 750 insatser. I den yngsta åldersgruppen är det vanligt med hemtjänst i ordinarie boende, avlösning och kontaktperson eller kontaktfamilj. I åldersgruppen 20–54 år är i stället boendestöd den i särklass vanligaste insatsen, och i den äldsta åldersgruppen 55–64 år dominerar hemtjänst. Stöd enligt SoL ges med andra ord framför allt i det ordinarie boendet, och särskilt boende är genomgående relativt ovanligt.

Antalet insatser enligt SoL fortsätter att öka, och har sedan 2007 ökat med 20 procent. En stor del av ökningen förklaras av att boendestöd har fördubblats under perioden. Boendestöd lämnas till personer i eget boende och oftast är det personer med psykisk funktionsnedsättning som får insatsen. Boendestöd kan vara ett praktiskt såväl som socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället. Att insatsen ökar kan därför tolkas som en positiv utveckling.

Kostnader för LSS och insatser enligt SoL ökar

Kostnaden för insatser enligt LSS var 2015 47,4 miljarder kronor vilket är en ökning med 1,8 miljarder kronor sedan 2014. Kostnaden för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt SoL var 2015 12,9 miljarder kronor vilket är en ökning med 600 miljoner kronor sedan 2014. Sett över femårsperioden 2011–2015 har kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning som andel av socialtjänstens kostnader ökat från 26,5 procent till 27,7 procent. Kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättningar varje år under perioden motsvarande 1,4 procent av BNP (Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättningen – lägesrapport 2017 Socialstyrelsen).

Den statliga assistansersättningen och kostnader

Enligt Försäkringskassan minskade antalet assistansberättigade personer mellan 2015 och 2016 med ca 230 personer. Antalet timmar per vecka och person steg fortsatt under 2016. Kvinnor beviljades då i genomsnitt 126 timmar per vecka och männen 130 timmar. Jämfört med år 2015 beviljades två timmar mer i snitt för respektive person.

År 2016 minskade kostnaderna för assistansersättning med ca 3,5 miljarder kronor från föregående år och uppgick till totalt 26,3 miljarder kronor. Minskningen beror till övervägande del på att Försäkringskassan införde efterskottsutbetalning av assistansersättningen i oktober 2016, vilket innebar att stora delar av utbetalningarna uteblev i oktober och november. Den tidsmässiga förskjutningen av utbetalningarna minskar försäkringsutgifterna tillfälligt år 2016.

Övergången till efterskottsutbetalning innebär att Försäkringskassan betalar ut assistansersättning först efter det att assistans har utförts och redovisats till myndigheten. De som är anordnare av sin egen assistans får fortsatt förskottsutbetalning av assistansersättningen. Till viss del är förklaringen också att färre personer har rätt till ersättningen. Kommunernas kostnader för assistansersättningen uppgick 2016 till drygt 4,8 miljarder kronor. Som framgår av tabell 6.5 har kostnaderna ökat kraftigt sedan 2007. Antalet personer som omfattas av assistans

ersättningen har fram till 2016 varit relativt stabil. Däremot ökar antalet timmar i genomsnitt per vecka och person kontinuerligt. Från 105 timmar per vecka 2007 till 128 timmar per vecka 2016. Detta utgör en stor påverkan på kostnaden för försäkringen.

Orsaker till utvecklingen av assistansersättningen

Försäkringskassan har på regeringens uppdrag analyserat utvecklingen av assistansersättningen. Resultatet redovisades i Socialförsäkringsrapport 2017:4 – Assistansersättningens utveckling. Redovisningen sträcker sig fram till och med 2016. De viktigaste slutsatserna i rapporten är att antalet personer som har assistansersättning har varit relativt stabilt. De flesta behåller ersättningen under många år, endast för ett fåtal dras den in. När det sker beror det på att de grundläggande behoven inte längre uppgår till mer än 20 timmar per vecka. De flesta som lämnar ersättningen gör det på grund av att de avlider. Antalet brukare har mellan 2009 och 2016 legat relativt stabilt kring 16 000. Under 2016 minskade antalet brukare något och uppgick till i snitt 15 917 brukare, vilket är 1,5 procent mindre än 2015. Försäkringskassan pekar på att utvecklingen kan bero på några domar från Högsta förvaltningsdomstolen. Domar från Högsta förvaltningsdomstolen är praxisbildande och påverkar hur myndigheten tolkar lagstiftningen. Under 2016 fortsatte dock antalet medeltimmar per person att öka, men i en lägre takt än 2015.

Tabell 6.5 Kostnader för assistansersättning, antal personer som hade assistansersättning i genomsnitt per år, och antal beviljade timmar i genomsnitt per månad. 2007–2016

År	Kostnad totalt (mdkr)	Varav Stat (mdkr)	Varav Kommun (mdkr)	Kostnadsökning jämfört med året innan (mdkr)	Schblonbelopp	Antal personer med beviljad assistans i genomsnitt	Antal kvinnor med beviljad assistans i genomsnitt	Antal män med beviljad assistans i genomsnitt	Antal timmar per månad och person i genomsnitt	Antal timmar per månad och person i genomsnitt för kvinnor	Antal timmar per månad och person i genomsnitt för män
2007	18,2	14,7	3,5	2,1	228	14572	6886	7686	455,5	445,8	463,6
2008	19,9	16,0	3,9	1,7	237	15116	7131	7985	465,1	456,4	472,8
2009	21,8	17,6	4,2	1,9	247	15502	7281	8221	475,1	468,4	481,0
2010	23,2	18,9	4,3	1,4	252	15862	7411	8451	486,1	480,3	491,1
2011	24,3	19,9	4,4	1,1	258	15940	7396	8544	496,9	490,9	502,2
2012	25,9	21,4	4,5	1,6	267	15913	7337	8576	508,3	502,1	513,5
2013	27,1	22,5	4,7	1,2	275	15795	7286	8509	520,8	513,9	526,7
2014	28,6	23,8	4,8	1,5	280	16015	7384	8631	533,2	525,0	540,2
2015	29,8	24,9	4,9	1,2	284	16152	7420	8732	546,6	537,7	554,1
2016	26,3	21,5	4,8	- 3,5	288	15917	7288	8629	554,8	550,0	569,8

Genomsnittligt antal beviljade timmar per mottagare har ökat kontinuerligt över tid. Ökningen kan framför allt härledas till ökat antal timmar för de som redan har ersättningen. Ungefär hälften av alla som beviljats assistansersättning för första gången ansöker om fler timmar inom de kommande två åren. Nio av tio som ansöker om fler timmar får det. I genomsnitt beviljas de ytterligare 32 timmar per vecka. I vissa åldrar beviljas ett särskilt högt timantal vid ansökan om fler timmar. När barn blir äldre minskar den tid som bedöms som normalt föräldraansvar och fler timmar assistansersättning kan beviljas. Som regel beviljas inte assistansersättning för tid som barn är i skolan. När de slutar skolan beviljas de ofta avsevärt fler timmar assistansersättning. För vuxna ökar assistanstimmarna med åldern. Allra störst är timökningen det sista året man kan få fler timmar, det vill säga innan man fyllt 65 år.

Åtgärder för god rättstillämpning

Regeringen beslutade om ett nytt mål för assistansersättningen i Försäkringskassans regleringsbrev för 2016. Målet fokuserade på att Försäkringskassans handläggning av assistansersättningen ska präglas av hög kvalitet och rättssäkerhet och att rätt person ska få rätt ersättning. Försäkringskassan har under 2016 vidtagit flera åtgärder för att uppnå regeringens mål. Bland annat har Försäkringskassan under 2016 infört efterskottsutbetalning av ersättningen, infört ett nytt handläggningsstöd som bidrar till att minska andelen felaktiga utbetalningar och gör det möjligt att ta emot tidsredovisningar digitalt. Myndigheten har också utvecklat styrande och stödjande dokument för att förtydliga rättstillämpningen och vägledningen har reviderats.

För att höja kvaliteten i de medicinska underlag som ligger till grund för utredningarna har Försäkringskassan tagit fram ett nytt läkarutlåtande. Utlåtandet ska tydliggöra vilken medicinsk information som behövs för att utreda rätten till assistansersättning. Det ska också ge information om den assistansberättigade behöver vård i hemmet. Försäkringskassan uppger att man under 2016 sammantaget ökat kvaliteten i handläggningen, förtydligat rättstillämpningen och likformigheten i bedömningarna i landet har förbättrats.

I Försäkringskassans regleringsbrev för 2017 justerades målet för assistansersättningen. För-

ändringen är ett förtydligande av att Försäkringskassans arbete med assistansersättningen ska präglas av hög kvalitet och rättssäkerhet så att rätt person får rätt ersättning samt att besluten ska vara likvärdig i hela landet. Det ska också vara tydligt att assistansersättningen ska användas så som det är avsett genom att Försäkringskassan har en god kontroll för att motverka överutnyttjande och brottsligt nyttjande med ett särskilt fokus på den ökande timutvecklingen.

Vissa könsskillnader finns kvar

Vissa könsskillnader minskar och andra kvarstår i assistansersättningen (Socialförsäkringsrapport 2017:4 – Assistansersättningens utveckling). Män har tidigare haft en högre beviljandegrad än kvinnor. Denna skillnad har minskat med tiden och är inte längre mätbar. Män får fler timmar än kvinnor vid nybeviljande i vuxen ålder. Skillnaden i timmar är inte stor, men den är systematisk och kan inte förklaras av bakgrundsfaktorer som ålder, diagnos, bostadslän eller om man är född i Sverige. Tio år efter att man nybeviljats assistans har män fortfarande fler timmar per vecka än kvinnor. Däremot för individer som nybeviljas som barn framträder inte några större könsskillnader vare sig vid första beviljandet eller över tid.

Analys av reglerna om egenvård

Inspektionen för socialförsäkring (ISF) har haft i uppdrag av regeringen att analysera hur Försäkringskassan tolkar reglerna om egenvård och i vilken utsträckning ansvar kan utkrävas om något går fel. I samband med detta redovisar ISF hur relevant domstolspraxis påverkar Försäkringskassans tillämpning av reglerna för assistansersättning. Den som beviljas personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till personlig assistans för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Enligt socialförsäkringsbalken lämnas inte assistansersättning för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Försäkringskassan kan däremot bevilja assistansersättning för s.k. andra personliga behov för insatsen om det bedömts att en sådan åtgärd kan utföras som egenvård av t.ex. en personlig assistent.

Av ISF:s rapport framgår bl.a. att lagstiftningen är otydlig rörande de olika huvudmännens ansvar och att det finns incitament för kommuner och landsting att vältra över ansvaret

för sjukvårdande insatser på personliga assistenter som därmed tvingas ta ett orimligt stort ansvar.

Brottsligheten inom assistansersättningen

Försäkringskassan lyfter några brister i assistansersättningen i Socialförsäkringsrapporten 2016:8 (Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka fusk och oegentligheter med assistansersättning). Myndigheten pekar bland annat på att brukarnas och assistanssamordnarnas intresse av att få fler timmar assistans beviljade sammanfaller.

Assistansersättningens konstruktion innebär att brukaren beviljas medel för att köpa insatsen personlig assistans. Försäkringskassan ansvarar för att administrera assistansersättningen och brukaren ansvarar för insatsens innehåll och kvalitet. Uppföljningen av den lämnade assistansen är svår att genomföra. Det gäller såväl den ekonomiska uppföljningen som uppföljningen av kvaliteten på den lämnade assistansen. Myndighetens bedömning är att de stora beloppen som betalas till varje brukare, den tillitsbaserade hanteringen som tidigare präglat administrationen i kombination med en svag uppföljning bedöms ha bidragit till att möjliggöra missbruk av assistansersättning.

Försäkringskassan har under 2016 infört nya arbetssätt för att utreda oseriösa anordnare av personlig assistans. Det gäller bl.a. ett arbete med att stoppa utbetalningar till assistansanordnare vid misstanke om att anordnarna varit oseriösa.

Tillkännagivande avseende valfrihet att välja utförare av insatsen personlig assistans

Riksdagen beslutade i april 2017 om ett tillkännagivande (bet. 2016/17:SoU8, punkt1, rskr. 2016/17:215) med innebörden att regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om att alla personer med funktionsnedsättning som har beviljats personlig assistans ska få likvärdiga möjligheter att få välja utförare genom att lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) tillämpas. En person som beviljats insatsen personlig assistans kan alltid välja om man vill få s.k. biträde av assistent eller få ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans. Vid val av ekonomiskt stöd för kostnader för personlig assistans har brukaren valfrihet att välja anordnare. Detta gäller oavsett om en brukare har beviljats insatsen personlig assistans enligt LSS eller statlig assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken. Det finns därmed redan val-

frihet att välja utförare inom ramen för insatsen, dock med en annan teknik än inom LOV. Lämnas assistansersättning är staten huvudman och det ekonomiska stödet som lämnas är en av regeringen fastställd timschablon. Om personlig assistans enligt LSS beviljats är kommunen huvudman och ska lämna ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för assistans. De skäligen kostnaderna motsvarar i många kommuner den statliga schablonen men inte alltid. Kommunerna behöver inte följa timschablonen för assistansersättningen, men ska ersätta skäligen kostnader för assistans.

Regeringen beslutade den 26 maj 2016 om direktiv till en särskild utredare för att göra en översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen (dir 2016:40). Enligt direktiven har utredaren i uppdrag att se över och analysera konsekvenserna av det delade huvudmannskapet för personlig assistans samt analysera och lämna förslag på hur kostnader för personlig assistans kan ersättas träffsäkert och kostnadseffektivt. Regeringen bedömer således sammanfattningsvis att det inte finns skäl att gå vidare med ytterligare insatser och anser därmed att tillkännagivandet är slutbehandlat.

Klagomål kring brister i läkemedelshanteringen

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2016 genomfört tillsyn för LSS och SoL i 1 927 fall. Av dessa fall har 253 renderat någon typ av åtgärd.

De flesta inkomna klagomålen inom hälso- och sjukvården inom funktionshinderområdet rör brister i läkemedelshantering på boenden. Detta gäller även för lex Maria-ärendena där de flesta avser brister i läkemedelshantering samt vård och behandling på boenden. Anmälningar till IVO rör i huvudsak brister i omsorg, omvårdnad, bemötande och rättssäkerhet. Det överensstämmer väl med lex Sarah-anmälningarna där de flesta rör felaktigt utförd insats, inte utförd insats eller dåligt bemötande.

Trots att IVO bara beviljar ca 30 procent av tillståndsansökningarna har myndigheten under 2016 identifierat brister och förbättringsområden i många enskilda verksamheter och även återkallat en del tillstånd. De vanligaste bristerna i de verksamheter som IVO granskar rör dokumentation och systematiskt kvalitetsarbete, anmälningsskyldigheten avseende barn och begäran av utdrag från belastningsregistret i verksamheter som rör barn. Den vanligaste orsaken

till avslag på ansökan om tillstånd är bristande lämplighet och då i synnerhet bristande kunskaper inom LSS.

Kostnaderna för bilstödet fortsätter att minska

Det statliga bilstödet syftar till att möjliggöra ett aktivt och självständigt liv för personer med funktionsnedsättning och leda till ökad delaktighet för dem som inte kan använda allmänna kommunikationer. Bidraget är uppdelat i inköpsbidragen grundbidrag, anskaffningsbidrag och tilläggsbidrag samt anpassningsbidrag. Det går även att få bidrag till körkortsutbildning.

Efterfrågan på bilstöd har ökat de senaste åren. Kostnaderna ökade fram till 2013 men har sedan dess minskat. En viktig förklaring till det är att Försäkringskassan har förtydligat vad som bör anses som lämplig bil, originalmonterad utrustning och utrustning som säljs i paket. Det har lett till att genomsnittsbeloppet som betalas ut för att anpassa en bil har minskat.

Antal beslut om bilstöd fortsätter att öka. Ökningen 2016 beror på fler ansökningar i början av året. Försäkringskassan bedömer att en förklaring kan vara lagändringen för nio år sedan som innebär att föräldragruppernas grundbidrag dubblerades. Föräldrar kan ha avvaktat med att ansöka till dess att ändringen trädde i kraft. Eftersom man kan söka bilstöd igen efter nio år sammanfaller detta med ökningen.

Tabell 6.6 Antal personer som beviljats bilstöd 2012–2016, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning mellan olika grupper (%)

	2012	2013	2014	2015	2016
Kostnader mkr	343	368	315	307	263
Personer som beviljats stöd	1785	1872	2017	2131	
Andel stöd kvinnor, %	44	44	46	45	
Andel stöd män, %	56	56	54	55	
Grupp 1, antal	561	590	605	644	530
Andel kvinnor %	46	45	44	43	47
Andel män %	54	55	56	57	53
Grupp 2, antal	193	172	193	158	152
Andel kvinnor %	42	46	49	53	47
Andel män %	58	54	51	47	53
Grupp 3, antal	300	296	302	318	263
Andel kvinnor %	42	50	50	43	51
Andel män %	58	50	50	57	49
Grupp 4, antal	44	32	55	54	33
Andel kvinnor %	16	12	25	13	21
Andel män %	84	88	75	87	79
Grupp 5, antal	687	782	862	957	1841
Andel kvinnor %	47	43	48	48	46
Andel män %	53	57	52	52	54

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 aviserade i prop. 2016/17:1 att bilstödet skulle reformeras i syfte att åstadkomma ett mer ändamålsenligt och effektivt bilstöd genom ökade incitament för den försäkrade att införskaffa en bil med originalmonterad utrustning. Detta för att minska behovet av fördyrande anpassningar. Denna reform har genomförts genom ändringar i socialförsäkringsbalken och förordningen (2010:1745) om bilstöd till personer med funktionshinder. De nya bestämmelserna tillämpas fr.o.m. 1 januari 2017 och då i ärenden där ansökan om bilstöd har gjorts efter den 31 december 2016.

Reformeringen av bilstödet innebär i huvudsak följande. Grundbidraget för köp av bil halveras och inkomstgränserna inom anskaffningsbidraget höjs. Det införs ett tilläggsbidrag för köp av bilar som redan är delvis anpassade till eller mer lämpliga att anpassa till den som har ett funktionshinder. På så sätt riktas bilstödet i högre grad till dem som har bristande ekonomiska förutsättningar som gör det svårt att finansiera ett bilköp och till dem som får extra kostnader för inköpet. Normalt ska anpassningsbidrag inte lämnas för en bil som är äldre än fyra år eller har längre körsträcka än 6 000 mil. Om bilen är olämplig med hänsyn till de anpassningar som behövs, ska anpassningsbidraget kunna nekas.

Personligt ombud

Verksamhet med personligt ombud har funnits sedan år 2000. Flest antal verksamheter och ombud finns i Stockholms län och i Västra Götaland. De flesta verksamheterna drivs i kommunens egen regi. Det är främst i storstadsregionerna som verksamheten drivs på entreprenad.

Under 2016 hade 8 986 klienter, varav 5 124 kvinnor och 3 862 män, personligt ombud. Majoriteten, cirka 67 procent av klienterna är i åldersspannet 30–64 år. Åldersspannet 18–29 år står för 29 procent vilket är en ökning med fyra procentenheter jämfört med förra året. Drygt 1 900 klienter har helt eller delvis hemmaboende barn. Många kommuner uppger en tendens att ombuden tar emot allt yngre klienter. Flertalet redovisar att unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ökar. Vissa kommuner uppger en ökning av klienter med barn och personer som lider av psykisk ohälsa med en beroendeproblematik. Unga vuxna som aldrig kommit ut på arbetsmarknaden och som saknar ersättning från sjukförsäkringssystemen är ytterligare en grupp som ökar. Årligen avsätts ca 105 miljoner kronor till insatsen varav ca 100 miljoner kronor för att subventionera kostnaderna för personliga ombud.

Tabell 6.7 Antal personliga ombud (PO) och kommuner som inte erbjuder PO

	Antal PO	Antal kommuner som inte erbjuder PO	Antal 1000- invånare i de kommuner som inte erbjuder PO
2010	320	40	721
2011	313	38	650
2012	311	38	802
2013	310	45	608
2014	309	49	735
2015	310	47	641
2016	311	50	780

Källa: Länsstyrelserna 2017

Tolkservice till förtroendevalda

Stiftelsen Rikstolktjänst har efter upphandling ansvar för att tillhandahålla tolkservice för förtroendevalda. Nuvarande uppdrag sträcker sig t.o.m. 2019.

Årligen avsätter regeringen knappt 10 miljoner kronor för tolkservice till förtroendevalda. Socialstyrelsen utbetalar medel till den aktör som efter upphandling tilldelats uppdraget att tillhandahålla tolkservice för förtroendevalda i vissa organisationer.

Tabell 6.8 Antal tolktimmar och tolkdagar till förtroendevalda

	Inrikes (timmar)	Urikes (dagar 2013- 15, timmar 2016)
2013	5 965	296
2014	6 741	156
2015	6 709	103
2016	6 561	1062

Källa: Stiftelsen Rikstolktjänst

Ledarhundar till synskadade

Synskadades Riksförbund har uppgiften att, i enlighet med lagen (2005:340) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till den ideella föreningen Synskadades Riksförbund, anskaffa och placera ledarhundar. Myndigheten för delaktighet har i uppdrag att upphandla ledarhundar åt Synskadades Riksförbund. Årligen avsätter regeringen 23,9 miljoner kronor i statsbidrag för verksamheten. Det finns inget tydlig trend när det gäller antalet sökande som står i kö för att få en ny ledarhund. Dock är antalet hundar som togs ur tjänst, de flesta till följd av hög ålder, under 2016 betydligt högre än tidigare år. Detta kommer sannolikt leda till att kön växer.

Tabell 6.9 Antal ledhundarna

	Nya placerade hundar	Hundar tagna ur tjänst ¹	Totalt antal ledarhundar i tjänst	Antal sökande i kö per den 31/12
2010	40	16	292	42
2011	39	27	284	53
2012	39	26	282	38
2013	38	18	290	52
2014	35	25	288	46
2015	36	25	272	59
2016	36	41	271	54

Källa: Synskadades riksförbund, 2017

1. Ledarhundar tas vanligen ur tjänst på grund av hög ålder.

6.4.3 Analys och slutsatser

Övergripande insatser

Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är nu på plats. De första stegen är tagna mot en sammanhållen statlig styrning genom bl.a. en myndighetsgemensam omvärldsanalys. Öppna jämförelser är också en viktig del av den nationella kunskapsstyrningen och driver nu på jämställdhetsperspektivet inom socialtjänsten genom att utveckla indikatorer som kan följa utvecklingen på olika områden.

Inom ramen för överenskommelsen om stöd till en evidensbaserad praktik har SKL, Socialstyrelsen och representanter från de regionala samverkans- och stödstrukturerna tagit fram en modell för ett aktivt partnerskap för samverkan mellan nationell, regional och lokal nivå för att driva arbetet framåt. Syftet är att samverkan, dialog och samordning av initiativ ska bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling och effektiva kunskapsstöd.

Utveckling och användning av e-hälsa och välfärdsteknologi ska bidra till en effektiv och hållbar välfärd samt till ökad trygghet och självständighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med behov av stöd. Ökad samverkan mellan staten, kommuner och landsting och andra aktörer inom de tre insatsområdena utpekade i Vision e-hälsa 2025 är en förutsättning för utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknologi, samt för måluppfyllelse av visionen. Myndigheten för delaktighet bedömer att de insatser myndigheten genomfört inom ramen av sitt uppdrag

inte har täckt kommunernas behov av stöd på området.

Nu gällande lag om bostadsanpassningsbidrag innehåller få bestämmelser om den formella handläggningen av en ansökan om bostadsanpassningsbidrag eller återställningsbidrag. Boverkets föreskrifter anger vilka handlingar som ska läggas till ansökan, men Boverkets myndigande att utfärda föreskrifter omfattar inte återställningsbidraget. Högsta förvaltningsdomstolens beslut innebär att enskilda idag kan sakna skydd mot krav på ersättning för återställning vid flytt eller i annat fall.

Omvärlden

Länsstyrelsen i Stockholms län har publicerat webbplatsen eumedborgareisverige.se som en del i sitt uppdrag att samordna arbetet kring EU/EES medborgare. Kommunerna och andra aktörer erbjuds på så sätt en gemensam plattform som tydliggör tolkningar och mandat kring frågor som rör målgruppen.

Omsorg om äldre

Antalet personer med demenssjukdom ökar

Antalet personer med demenssjukdom kommer till följd av den åldrande befolkningen att öka kraftigt i Sverige. År 2030 beräknas antalet uppgå till ca 230 000. Demenssjukdom slår direkt mot individens självständighet och delaktighet. Konsekvenserna av demenssjukdom drabbar i högre grad kvinnor än män, både som direkt drabbade och som närstående som utför obetalt omsorgsarbete. Kunskap om demenssjukdom är centralt för att kunna erbjuda en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Regeringens stöd till utbildningssatsningar har gjort det möjligt att öka kompetensen om demenssjukdom bland personal och anhöriga.

Regeringens satsning på att undvika tvång- och begränsningsåtgärder har vidare ökat förutsättningarna för en vård och omsorg med större respekt för individens självbestämmande, vilket gör det möjligt för personer med demenssjukdom att behålla inflytande över sin vardag.

Även om det finns en positiv utveckling när det gäller kunskap om demenssjukdomar finns det fortfarande brister i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Skillnaderna i landet är stora, t.ex. när det gäller vilka insatser kommunerna kan erbjuda. Vidare tycks socio-

ekonomiska förhållanden, som utbildning och födelseland påverka vilka insatser som ges.

Brister vad gäller bemötande, förtroende och trygghet

Alltför många äldre med äldreomsorg upplever att de inte får ett gott bemötande, att de inte känner förtroende för personalen och att de inte känner sig trygga. Det är svårt att känna förtroende för personal som man inte känner. I genomsnitt möter en äldre person med hemtjänst 15 personer under en tvåveckorsperiod. Att få vård och omsorg av så många personer som går ut och in ur sitt hem bidrar till att man inte känner sig trygg. Bristen på personalkontinuitet är en faktor som kan ligga bakom de låga siffrorna när det gäller bemötande, förtroende och trygghet.

Bemanning och arbetsmiljö inom äldreomsorgen

Personalen är den viktigaste resursen i äldreomsorgen. Nio av tio som arbetar inom äldreomsorgen är kvinnor. De behöver ha rimliga förutsättningar för att göra ett bra jobb, och ge varje kvinna och man i äldreomsorgen ett gott bemötande och bygga relationer som skapar förtroende och trygghet.

Regeringens satsning på bemanning har gett kommunerna bättre förutsättningar att åstadkomma kvalitet och trygghet i äldreomsorgen samt att avlasta personalen. Personalen har fått större utrymme att bidra till att de äldre får en meningsfull tillvaro. Regeringen bedömer att det är en angelägen investering för en äldreomsorg av god kvalitet.

Regeringen ser dock med oro på de problem som framkommer när det gäller arbetsmiljö för personalen inom äldreomsorgen. Undersökningar visar att nästan hälften av personalen allvarligt övervägt att lämna yrket. Det är angeläget att bristerna i arbetsmiljö i denna kvinnodominerade sektor lyfts fram och åtgärdas. Det är av avgörande betydelse för kvaliteten i äldreomsorgen, för att äldreomsorgen ska kunna rekrytera och behålla den personal som behövs samt för att personalen inte ska bli sjuka på sin arbetsplats.

Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Många äldre med stora och komplexa vårdbehov bor kvar i sitt ordinarie boende. Det ställer stora krav på samordning mellan både kommuner och landsting och alla olika yrkeskategorier som den äldre kommer i kontakt med. Regeringens för-

slag på samverkan vid utskrivning från slutenvård är ett viktigt steg i rätt riktning. Det är viktigt att lagen implementeras på ett effektivt sätt för att vården och omsorgen ska bli ännu mer trygg och säker för de med störst behov.

Fallolyckor

Fallskador får ofta stora negativa konsekvenser för den enskilde, genom bestående men och ett ökat vård- och omsorgsbehov i vardagen. Förutom konsekvenserna för den enskilde genererar fallolyckor stora kostnader för samhället. Socialstyrelsens beräkningar visar att kostnaderna i den specialiserade vården uppgick till 7,7 miljarder kronor för riket och kostnaderna för vård och omsorg i kommunerna beräknas till minst 3,7 miljarder kronor under 2014. Mot bakgrund av konsekvenserna för både den enskilde och för samhället är det angeläget att fortsätta utveckla det fallpreventiva arbetet.

Individ- och familjeomsorg

Den sociala barn- och ungdomsvården

Tillståndet i den sociala barn- och ungdomsvården har stabiliserats något 2016 eftersom inte lika många ensamkommande barn kom till Sverige under året jämfört med hösten 2015. Det ger bättre förutsättningar för kommunerna både i arbetet med mottagandet av ensamkommande barn och unga och i hela den sociala barn- och ungdomsvården.

Svårigheter att säkra bemanningen med nödvändig kompetens är dock fortfarande en utmaning i många kommuner, vilket kräver strategiska långsiktiga insatser.

Statistiken över placerade barn och unga brister. Sedan 2014 omfattar statistiken bara personer med svenskt personnummer, vilket innebär att asylsökande ensamkommande barn inte ingår i statistiken.

En fortsatt hög efterfrågan på statligt bedriven ungdomsvård har inneburit att det under 2016 uppstått kö till vårdplatser inom Statens institutionsstyrelse (SiS). Platsbristen beror på ett ökat behov av att placera ensamkommande pojkar samt att barnkullar i de åldersgrupper som kan behöva beredas vård inom SiS är större. Antalet vårdplatser behöver utökas för att möta efterfrågan på vård.

Ekonomiskt bistånd

Det ekonomiska biståndet är det yttersta skyddsnetet för personer som saknar andra möjligheter till försörjning. Biståndstagandet har minskat något sedan 2014. Fortfarande är dock det långvariga biståndsmottagandet högt. Bland ensamstående mödrar är det betydligt vanligare med ekonomiskt bistånd jämfört med andra hushållstyper. Ensamstående föräldrar har en större försörjningsbörda jämfört med sammanboende föräldrar eller personer utan barn vilket kan bidra till en högre ekonomiskt utsatthet. Utrikes födda liksom unga vuxna är också överrepresenterade i förhållande till genomsnittet för riket. Detta hänger samman med att arbetslösheten är högre bland dem samt att de ofta inte kvalificerat sig för ersättningar från sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen.

Kommunernas kostnader för arbetsmarknadsinsatser har successivt ökat och uppgick till närmare 5 miljarder kronor under 2016. Kunskapen om effekterna av dessa insatser är bristfällig. Socialstyrelsens arbete med att utveckla officiell statistik över arbetsbefrämjande insatser och orsaker till avslut av dessa insatser kommer att kunna underlätta en systematisk uppföljning av kommunernas insatser till biståndsmottagare.

Missbruks- och beroendevården

Vårdsystemet är i förändring. Allt fler vårdas inom hälso- och sjukvården på grund av missbruk medan socialtjänstens frivilliga insatser minskar. Inom socialtjänstens missbruksvård syns även en utveckling där en större andel av socialtjänstens klienter har en sammansatt problematik med tungt missbruk och psykisk ohälsa. Samtidigt som socialtjänstens frivilliga insatser minskar, sker en ökning av tvångs-ingripanden. Utvecklingen har varit ungefär densamma för kvinnor som för män.

Statens institutionsstyrelses (SiS) verksamhet präglats alltså av hög beläggning, vilket gjort det svårt för myndigheten att erbjuda plats omgående, speciellt låsta platser för män.

Det krav på överenskommelser om samverkan som infördes i socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen fr.o.m. den 1 juli 2013 börjar nu få genomslag i hela landet. Myndigheten för vård- och omsorgs analys visar dock att samverkan kring barn och unga behöver utvecklas i överenskommelserna likaså med Kriminalvården för att motverka återfall i brott och underlätta integrering i samhället efter avtjänat fängelse-

straff. På individnivå behöver användningen av individuella planer (SIP) att öka för att bättre samordna insatserna för kvinnor och män, flickor och pojkar med komplexa vårdbehov, från båda huvudmännen.

En majoritet av verksamheterna använder standardiserade bedömningsinstrument som underlag för insatser. Det stärker möjligheten att följa upp insatserna både på individ- och verksamhetsnivå trots detta är det allt färre verksamheter som använder bedömningsinstrument för systematiska uppföljningar.

Unga kvinnor och män med risk- och missbruk, och deras behov av en bättre samordnad vård och omsorg samt äldre kvinnor och män och deras behov, liksom barn som anhöriga är grupper som särskilt behöver synliggöras.

Hemlöshet

Bostadsbristen är fortfarande omfattande och socialtjänsten får ta ett stort ansvar för de kvinnor och män som inte själva kan ordna sin boendesituation. Socialstyrelsen kommer i november 2017 att publicera resultaten en ny kartläggning av omfattningen av hemlösheten och utestängning från bostadsmarknaden.

Regeringens reformprogram för minskad segregation för perioden 2017–2025 som syftar till att lyfta socialt utsatta områden och att bryta segregationsmekanismer berör området. Ett av de fem fokusområdena handlar om att stärka samhällsservicen och minska bostadssegregationen.

Brottsutsatta

Brottsutsattas behov av stöd och hjälp kan variera beroende på brottets allvar och personliga faktorer. Konsekvenserna för dem som utsätts kan bli allvarliga och ta sig uttryck i både fysisk och psykisk ohälsa. Samhällets aktörer måste arbeta förebyggande och reagera tidigt när det finns tecken på att barn och vuxna är våldsutsatta.

Regeringens satsning på utvecklingsmedel för att kvalitetsutveckla arbetet på området mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer samt stödet till våldsutsatta kvinnor och barn har de senaste åren lagt en grund för att nå ut med kunskapsstöd till dem som arbetar med målgruppen. Det gäller både på regional och lokal nivå. Under 2016 nådde dessa medel samtliga landsting och dubbelt så många kommuner som under 2015. Fler som behöver ska få ta del av ett kvalitativt stöd inom flera verksamhetsområden.

Forskning visar att barn som upplevt våld av eller emot en nära anhörig behöver hjälp och stöd för egen del, särskilt anpassat efter barnets individuella behov. Det är viktigt att våldsutsatta barn erbjuds det stöd och skydd de behöver. En del i detta arbete är att se över barnets situation i skyddat boende.

Familjerätt och föräldraskapsstödet

Det finns behov av att fortsätta stärka barnrättsperspektivet inom det familjerättsliga området t.ex. genom att förstärka de förebyggande insatserna i syfte att undvika att föräldrarna utvecklar konflikter som drabbar barnet och att ärenden om vårdnad, boende och umgänge hamnar i domstol.

För att uppnå målet om att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet behövs ytterligare insatser. Det behövs en sammanhållen styrkedja från nationell till regional och lokal nivå. Stödet behöver anpassas till behovet hos dagens föräldrar och barn samt erbjudas och genomföras så att det gynnar jämlikhet och ett jämställt föräldraskap. Att förbättra stödet till föräldrar med utländsk bakgrund är särskilt angeläget.

Stöd till personer med funktionsnedsättning

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och särskilt assistansreformen har på ett avgörande sätt förbättrat levnadsvillkoren för flickor och pojkar, kvinnor och män med omfattande funktionsnedsättningar. Det finns inget som tyder på att kommuner generellt drar ner på insatser enligt LSS och SoL. Kostnaderna ökar liksom antalet som får insatser. LSS- och SoL-insatser, assistansersättning, bilstöd, hjälpmedel m.m. är för många människor med funktionsnedsättningar avgörande för att kunna leva ett bra liv och vara delaktiga i samhället. Det är angeläget att fortsatt värna dessa insatser.

Totalt antal beviljade timmar med assistansersättning ökar inte längre, eftersom färre personer beviljas ersättning. Antalet timmar per assistansberättigad har dock fortsatt att öka, men i långsammare takt. Försäkringskassan pekar på att utvecklingen kan bero på några domar från Högsta förvaltningsdomstolen. Domar från Högsta förvaltningsdomstolen är praxisbildande och påverkar hur lagstiftningen kan tolkas och tillämpas. Det är regeringens ansvar att följa upp

vilka konsekvenserna blir för brukarna av dessa praxisbildande domar. Regeringen har därför lämnat en rad uppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen för att fördjupa kunskaperna om vilka effekter den nya rättspraxisen får för personer med assistansersättning eller med personlig assistans enligt LSS, hur domarna påverkat kommunernas beviljande av andra insatser enligt LSS och socialtjänstlagen samt i vilken utsträckning som kommuner och landsting samverkar i frågor som rör egenvård.

Vinstdrivande företag är i dag den vanligaste driftformen för personlig assistans. Det kan finnas risk att företag överdriver brukarens behov av personlig assistans samt att den svaga uppföljningen i assistansersättningen och de starka ekonomiska incitamenten är faktorer som kan driva fram brott och överutnyttjande. För att öka kunskapen på detta område har Regeringskansliet uppdragit åt en utredare att se över assistansersättningens utveckling och framväxten av marknaden för anordnare av personlig assistans (S2017/02127/FST).

Många av de problem som uppmärksammats genom åren inom assistansersättningen kvarstår och nya har tillkommit. Det gäller t.ex. det delade huvudmannskapet för personlig assistans och de konsekvenser som det fått för andra insatser som kommunen ansvarar. Det finns också brister i de insatser som LSS rymmer. Mot bakgrund av denna utveckling har regeringen tagit initiativ till en översyn av hela LSS-lagstiftningen. Utredaren har till uppgift att både se över lagstiftningen i syfte att skapa en långsiktig hållbar ekonomisk utveckling av insatsen personlig assistans och mer träffsäkra LSS-insatser samt jämlikhets- och jämställdhetsfrågor.

Det är fortsatt angeläget att bilstödet används mer effektivt och avsikten med den reform som genomförts är att bidra till en fortsatt utveckling i den riktningen.

6.5 Den årliga revisionens iakttagelser

Riksrevisionen lämnade i revisionsberättelsen för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd ett uttalande med reservation. Orsaken var att det i årsredovisningen för 2016 saknas en fördelning av myndighetens totala intäkter och kostnader mellan myndighetens olika verk-

samhetsområden enligt 3 kap. 2 § förordningen om årsredovisning och budgetunderlag (2000:605). Regeringen följer frågan.

6.6 Politikens inriktning

Det gemensamma samhällsbygget ska fortsätta och den generella välfärden stärkas. Det förutsätter en väl fungerande socialtjänst präglad av människors deltagande i samhällslivet, respekt för människors självbestämmande samt rätts-säkerhet. Insatser ska bygga på kunskap och ha god kvalitet samt främja jämlikhet i levnads-villkor och jämställdhet. Dessa insatser är av betydelse för både brukare, anhöriga och professionen.

Översyn av socialtjänstlagen och vissa av socialtjänstens uppgifter

Socialtjänstlagen behöver moderniseras och socialtjänstens verksamhet måste förändras efter förändringar i omvärlden. Regeringen har tillsatt en särskild utredare som ska göra en översyn av socialtjänstlagen (2011:453) och vissa av socialtjänstens uppgifter. Utredningen har antagit namnet Framtidens socialtjänst (S2017:03) och ska redovisa sitt uppdrag senast den 1 december 2018.

Förbättrade förutsättningar för insatser av god kvalitet

Socialtjänstens insatser baseras i allt högre grad på bästa tillgängliga kunskap. Det innebär att begreppet evidensbaserad praktik, som bygger på både vetenskap och beprövad erfarenhet får allt större genomslag i socialtjänsten. Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen är centrala i denna utveckling och regleras förordningen för rådet. Dessutom har en förstärkt samverkan mellan nationell och regional nivå påbörjats genom en modell för partnerskap mellan Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och de regionala samverkans- och stödstrukturerna. Modellen kommer att förankras och förbättras utifrån de behov som uppkommer.

Avgiftsfria lovaktiviteter och simskola

Regeringen satsar 200 miljoner kronor årligen under åren 2016–2019 på sommarlovsaktiviteter som är kostnadsfria för barn i åldern 6–15 år. Regeringen avser att även tillskjuta medel för

avgiftsfria aktiviteter under skollov motsvarande 250 miljoner kronor under 2018–2020.

Simkunnigheten i dag är ojämn och det är vanligare att barn med socioekonomiskt svagare bakgrund inte kan simma. Simundervisning ska ges inom ramen för skolan, men tiden där räcker inte alltid till för att alla barn ska uppnå god simkunnighet och vattenvana. Regeringen avser därför att ge stöd med 300 miljoner kronor årligen för att göra det möjligt för kommunerna att erbjuda avgiftsfri simskola för barn.

E-hälsa och välfärdsteknik

Arbetet med Vision e-hälsa 2025 kommer att fortsätta i enlighet med Handlingsplan för samverkan vid genomförandet av Vision e-hälsa 2025 (S2017/00379/FS). Handlingsplanen syftar till att säkerställa att de insatser som regeringen beslutar om på bästa sätt tas omhand, genom ökad samverkan mellan stat, kommuner och landsting.

Vidare fortsätter Myndigheten för delaktighets uppdrag att stödja kommunerna i att införandet av välfärdsteknik i kommunerna. Syftet är att fler flickor och pojkar, kvinnor och män ska få ta del av digitaliseringens möjligheter och ny teknik för ökad delaktighet och självständighet.

Forskarskolor för praktiktäna forskning inom socialtjänstens områden

Många utredningar har redovisat att det finns behov av mer kunskap om socialtjänsten. För att möta dessa behov har regeringen gett Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) i uppdrag att inrätta ett tioårigt nationellt forskningsprogram om tillämpad välfärdsforskning inklusive forskarskolor. Satsningen på forskarskolor ska stärka praktiktäna forskning, socialtjänstens forskningsanknytning och öka samverkan mellan högskola och socialtjänst.

Ny lag om bostadsanpassningsbidrag

Regeringen har för avsikt att lägga fram en proposition om en ny lag om bostadsanpassningsbidrag. Propositionen utgår från Boverkets förslag (S2015/04147/FST) och den kompletterande promemoria som arbetades fram på Socialdepartementet (S2016/04660/FST). Syftet är att förtydliga lagstiftningen på området och därmed öka rättsäkerheten kring ärendehantering av bostadsanpassningsbidrag. Förslaget har inga budgetära konsekvenser för staten eller kommunerna.

Förbättra utrikes födda kvinnors möjlighet att studera

Gruppen utrikes födda kvinnor hamnar allt för stor utsträckning utanför såväl arbetsmarknaden som utbildningssystemet. Många av dem blir därför hänvisade till socialtjänsten för sin försörjning. Regeringen anser att det bör ses över hur bestämmelserna inom studiestödssystemet och inom andra ersättningssystem samspelar och påverkar utrikes födda kvinnors ekonomiska förutsättningar att studera och arbeta. Vid behov bör generella åtgärder vidtas i syfte att minska skillnaderna i rekrytering till studier mellan gruppen utrikes födda kvinnor och andra grupper. Därmed skulle deras förutsättningar för etablering på arbetsmarknaden också kunna förstärkas (UO avsnitt 15 och avsnitt 3.6.2).

Omvärlden

Utsatta EU/EES-medborgare

Regeringens åtgärder syftar till att bekämpa ut-satthet som ytterst leder till att människor känner sig tvungna att tigga för att kunna klara sin försörjning. Länsstyrelsen i Stockholm fortsätter sitt regeringsuppdrag att stärka samverkan och utveckla samordningen mellan de aktörer som möter utsatta EU/EES-medborgare som vistas i Sverige tillfälligt och som saknar uppehållsrätt.

Fortsatt ökad samverkan med Rumänien och Bulgarien

Regeringen arbetar fortsatt med insatser för ökad samverkan inom EU och bilateralt genom de samförståndsavtal som ingåtts med Rumänien (2015) och Bulgarien (2016). Avtalen fokuserar på barnrätt, jämställdhet, social välfärd, äldre-frågor och funktionshindersfrågor. Avtalen syftar till att byta erfarenheter och goda exempel samt främja och underlätta samarbete på lokal nivå mellan Sverige och respektive land. Målsättningen framöver är att fortsätta att konkretisera samarbetet genom arbetsplaner.

Ordförandeskap i Nordiska ministerrådet

Under 2018 är Sverige ordförande i Nordiska Ministerrådet. Det nordiska samarbetet är präglat av en princip om nordisk nytta som Sverige vill bygga vidare på inom social- och hälsosektorn. Sverige kommer under 2018 att vara ordförande i ministerrådsmötet, ämbetsmannakommittén, ett antal olika arbetsgrupper

och planera samt genomföra ett antal konferenser. Ett temaområde för ordförandeskapet är ”äldre/en åldrande befolkning”.

Ny lag om ersättning till kommuner vid evakueringar till Sverige

Regeringen avser att lämna en proposition till riksdagen med förslag på en ny lag om ersättning till kommuner vid evakueringar till Sverige. Lagen ska gälla när evakuerade ankommer till Sverige till följd av en konsulär katastrofinsats enligt lagen (2018:813) om konsulära katastrofinsatser. Syftet med lagen är att underlätta för den kommun i Sverige dit de evakuerade ankommer att ge stöd och hjälp i enlighet med 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) till de evakuerade. Enligt lagen ska en kommun ha rätt till ersättning av staten för skäliga kostnader som är direkt hänförliga till det stöd och den hjälp som de evakuerade har fått i samband med ankomsten till Sverige. Statens kostnader bör sedan i efterhand fördelas mellan alla kommuner genom att det generella statsbidraget, utgiftsområde. 25 Allmänna bidrag till kommunerna, anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*, justeras nästkommande år. Lagen föreslås träda i kraft den 1 februari 2018.

6.6.1 Omsorg om äldre

Äldre- och demenssjukdomar

Demenssjukdomar 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 kvinnor och män som lever med demenssjukdom krävs en bred kunskaphöjning i samhället.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram ett underlag dels för en bred strategi om demenssjukdomar, dels till en plan för prioriterade insatser fram till 2022. Mot bakgrund av den kraftiga ökningen av antalet personer med demenssjukdom är underlaget viktigt för att utforma åtgärder för att hantera de utmaningar som demenssjukdomar innebär, både på individ- och på samhällsnivå.

Regeringen har under 2017 gett Svenskt demenscentrum ekonomiskt stöd för att fortsätta öka kunskapen om hur man kan förebygga och förhindra tvång och begränsningar i vården och omsorgen om personer med demenssjuk-

dom. Svenskt demenscentrum bedriver ett angeläget arbete med att sprida kunskap om demenssjukdomar. Vidare har regeringen gett stöd till två nationella kvalitetsregister inom demensområdet BPSD och Svenska demensregistret (SveDem) för att möjliggöra uppföljning och utvärdering av vård och omsorg om kvinnor och män med demenssjukdom. Regeringen avser att fortsätta dessa satsningar under 2018.

Fortsatt satsning på bemanning i äldreomsorgen

Regeringen avsätter två miljarder kronor för 2018 till bemanning i äldreomsorgen. En tillräcklig bemanning är en grundförutsättning för god kvalitet och bra arbetsmiljö för personalen varav 9 av 10 är kvinnor i äldreomsorgen. Personalen är den viktigaste resursen i vården och omsorgen om äldre. Därför bedömer regeringen att bemanningssatsningen är en angelägen investering för en äldreomsorg av god kvalitet för att exempelvis för att bryta isolering och öka kvaliteten på måltiderna. Uppföljningar visar att satsningen har gett kommunerna bättre förutsättningar att åstadkomma kvalitet och trygghet och att personalen har avlastats.

I samband med den fortsatta uppföljningen av satsningen vill regeringen uppmärksamma två områden med betydelse för kvaliteten i äldreomsorgen. Det gäller dels arbetsmiljön för de kvinnor och män som arbetar inom äldreomsorgen, dels personalkontinuiteten för personer i behov av stöd och omsorg. Mot bakgrund av de brister som framkommit finns det skäl att följa vilket utvecklingsarbete kommunerna bedriver inom dessa områden. Det är också ett sätt att lyfta fram arbeten som kan leda till effekter på längre sikt.

Bra och ekologisk mat

Bra mat för äldre och personer med funktionsnedsättning är av stor betydelse för både tillfrisknande och den generella hälsan. Matvanorna påverkar även hur stor klimat- och miljöpåverkan blir. Regeringens livsmedelsstrategi innehåller tydliga åtgärder för utvecklingen av offentliga måltider. Inriktningsmålet är att 60 procent av den offentliga livsmedelskonsumtionen ska utgöras av certifierade ekologiska produkter 2030. Det är viktigt att fortsätta främja goda matvanor genom olika åtgärder bl.a. inom offentlig sektor och genom satsningar på information. Bra matvanor behandlas även i detta utgiftsområde i avsnitt 4.4.2 om Folkhälsa

och i utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel, avsnitt 2.6.3

Nya arbetssätt för hälsa, trygghet och självständighet

Bemanningsatsningen bidrar till en bra grund för fortsatt stöd till utveckling av verksamheten. Det är angeläget att komplettera den nuvarande satsningen med ytterligare insatser genom att ge stöd till nya arbetssätt inom äldreomsorgen. Det handlar t.ex. om att införa nya rutiner, metoder och ny teknik inom de områden som beskrivs nedan.

Det finns stor potential att främja hälsa och trygghet bland äldre kvinnor och män, exempelvis genom att förebygga fallolyckor eller genom att främja en trygg hemkomst efter sjukhusvistelse. Utöver välfärdsvinster för den enskilde finns det även stöd för att det ger besparingar i form av minskat behov av vård och omsorg. Det finns även betydande välfärdsvinster att göra genom en ökad användning av ny teknik, digitalisering och bättre användning av hjälpmedel bl.a. genom att äldre kvinnor och män får möjlighet att bevara sin självständighet och att vara delaktiga i samhället.

Främja trygghet i hemmet – stöd till en samordnad vård och omsorg för äldre med stora vård- och omsorgsbehov

Allt mer vård kommer i framtiden att utföras utanför sjukhusen och inte sällan i patientens hem. Multisjuka äldre och äldre med omfattande behov kräver insatser från många aktörer och därmed en förändrad organisering och samordning av vården och omsorgen. För att åstadkomma en trygg och säker äldreomsorg är en fungerande samordning av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser en av de största utmaningarna.

Den 1 januari 2018 träder en ny lag ikraft – lagen om samordning vid utskrivning från sjukhus. Rutiner och arbetssätt behöver förändras för att kunna införa den nya lagstiftningen. Kommunerna behöver få praktiskt stöd med att införa metoder och arbetssätt så att trygghet i hemmet och en utökad samverkan främjas.

Förebygga fall

För att uppnå regeringens mål att halvera antalet fallolyckor, utvecklas det fallpreventiva arbetet. Detta görs genom ytterligare kunskapsspridning till allmänheten i stort och riskgrupper i

synnerhet, om hur kvinnor och män själva kan agera för att undvika att drabbas av en fallolycka. Det görs vidare genom kunskapsspridning och stöd till andra kommuner om hur de kan arbeta för att minska antalet fallolyckor. Regeringen avser att avsätta 13 miljoner kronor under 2018 för fortsatt fallpreventivt arbete.

Förenklat beslutfattande och särskilda boendeformer

Enligt många kommuner finns det skäl att utveckla former för mer lättillgängliga insatser inom äldreomsorgen. Det kan leda till minskad administration och möjliggöra ett större fokus på uppföljning av kvalitet, nöjdhet och effektivitet. För äldre kvinnor och män ger en sådan utveckling även möjlighet till ökad delaktighet och ökat självbestämmande.

I Regeringskansliet har därför tagits fram promemorian Om förenklat beslutfattande och särskilda boendeformer för äldre (Ds 2017:12) med förslag om att kommunerna ges befogenhet att under vissa förutsättningar kunna bevilja äldre personer vissa insatser inom äldreomsorgen utan föregående individuell biståndsprövning. Syftet är att ge de kommuner som så önskar möjlighet att bevilja äldre insatser inom äldreomsorg på ett enklare sätt och med större utrymme för självbestämmande. Kommunerna föreslås även få befogenhet att inrätta särskilda boendeformer för äldre personer som behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service. Förslaget syftar till att ge de kommuner som så önskar möjlighet att inrätta särskilda boendeformer för äldre som inte behöver omvårdnad dygnet runt. Departementspromemorian har remissbehandlats.

Utredningen – nationell kvalitetsplan

I mars 2017 lämnade utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03) sitt betänkande Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) till regeringen. Regeringen bereder förslagen och planerar bland annat med utgångspunkt i utredningens förslag att se över hur undersköterskornas yrkesroll kan bli tydligare och hur yrket undersköterska på bästa sätt kan regleras.

Utveckling av stöd till anhöriga

Anhöriga fyller en viktig roll för många äldre och andra som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning behöver olika former av stöd

och omsorg. Ser man till all omsorg om äldre som ges i hemmet svarar anhöriga för mer än 75 procent. Att ge omsorg är vanligast i åldersgruppen 45-64 år och oftast är det en förälder som stötts. Kvinnor ger oftare mer omfattande omsorg än vad män gör. Uppskattningsvis utför kvinnor två tredjedelar av den omsorgsvolym som ligger på anhöriga. Detta kan ha negativ påverkan både på möjligheten att arbeta, studera och på hälsotillståndet. Kvinnor påverkas generellt mer negativt än män av att ge anhörigomsorg. Kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd till anhöriga. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) bedriver ett angeläget arbete för att bidra till ett anhörigstöd av god kvalitet. Regeringen avser därför att fortsätta bidra till finansiering av denna verksamhet.

6.6.2 Individ- och familjeomsorg

Den sociala barn- och ungdomsvården

Stärkt bemanning i socialtjänstens barn- och ungdomsvård

Regeringens pågående satsning på stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården under 2016–2019 fortsätter som planerat. Regeringen avsätter ytterligare 250 miljoner kronor årligen under perioden 2018–2020. Det handlar om att öka antalet socialsekreterare, arbetsledare och administratörer för att frigöra tid för socialsekreterare eller arbetsledare i deras arbete med myndighetsutövning. Det handlar också om insatser för att främja kompetens och stabilitet samt insatser för kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring inom området. Den psykiska ohälsan bland barn och unga är ett samhällsproblem, där statsbidrag ska kunna användas för att öka socialtjänstens kompetens om barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen ska bidra till att stärka socialtjänstens insatser till barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.

Insatser för stärkt kompetens och stabilitet

Förutom satsningen på stärkt bemanning inom socialtjänsten omfattar regeringens initiativ stöd till yrkesintroduktion för socialsekreterare i den sociala barn- och ungdomsvården, uppdragsutbildningar för socialsekreterare i den sociala barn- och ungdomsvården samt satsningar på arbetsledare och chefer inom individ- och familjeomsorgen.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att se över behörighetsregleringen för personal inom den myndighetsutövande delen i socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Utifrån uppföljningen har Socialstyrelsen beslutat att revidera myndighetens föreskrifter som bl.a. reglerar krav för behörighet avseende annan relevant examen än socionomexamen. Förändringarna bör medföra att det blir enklare för socialsekreterare som i dag arbetar att bli behöriga och det bör bli enklare för personer att bli anställda med en annan relevant examen än socionomexamen.

Ett väl fungerande mottagande av ensamkommande barn

Mottagandeutredningen har i uppdrag att föreslå åtgärder för att skapa ett sammanhållet system för mottagande och bosättning av asylsökande och nyanlända, inklusive ensamkommande barn (dir. 2015:02). Utredningens förslag kan komma att påverka socialtjänstens område (se vidare utgiftsområde 13).

Det nationella kunskapscentrum som har inrättats vid Socialstyrelsen ska ge stöd till verksamheter som arbetar med ensamkommande barn och unga. Regeringen har från den 1 juli 2017 infört ett nytt ersättningssystem för kommunernas mottagande av ensamkommande barn. Systemet är i huvudsak baserat på schabloner och syftar till snabbare och enklare utbetalningar och bättre planeringsförutsättningar för kommunerna.

Länsstyrelserna har, i samråd med ett flertal myndigheter, under året identifierat förbättringsområden och lämnat åtgärdsförslag för att förhindra att ensamkommande barn försvinner.

Förstärkt anslag för Statens institutionsstyrelse

För de barn och unga som behöver stå under särskild noggrann tillsyn för att kunna beredas vård finns särskilda ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Det har varit en mycket hög efterfrågan på vårdplatser de senaste tre åren. Trots att över 100 nya platser tillskapats råder fortsatt platsbrist. Det har, utöver svårigheten att anvisa en vårdplats, försämrat förutsättningarna för SiS att differentiera vården efter barnet eller den unges behov.

Den ökade efterfrågan förklaras av det stora antalet ensamkommande barn som kommit till Sverige men SiS bedömer att efterfrågan kommer att vara fortsatt hög även på längre sikt. Detta mot bakgrund av de större barnkullar som

finns i de åldersgrupper som kan komma att behöva beredas vård på SiS. Regeringen anser att den långsiktiga efterfrågan är svårbedömd men avser att följa utvecklingen. För att skapa förutsättningar för SiS att öka kapaciteten inom ungdomsvården avser därför regeringen att stärka SiS förvaltningsanslag under åren 2017–2021 med sammanlagt 600 miljoner kronor. Satsningen bedöms möjliggöra nyanställningar, men i vilken omfattning kan för närvarande inte bedömas.

Arbetet med att se över LVU-lagstiftningen

I juni 2015 lämnade Utredningen om tvångsvård för barn och unga sitt slutbetänkande Barns och ungas rätt vid tvångsvård (SOU 2015:71). Betänkandet innehåller förslag till en ny lag om tvångsvård av barn och unga som tydligare utgår från barns och ungas rättigheter. I syfte att komplettera ett av utredningens förslag, har Regeringskansliet (Socialdepartementet) gett en utredare i uppdrag att utreda de rättsliga förutsättningarna för att med stöd av LVU omedelbart omhänderta barn och unga som befinner sig i Sverige men har hemvist utomlands. Det får inte råda något tvivel om att alla barn i Sverige som far illa eller riskerar att fara illa ska kunna få det stöd och den hjälp som de behöver.

Ekonomiskt bistånd

Med anledning av att en betydande andel av dem som tar emot ekonomiskt bistånd gör det på grund av arbetslöshet är det viktigt med insatser som bidrar till den enskildes förmåga till självförsörjning genom förvärsarbete. Regeringens insatser för att nå målet om EU:s lägsta arbetslöshet är viktiga för att minska behovet av ekonomiskt bistånd. Även insatser inom ramen för utbildningspolitiken såväl som den ekonomiska familjepolitiken har stor betydelse för verksamhetsområdet.

Det finns ett behov av att öka kunskapen om socialtjänstens arbete med ekonomiskt bistånd ur ett jämställdhetsperspektiv. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga socialtjänstens arbete med ekonomiskt bistånd samt analysera kommunernas behov av stöd i arbete med att utveckla arbetsmetoder och insatser som bidrar till att stärka såväl kvinnors som mäns förmåga till egen försörjning.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

Brottsutsatta

Regeringens jämställdhetsskrivelse och tioåriga nationella strategi omfattar mäns våld mot kvinnor, inklusive hedersrelaterat våld och förtryck samt prostitution och människohandel för sexuella ändamål. Den anger inriktningen för regeringens långsiktiga arbete kring våld i nära relationer, stödet till våldsutsatta kvinnor och barn, barn som har bevittnat våld samt arbetet med våldsutövare. För att stärka förutsättningarna att nå det jämställdhetspolitiska delmålet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra finns ett särskilt fokus på förebyggande insatser. Ett annat viktigt område är att utveckla och stärka insatser för våldsutövare och socialnämndens ansvar för denna målgrupp. Detta ligger även i linje med målsättningarna i regeringens brottsförebyggande program, Tillsammans mot brott (skr. 2016/17:126).

Genom ett uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga hedersrelaterat våld och förtryck avser regeringen synliggöra problematikens omfattning samt i vilken utsträckning utsatta fått stöd. Regeringen har även beslutat om genomförande av en nationell kartläggning avseende förekomsten av kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. Den återkommande kartläggningen är ett värdefullt instrument för regeringens fortsatta arbete med att förebygga och motverka våld mot barn.

Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen fördela utvecklingsmedel till kommuner, lands- och ideella föreningar som bedriver verksamhet mot våld i nära relationer på lokal nivå under 2016–2018. Syftet med utvecklingsmedlen är att fortsätta att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer, inklusive stödet till våldsutsatta kvinnor och barn, barn som har bevittnat våld samt arbetet med våldsutövare.

Översyn av utredningsverksamheten av vissa dödsfall

Socialstyrelsen har i uppdrag att utreda vissa dödsfall enligt lagen om utredning av vissa dödsfall (2007:606). Utredningsverksamheten syftar ytterst till att ge underlag för förslag till åtgärder som förebygger att barn far illa eller att vuxna utsätts för våld eller andra övergrepp av

närstående. Socialdepartementet ser för närvarande över lagstiftningen. Avsikten är att remittera en departementspromemoria under hösten 2017 och utifrån remissfallet utarbeta en lagrådsremiss som ska lämnas till Lagrådet under mandatperioden.

Missbruks- och beroendevården

Vård och stöd för kvinnor och män med missbruk och beroende ingår i regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken, den s.k. ANDT-strategin. Målet är att kvinnor och män, flickor och pojkar, utifrån sina förutsättningar och behov, ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet (mål 4). Övriga insatser inom ANDT-området beskrivs i avsnitt 5, Folkhälsopolitik.

Vård och stöd vid missbruk och beroende är ett ansvar för både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det kräver en god samverkan mellan huvudmännen. I januari 2017 presenterade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys en uppföljning av huvudmännens skyldighet att ingå överenskommelser om personer med missbruk. Uppföljningen utgör ett viktigt underlag för huvudmännens fortsatta arbete med att utveckla sin samverkan. Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla öppna jämförelser för att fånga in båda huvudmännens insatser för personer med missbruk och beroende för att på så sätt ge bättre kunskap om hur vårdssystemet förändras och utvecklas.

För att säkerställa kvaliteten i de insatser som ges har Socialstyrelsen fått i uppdrag att följa upp föreskrifterna för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa upp effekterna av regeringens satsning under 2014–2016 för att förbättra den medicinska säkerheten i samband med att personer omhändertas enligt LOB.

Missbruk och beroende drabbar även anhöriga, barnen är särskilt utsatta. Socialstyrelsen har redovisat en plan för hur myndigheten avser att stärka stödet till barn som anhöriga under 2017–2020. Myndigheten har även tillsammans med Folkhälsomyndigheten inkommit med en plan för att motverka den narkotikarelaterade dödligheten.

Hemlöshet

Socialtjänsten har en viktig uppgift när det gäller att förebygga hemlöshet och ansvar för att ge enskilda individer olika former av stöd. Rapporter om barn och ungas utsatthet vid hemlöshet och trångboddhet är en fråga som regeringen tar på stort allvar. Resultatet av Socialstyrelsens nationella kartläggning av hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden som redovisas till Regeringskansliet den 30 november 2017 kommer att utgöra ett viktigt underlag för kommunernas kommande bostadsförsörjningsplanering för svaga grupper.

Statlig satsning mot akut hemlöshet

Regeringen avser att göra en riktad satsning mot akut hemlöshet och av sätter totalt 100 miljoner kronor för att stödja kommunerna i deras arbete under perioden 2018–2021.

Familjerätt och internationella adoptioner

En central uppgift för den kommunala familjerätten är att ge föräldrar som separerar stöd och hjälp med att fatta välinformerade beslut med barnets bästa i fokus. Målsättningen är att bidra till att föräldrarna kan nå samförståndslösningar. Vårt samhälle rymmer olika typer av familjekonstellationer, vilket påverkar det familjerättsliga arbetet. Det finns ensamstående föräldrar, barn som bor växelvis och många andra familjekonstellationer vilka t.ex. kan benämnas stjärnfamiljer eller regnbågsfamiljer. En modern kommunal familjerätt behöver ha kunskap om de olika behov som barn och föräldrar har för att kunna bemöta och stödja barn och föräldrar utifrån denna kunskap. En modern familjerätt arbetar alltid med barnets bästa i fokus.

Bestämmelser och handläggning som rör vårdnad, boende och umgänge ska präglas av ett tydligt barnrättsperspektiv. Det innebär bl.a. att den kommunala familjerätten och domstolarna ska beakta barnets behov och rättigheter i familjerättsliga ärenden. Här finns vissa utmaningar och behov av förbättringar t.ex. vid riskbedömningar och när det gäller barns delaktighet vid utredningar om vårdnad, boende och umgänge samt kvaliteten i samarbetssamtalen och umgängesstödet.

Föräldraskapsstöd

Syftet med föräldraskapsstödet är att främja barnets utveckling och hälsa. Stödet ska vara utformat och erbjudas på ett sätt som bidrar till att främja jämlikhet och ett jämställt föräldraskap samt svara mot de olika behov av stöd som finns hos barn och föräldrar i dagens moderna familjer. Regeringen ser det som angeläget att stöd i föräldraskapet erbjuds som insats inom olika områden. I syfte att förbättra stödet ytterligare avser regeringen att presentera en ny strategi för föräldraskapsstödet. Som en del i en sammanhållen styrkedja från nationell till regional och lokal nivå kommer uppdraget till länsstyrelserna om en regional stödstruktur för föräldraskapsstödet med samordnare på länsstyrelserna att förlängas.

6.6.3 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

Målen för funktionshinderspolitiken är tydliga. Kvinnor, män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att verka i vardagen på lika villkor vad gäller delaktighet och tillgänglighet. Hinder för människors delaktighet i samhället ska därför rivas. Det är en fråga om jämlikhet och rättvisa. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, liksom de rekommendationer som kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning har lämnat, är en utgångspunkt i regeringens arbete med stöden till personer med funktionsnedsättning. God kvalitet, kompetens, likabehandling och rättssäkerhet ska prägla stödverksamheterna, liksom en helhetssyn när det gäller stöd och service till personer med funktionsnedsättning. Regeringen fattade i maj 2017 beslut om propositionen Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188). (För ytterligare information se avsnitt 6 om Funktionshinderspolitiken)

Stöd och service enligt LSS och assistansersättning

LSS och 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 och att stärka kvaliteten och träffsäkerheten i systemen, utifrån målen om människors rättigheter och möjlighet till delaktighet.

Det är mer än 20 år sedan LSS och lagen (1993:389) om assistansersättning trädde i kraft. Regeringen kan konstatera att många av de problem som uppmärksammats genom åren inom assistansersättningen kvarstår och att nya har tillkommit. Kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen har varit hög. Det finns även problem med hur de insatser som regleras i LSS utvecklats t.ex. när det gäller likvärdighet och kvalitet i insatserna och hur insatserna förmår uppfylla syftet med lagstiftningen.

Regeringen tillsatte under 2016 en särskild utredare med uppgift att se över insatser enligt LSS och assistansersättningen. Utredaren ska redovisa sitt uppdrag senast den 1 oktober 2018. Det finns dock behov av att, i avvaktan på utredningsbetänkandet, fortsätta arbetet med de frågeställningar som LSS och assistansersättningen rymmer. En sådan aktuell fråga är den nya rättspraxis som fått sitt genomslag i Försäkringskassans och kommuners tillämpning av lagstiftningen under 2016. Mot den bakgrunden har regeringen lämnat en rad uppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen för att fördjupa kunskaperna om vilka effekter den nya rättspraxisen får för personer med assistansersättning eller med personlig assistans enligt LSS. Regeringskansliet har också uppdragit åt en utredare att se över assistansersättningens utveckling och framväxten av marknaden för anordnare av assistans (S2017/02127/FST).

Habiliteringsersättning

I förarbetena till LSS rekommenderas att kommunen lämnar viss ersättning till personer som deltar i daglig verksamhet (habiliteringsersättning). Habiliteringsersättning syftar till att aktivt stimulera den enskilde att delta i verksamheten. Regeringen avser att från 2018 införa ett bidrag med 350 miljoner kronor i syfte att stödja kommunerna i deras arbete med att stimulera deltagande i daglig verksamhet genom att till exempel införa eller höja en låg dagpenning. Regeringen avser även att besluta om ett tilläggsdirektiv till LSS-utredningen för att se över frågan om habiliteringsersättning.

Höjd schablonersättning för assistansersättning

Assistansersättningsutredningen (SOU 2014:9) bedömde i sitt betänkande att timbeloppet för den statliga assistansersättningen är högre än vad som kan motiveras av kostnads- och löneutvecklingen. Regeringen avser att räkna upp schablonbeloppet med 1,5 procent. Detta är en högre uppräkningsgrad än för 2017, då schablonen höjdes med 1,05 procent (se anslag 4.4 Kostnader för statlig assistansersättning).

Ledarhundar till synskadade

Till följd av att väldigt många ledarhundar togs ur tjänst under 2016 på grund av hög ålder kommer sannolikt kön för att få en ny ledarhund öka under 2017. Regeringen bedömer därför att anslagna medel för ledarhundar behöver ökas med två miljoner kronor per år för att få in fler ledarhundar i tjänstgöring. Verksamheten med ledarhundar är i dag uppdelad och ligger på den ideella föreningen Synskadades Riksförbund, Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet. För att få till stånd en mer ändamålsenlig hantering avser regeringen att samla verksamheten till Myndigheten för delaktighet.

Förbättrad tolktjänst inom arbetslivet

Det är viktigt att kompetensen kan tas tillvara hos alla i arbetslivet. Det kräver en fungerande kommunikation mellan arbetsgivare och arbetstagare. Regeringen avser därför genomföra en satsning för ökade möjligheter till tolktjänst i arbetslivet med syfte att stärka förutsättningarna på arbetsmarknaden för kvinnor och män som är döva, dövblinda eller har nedsatt hörsel.

6.7 Budgetförslag

6.7.1 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tabell 6.10 Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tusental kronor

År	Utfall	2016	Anslags-sparande	3 561
2016	Utfall	20 703	Anslags-sparande	3 561
2017	Anslag	24 096 ¹	Utgifts-prognos	25 267
2018	Förslag	24 333		
2019	Beräknat	24 718 ²		
2020	Beräknat	25 139 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 24 333 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 24 333 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF). Anslaget får även användas för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och till de adopterades organisationer.

Kompletterande information

I förordningen (2008:1239) finns bestämmelser om statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och riksorganisationer för adopterade.

Regeringens överväganden

Regeringen beslutade den 15 juni 2017 att ge i uppdrag åt Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) att genomföra en omlokalisering av myndigheten från Stockholm till Skellefteå där myndigheten ska ha sitt säte. Omlokaliseringen ska vara avslutad senast den 1 september 2018.

Tabell 6.11 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017 ¹	24 096	24 096	24 096
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	360	747	1 170
Beslut	-123	-125	-127
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	24 333	24 718	25 139

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 24 333 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 24 718 000 kronor respektive 25 139 000 kronor.

6.7.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tabell 6.12 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tusental kronor

År	Utfall	2016	Anslags-sparande	25 537
2016	Utfall	504 478	Anslags-sparande	25 537
2017	Anslag	411 514 ¹	Utgifts-prognos	392 217
2018	Förslag	767 514		
2019	Beräknat	767 514		
2020	Beräknat	767 514		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag för insatser inom funktionshindersområdet och för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen. Kostnaderna för de administrativa utgifterna får utgöra högst 1,5 procent av anslaget.

Regeringens överväganden

Från anslaget finansieras bland annat

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- statsbidrag till tolktjänst,
- bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation,
- bidrag till nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor,
- avveckling av verksamhet vid Hjälpmedelsinstitutet,
- verksamhet med service- och signalhundar,
- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder,
- statsbidrag för viss verksamhet inom funktionshindersområdet,
- bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning,
- insatser för förbättrad tolktjänst i arbetslivet,
- statsbidrag för habiliteringsersättning,
- insatser för fallprevention.

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om en fyraårig satsning på stärkt likvärdighet och säkerhet för insatser inom LSS. Avsatta medel för satsningen har varierat mellan åren och 2017 är sista året i satsningen. Det innebär att anslaget för 2018 minskas med 9 miljoner kronor jämfört med 2017.

I denna proposition föreslår regeringen att ett statsbidrag för habiliteringsersättning på 350 miljoner kronor införs.

Vidare föreslår regeringen insatser motsvarande 15 miljoner kronor för förbättrad tolktjänst i arbetslivet

Sammantaget innebär det att anslaget ökas med 356 miljoner kronor 2018 jämfört med 2017.

Tabell 6.13 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	411 514	411 514	411 514
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	356 000	356 000	356 000
Varav BP18	365 000	365 000	365 000
Varav			
Tolkstöd	15 000	15 000	15 000
Habiliteringsersättning	350 000	350 000	350 000
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	767 514	767 514	767 514

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 767 514 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 767 514 000 kronor för respektive år respektive.

6.7.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tabell 6.14 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2016	Utfall	288 367	Anslags-sparande	26 666
2017	Anslag	266 995 ¹	Utgifts-prognos	245 006
2018	Förslag	263 395		
2019	Beräknat	263 395		
2020	Beräknat	263 395		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 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

Trafikverket genomför arbete i enlighet med 4 d § i förordningen (2010:1745) om bilstöd till personer med funktionshinder. Från och med 2018 belastar kostnaderna utgiftsområde 22 Kommunikationer, anslag 1:1 *Utveckling av statens transportinfrastruktur*. Regeringen föreslår mot bakgrund av det att anslaget 1:1 *Utveckling av statens transportinfrastruktur* ökas med 3 miljoner kronor från och med 2018. Finansiering sker från detta anslag som föreslås minska med 3,6 miljoner kronor. Anledningen till att minskningen ovan är större än motsvarande ökning är att finansieringen riktas till ett anslag som pris- och löneuppräknas.

Tabell 6.15 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	266 995	266 995	266 995
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-600	-600	-600
Varav BP18	-600	-600	-600
Varav			
Nya bilstödsregler: Överföring till TFV	-600	-600	-600
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym			
Överföring till/från andra anslag	-3 000	-3 000	-3 000
Varav BP18	-3 000	-3 000	-3 000
Varav			
Nya bilstödsregler: Överföring till TFV	-3 000	-3 000	-3 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	263 395	263 395	263 395

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 263 395 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 263 395 000 kronor för respektive år.

6.7.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 6.16 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

2016	Utfall	21 511 404	Anslags-sparande	4 170 639
2017	Anslag	25 931 000 ¹	Utgifts-prognos	24 325 000
2018	Förslag	25 693 300		
2019	Beräknat	26 323 500		
2020	Beräknat	27 172 400		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 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. Timbeloppet för 2017 är 291 kronor.

Regeringens överväganden

För 2017 prognostiseras anslagsbelastningen att bli 24,3 miljarder kronor, vilket är 1,6 miljarder kronor lägre än vad riksdagen anvisades i budgetpropositionen för 2016. Denna minskning beror bl.a. på att antalet brukare med assistansersättning beräknas minska under året med ca 540 personer jämfört med 2016. Även om hänsyn tas till att antalet timmar i genomsnitt med assistansersättning per brukare bedöms fortsätta öka under 2017 samt till att timschablonen höjs är effekten av det minskade antalet brukare dominerande för utgiftsutvecklingen för 2017–2018. För åren därefter är effekten av ökningen i antalet timmar starkare. Försäkringskassan införde efterskottsbetalning av assistansersättning från och med den 1 oktober 2016. En kvardröjande effekt av att ersättningen betalas ut i efterskott bedöms påverka utgiften även under 2017. Syftet med att införa efterskottsbetalningar var att säkerställa en bättre kontroll och en mer rättssäker hantering av assistansersättningen.

Regeringen har för avsikt att besluta om nya föreskrifter för schablonbeloppet för timersättning i förordningen (1993:1091) om assistansersättning på så sätt att schablonbeloppet för assistansersättning fastställs till 295,4 kronor per timme från och med den 1 januari 2018. Det innebär att schablonbeloppet räknas upp med 1,5 procent (4,4 kronor) jämfört med 2017. Detta är en högre uppräkningsgrad än för 2017, då schablonen höjdes med 1,05 procent. Förändringen leder till att statens förväntade utgifter för 2018–2020 blir högre än om regeringen utgått från den ordning som gällt tidigare. I härledningstabellen ackumuleras skillnaden i beloppen mellan den gamla och den nya ordningen.

Tabell 6.17 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	25 931 000	25 931 000	25 931 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-1 243 700	-1 903 500	-1 864 900
Varav BP18	103 300	230 500	368 100
Varav			
Höjd assistansersättningen	103 300	230 500	368 100
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 729 600	2 817 000	3 199 800
Volym	-903 899	-526 250	-98 741
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt	180 299	5 250	5 241
Förslag/beräknat anslag	25 693 300	26 323 500	27 172 400

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 25 693 300 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 26 323 500 000 kronor respektive 27 172 400 000 kronor.

6.7.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tabell 6.18 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2016	Utfall	2 411 168		353 833
2017	Anslag	2 443 858 ¹	Utgifts-prognos	2 327 342
2018	Förslag	2 517 490		
2019	Beräknat	518 030		
2020	Beräknat	518 030		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att

- genom riktade insatser ge bättre förutsättningar för en ökad bemanning och kvalitet i omsorgen,
- främja kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom äldreområdet,
- öka kunskap och kompetens inom äldreområdet,
- öka antalet platser i särskilt boende samt öka antalet bostäder för äldre personer på den ordinarie bostadsmarknaden,
- stödja och utveckla anhöriga och närståendes insatser,
- fördela statsbidrag till pensionärsorganisationer, samt
- fördela statsbidrag till organisationer som vårdar och hjälper närstående.

Anslaget får även användas för utgifter för forskning och för utgifter för medlemskap i internationella organisationer inom äldreområdet och för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen. Kostnaderna för de administrativa utgifterna får utgöra högst 1 procent av anslaget.

Bemyndigande och ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2018 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 670 000 000 kronor 2019–2021.

Skälen för regeringens bedömning: Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldre som ska utlysas av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). Vidare avser regeringen besluta om investeringsstöd för att stimulera ombyggnation och nybyggnation av särskilt boende samt bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden som riktar sig till personer över 65 år. Regeringen bör därför bemyndigas att ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 670 000 000 kronor 2019–2021.

Tabell 6.19 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

	Utfall 2016	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
Ingående åtaganden	387 662	145 526	520 000			
Nya åtaganden	64 498	520 000	535 000			
Infriade åtaganden	-306 634	-145 526	-385 000	-235 000	-235 000	-200 000
Utestående åtaganden	145 526	520 000	670 000			
Erhållet/förslaget bemyndigande	653 000	583 000	670 000			

Regeringens överväganden

I syfte att öka antalet bostäder för äldre har regeringen infört ett nytt investeringsstöd. Detta anslag ökades för ändamålet med 150 miljoner kronor 2017 och regeringen föreslår att anslaget ökas med ytterligare 100 miljoner kronor 2018 för detta ändamål.

Anslaget föreslås ökas med 12 miljoner kronor för praktiskt stöd i kommunerna med att införa metoder och arbetssätt för bättre samverkan och ökad trygghet i hemmet.

Anslaget föreslås därutöver minska med 68,4 miljoner kronor.

Sammantaget innebär regeringens förslag att anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet ökas med 55,6 miljoner kronor för 2018 jämfört med 2017.

År 2018 är sista året i regeringens bemaningssatsning i omsorgen. Från 2019 beräknas därför anslaget minska med 2 000 miljoner kronor.

Tabell 6.20 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	2 473 858	2 473 858	2 473 858
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	43 632	-1 955 828	-1 955 828
Varav BP18	12 000	12 000	12 000
Varav			
Stöd till samordnad vård och omsorg	12 000	12 000	12 000
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	2 517 490	518 030	518 030

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 517 490 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 518 030 000 kronor för respektive år.

6.7.6 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tabell 6.21 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2016	Utfall	947 762		-33 737
2017	Anslag	1 051 750 ¹	Utgifts-prognos	1 046 336
2018	Förslag	1 082 555		
2019	Beräknat	1 139 839 ²		
2020	Beräknat	1 159 459 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 1 121 927 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 1 121 926 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Statens institutionsstyrelsens förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för utgifter för Statens institutionsstyrelse (SiS) uppgift att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom myndighetens verksamhetsområde.

Kompletterande information

SiS är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i ungdomsvård, sluten ungdomsvård och missbruksvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring två tredjedelar med avgifter, medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 6.22 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomstitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2016	0	1 779 829	1 815 984	-36 155
Prognos 2017	0	1 855 635	1 915 635	-60 000
Budget 2018	0	1 980 000	1 954 000	26 000

Regeringens överväganden

Statens institutionsstyrelse behöver utöka antalet platser i sin verksamhet. Orsaken till detta är en större efterfrågan, som hänger samman med att gruppen som kan bli aktuell för vård inom Statens institutionsstyrelse har blivit större. Inom ungdomsvården förklaras ökningen av antalet ensamkommande barn och ungdomar har ökat och av större barnkullar i de åldersgrupper som kan behöva komma i kontakt med ungdomsvården vid myndigheten. Av denna anledning beräknade regeringen i budgetpropositionen för 2017 att anslaget för 2018 behövde ökas med 10 miljoner kronor. Regeringen anser att SiS anslag beöver ökas ytterligare för att klara sitt uppdrag. Regeringen föreslår därför att anslaget för 2018 ökas med 110 miljoner kronor och beräknar att anslaget bör öka med ytterligare 40 miljoner kronor under åren 2019–2021.

Tabell 6.23 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	946 750	946 750	946 750
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	15 630	30 995	47 825
Beslut	120 175	162 094	164 884
Varav BP18 ³	110 000	150 000	150 000
Varav ³			
Tillskott SiS	110 000	150 000	150 000
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	1 082 555	1 139 839	1 159 459

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 1 082 555 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 1 139 839 000 kronor respektive 1 159 459 000 kronor.

6.7.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 6.24 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m

Tusental kronor

År	Utfall	Utveckling	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2016	Utfall	708 728	65 386	
2017	Anslag	861 815 ¹		795 721
2018	Förslag	1 508 915		
2019	Beräknat	1 521 465		
2020	Beräknat	1 071 465		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag för att stimulera utvecklingen av socialt arbete samt för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen och för utgifter kopplade till utvecklingen av Ersättningsnämnden. De administrativa utgifterna och utgifterna för utvecklingen av Ersättningsnämnden får utgöra högst 1 procent av anslaget. Anslaget får även användas för att medfinansiera programmet för fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt.

Regeringens överväganden

Riksdagen beslutade i budgetpropositionen för 2017 att anslaget till Statens institutionsstyrelse skulle ökas i enlighet med regeringens förslag. Finansieringen av denna ökning hämtas från detta anslag. För 2018 innebär detta att anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* från och med 2018 ökas med 10 miljoner kronor och att detta anslag minskas med 12 miljoner kronor.

Anledningen till att minskningarna ovan är större än motsvarande ökning är att finansieringen sker till ett anslag som pris- och löneuppräkns.

Den 1 mars 2017 fattade riksdagen beslut om proposition Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (2016/17:59). Finansieringen för insatserna i propositionen hämtas från detta anslag som därmed minskas med 15,6 miljoner kronor. Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till

kommuner ökas med 10 miljoner kronor och anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* ökas med 5,2 miljoner kronor. Anledningen till att minskningarna ovan är större än motsvarande ökning till anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* är att detta anslag pris- och löneuppräkns.

Regeringens arbete med att motverka människohandel kommer från och med 2018 koordineras av den nya jämställdhetsmyndigheten. Till en följd av detta föreslår regeringen att detta anslag minskas med 0,3 miljoner kronor och anslaget 3:2 *Jämställdhetsmyndigheten* under utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering ökas med motsvarande belopp.

Regeringen föreslår i denna proposition att den pågående satsningen på stärkt bemanning och ökad kompetens i den sociala barn- och ungdomsvården förstärks och att anslaget därmed ökas med 250 miljoner kronor.

Regeringen föreslår vidare att anslaget ökas med 250 miljoner kronor för avgiftsfria aktiviteter för barn under skollov, med 300 miljoner kronor för införande av avgiftsfria simskola för barn och med 25 miljoner kronor för att motverka akut hemlöshet.

Sammantaget innebär regeringens förslag att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med 797,1 miljoner kronor för 2018 jämfört med 2017.

De sedan tidigare pågående satsningarna på sommalovsaktiviteter och stärkt bemanning i den sociala barn- och ungdomsvården pågår under åren 2015–2019. Därav beräknas anslaget minska 2020 med 450 miljoner kronor.

Tabell 6.25 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	711 815	711 815	711 815
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	812 600	822 500	372 500
Varav BP18	824 600	834 500	834 500
Varav			
Trygg och säker vård, tillståndsplikt m.m.	-400	-500	-500
Hemlöshet	25 000	25 000	25 000
Sociala barn- och ungdomsvården	250 000	250 000	250 000
Dödsfallsutredningar		10 000	10 000
Lovstöd	250 000	250 000	250 000
Avgiftsfri simskola	300 000	300 000	300 000
Överföring till/från andra anslag	-15 500	-12 850	-12 850
Varav BP18	-15 500	-12 900	-12 900
Varav			
Trygg och säker vård, tillståndsplikt m.m.	-15 200	-12 600	-12 600
Arbetet mot människohandel	-300	-300	-300
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	1 508 915	1 521 465	1 071 465

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 508 915 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 1 521 465 000 kronor respektive 1 071 465 000 kronor.

7 Barnrättspolitik

7.1 Omfattning

Områdets omfattning och finansiering

Barnrättspolitikerna utgår från de mänskliga rättigheter som ska tillförsäkras barn enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och andra internationella överenskommelser. Barnrättspolitikerna syftar till att tillvarata och tillgodose rättigheter för alla barn, såväl flickor som pojkar och barn som identifi-

erar sig på andra sätt, med utgångspunkt i barnkonventionen.

Barnrättspolitikerna är sektorsövergripande. Det innebär att barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik, liksom alla verksamheter som berör barn. Inom området verkar myndigheten Barnombudsmannen som har till uppgift att företräda barnets rättigheter och intressen samt att bevaka och driva på genomförandet av barnkonventionen.

7.2 Utgiftsutveckling

Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2016	Budget 2017 ¹	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020
<i>Barnrättspolitik</i>						
5:1 Barnombudsmannen	24	25	25	25	25	26
5:2 Barnets rättigheter	29	28	26	22	22	22
Summa Barnrättspolitik	54	52	51	47	48	48

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

7.3 Mål för området

Målet för barnrättspolitikerna är att barn ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (se avsnitt 3.4). Målet för regeringens barnrättspolitik har fastställts av riksdagen (prop. 2009/10:232).

Målet grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera barnkonventionen och syftar till att främja och skydda barnets rättigheter och intressen i samhället. Målet innebär att alla barn, oavsett bl.a. ålder, kön och funktionsnedsättning, ska få sina rättigheter tillgodosedda.

7.4 Resultatredovisning

7.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Bedömningsgrunderna för barnrättspolitikerna ska kopplas till de mål som riksdagen fastslagit, vilka är:

- Ett strategiskt och systematiskt arbete inom EU och inom övriga internationella forum för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Ett strategiskt och systematiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.

För att uppnå målen har regeringen valt att särskilt fokusera på och arbeta med:

- Förebyggande av ekonomisk utsatthet bland barn.
- Skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp.
- Skydd för barn mot våld.

Regeringens mål för barnrättspolitikerna har brutits ned i sex områden: ekonomi, hälsa, utbildning, trygghet, delaktighet samt stöd och skydd. I det webbaserade uppföljningssystemet Max18 redovisas statistik och information som gör det möjligt att följa hur barns levnadsvillkor utvecklas relaterat till hur deras rättigheter tillgodoses i Sverige inom nämnda områden. Ytterligare en bedömningsgrund vad gäller barnkonventionens genomförande är Barnombudsmannens arbete.

Myndigheten ska företräda barn och unga, driva på samt bevaka efterlevnaden av barnkonventionen (i enlighet med 1 och 2 §§ lagen om Barnombudsman 1993:335). Så sker bl.a. genom myndighetens årliga rapportering till regeringen där myndigheten identifierar och analyserar särskilt angelägna frågor inom området samt lämnar förslag på åtgärder i syfte att stärka efterlevnaden av barnets rättigheter.

I enlighet med regeringens prioriteringar inom politikområdet sker både strategiska satsningar i syfte att tillförsäkra alla barn sina rättigheter och särskilda satsningar mot olika former av utsatthet. Regeringens prioriteringar återspeglar även de slutsatser och rekommendationer som FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) regelbundet tar fram om genomförandet av barnets rättigheter i Sverige enligt artiklarna 44 och 45 i barnkonventionen.

Resultat

Det strategiska barnrättsarbetet för att tillförsäkra barn deras rättigheter

Ett tydligt barnrättsperspektiv ska genomsyra det sektorsövergripande arbetet med att genomföra regeringens barnrättspolitik. För att ett sådant arbete ska vara möjligt krävs bl.a. ett systematiskt och strategiskt arbete med utgångspunkt i den av riksdagen godkända Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232, bet. 2010/11SoU3, rskr. 2010/11:35). I strategin betonas bl.a. att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen, att barnets fysiska och psykiska integritet ska respekteras i alla sammanhang och att barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem. Kunskapsutveckling och kunskapsspridning är centrala delar i strategin, bl.a. i bemärkelsen att barn ska få kunskap om sina rättigheter och att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter. Enligt strategin ska beslut och åtgärder som rör barn följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv.

Strategiska insatser på internationell nivå

Nedan redogörs för några av regeringens pågående arbete på internationell nivå för att främja genomförandet av barnets rättigheter.

Det globala partnerskapet och internationellt arbete mot våld mot barn

Sedan 2015 deltar regeringen i det internationella arbetet med att inrätta ett globalt partnerskap för eliminering av alla former av våld mot och exploatering av barn, enligt flera av hållbarhetsmålen i Agenda 2030 (utg.omr. 2 avsnitt 4.4.2). Partnerskapet består av stater och andra aktörer som är beredda att göra åtaganden i linje med partnerskapets vision om en värld där varje barn växer upp i frihet från våld och utnyttjande.

Deltagandet i partnerskapet innebär att Sverige får en arena för dialog, erfarenhetsutbyte och samarbete med såväl andra stater som civilsamhället, forskningsinstitutioner och näringsliv.

Vid sidan av deltagandet i det globala partnerskapet har regeringen tagit en aktiv roll i det internationella arbetet för ett fullständigt förbud mot barnaga i världens länder. Sverige deltar i projektet Non-Violent Childhoods – Moving on from corporal punishment in the Baltic Sea Region som drivs av bl.a. Council of Baltic Sea States och finansieras av EU. Projektet syftar till att ta tillvara och sprida de erfarenheter av implementeringen av barnagaförbudet som har gjorts av länderna i östersjöregionen.

Säkerhetsrådet

Sverige har under 2017 tagit över ordförandeskapet i FN:s säkerhetsråds arbetsgrupp för barn och väpnad konflikt. Arbetsgruppens huvuduppgift är att följa upp rapporter om barns indragning i väpnade konflikter i landspecifika situationer och ge råd till berörda parter genom att anta slutsatser. Traditionellt har ordföranden för arbetsgruppen tagit särskilt ansvar för barnskyddsfrågor i allmänhet i Säkerhetsrådets arbete. Sveriges mål som ordförande i denna arbetsgrupp är att verka för att barnets rättigheter respekteras även i konfliktsituationer och för att möta flickors och pojkers skydds- och humanitära behov samt främja deras möjlighet till inflytande samt bekämpa straffrihet och främja ansvarsutkrävande för våld och överträdelser mot barn vid väpnad konflikt på olika nivåer. (utg.omr. 5 avsnitt 2.4.2)

Strategiska insatser för att stärka skyddet av barnets rättigheter i Europa

Sverige följer frågor om barnets rättigheter inom EU och har bl.a. verkat för starka skrivningar när riktlinjerna för EU:s externa arbete för barnets rättigheter reviderats samt när rådsslutsatser angående barnets rättigheter i EU:s externa arbete antogs.

Europarådets ministerkommitté antog den 2 mars 2016 en strategi för barnets rättigheter för perioden 2016–2021. I strategin prioriteras följande fem områden: jämlika möjligheter, delaktighet för alla barn, ett liv fritt från våld, ett barnvänligt rättssystem och barns rättigheter i den digitala miljön. För att implementera den nya strategin har en ad-hoc kommitté, CAHENF (Ad-Hoc Committee for the rights of the Child) inrättats under perioden den 1 mars 2016 till den 31 december 2017. Under året har kommittén arbetat med att ta fram rekommendationer för medlemsstaterna i frågor som rör barnets rättigheter i migrations-situationer samt i digitala miljöer.

Lanzarotekommittén

Sverige tillträdde Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp, den så kallade Lanzarotekonventionen, i oktober 2013. Därefter har Sverige bidragit till implementeringen av konventionen i Europa, bl.a. genom att delta i Lanzarotekommitténs arbete.

Lanzarotekommittén har som uppgift att granska hur medlemsländerna lever upp till sina åtaganden enligt konventionen och är därför ett av flera tillvägagångssätt för regeringen att nå målen för barnrättspolitiken. Kommittén presenterar sina slutsatser till ministerkommittén i tematiska rapporter. Kommitténs andra rapport för perioden 2014–2016 om medlemsländernas åtgärder för att genomföra konventionen, samt kommitténs rekommendationer, presenterades 2016.

Samarbetsavtal med Rumänien, Bulgarien och Chile

Under året har situationen för utsatta EU-medborgare och deras barn som vistas tillfälligt i Sverige, dvs. mindre än tre månader och som saknar uppehållsrätt, uppmärksammats.

Socialdepartementet har under 2015 och början av 2016 undertecknat bilaterala samarbetsavtal med både Rumänien och Bulgarien inom områden som rör social välfärd och trygghet,

barns rättigheter samt jämställdhet. Syftet är att uppnå långsiktiga lösningar för att minska fattigdom och främja social integration i hemländerna.

Samarbetsavtalen genomförs genom arbetsplaner som upprättats för respektive avtal för perioden 2016–2017. För samarbetet med Rumänien har även en gemensam arbetsgrupp tillsatts som träffas regelbundet. Avtalen har stärkt de bilaterala relationerna och fungerar som en plattform för utbyte i arbetet med utsatta grupper på olika nivåer.

Ett samarbetsavtal har även upprättats med Chile under 2016. En chilensk delegation besökte Stockholm under året och informerades om svenska åtgärder för att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter.

Strategiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå

Inkorporeringen av barnkonventionen

Regeringen aviserade i regeringsförklaringen 2014 att arbetet med att göra barnkonventionen tillämplig som svensk lag skulle påbörjas. Den 19 februari 2015 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 2015:17) till Barnrättighetsutredningen (S 2013:08) om att lämna förslag till en lag om inkorporering av barnkonventionen. Barnrättighetsutredningen överlämnade sitt betänkande till regeringen 2016.

Med utgångspunkt i Barnrättighetsutredningens betänkande har regeringen beslutat om en lagrådsremiss med förslag till lag om inkorporering av barnkonventionen. I lagrådsremissen föreslås att artiklarna 1–43.1 och 44.6 i barnkonventionen, i originaltexternas lydelse ska gälla som svensk lag. Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2020.

Regeringen redogör i lagrådsremissen för behovet av ett fortsatt och systematiskt transformeringsarbete för att barnets rättigheter ska få önskat genomslag och för att barnkonventionen i ökad grad ska synliggöras i förarbeten till lagstiftning där konventionen kan vara relevant.

Ett kunskapslyft för barnets rättigheter

Regeringen har beslutat om ett kunskapslyft under perioden 2017–2019 med uppdrag till Barnombudsmannen om att erbjuda stöd till verksamheter inom statliga myndigheter, kommuner och landsting rörande tillämpningen av be-

stämmelserna i barnkonventionen (S2016/07875/FST och S2016/07874/FST). Sex statliga myndigheter som är särskilt berörda av barnets rättigheter och som har kommit långt i detta arbete ingår för närvarande i kunskapslyftet: Statens institutionsstyrelse, Socialstyrelsen, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Myndigheten för delaktighet, Statens skolverk samt Migrationsverket. Myndigheterna ska inom ramarna för kunskapslyftet och med stöd av Barnombudsmannen analysera utvecklingsbehov samt redovisa de utvecklingsområden som har identifierats och hur dessa kan tas tillvara i myndighetens verksamhet.

En viktig målgrupp för kunskapslyftet är också kommuner och landsting. Kommuner och landsting ansvarar för många av de verksamheter som rör barn och unga och är därmed viktiga aktörer vad gäller implementeringen av barnets rättigheter.

Vidare beslutade regeringen om ett särskilt regeringsuppdrag åt Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) och Barnombudsmannen att under perioden 2014–2017 stärka och sprida kunskap bland beslutsfattare och yrkesverksamma på kommun- och landstingsnivå om vad ett barnrätts- och ungdomsperspektiv innebär i såväl teori som praktik samt hur man på ett meningsfullt sätt kan föra dialog med flickor och pojkar, unga kvinnor och unga män (U2014/03843/UC). Under 2016 har Barnombudsmannen tillsammans med MUCF genomfört flera insatser inom det gemensamma regeringsuppdraget. Stödmaterial bl.a. i form av ett koncept som syftar till att visa på hur kommuner och landsting kan använda både kvalitativa (Unga Direkt) och kvantitativa metoder (LUPP) för att stärka barnrätts- och ungdomsperspektivet har tagits fram. Vidare har myndigheterna tagit fram en fördjupad skrift, Så kan revisionen granska efterlevanden av barnkonventionen, för att ge särskild kunskap om hur barnrättsperspektivet kan stärkas inom revisionen inom kommuner och landsting. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2018.

Kartläggning av kunskapsbehov hos kommuner och landsting

Barnombudsmannen har på regeringens uppdrag (S2016/07874/FST) kartlagt kommuners och landstings kunskapsbehov rörande den praktiska tillämpningen av bestämmelserna i barnkonventionen. Av 290 kommuner har 189 kommu-

ner besvarat enkäten. Av dessa har 65 kommuner svarat att de har en speciell funktion för barnets rättigheter, 124 har svarat att de inte har det.

Av alla kommuner som deltog i studien är det endast 37 procent som genomfört utbildning om barnkonventionen under åren 2014–2016. Kommuner med en funktion för barnrättsfrågor har genomfört utbildning i större utsträckning än de som saknar en sådan funktion. Resultatet från enkät och intervjuer visar att majoriteten av kommunerna som har en funktion för barnrättsfrågor har genomfört en utbildning om barnkonventionen under åren 2014–2016, men långt ifrån samtliga kommuner.

Tabell 7.2 Antal kommuner som har genomfört utbildning om barnkonventionen 2014-2016

Antal

Totalt av 189 kommuner	70
Av de 65 kommuner som har funktion för barnrättsfrågor	41
Av de 124 kommuner utan funktion för barnrättsfrågor	29

Källa: Barnombudsmannen, Kartläggning inom uppdraget Kunskapslyftet

Av undersökningen framgår att endast 30 procent av de kommuner som svarat på enkäten har speciella metoder och redskap för att genomföra barnkonventionen. Kommuner som har en särskild funktion för barnrättsliga frågor har i högre utsträckning än andra kommuner sådana metoder och redskap.

Tabell 7.3 Antal kommuner som har speciella metoder eller redskap för att genomföra barnkonventionen

Antal

Totalt av 189 kommuner	56
Av de 65 kommuner som har funktion för barnrättsfrågor	31
Av de 124 kommuner utan funktion för barnrättsfrågor	25

Källa: Barnombudsmannen, Kartläggning inom uppdraget Kunskapslyftet

När kommunerna tillfrågades om vilket slags stöd de skulle behöva om barnkonventionen skulle bli lag svarade majoriteten information och/eller kompetenshöjning, oavsett om de har en funktion för barnrättsfrågor eller ej. Det framgår också av undersökningen att viktiga stödområden mer precist handlar om kunskap om, och implementering av barnkonventionen, juridisk vägledning och verktyg. För kommuner som saknar en funktion för barnrättsfrågor uppges kunskap vara det viktigaste stödområdet medan det uppges vara implementering för de kommuner som har en sådan funktion.

Barn ska få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken

För att barnets rättigheter ska kunna tillgodoses är det nödvändigt att de känner till sina rättigheter, vilket också är en av målsättningarna i Strategin för att stärka barnets rättigheter (prop. 2009/10:232). Mot den bakgrunden gav regeringen i oktober 2015 Barnombudsmannen i uppdrag att under 2015–2018 vidta kunskaps- och insatser för barn och unga om sina rättigheter enligt barnkonventionen och vad de innebär i praktiken både inom skolan och inom andra områden. I uppdraget ingår att skapa en portal med information, färdiga lektionsupplägg och lärarhandledning för att underlätta skolans undervisning om barnets rättigheter. Utifrån det gemensamma konceptet har myndigheten genomfört två utbildningar i två regioner, vilket har varit ett viktigt delmål att uppnå inom ramen för uppdragets syfte.

Inrättande av en barnrättsdelegation

Civilsamhällets organisationer är viktiga aktörer i arbetet med barnets rättigheter och regeringen anser att dialogen med dessa aktörer är av stor vikt. Mot denna bakgrund har regeringen fört tematiska dialoger regelbundet med representanter från organisationer inom barnrättsområdet. I syfte att finna en mer systematisk form för den dialog som regeringen fört med civilsamhällesorganisationer på barnrättsområdet fattade regeringen den 14 april 2016 beslut om att inrätta en barnrättsdelegation. Under året har tre möten skett inom ramen för delegationen.

Utveckling av uppföljningssystemet Max 18

Under 2016 har Barnombudsmannen uppdaterat indikatorerna i Max18 vid tre tillfällen, samt arbetat löpande med kvalitetssäkring av statistiken på Max18. Barnombudsmannen har även arbetat med att öka tillgängligheten och användarvänligheten på Max18. Vidare har ett övergripande förändringsarbete inletts i Max18. Det har bland annat innefattat en översyn av struktur och tematisering av indikatorer, upphandlingen av en omvärldsanalys om indikatorsystem och index samt påbörjat arbetet med målgruppsanalys och referensgruppsarbete. Under 2016 har Max18 haft 4318 användare enligt Barnombudsmannen.

Stöd till barn i särskilt utsatta situationer

Enligt målen för barnrättspolitikerna ska alla barn få sina rättigheter tillgodosedda. Särskilt angeläget är att uppmärksamma grupper av barn vars rättigheter riskerar att åsidosättas.

Genom uppföljningssystemet Max18 är det möjligt att via statistiska indikatorer följa om vissa grupper av barn får sina mänskliga rättigheter tillgodosedda i samma utsträckning som gruppen barn i Sverige i stort. Tillsammans med barnrättskommitténs och Barnombudsmannens oberoende granskningar av genomförandet av barnkonventionen i Sverige erhålls på så sätt kunskap om huruvida det finns skäl att misstänka att vissa barn inte får sina rättigheter tillgodosedda.

Barn i ekonomisk utsatthet

Barns förutsättningar och utsatthet ser olika ut bl.a. beroende på var de bor. Det finns oroväckande tecken på en ökad segregation i framförallt städer och stora skillnader mellan olika bostadsområden vad gäller t.ex. inkomst, skolresultat, boende och hälsa. Regeringen har antagit ett reformprogram för minskad segregation för 2017–2025 (utg.omr. 13 avsnitt 4.5)

Barnombudsmannen presenterade i december 2016 rapporten Inget rum för trygghet – barn och unga om vräkning och hemlöshet som belyser omfattningen och erfarenheten av barn i svåra boendesituationer. Rapporten visar hur ekonomisk utsatthet samverkar med hemlöshet och utestängning från den ordinarie bostadsmarknaden. Den visar också att hemlöshet bland barn – oavsett om det föregåtts av en vräkning eller inte – leder till en lång rad av rättighetskränkningar (utg.omr. 9 avsnitt 6.4.2).

Barnombudsmannen har liksom föregående år tillsammans med Konsumentverket och Kronofogdemyndigheten uppmanat fordringsägare och ombud att inte skuldsätta barn, utan istället ingå avtal med barnets vårdnadshavare.

Asylsökande och nyanlända barn

Mottagandet av asylsökande barn medförde stora utmaningar för myndigheter, kommuner och civilsamhället under 2015 och 2016. Rapporter visade att barnens situation i mottagandet av asylsökande och nyanlända hade brister avseende barns grundläggande rättigheter och att det inom vissa områden finns fortsatt behov av utveckling av mottagandet.

Barnombudsmannen har haft fokus på barn på flykt inom ramen för myndighetens årstema under 2016 och 2017 och har lämnat löpande rapporter till regeringen. I rapporten Barn på flykt – Barn och ungas röster om mottagandet av ensamkommande barn konstateras bl.a. att det fanns många förbättringsområden i mottagandet av ensamkommande barn, såsom bristande tillgång till hälso- och sjukvård, brist på information, anvisningar och förordnanden av god man som drar ut på tiden. Myndigheten tar även upp otrygghet i samband med att flickor placeras på boenden där det enbart bor pojkar.

Barnombudsmannen har även lämnat en rapport om nyanlända barns hälsa baserad på enkätstudie bland skolsköterskor och berättelser från asylsökande och nyanlända barn, varav en del var ensamkommande. Ett återkommande tema i barnens berättelser var hur svårt det är att söka och få hjälp, både för psykisk och fysisk ohälsa. Rapporten lyfte bl.a. fram elevhälsans betydelse för barnens hälsa.

Vidare gav regeringen länsstyrelserna uppdraget att bl.a. genomföra en nationell kartläggning av ensamkommande barn som försvinner (utg.omr. 9 avsnitt 6.4.2).

Det stora antalet asylsökande har också medfört fler fall av allvarlig psykisk ohälsa. Barnombudsmannen har även kallat till sig Migrationsverket, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg för en överläggning angående suicid och suicidförsök bland nyanlända barn. Vid överläggningen framkom att det finns behov av att ta fram och sprida information om befintligt stöd och självmordsförebyggande arbete exempelvis via stödlinjer (utg. omr. 9 avsnitten 3.7.8, 4.4.2 och 6.4.2).

Stärkt stöd och skydd av barn mot våld, människohandel, exploatering och sexuella övergrepp

Människohandel, i alla dess former, är ett mycket allvarligt brott och utgör ett allvarligt hinder för människors åtnjutande av sina mänskliga rättigheter. Arbetet mot människohandel har även ett barnrätts- och jämställdhetsperspektiv. Att motverka människohandel, liksom exploatering och sexuella övergrepp, mot alla barn oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck är en prioriterad fråga för regeringen. Därför beslutade regeringen i juni 2016

om en handlingsplan för perioden 2016–2018 (skr. 2015/16:192). De 23 åtgärderna i handlingsplanen bidrar till att nå delmålen i Agenda 2030 om att dels eliminera övergrepp, utnyttjande, människohandel och alla former av våld eller tortyr mot barn, dels avskaffa alla former av våld mot kvinnor och flickor i det offentliga och privata rummet, inklusive människohandel, sexuellt utnyttjande och andra typer av exploatering. De åtgärder som regeringen har vidtagit syftar till att förebygga brott, skydda och stödja barnen samt skapa förutsättningar för att effektivt lagföra gärningsmän. Regeringen följer kontinuerligt upp handlingsplanen. Handlingsplanen återspeglar även regeringens ambition att vara drivande i dessa frågor på den internationella arenan.

Ambassadör mot människohandel

Som ett led i detta arbete tillsatte regeringen i maj 2016 en särskild ambassadör mot människohandel. Ambassadören har besökt ett stort antal länder och fört samtal med såväl regeringsföreträdare, parlamentsledamöter, tjänstemän och frivilligorganisationer om insatser mot människohandel. Särskilt fokus har riktats mot kvinnors och barns särskilda utsatthet för sexuell exploatering varvid svensk lagstiftning som förbjuder köp av sexuella tjänster har lyfts fram som en effektiv lag. Ambassadören har även företrätt Sverige såväl i det europeiska som i det globala samarbetet rörande människohandel och våld mot barn. Ett flertal möten har även ägt rum med svenska myndigheter och civilsamhällsorganisationer (utg.omr. 13 avsnitt 5.4.2).

Nationell samordning

Länsstyrelsen i Stockholms län har regeringens uppdrag att vara nationell samordnare för frågor som rör människohandel för samtliga ändamål. Inom ramen för samordningsuppdraget har en manual tagits fram för att stötta yrkesverksamma som kan komma i kontakt med personer som utsatts för prostitution och människohandel. Manualen tydliggör vilket ansvar myndigheter har gällande stöd och skydd till offer för människohandel, hur de kan agera vid människohandelsärenden men också vilket metodstöd de har tillgång till från Länsstyrelsen i Stockholms län. Under 2017 har även en webbaserad utbildning tagits fram. Den webbaserade introduktionskursen syftar till att ge grundläggande kunskap om vad människohandel med barn är

samt hur det går att identifiera, agera och ge stöd åt ett barn som är utsatt för människohandel i någon form.

Inom ramen för regeringens handlingsplan har Länsstyrelsen i Stockholms län genomfört en granskning av polisärenden där barn misstänks ha utsatts för människohandel mellan 2015 och halvårsskiftet 2016. Granskningen visade bl.a. på ett behov av uppdaterad utbildning, tydligare rutiner och riktlinjer för alla poliser och åklagare samt specialisering av dessa yrkesgrupper. Studien visade vidare på behov av ett styrkt samarbete mellan polis, åklagare och sociala aktörer för att tillgodose målsägandenas behov av stöd och skydd, och för att etablera effektivt samarbete med socialtjänsten i kommunerna.

Sexuella övergrepp

Stiftelsen Allmänna Barnhuset överlämnade i februari 2017 en rapport till regeringen som fokuserade på barns erfarenheter av sexuella övergrepp på nätet. Av studien framgick att de flickor, pojkar och barn som identifierar sig på annat sätt som varit utsatta för grooming på internet uppvisade en sämre psykisk hälsa och rapporterade i större utsträckning att de blivit utsatta för våld och olika former av mobbning jämfört med barn som inte utsatts för grooming på internet. Sammantaget har fler flickor (32,5 procent) än pojkar (11,2 procent) varit utsatta för något försök av grooming på internet.

Som ett resultat av studien menade Allmänna Barnhuset att dessa ungdomar behöver såväl förebyggande som rehabiliterande insatser. Allmänna barnhuset anser att kunskap om våld och andra övergrepp mot barn behöver integreras i samtliga utbildningar som riktar sig till personer som kommer att arbeta med barn och ungdomar. Det är också angeläget att fortbilda redan anställd sådan personal inom rättsväsende, socialt arbete, hälso- och sjukvård och skola om våld och sexuella övergrepp mot barn (se vidare utg.omr.13 avsnitt Jämställdhet).

Regeringen bidrar till finansieringen av det arbete med att förebygga sexualbrott mot barn som Centrum för Andrologi och Sexualmedicin (CASM) vid Karolinska sjukhuset bedriver. Centrumet arbetar för att förhindra sexuella övergrepp genom behandling av och stöd till personer med riskbeteende för att begå sexuella övergrepp, bl. a genom den nationella hjälplinjen PrevenTell. Särskilt prioriterade är personer med sexuellt tändningsmönster mot barn.

Utsatthet för våld

Regeringen beslutade i mars 2016 att bevilja Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för att påbörja och genomföra delar av en ny undersökning om förekomsten av kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. Undersökningen pågår till 2018. Resultaten från studierna ska spridas till berörda aktörer under 2017–2018.

Linköpings universitet fick i juni 2015 i uppdrag av regeringen att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Universitetet har inrättat Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum. Barnafrid ska främja tvärprofessionell kunskapsutveckling och stimulera och stödja samverkan samt årligen lämna förslag på insatser till regeringen. Barnafrid lämnade en första redovisning till regeringen i mars 2016 innehållande bl.a. förslag på insatser.

Inom ramarna för regeringens strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (skr. 2016/17:10) aviserades att ändringar i vissa examensbeskrivningar i högskoleförordningen skulle göras för att kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer ska ingå i utbildningar för relevanta yrkesgrupper. Förordningsändringen beslutades av regeringen i augusti 2017 och träder i kraft den 1 juli 2018. (se UO 13 avsnitt 5.4.2).

7.4.2 Analys och slutsatser

Sverige ska vara ett tryggt och säkert land för barn att växa upp i. I det ligger att barns rättigheter ska respekteras. Regeringen har mot den bakgrunden vidtagit flera åtgärder för att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter, det handlar om såväl strategiska åtgärder som särskilda insatser riktade mot barn i olika situationer av utsatthet.

Strategiska åtgärder för att stärka arbetet med barnets rättigheter

Regeringen anser att det är av yttersta vikt att alla barn i Sverige ska kunna åtnjuta rättigheter som tillkommer dem. Såsom framgår av Barnrättighetsutredningens betänkande finns behov av att stärka barnets rättigheter. Detta bör enligt regeringen ske genom inkorporering och fortsatt transformering av barnkonventionens bestämmelser i svensk rätt.

För ett effektivt genomförande av barnets rättigheter krävs kunskapshöjande insatser inom flera områden. Det utvecklingsarbete som initierats inom ramarna för kunskapslyftet för barnets rättigheter har hittills omfattat kommuner och landsting och ett begränsat antal statliga myndigheter. Det finns behov av att följa utvecklingen av kunskapslyftet och hur det kan stärka arbetet med att tillämpa barnets rättigheter på alla nivåer i samhället.

Särskilda insatser till stöd för barn i utsatta situationer

Såsom framgår av rapporter från både svenska myndigheter och internationella granskningsorgan finns det barn i Sverige som lever i en utsatt situation. Regeringens strategi för att förebygga mäns våld mot kvinnor (skr. 2016/17:10) innehåller flera åtgärder som syftar till att stärka utsatta barns situation. Det här gäller t.ex. barn som riskerar att bli utsatta för våld och sexuell exploatering. Regeringen bedömer att arbetet inom området behöver fortsätta både nationellt och internationellt.

Asylsökande och nyanlända barn samt barn som saknar tillstånd är en särskilt utsatt grupp. Barnombudsmannen har granskat hur de mänskliga rättigheterna för barn på flykt efterlevs i Sverige. Även länsstyrelserna har utifrån sitt regeringsuppdrag kartlagt ensamkommande barn som avviker och fungerar som nationell samordnare av frågor som rör människohandel. Regeringen bedömer att det är angeläget att följa dessa frågor.

7.5 Politikens inriktning

Sverige ska vara ett av de allra bästa länderna att växa upp i. Varje barn ska oavsett bakgrund eller funktionsförmåga, kunna känna sig tryggt 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. För att uppnå detta krävs ökad kunskap om och ett ökat genomslag för barnets rättigheter.

Inom barnrättspolitikens initieras och samordnas processer i syfte att främja och skydda barnets intressen och rättigheter i samhället. Insatser sker inom flera olika politikområden. Detta ställer krav på ett långsiktigt, systematiskt

och strategiskt arbete men också på särskilda insatser för att säkerställa att särskilt utsatta grupper av barn och unga får sina rättigheter tillgodosedda. Det gäller inte minst mot bakgrund av den utsatta situationen för t.ex. placerade barn, ensamkommande och nyanlända barn, och barn som växer upp i socioekonomiskt utsatta områden.

Regeringen avser att inom barnrättspolitikerna under 2018 särskilt fokusera på och arbeta med utsatta barn och skydd för barn mot våld, människohandel, exploatering och sexuella övergrepp. Regeringen ska prioritera ett strategiskt och systematiskt arbete lokalt, regionalt och nationellt samt inom EU och övriga internationella fora för att stärka skyddet av barnets rättigheter.

Ett strategiskt och systematiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter

Behov av en inkorporering av barnkonventionen och fortsatt transformering

Det strategiska arbetet fortsätter också på både nationell, regional och lokal nivå. Regeringens bedömning är att barnkonventionen inte har fått tillräckligt genomslag i svensk rättstillämpning och regeringen har lämnat en lagrådsremiss i syfte att göra barnkonventionen till lag. Genom en inkorporering av barnkonventionen vill regeringen tydliggöra att Sveriges konventionsåtaganden enligt barnkonventionen ska säkerställas på alla nivåer inom offentlig verksamhet och att ett barnrättsbaserat synsätt ska genomsyra all verksamhet som berör barn och unga. En inkorporering innebär ett tydligare krav på att rättstillämparna ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn.

För att barnets rättigheter ska få önskat genomslag krävs utöver inkorporering av barnkonventionen fortsatt transformering av konventionen. Regeringens bedömning är att transformeringsarbetet behöver bli mer systematiskt för att få en tydligare koppling till rättigheterna i konventionen. Barnkonventionen bör i ökad grad synliggöras i förarbeten till lagstiftning där barnets rättigheter kan vara relevanta.

Särskilt principen om barnets bästa som ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser bör få ökat genomslag i det fortsatta transformeringsarbetet liksom barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade.

Regeringen anser att det i samband med inkorporering av barnkonventionen behövs en ökad kunskap om barnkonventionen för att säkerställa att barnets rättigheter tas till vara i rättstillämpningen. En skriftlig vägledning om hur barnkonventionen kan tolkas och tillämpas behöver utformas, tillgängliggöras och spridas. Vägledningen bör bl.a. ge kunskap om folkrättsliga tolkningsregler och källor. Den bör även innehålla rekommendationer och allmänna kommentarer från barnrättskommittén och andra konventionskommittéer som kan utgöra ett viktigt stöd och ge viss vägledning för tolkning och tillämpning av barnkonventionen, samt hänvisningar till relevanta rättskällor såsom internationell och nationell rättspraxis och doktrin.

Regeringen avser att noga följa eventuella kostnadseffekter av en inkorporering och har gett Statskontoret i uppdrag att genomföra en fördjupad analys av förväntade samhällsekonomiska nyttor och kostnader samt beräkna de offentligfinansiella effekterna inför regeringens beslut om proposition.

Ett utökat kunskapslyft för barnets rättigheter

För att barnkonventionen som lag ska få avsedd effekt och för att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter anser regeringen att kunskapen om vad konventionen innebär, behöver öka på alla nivåer i samhället.

Barnombudsmannen har fått i uppdrag av regeringen att under perioden 2017–2019 stödja statliga myndigheter, kommuner och landsting i arbetet med att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter i verksamheterna. Barnombudsmannen har noterat ett mycket stort intresse och engagemang för frågor som rör den praktiska tillämpningen av barnets rättigheter, framförallt från kommuner.

Barnombudsmannen har fått utökade resurser för att kunna ge stöd till berörda aktörer på alla nivåer. Det är viktigt att kommuner och landsting vet att det är möjligt att vända sig till Barnombudsmannen för stöd och hjälp rörande tillämpningen av bestämmelserna i barnkonventionen. Regeringen avser att följa upp effekten av kunskapslyftet samt se över strukturen för ett

långsiktigt stöd till kommuner och landsting i frågor som rör barnets rättigheter.

Det utvecklingsarbete som bedrivs av de statliga myndigheter som ingår i kunskapslyftet med stöd av Barnombudsmannen kommer att generera viktiga erfarenheter av hur kunskapslyftet bör utvecklas sett till innehåll och omfattning. Regeringen avser att följa utvecklingen och se över hur dessa myndigheters erfarenheter kan spridas till fler myndigheter. Det kan också finnas anledning att utöka kunskapslyftet till att omfatta fler myndigheter.

Regeringen anser att det är av vikt att barn och unga får kunskap om sina rättigheter, vad de innebär i praktiken och tillgång till myndigheter som ska utgöra ett stöd och skydd för barn. Inom ramen för kunskapslyftet ingår i Barnombudsmannens uppdrag att erbjuda stöd till särskilt berörda myndigheter vad gäller just att göra deras verksamheter kända, tillgängliga och anpassade för barn.

Fortsatt arbete i enlighet med Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232)

Regeringen anser att det är angeläget att kunna följa upp planerade kunskapsinsatser och uppföljning av insatser och åtgärder är en central del av den strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige som riksdagen antog 2010 (prop. 2009/10:232). Barnrättskommitténs slutsatser och rekommendationer till Sverige från 2015 berör många politikområden och samhällsektorer varför omhändertagandet av dem kräver insatser av olika aktörer och samverkan dem emellan. Inte minst har kommuner och landsting tillsammans med regeringen en viktig roll vad gäller Sveriges förmåga att omhänderta relevanta rekommendationer. Regeringen anser vidare att ökad kunskap hos statliga myndigheter, kommuner och landsting om konventionen kan förväntas bidra till förbättrade förutsättningar för att leva upp till åtagandena enligt konventionen.

Det civila samhället bidrar bl.a. genom sin spetskunskap om olika grupper av barn och deras livsvillkor till en fördjupad och breddad kunskap i olika frågor som rör barnets rättigheter. Civilsamhällets organisationer är viktiga aktörer i arbetet med barnets rättigheter. Regeringens dialog med dessa aktörer bör därför fortsätta bedrivs på ett systematiskt sätt inom ramen för den nyligen inrättade barnrättsdelegationen.

Ett strategiskt och systematiskt arbete på internationell nivå

Regeringen avser att fortsätta bidra till arbetet med att stärka skyddet av barnets rättigheter på internationell nivå och följa den internationella utvecklingen avseende tolkning och tillämpning av bestämmelserna i barnkonventionen.

Viktiga sammanhang för internationellt utbyte och samarbete i barnrättsfrågor är EU och Europarådet. Den av Europarådet antagna strategin för barnets rättigheter för 2016–2021 förväntas fortsätta att utgöra ett viktigt forum för regeringens internationella samarbete. Regeringen avser att inom EU och Europarådet bl.a. driva frågor om skydd av barn mot våld och sexuella övergrepp samt frågor som rör främjandet av rättigheterna för barn på flykt.

Regeringen kommer även inom ramen för FN fortsätta stödja initiativ syftandes till att stärka respekten för och skyddet av barnets rättigheter, bl.a. i FN:s olika forum för mänskliga rättigheter.

Internationellt samarbete och utbyte kommer också att ske inom ramarna för Agenda 2030. Det är en viktig utgångspunkt för såväl det nationella som det internationella arbetet för barn och särskilt för främjande och skydd av barnets rättigheter.

Sverige fortsätter att delta i det globala partnerskapet för att eliminera alla former av övergrepp och våld mot barn. Sverige är ett s.k. välgvisarland och som sådant bidrar Sverige tillsammans med andra aktörer till att sprida framgångsrika lösningar i arbetet mot våld mot barn.

En annan form för internationellt samarbete i barnrättsfrågor är bl.a. de samarbetsavtal som regeringen ingått med andra länder. Regeringen avser också att fortsätta det svenska engagemanget i det internationella arbetet mot barnaga.

Fortsatt stort behov av insatser för barn i utsatta situationer

Att motverka våld, människohandel, exploatering och sexuella övergrepp mot barn

Regeringens nationella insatser och åtgärder för att förebygga våld och kränkningar utgår från bl.a. barnkonventionen, samt barnrättskommitténs slutsatser och rekommendationer. Även den kunskap som finns genom bl.a. forskning och statistik om våldsutsatthet och villkor i

skolan, särskilt sådan som lyfter fram jämställdhetsaspekter och skillnader mellan flickor och pojkar, är en viktig utgångspunkt.

Det krävs kontinuerlig uppföljning av förekomsten av våld samt beteenden och attityder bland såväl barn och unga som föräldrar för att kunna anpassa förebyggande insatser. En förstärkning av socialtjänsten och den sociala barn- och ungdomsvården, liksom av arbetet inom vård och omsorg mot våld i nära relationer, bidrar till att öka skyddet för barn och unga mot våld och övergrepp. (utg. omr. 9 avsnitt 3.4.2, 6.4.2 och utg. omr. 13 avsnitt 5.4.2). Ökat skydd för barn och unga mot våld är även ett centralt område i den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor 2017–2026. Regeringen lägger här särskild vikt vid ett utökat och verkningsfullt våldsförebyggande arbete, inte minst för och med barn och unga. (utg. omr. 4 2.7.2 och utg. omr. 13 avsnitt 5.4.2).

Vidare avser regeringen bl.a. att verka för att det på såväl nationell som lokal nivå utvecklas fler insatser riktade till våldsutövare. Genom det arbete som bedrivs vid kunskapscentret Barnafrid vid Linköpings universitet, liksom i Stiftelsens Allmänna Barnhuset regi, förväntas kunskapen om barns, såväl flickor som pojkar och barn som identifierar sig på andra sätt, utsatthet för våld och sexuell exploatering öka, vilket på sikt kan bidra till ett förbättrat skydd för dessa barn.

Att motverka människohandel, exploatering och sexuella övergrepp mot barn är en fortsatt viktig fråga för regeringen. Regeringen följer därför kontinuerligt upp handlingsplanen till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp (skr. 2015/16:192) under 2016–2018 och vidtar vid behov ytterligare åtgärder. Regeringen bedömer att arbetet behöver fortsätta både nationellt och internationellt. Vidare är det angeläget att samordningen av arbetet mot människohandel fortsätter i syfte att stärka barnets rättigheter. Regeringen bedömer att det är viktigt att respektive aktör tar sitt ansvar när det gäller att skydda barn mot människohandel. Det är därför angeläget att den manual som tagits fram av Länsstyrelsen i Stockholms län till stöd för yrkesverksamma används.

Regeringen avser att vara drivande i dessa frågor på den internationella arenan. Det finns ett stort internationellt intresse för svenskt arbete med barnets rättigheter. Allt fler länder följer

t.ex. det svenska exemplet att lagstifta mot barnaga. Genom engagemanget i det Globala partnerskapet för att eliminera våld mot barn finns det stora möjligheter att nå ut till ännu fler länder runt om i världen. Sverige som föregångsland ska i februari 2018 vara värd för den första Solutions Summit för regeringar, internationella organisationer och övriga aktörer som arbetar för att eliminera alla former av våld mot barn.

Asylsökande och nyanlända barn och unga

Regeringen följer noggrant situationen för särskilt utsatta barn, t.ex. asylsökande, nyanlända barn och barn som saknar tillstånd. Flera åtgärder i handlingsplanen till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp uppmärksammar dessa barn. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för att stärka det nationella arbetet med att utveckla och sprida relevant och aktuell kunskap och ändamålsenliga kunskapsstöd, metoder och arbetssätt till yrkesverksamma som möter och arbetar med ensamkommande barn och unga inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Med ensamkommande barn och unga avses barn och unga upp till 21 år som är asylsökande, har fått ett uppehållstillstånd eller som har fått ett avslag på sin ansökan om asyl. Centrumets arbete omfattar även frågor som rör ensamkommande barn och unga som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Arbetet i centrumet syftar till att yrkesverksamma som möter och arbetar med ensamkommande barn och unga har goda förutsättningar att ge dem vård och omsorg av god kvalitet (utg. omr. 9 avsnitt 6.4.2, utg. omr. 13 avsnitt 4.5 och utg. omr. 16 avsnitt 3.3.3).

I Barnombudsmannens rapporter om barn på flykt som baseras bl.a. på intervjuer med barn, har ett flertal åtgärdsförslag lämnats för att garantera att barn på flykt ska få sina rättigheter tillgodosedda. Regeringen bedömer att det är angeläget att närmare analysera och följa upp dessa förslag.

Regeringen har gett Länsstyrelserna i uppdrag att i samråd med ett flertal myndigheter identifiera förbättringsområden och lämna åtgärdsförslag för att förhindra att barn försvinner, samt sprida resultat och metoder till myndigheter, kommuner, landsting och andra berörda aktörer. Delredovisning av åtgärdsförslagen har presenterats för regeringen och den del som avser att

sprida resultat och metoder ska redovisas i december 2017. Bland förslagen återfinns bland annat statistikföring som ett utvecklingsområde där det idag saknas en ansvarig aktör. Att föra en ändamålsenlig statistik är en förutsättning för att få en helhetsbild över hur situationen ser ut och hur den utvecklas över tid. Regeringen analyserar för närvarande samtliga åtgärdsförslag som presenterats.

7.6 Budgetförslag

7.6.1 5:1 Barnombudsmannen

Tabell 7.4 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor				
2016	Utfall	24 498	Anslags-sparande	-7
2017	Anslag	24 557 ¹	Utgifts-prognos	24 550
2018	Förslag	24 923		
2019	Beräknat	25 316 ²		
2020	Beräknat	25 744 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 24 923 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 24 923 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Barnombudsmannens förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Tabell 7.5 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 3:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor			
	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	24 557	24 557	24 557
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	365	758	1 186
Beslut	1	1	1
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	24 923	25 316	25 744

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 24 923 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2018. För 2019, och 2020 beräknas anslaget till 25 316 000 kronor respektive 25 744 000 kronor.

7.6.2 5:2 Barnets rättigheter

Tabell 7.6 Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter

Tusental kronor				
2016	Utfall	29 018	Anslags-sparande	4 743
2017	Anslag	27 761 ¹	Utgifts-prognos	25 944
2018	Förslag	22 261		
2019	Beräknat	22 261		
2020	Beräknat	22 261		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen.

Regeringens överväganden

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om en tidsbegränsad satsning på tidiga insatser för barn och unga under åren 2014–2017. De tillfälliga medel som avsatts för ändamålet på detta anslag minskas med 5,5 miljoner kronor mellan 2017 och 2018. Därmed är denna tidsbegränsade satsning avslutad.

Tabell 7.7 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 5:2 Barnets rättigheter

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017 ¹	27 761	27 761	27 761
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-5 500	-5 500	-5 500
Varav BP18			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	22 261	22 261	22 261

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 22 261 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Barnets rättigheter* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 22 261 000 kronor för respektive år.

8 Forskning under utgiftsområde 16

Utbildning och universitetsforskning

8.1 Omfattning

Området 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) har till uppgift att finansiera grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet och inom social- och folkhälsovetenskap. Forte har vidare regeringsuppdrag på särskilda områden.

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom område Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

Miljoner kronor

	Utfall 2016	Budget 2017 ¹	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020
<i>Forskningspolitik</i>						
7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	32	34	35	35	35	36
7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	481	547	541	607	652	682
Summa Forskningspolitik	513	581	576	641	687	717

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

8.3 Mål för området

Målet för forskningspolitiken är att Sverige ska vara ett av världens främsta forsknings- och innovationsländer och en ledande kunskapsnation, där högkvalitativ forskning, högre utbildning och innovation leder till samhällets utveckling och välfärd, näringslivets konkurrenskraft och svarar mot de samhällsutmaningar vi står inför, både i Sverige och globalt (se vidare utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning).

8.4 Resultatredovisning

Regeringens uppföljning av forskningspolitikens mål redovisas främst under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, avsnitt 8.3 Resultatredovisning.

8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Grunden för bedömning av Fortes bidrag till forskningspolitikens mål är myndighetens redovisning av sin verksamhet, inklusive de processer som Forte har för utlysningar och krav för att få forskningsmedel, bedömningar av ansökningar, granskningar och utvärderingar av forskning m.m. Ansökningstryck i förhållande till beviljat forskningsstöd, s.k. beviljandegrad, ger en bild av konkurrensen om forskningsstöd. Nyttiggörande av forskningsresultat bedöms bl.a. utifrån Fortes olika insatser för att kommunicera forskningsresultat med olika målgrupper.

Det är generellt sett svårt att mäta måluppfyllelse för forskningspolitiken och resultatet av forskning inom olika områden. Forskningsresultat kan komma till nytta för annan forskning eller för samhället i övrigt, men det kan ta många år och effekterna är svåra att avgränsa och mäta.

8.4.2 Resultat

Tioåriga nationella forskningsprogram

Regeringen presenterade i forskningspropositionen "Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft" (prop. 2016/17:50) flertalet tioåriga nationella forskningsprogram. Regeringen har gett Forte i uppdrag att ansvara för två av dem: dels inom området tillämpad välfärdsforskning, dels inom arbetslivsforskning.

Beviljade forskningsmedel har ökat

Forte fördelar forskningsbidrag efter utlysning och ansökan i öppen konkurrens. Under 2016 beviljade Forte nytt forskningsstöd till ett belopp om 545 miljoner kronor till forskning inom områdena Hälsa, Arbetsliv och Välfärd, vilket är en ökning jämfört med 2015. Under året fick Forte in totalt 1 462 ansökningar om forskningsstöd, vilket var 20 procent fler än 2015. Myndigheten beviljade drygt 160 av dessa ansökningar, vilket ger en beviljandegrad på 11 procent, som är samma siffra som 2015. I jämförelse med åren 2012–2014 har beviljandegraden sänkts. En förklaring till den sänkta beviljandegraden är att ansökningstrycket ökat i större utsträckning än de forskningsmedel som Forte haft att fördela.

Projekt vanligaste stödformen

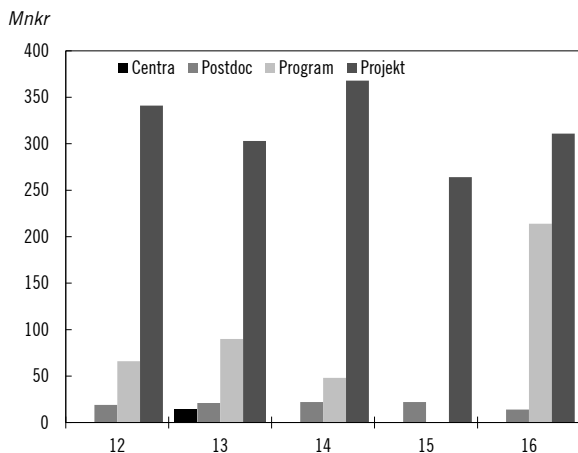
Forte stödjer forskning på många olika sätt. Diagram 8.1 visar fördelningen mellan olika stödformer. Vissa stödformer riktar sig särskilt till yngre forskare, bl.a. juniorforskarbidrag som ges för fyra år med en högre genomsnittlig bidragsstorlek. Forte beviljar vidare medel till forskarskolor och s.k. postdoktorsansökningar. Stöd till postdoktorbidrag ger nydisputerade forskare möjlighet att i nära anslutning till sin doktorexamen fortsätta sin forskarkarriär.

Programbidrag är en typ av stöd som ska göra det möjligt för forskargrupper att ta upp nya frågeställningar och bearbeta dem under en längre tid. Syftet med programbidragen är att i ett längre perspektiv bygga upp och förstärka forskarmiljöer inom forskningsområden som Forte prioriterar.

Forte ger också bidrag till forskningsvistelser i utlandet, gästforskare, nätverk, publikationer samt konferenser och symposier.

Ytterligare en stödform är satsningen på Forte-centra. Bidrag till Forte-centra är stöd till forskningsmiljöer som är särskilt framstående inom Fortes ansvarsområden. Forte-centra ska befinna sig på internationell toppnivå inom sitt forskningsfält, eller ha potential att nå dit med hjälp av bidraget från Forte. I avvaktan på en utvärdering av satsningen på Forte-centra fattas inte några ytterligare beslut om nya satsningar inom denna stödform. Stödformerna program- och centrabidrag skiljer sig från de andra formerna då de avser mycket högre belopp under längre tid än övriga stödformer. Drygt 80 procent av ansökningarna om forskningsbidrag gäller projekt. I genomsnitt beviljade Forte 3 miljoner kronor för treåriga projekt, vilket i genomsnitt är cirka 84 procent av det sökta beloppet, vilket är en ökning med 11 procentenheter jämfört med föregående år.

Diagram 8.1 Beviljade forskningsstöd fördelat på olika stödformer 2012–2016



Källa: Bearbetat underlag från Fortes årsredovisning för 2016.

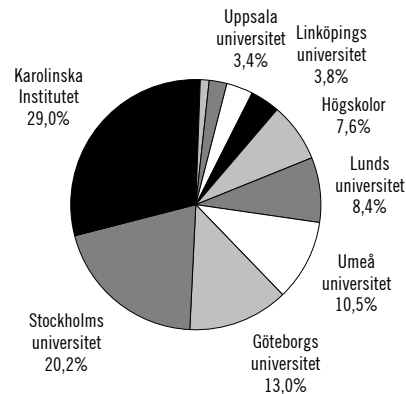
Karolinska Institutet får mest forskningsstöd

Sett över perioden 2012–2016 ligger Karolinska Institutet i topp med en dryg fjärdedel av de beviljade forskningsanslagen. Karolinska Institutet, Stockholms universitet och Göteborgs universitet erhöll under perioden knappt 60 procent av Fortes beviljade forskningsstöd. Hur mycket forskningsstöd som går till olika bidragsformer, områden eller lärosäten liksom utlysningarnas inriktning varierar mellan åren. Fördelningen av forskningsanslag på Fortes

områden Hälsa, Arbetsliv och Välfärd är relativt jämn.

Diagram 8.2 visar fördelningen av forskningsstöd per lärosäte för 2016.

Diagram 8.2 Andel beviljat forskningsstöd per lärosäte, 2016



Källa: Bearbetat underlag från Fortes årsredovisning för 2016.

Forte har fyllt identifierade forskningsbehov – nya program och nya metod

Forte har till uppgift att utreda vilka forskningsbehov som är angelägna inom myndighetens verksamhetsområde och främja den forskning som behövs för att tillgodose sådana behov. Under 2016 har Forte, som en del i detta arbete, utformat en programsatsning på strategiskt viktiga forskningsområden inom:

- Åldrande, befolkning och hälsa
- Arbetslivets och arbetsmarknadens omvandling och utmaningar
- Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS)
- Migration och integration
- Jämlika levnadsvillkor

Under året har Forte påbörjat arbetet med att utveckla en process som årligen sammanfattar myndighetens finansieringsverksamhet, ett "forskningsbokslut". Forskningsbokslut som metod används för att identifiera vilken forskning som pågår och var behov av ytterligare finansiering uppstår.

Stärkt samverkan ger ökad samhällsrelevans

Forskningen som Forte finansierar ska vara samhällsrelevant och bidra till ökad kunskap om olika samhällsutmaningar. Ett sätt att uppnå detta har varit samverkan med relevanta samhällsaktörer, både nationella och internationella, som myndigheten satsar allt mer på. Samverkan sker med olika intressenter och målgrupper, bl.a. i syfte att öka deras delaktighet i flera delar av myndighetens verksamhet. Under perioden har myndigheten arbetat för att utveckla formerna för hur ökad delaktighet kan uppnås. Ett led i detta arbete är att ett samarbete inleddes med aktörer som finansierar forskning utifrån ett tydligt brukarperspektiv.

En annan viktig samverkansgrupp inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, där patient- och brukarmedverkan är en central fråga, är Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Där är Fortes roll att vara en brygga mellan övriga åtta medverkande myndigheter och forskarsamhället. Under 2016 har Fortes medverkan bl.a. handlat om att identifiera kunskapsluckor och nya forskningsbehov när det gäller psykisk ohälsa hos äldre.⁵

Utvecklad samordning – Fortes nationella ansvar

Forte har ett nationellt samordningsansvar för socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning, äldre, barn och ungdomar, internationell migration och etniska relationer (IMER) samt funktionshinder. Myndigheten har under året påbörjat arbetet med att utveckla samordningsansvaret. Samordningen ska fokusera på aktiviteter så som kartläggning av forskningsområden, samråd rörande behov/forskningsfrågor med finansiärer och andra myndigheter samt kommunikation och spridning av forskningsresultat. Samordningsområdena Barn och ungdomar och Äldre har under perioden 2012–2016 haft flest ansökningar om bidrag.

Främja nyttiggörande av forskning och tvärvetenskaplig forskning

Forte har under året infört ett krav om en tvärvetenskaplig ansats i flera utlysningar. När det gäller nyttiggörande är implementeringsforskning centralt. Ett tydligt exempel på implementeringsforskning är det så kallade Vinnvård-programmet, som är en samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Vinnova och Forte, och där Forte är värddorganisation.

Utvecklad kommunikation

Forte har ett ansvar för kommunikation om forskning och forskningsresultat. Ett flertal aktiviteter har genomförts under året. Ett exempel är "Forte Talks" som arrangerades under 2016. Forte Talks är en mötesplats för kunskapsutbyte mellan forskare, beslutsfattare, brukare och övriga aktörer som på olika sätt arbetar med eller är intresserade av människors hälsa, arbetsliv och välfärd.

Nya former för kommunikation

Som ett led i att utveckla nya former för kommunikation och samverkan inom området Barn och ungas psykiska hälsa var Forte under 2016 partner till gymnasieturnén We change – Sveriges största gymnasiesatsning för hållbar utveckling. Forte genomförde workshops och tog fram en broschyr i samverkan med forskare och brukarorganisationer.

Internationalisering

Forskningsfrågor och samhällsutmaningar som ryms inom Fortes uppdrag är inte unika för Sverige utan delas med många andra länder och är i många fall globala. Genom att initiera och stödja samverkan och internationell rörlighet

⁵ Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmanngruppen under 2016.

mellan forskargrupper, institutioner och organisationer i olika länder främjar Forte både kunskaps- och erfarenhetsutbyte, liksom kapacitetsuppbyggnad i och utanför Sverige. Det bidrar i sin tur till att höja kvaliteten på forskningen och ökar möjligheterna för att svenska forskningsresultat och innovationer ska efterfrågas och komma till nytta utanför Sverige.

Under året engagerade sig Forte i ett antal aktiviteter och satsningar både för att främja forskningssamarbeten och för att få ökad utväxling av det egna arbetet. Forte samverkar med andra svenska forskningsfinansiärer kring de internationella insatserna för att genom gemensamma prioriteringar öka genomslag och spridning av svenska satsningar. Det internationella arbetet sker framför allt på nordisk och europeisk nivå, men även utom-europeisk.

Särskilda regeringsuppdrag har pekat ut angelägna områden

Forte har under året haft ett stort antal särskilda regeringsuppdrag, t.ex. att fördela medel till och nyttiggöra forskning om arbetsmiljön i kvinno-dominerade sektorer (se vidare under utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv) respektive ta fram kunskapsöversikter avseende behandling av sexuella övergrepp mot barn. Forte har också haft regeringsuppdrag som handlar om forskning inom äldreområdet och inom life science. Därutöver kan nämnas Fortes uppdrag att under 2016 förbereda och genomföra en forskningssatsning för ökad kunskap om vilka insatser inom hälso- och sjukvård i samarbete/kontakt med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen som bidrar till att sjukskrivna kvinnor och män återgår i arbete (tidigare Rehsam), liksom uppdraget att under 2016 och

2017 genomföra en kartläggning av den ungdomsforskning som bedrivits sedan 2008.

Jämställdhet

Forte ska främja jämställdhet mellan kvinnor och män inom sitt verksamhetsområde och verka för att ett genusperspektiv får genomslag i forskningen.

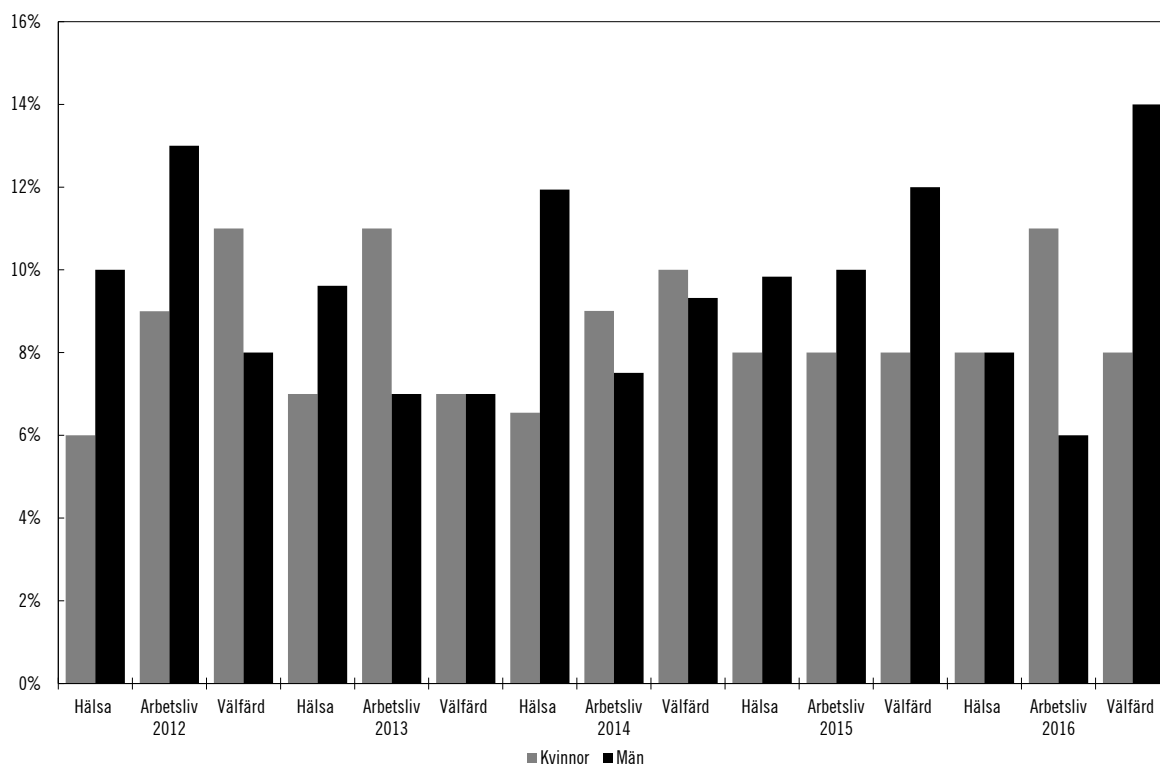
Fördelningen är relativt jämn

Könsfördelningen för inkomna och beviljade ansökningar inom alla stödformer uppvisar inga större skillnader i år jämfört med tidigare år. Det är flest kvinnor som ansöker om forskningsstöd.

Beviljandegraden för projektansökningar för män respektive kvinnor är ganska jämn över tid. Under perioden 2012–2016 låg beviljandegraden i genomsnitt för män på 10 procent och för kvinnor på 9 procent. För 2016 var beviljandegraden för män 8 procent och för kvinnor 9 procent.

I diagram 8.3 visas beviljandegraden per kön fördelat på områdena Hälsa, Arbetsliv och Välfärd. Beviljandegraden varierar mellan åren. Ibland har kvinnor högre beviljandegrad än män för ett eller flera av områdena och för ett annat år kan det vara tvärtom. Forte bevakar kontinuerligt utvecklingen av beviljandegraden för män och kvinnor för att säkerställa att det finns saklig grund för de skillnader som finns för de enskilda åren.

Diagram 8.3 Beviljandegrad per huvudområde, 2012-2016



Källa: Forte.

Flera faktorer påverkar könsfördelningen

Att könsfördelningen i beviljat forskningsstöd är ojämn ett visst år kan bero på många olika faktorer, bl.a. utlysningarnas inriktning och områden, om kvinnor och män söker forskningsstöd i samma utsträckning, den relativa konkurrensen om medel, i vilken utsträckning unga eller mer etablerade forskare söker bidrag, samt hur nytänkande, erfarenhet och meritering bedöms för kvinnor och män. Inverkan av dessa faktorer varierar över åren.

Beredningsgruppernas sammansättning, könsfördelning och kompetens kan också ha betydelse för hur forskningsmedel beviljas. Sammantaget var 54 procent av bedömarna kvinnor och 46 procent män i Fortes tio beredningsgrupper 2016. Hälften av ordföranden var män och hälften kvinnor. En beredningsgrupp består oftast av ett tiotal personer.

Ett jämställdhetsperspektiv i forskningen

Utöver att arbeta för en jämställd fördelning av forskningsmedel har Forte genomfört en rad åtgärder för att ett jämställdhetsperspektiv även ska finnas med i den forskning som myndigheten finansierar. Exempel på detta är att ordförande för respektive beredningsgrupp har

utbildats i vikten av ett jämställdhetsperspektiv i forskningen och att ett krav har införts på mångfalds- och genusperspektiv i flera av utlysningarna. Ett sådant krav kan stimulera att forskningen som Forte finansierar tar hänsyn till olika grupper i samhället på ett jämlikt och jämställt sätt.

Jämställd kommunikation

Fortes arbete med jämställdhet har även gett en mer jämställd kommunikation i såväl tal, skrift som bild. Det handlar t.ex. om att områdesbeskrivningar och utlysningstexter delvis har uppdaterats i syfte att få dem könsneutrala. Ett annat exempel är att Fortes bildbank kontinuerligt går igenom för att säkerställa ett inkluderande bildspråk och en bred representation av samhället.

8.4.3 Analys och slutsatser

Målet för forskningspolitiken är att Sverige ska vara ett av världens främsta forsknings- och innovationsländer och en ledande kunskapsnation, där högkvalitativ forskning, högre utbildning och innovation leder till samhällets

utveckling och välfärd, näringslivets konkurrenskraft och svarar mot de samhällsutmaningar vi står inför, både i Sverige och globalt. Regeringens bedömning är att Fortes arbete med att främja den behovsstyrda forskningen inom hälsa, arbetsliv och välfärd har bidragit till målpuppfyllelsen.

Regeringen gör även bedömningen att Fortes arbete för att främja jämställdhet i fördelningen av forskningsstöd, och som perspektiv i den forskning som beviljas bidrag, bidrar till att uppnå målet. När forskningen som Forte finansierar har ett jämställdhetsperspektiv bidrar det i förlängningen till en jämställd hälsa och omsorg och ett mer hållbart arbetsliv. Detta kan i sin tur påverka sjukskrivningarna positivt för både kvinnor och män. Resultaten bidrar därmed till att uppnå de jämställdhetspolitiska delmålen om en jämställd hälsa och omsorg samt om en ekonomisk jämställdhet.

Regeringen ser positivt på Fortes utvecklade samverkan med andra aktörer inom sitt ansvarsområde både nationellt och internationellt.

8.5 Politikens inriktning

Politikens inriktning för forskning redovisas under utgiftsområde 16, avsnitt 9.9 Forskning för att möta samhällets utmaningar.

I forskningspolitiska propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) presenteras inriktningen för forskningspolitiken för de kommande tio åren. Inom utgiftsområde 9 ryms bl.a. satsningar på tillämpad välfärdsforskning, forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer samt forskning om arbetsliv. Forte har en central roll i förverkligandet av forskningspolitiken inom hälsa, arbetsliv och välfärd. Under 2018 ligger myndighetens fokus på att genomföra sin del av satsningarna inom området.

Den offentligt finansierade socialtjänsten är en viktig del av det svenska välfärdssystemet. Satsningen på tillämpad välfärdsforskning syftar bl.a. till att förbättra kunskapsläget inom området. Som en del i satsningen ska forskarskolor inrättas för att stärka kunskapsbasen och samverka mellan forskning och praktik samt delaktigheten från brukare och anhöriga. Forskarskolorna ska stärka praktikinära forskning, socialtjänstens forskningsanknytning och öka samverkan mellan högskola och socialtjänst. Att främja kunskapsutvecklingen i socialtjänsten är en prioriterad fråga för regeringen, då det kan ge förbättrade insatser till förmån för de kvinnor och män, flickor och pojkar som verksamheten är till för.

Satsningen på forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer ska ge grund för en kunskapsbaserad och innovativ utveckling av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Satsningen ska avse bland annat verksamhetsnära forskning och forskning om hur kunskap omsätts i praktiken, t.ex. implementeringsforskning. Forskningsatsningen ska främja ett större utrymme för bl.a. medarbetarnas och patienters/brukares kompetens och erfarenheter.

Forskningsatsningen inom arbetslivsområdet ska bl.a. bidra till att stärka kunskapen på området och skapa förutsättningar för ett mer hållbart arbetsliv. Arbetslivets utveckling har stor betydelse för samhällsutvecklingen och är grunden för tillväxt, hälsa och välfärd. Regeringen har därför inrättat ett tioårigt nationellt forskningsprogram om arbetslivsforskning. Forskningsatsningen är bred och ska stärka alla aspekter av arbetslivsforskningen. Forskningsbaserad kunskap bidrar till en ökad förståelse för förutsättningarna för en väl fungerande arbetsmarknad, en effektiv arbetsorganisation och ett hållbart arbetsliv som kan främja hälsa och bidra till inkludering och etablering på arbetsmarknaden.

8.6 Budgetförslag

8.6.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tabell 8.2 Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2016	Utfall	32 354		884
2017	Anslag	33 998 ¹	Utgifts-prognos	34 522
2018	Förslag	34 576		
2019	Beräknat	35 124 ²		
2020	Beräknat	35 721 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 34 576 tkr i 2018 års prisnivå.

³ Motsvarar 34 576 tkr i 2018 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärds förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Anslaget har för perioden 2018–2020 beräknats enligt följande.

Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017 ¹	33 998	33 998	33 998
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	576	1 124	1 721
Beslut	2	2	2
Varav BP18 ³			
Överföring till/från andra anslag			
Varav BP18 ³			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	34 576	35 124	35 721

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2017. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2019–2020 är preliminär.

³ Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 34 576 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* för 2018. För

2019 och 2020 beräknas anslaget till 35 124 000 kronor respektive 35 721 000 kronor.

8.6.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tabell 8.4 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2016	Utfall	480 617		25 115
2017	Anslag	546 998 ¹	Utgifts-prognos	541 349
2018	Förslag	606 503		
2019	Beräknat	651 503		
2020	Beräknat	681 503		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2017 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, kommunikationsinsatser, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

Regeringens överväganden

Anslaget har för perioden 2018–2020 beräknats enligt följande.

Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2018–2020 för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

	2018	2019	2020
Anvisat 2017¹	546 998	546 998	546 998
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	49 998	94 998	124 998
Varav BP18	-5 000	-10 000	-10 000
Varav			
Myndigheten för arbetsmiljö-kunskap	-5 000	-10 000	-10 000
<i>Överföring till/från andra anslag</i>			
Varav BP18			
Övrigt	9 507	9 507	9 507
Förslag/beräknat anslag	606 503	651 503	681 503

¹Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2016 (bet. 2016/17:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Anslaget minskas med 5 000 000 kronor 2018, och sedan 10 000 000 kronor fr.o.m. 2019 för att frigöra medel för inrättandet av Myndigheten för arbetsmiljökunskap, se vidare anslaget 2:6 *Centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö* under utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv, avsnitt 4.6 Budgetförslag.

Regeringen föreslår att 606 503 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* för 2018. För 2019 och 2020 beräknas anslaget till 651 503 000 kronor respektive 681 503 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2018 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 1 280 000 000 kronor 2019–2021.

Skälen för regeringens förslag: Den forskning som Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2018 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 1 280 000 000 kronor 2019–2021.

Tabell 8.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

	Utfall 2016	Prognos 2017	Förslag 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
Ingående åtaganden	933 965	928 677	1 011 880			
Nya åtaganden	475 329	588 956	810 120			
Infriade åtaganden	-480 617	-505 753	-542 000	-610 000	-479 000	-191 000
Utestående åtaganden	928 677	1 011 880	1 280 000			
Erhållet/förslaget bemyndigande	1 000 000	1 039 000	1 280 000			