

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Förslag till statens budget för 2019

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

Tabellförteckning.....	6
Diagramförteckning	9
1 Förslag till riksdagsbeslut	11
2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	13
2.1 Principer för utformningen av denna proposition.....	13
2.2 Omfattning.....	14
2.3 Utgiftsutveckling	14
2.4 Skatteutgifter.....	15
2.5 Mål för utgiftsområdet.....	16
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
3.5 Tillkännagivanden	43
3.6 Budgetförslag.....	45
3.6.1 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.....	45
3.6.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering....	46
3.6.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	46
3.6.4 1:4 Tandvårdsförmåner.....	47
3.6.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	47
3.6.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	48
3.6.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	50
3.6.8 1:8 Bidrag till psykiatri	51
3.6.9 1:9 Läke-medelsverket	52
3.6.10 1:10 E-hälsomyndigheten.....	53
3.6.11 8:1 Socialstyrelsen.....	54
3.6.12 8:2 Inspektionen för vård och omsorg	55
3.6.13 Övrig verksamhet	56

4	Folkhälsopolitik	57
4.1	Omfattning	57
4.2	Utgiftsutveckling.....	57
4.3	Mål för området	58
4.4	Resultatredovisning	58
4.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder	58
4.4.2	Resultat	59
4.5	Budgetförslag	76
4.5.1	2:1 Folkhälsomyndigheten	76
4.5.2	2:2 Insatser för vaccinberedskap	77
4.5.3	2:3 Bidrag till WHO.....	78
4.5.4	2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar ...	79
4.5.5	6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....	79
5	Funktionshinderspolitik	81
5.1	Omfattning	81
5.2	Utgiftsutveckling.....	81
5.3	Mål för området	82
5.4	Resultatredovisning	82
5.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder	82
5.4.2	Resultat	82
5.5	Budgetförslag	85
5.5.1	3:1 Myndigheten för delaktighet	85
5.5.2	3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer.....	86
6	Politik för sociala tjänster.....	87
6.1	Omfattning	87
6.2	Utgiftsutveckling.....	87
6.3	Mål för området	88
6.4	Resultatredovisning	88
6.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder	88
6.4.2	Resultat	90
6.5	Tillkännagivanden.....	120
6.6	Budgetförslag	121
6.6.1	4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	121
6.6.2	4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet.....	121
6.6.3	4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning.....	122
6.6.4	4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	123
6.6.5	4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	124
6.6.6	4:6 Statens institutionsstyrelse	125
6.6.7	4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	126
7	Barnrättspolitik	129
7.1	Omfattning	129
7.2	Utgiftsutveckling.....	129
7.3	Mål för området	130
7.4	Resultatredovisning	130
7.4.1	Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder	130
7.5	Budgetförslag	138
7.5.1	5:1 Barnombudsmannen	138
7.5.2	5:2 Barnets rättigheter.....	139

8	Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....	141
8.1	Omfattning.....	141
8.2	Utgiftsutveckling.....	141
8.3	Mål för området.....	142
8.4	Resultatredovisning.....	142
	8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....	142
	8.4.2 Resultat.....	142
8.5	Budgetförslag.....	144
	8.5.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....	144
	8.5.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	145

Tabellförteckning

Tabell 1.1	Anslagsbelopp	12
Tabell 1.2	Beställningsbemyndiganden.....	12
Tabell 2.1	Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	14
Tabell 2.2	Härledning av ramnivån 2019–2021. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	15
Tabell 2.3	Skatteutgifter	15
Tabell 3.1	Utgiftsutveckling inom Hälso- och sjukvårdspolitik.....	19
Tabell 3.2	Hälso- och sjukvårdsutgifter 2010–2016.....	21
Tabell 3.3	Läkemedelskostnaderna uppdelade på områden.....	38
Tabell 3.4	Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd.....	42
Tabell 3.5	Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	45
Tabell 3.6	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	45
Tabell 3.7	Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	46
Tabell 3.8	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....	46
Tabell 3.9	Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	46
Tabell 3.10	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	46
Tabell 3.11	Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner	47
Tabell 3.12	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:4 Tandvårdsförmåner	47
Tabell 3.13	Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	47
Tabell 3.14	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	48
Tabell 3.15	Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	48
Tabell 3.16	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	50
Tabell 3.17	Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	50
Tabell 3.18	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	51
Tabell 3.19	Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri.....	51
Tabell 3.20	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:8 Bidrag till psykiatri.....	52
Tabell 3.21	Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket.....	52
Tabell 3.22	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:9 Läkemedelsverket.....	53
Tabell 3.23	Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten	53
Tabell 3.24	Offentligrättslig verksamhet.....	53
Tabell 3.25	Uppdragsverksamhet.....	53
Tabell 3.26	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:10 E-hälsomyndigheten ...	54
Tabell 3.27	Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen	54
Tabell 3.28	Offentligrättslig verksamhet.....	54

Tabell 3.29	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 8:1 Socialstyrelsen.....	55
Tabell 3.30	Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg.....	55
Tabell 3.31	Offentligrättslig verksamhet	55
Tabell 3.32	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg.....	56
Tabell 3.33	Offentligrättslig verksamhet	56
Tabell 4.1	Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik	57
Tabell 4.2	Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten.....	76
Tabell 4.3	Uppdragsverksamhet	76
Tabell 4.4	Offentligrättslig verksamhet	76
Tabell 4.5	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:1 Folkhälso- myndigheten.....	76
Tabell 4.6	Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	77
Tabell 4.7	Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	77
Tabell 4.8	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	78
Tabell 4.9	Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO	78
Tabell 4.10	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:3 Bidrag till WHO	78
Tabell 4.11	Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	79
Tabell 4.12	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	79
Tabell 4.13	Anslagsutveckling 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....	79
Tabell 4.14	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	80
Tabell 5.1	Utgiftsutveckling inom funktionshinderspolitik.....	81
Tabell 5.2	Andelen sysselsatta bland personer med funktionsnedsättning med/utan nedsatt arbetsförmåga och övriga i befolkningen.	83
Tabell 5.3	Andel i arbetskraften bland personer med funktionsnedsättning med/utan nedsatt arbetsförmåga och övriga i befolkningen.	83
Tabell 5.4	Högsta utbildningsnivå	84
Tabell 5.5	Inkomna anmälningar avseende diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning,	84
Tabell 5.6	Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet	85
Tabell 5.7	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 3:1 Myndigheten för delaktighet	86
Tabell 5.8	Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	86
Tabell 5.9	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	86
Tabell 6.1	Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster.....	88
Tabell 6.2	Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre	94
Tabell 6.3	Kvinnor och män med insats enligt LSS 2008–2017	115
Tabell 6.4	Antal personliga ombud (PO) och kommuner som inte erbjuder PO	120
Tabell 6.5	Antal tolktimmar och tolkdagar till förtroendevalda	120
Tabell 6.6	Antal ledarhundar.....	120
Tabell 6.7	Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	121

Tabell 6.8	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	121
Tabell 6.9	Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	121
Tabell 6.10	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	122
Tabell 6.11	Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	122
Tabell 6.12	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	123
Tabell 6.13	Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	123
Tabell 6.14	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	124
Tabell 6.15	Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	124
Tabell 6.16	Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	125
Tabell 6.17	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	125
Tabell 6.18	Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse	125
Tabell 6.19	Offentlighetsrättslig verksamhet	126
Tabell 6.20	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:6 Statens institutionsstyrelse	126
Tabell 6.21	Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	126
Tabell 6.22	Beställningsbemyndigande för anslaget 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	127
Tabell 6.23	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	128
Tabell 7.1	Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik	129
Tabell 7.2	Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen	138
Tabell 7.3	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 5:1 Barnombudsmannen ...	139
Tabell 7.4	Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter	139
Tabell 7.5	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 5:2 Barnets rättigheter	139
Tabell 8.1	Utgiftsutveckling inom område	141
Tabell 8.2	Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	144
Tabell 8.3	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	144
Tabell 8.4	Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	145
Tabell 8.5	Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	145
Tabell 8.6	Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	145

Diagramförteckning

Diagram 3.1	Landstingens intäkter 2017, procentuellt fördelade på intäktslag.....	21
Diagram 3.2	Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2017, procentuellt fördelade på verksamhetsområde	21
Diagram 3.3	Patientupplevd kvalitet i primärvården 2017	22
Diagram 3.4	Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis att de har tillgång till den sjukvård de behöver	22
Diagram 3.5	Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, kvinnor.....	24
Diagram 3.6	Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, män.....	24
Diagram 3.7	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, kvinnor	24
Diagram 3.8	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, män	24
Diagram 3.9	Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), kvinnor	25
Diagram 3.10	Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), män	25
Diagram 3.11	Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), kvinnor.....	25
Diagram 3.12	Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), män.....	25
Diagram 3.13	Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att väntetider till vårdcentral/hälsocentral är rimlig.....	26
Diagram 3.14	Andel patienter i kön som väntat kortare än 90 dagar på behandling eller åtgärd i specialiserad vård, 2010 till mars 2018.....	27
Diagram 3.15	Antal legitimerade läkare sysselsatta i hälso- och sjukvården	31
Diagram 3.16	Antal legitimerade sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården.....	31
Diagram 3.17	Antal legitimerade barnmorskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården.....	31
Diagram 3.18	Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer	34
Diagram 3.19	Kostnader för läkemedelsförmånerna.....	38
Diagram 3.20	Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist för undersökning.....	43
Diagram 4.1	Medellivslängd.....	59
Diagram 4.2	Förväntad livslängd och återstående friska år för kvinnor vid 65 år.....	59
Diagram 4.3	Förväntad livslängd och återstående friska år för män vid 65 år.....	59
Diagram 4.4	Återstående levnadsår vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, kvinnor ...	60
Diagram 4.5	Återstående levnadsår vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, män	60
Diagram 4.6	Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer.....	60
Diagram 4.7	Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer	61
Diagram 4.8	Antal insjuknande i hjärtinfarkt, 35–79 år, utbildningsnivå	61
Diagram 4.9	Antal döda i ischemisk hjärtsjukdom, 35–79 år, utbildningsnivå.....	61
Diagram 4.10	Antal fall per 100 000 för dödlighet i bröstcancer, 35–79 år, utbildningsnivå	61
Diagram 4.11	Antal fall per 100 000 för dödlighet i prostatacancer, 35–79 år, utbildningsnivå	62

Diagram 4.12	Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, kvinnor 25–84 år	62
Diagram 4.13	Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, män 25–84 år	62
Diagram 4.14	Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare	63
Diagram 4.15	Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)	65
Diagram 4.16	Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare.....	65
Diagram 4.17	Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år	68
Diagram 4.18	Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år, utbildningsnivå	68
Diagram 4.19	Andel som anger att de sitter minst 10 timmar per dygn, 16–84 år, utbildningsnivå.....	68
Diagram 4.20	Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 300 minuter per vecka, 16–84 år, utbildningsnivå.....	68
Diagram 4.21	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 som använt nätdroger någon gång.....	70
Diagram 4.22	Antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak, kvinnor.....	71
Diagram 4.23	Antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak, män.....	72
Diagram 4.24	Dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel eller narkotika, kvinnor	72
Diagram 4.25	Dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel eller narkotika, män	72
Diagram 4.26	Spelrelaterade skulder i kronor bland inringande spelare i procent.....	75
Diagram 6.1	Antal barn som varit föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten under åren 2007–2017	112
Diagram 6.2	Statlig assistansersättning från Försäkringskassan och personlig assistans enligt LSS 2002–2017. Antal personer på vänster axel och utgifter i miljoner kronor på höger axel.....	117
Diagram 8.1	Beviljade medel 2012–2017 per stödform, alla utlysningar (miljoner kronor)	142

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringens förslag:

1. Riksdagen bemyndigar regeringen att för 2019 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 3.6.6).
2. Riksdagen bemyndigar regeringen att för 2019 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 3.6.6)
3. Riksdagen anvisar ramanslagen för budgetåret 2019 under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt tabell 1.1.
4. Riksdagen bemyndigar regeringen att under 2019 ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare 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	35 831
1:2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	83 526
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	144 660
1:4	Tandvårdsförmåner	6 771 752
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	27 789 000
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	6 959 286
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden	476 068
1:8	Bidrag till psykiatri	1 702 993
1:9	Läkemedelsverket	136 845
1:10	E-hälsomyndigheten	147 584
2:1	Folkhälsomyndigheten	389 209
2:2	Insatser för vaccinberedskap	88 500
2:3	Bidrag till WHO	38 665
2:4	Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	75 502
3:1	Myndigheten för delaktighet	59 951
3:2	Bidrag till funktionshindersorganisationer	188 742
4:1	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	24 737
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	767 514
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	263 395
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	24 486 588
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	2 517 490
4:6	Statens institutionsstyrelse	1 132 192
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	1 505 951
5:1	Barnombudsmannen	25 851
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	35 918
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	601 503
8:1	Socialstyrelsen	669 451
8:2	Inspektionen för vård och omsorg	785 591
Summa		78 122 185

Tabell 1.2 Beställningsbemyndiganden

Tusental kronor

Anslag	Beställningsbemyndigande	Tidsperiod
2:2	Insatser för vaccinberedskap	368 000 2020-2024
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	670 000 2020-2022
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	30 850 2020-2021
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	2 800 000 2020-2025
Summa beställningsbemyndiganden under utgiftsområdet	3 868 900	

Anm: Summan av utgifterna i tabellen kan skilja sig från totalen för utgiftsområdet på grund av avrundningsfel.

2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

2.1 Principer för utformningen av denna proposition

Särskilda principer har tillämpats vid utformningen av denna proposition med anledning av att den har beslutats av en övergångsregering. Bakgrunden till dessa redogörs närmare för i finansplanen (Förslag till statens budget, finansplan m.m. avsnitt 1.1).

Utgångspunkten för förslagen i denna proposition har varit den budget som riksdagen har beslutat för 2018 efter förslag i budgetpropositionen för 2018. Vidare har följande generella justeringar gjorts för utgiftsområdena:

- Anslag som används för förvaltnings- och investeringsändamål har pris- och löneomräknats på sedvanligt sätt. Anslag som avser regelstyrda transfereringssystem har justerats utifrån ändrad makroekonomisk utveckling liksom ändrade volymer (t.ex. antal personer som omfattas).
- Anslag har justerats till följd av beslutade lagar och förordningar, internationella avtal, civilrättsligt bindande avtal eller EU-rättsakter.
- Anslag har justerats med anledning av att riksdagen beslutat om flyttar av ändamål och verksamheter mellan utgiftsområden.
- Anslag har justerats om det krävts för att nödvändiga samhällsfunktioner ska kunna upprätthållas.
- För att verksamhet som baseras på ett beställningsbemyndigande för kommande år ska ges förutsättningar att bedrivas i samma omfattning 2019–2021 har anslagsnivåerna för alla år justerats med hänsyn till

nivån på beräknade infrianden av de ekonomiska åtagandena 2019.

De sedvanliga finansieringsprinciper som används vid beredningen av regeringens budgetförslag har i enlighet med ramverket för finanspolitiken tillämpats även när denna proposition tagits fram (skr. 2017/18:207, bet. 2017/18:FiU32, rskr. 2017/18:334).

Utöver förslag om anslag lämnar regeringen även nödvändiga förslag om beställningsbemyndiganden och andra finansiella befogenheter samt övriga förslag på finansmaktens område som kräver riksdagens ställningstagande inför det kommande budgetåret. Vid bedömningen av storleken på beställningsbemyndigandena har en prövning gjorts utifrån tidigare beslutade bemyndiganden och med hänsyn till de föreslagna anslagsnivåerna.

Endast sådana förändringar i förhållande till riksdagens ursprungliga budgetbeslut för 2018 som varit förenliga med vad som ovan angetts har föreslagits. Regeringens budgetförslag innebär i de allra flesta fall att den statliga verksamheten kan genomföras i samma omfattning som 2018. Vissa anslagsnivåer har blivit lägre än de beräkningar regeringen tidigare redovisat för 2019, medan andra har blivit högre. Vid behov kan förslag till ändringar i budgeten lämnas under pågående budgetår.

Vilka konsekvenser för anslagsnivån som tillämpningen av principerna har fått redovisas under regeringens överväganden för respektive anslag. Tyngdpunkten i redovisningen är konsekvenserna för anslagsnivån 2019. I härledningstabellerna har det inte varit praktiskt möjligt att specificera nya beslut och över-

föringar på motsvarande sätt som gjordes i budgetpropositionen för 2018.

Regeringen redovisar på sedvanligt sätt beräkningar även för det andra och tredje tillkommande året efter budgetåret, dvs. för 2020 och 2021.

Även dessa beräkningar baseras på de ovan angivna principerna. Regeringen har dock inte tillämpat principen om förlängning av anslagsnivån för 2018 för åren efter budgetåret, när det gäller reformer för vilka ett slutdatum ansetts. För 2020 har reformer som planerats upphöra helt fr.o.m. 2019 eller 2020 tagits bort från beräknade anslagsnivåer. På motsvarande sätt har reformer som planerats upphöra helt fr.o.m. 2021 tagits bort från beräknade anslagsnivåer fr.o.m. det året.

De redovisade beräkningarna för 2020 och 2021 görs för att det ska vara möjligt att härleda de föreslagna preliminära utgiftsramarna för 2020 och 2021 till anslagen. Med hänsyn till att propositionen lämnas av en övergångsregering är de förutsättningar som dessa beräkningar bygger på mycket osäkra. Informationsvärdet av beräkningarna är därför begränsat.

I enlighet med kraven i budgetlagen (2011:203) lämnar regeringen i denna propo-

sition en resultatredovisning i förhållande till de av riksdagen beslutade målen. Mot bakgrund av de ovan angivna principerna har dock regeringen avstått från att redovisa sina slutsatser av de presenterade resultaten. Regeringen har även avstått från att redovisa den framtida politiska inriktningen för utgiftsområdet. Vad som ska gälla för 2019 framgår av förslagen om anslag och övriga finansiella befogenheter samt av de ändamål som är kopplade till dessa.

2.2 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar områdena Hälso- 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*.

2.3 Utgiftsutveckling

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

Miljoner kronor						
	Utfall 2017	Budget 2018 ¹	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
Hälso- och sjukvårdspolitik	37 762	45 878	45 205	45 704	44 573	43 970
Folkhälsopolitik	774	788	782	789	692	696
Funktionshinderspolitik	246	248	249	249	250	250
Politik för sociala tjänster	27 940	32 240	30 610	30 698	28 960	29 215
Barnrättspolitik	48	47	45	48	49	49
Forskningspolitik	567	641	634	637	638	638
Äldreanslag	74					
Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	67 411	79 841	77 526	78 122	75 158	74 817

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
Anm: Summan av utgifterna i tabellen kan skilja sig från totalen för utgiftsområdet på grund av avrundningstfel.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2019–2021. Utgifts-
område 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	77 696	77 696	77 696
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	40	89	132
Beslut	1 594	-2 152	-3 420
Övriga makroekonomiska för- utsättningar	1 086	1 468	1 331
Volym	-2 119	-1 768	-758
Överföring till/från andra ut- giftsområden		0	0
Övrigt	-175	-175	-163
Ny ramnivå	78 122	75 158	74 817

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2019 realekonomiskt fördelad. Utgifts-
område 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2019
Transfereringar ¹	73 219
Verksamhetsutgifter ²	4 876
Investeringar ³	27
Summa ramnivå	78 122

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2017 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.

2.4 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 (Hälsovård, sjukvård och social omsorg) 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 2018 (skr. 2017/18:98). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till utgiftsområde 9.

Tabell 2.3 Skatteutgifter

Miljoner kronor

	Prognos 2018	Prognos 2019
Nedsatt förmånsvärde alkolås	-	-
Läkemedel	2 330	2 390
Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård	-	-
Totalt för utgiftsområde 9	2 330	2 390

Ett "-" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

Nedsatt förmånsvärde alkolås

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 alkolås i fordon undantas alkolås från den extrautrustning som höjer förmånsvärdet (61 kap. 8 § inkomstskattelagen). Skatteutgiften utgörs av skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

Läkemedel

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

Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård

Fram till 30 juni 2018 gällde att förmån av hälso- och sjukvård inte ska tas upp till beskattning om förmånen avser vård i Sverige som inte är offentligfinansierad eller vård utomlands (11 kap. 18 § inkomstskattelagen). Arbetsgivaren har då inte haft avdragsrätt för kostnaden (16 kap. 22 § inkomstskattelagen). Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt. Från 1 juli 2018 gäller att förmån av hälso- och sjukvård inte ska tas upp om förmånen avser vård utomlands vid insjuknande i samband med tjänstgöring utomlands (ny formulering av 11 kap. 18 § inkomstskattelagen).

2.5 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 behovs-anpassad 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)

- Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälso-klyftorna inom en generation (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406).
- 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).

Funktionshinderspolitik (avsnitt 5 och 6)

- Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

Politiken för sociala tjänster (avsnitt 6) omfattar följande övergripande mål (prop. 1997/98: 113, bet. 1997/98: SoU24):

Omsorg om äldre

Äldre ska

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Individ- och familjeomsorg

Målet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Personer med funktionsnedsättning

Genomförandet av funktionshinderspolitiken ska inriktas mot de fyra områdena:

- principen om universell utformning,
- befintliga brister i tillgängligheten,
- individuella stöd och lösningar för individens självständighet och
- att förebygga och motverka diskriminering

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

<i>Miljoner kronor</i>						
	Utfall 2017	Budget 2018 ¹	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
<i>Hälsa- och sjukvårdspolitik</i>						
1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	35	35	36	36	36	37
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	83	83	82	84	85	86
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	141	143	142	145	147	148
1:4 Tandvårdsförmåner	5 782	6 332	6 271	6 772	6 921	7 086
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	25 606	27 731	27 068	27 789	27 789	27 789
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	2 913	7 696	7 775	6 959	5 964	5 820
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	433	465	477	476	485	494
1:8 Bidrag till psykiatri	1 167	1 755	1 714	1 703	1 485	853
1:9 Läkemedelsverket	133	135	133	137	139	144
1:10 E-hälsomyndigheten	158	146	143	148	119	120
8:1 Socialstyrelsen	632	669	664	669	674	656
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	679	688	700	786	729	737
Summa Hälsa- och sjukvårdspolitik	37 762	45 878	45 205	45 704	44 573	43 970
<i>Åldreanslag</i>						
2017 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74					
Summa Åldreanslag	74					

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Behovens storlek ska styra vårdens prioriteringar. Patienten ska också ges möjlighet att 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.

En jämlik vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med ett gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Att kvinnor, 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 i alla delar av landet 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 målen på området, dels från olika verksamheter såsom läkemedelsområdet, apotek och

tandvård samt utifrån olika statliga insatser som genomförts.

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 och upplevd tillgång till sjukvård. 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 har det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering, organisation och genomförande. Kommunerna ansvarar för delar av hälso- och sjukvården.

Tabell 3.2 Hälsa- och sjukvårdsutgifter 2010–2016

Miljarder kronor, löpande priser (andel i procent av utgifterna för offentlig sektor)

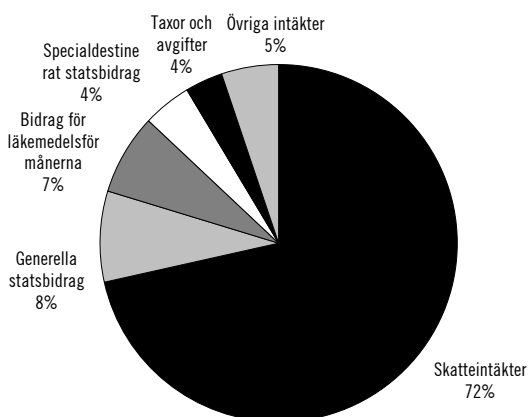
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 ¹
Offentlig sektor ²	244,5 (82)	327,9 (84)	337,0 (84)	348,9 (83)	365,6 (83)	385,3 (83)	402,2 (84)
Staten	5,8 (2)	6,2 (2)	6,6 (2)	7,0 (2)	7,0 (2)	7,0 (2)	7,3 (2)
Kommuner	24,5 (10)	98,0 (30)	101,3 (30)	105,5 (30)	110,5 (30)	116,7 (30)	121,7 (30)
Landsting	214,2 (88)	223,7 (68)	229,1 (68)	236,4 (68)	248,1 (68)	261,7 (68)	273,2 (68)
Frivilliga sjukvårdsförsäkringar	1,6 (1)	1,9 (0)	2,0 (0)	2,4 (1)	2,5 (1)	2,7 (1)	2,9 (1)
Hushållens ideella organisationer	0,3 (0)	0,3 (0)	0,3 (0)	0,3 (0)	0,6 (0)	0,6 (0)	0,6 (0)
Företag	1,6 (1)	1,7 (0)	1,7 (0)	1,8 (0)	1,8 (0)	2,1 (0)	2,4 (1)
Hushållens utgifter ur egen ficka	50,6 (17)	58,7 (15)	62,1 (15)	65,0 (16)	68,0 (16)	71,6 (15)	73,4 (18)
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	298,6	390,5	403,1	418,4	438,5	462,3	481,6
Andel av bruttonationalprodukt (BNP)	8,5	10,7	10,8	11,1	11,1	11,0	10,9

¹ Uppgifterna för 2016 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.

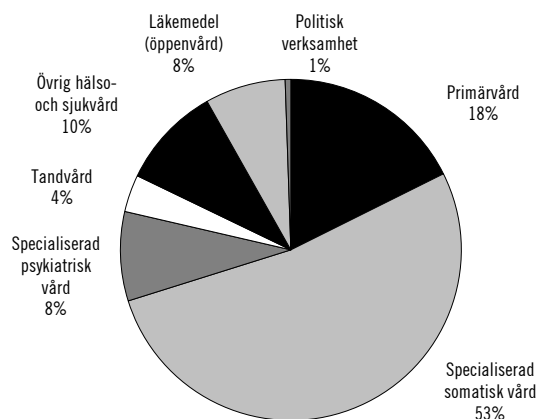
Källa: Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna)

Statens, landstingens och kommunernas respektive ansvar för hälso- och sjukvården avspeglas i tabell 3.2 ovan som redovisar utgiftsutvecklingen inom verksamhetsområdet. Såväl statens som landstingens och kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård har ökat. Kommunernas kostnader har ökat kraftigt, delvis till följd av att de flesta kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvård, med undantag för vård som ges av läkare.

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. Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2016 till cirka 24 500 kronor per invånare.

Diagram 3.1 Landstingens intäkter 2017, procentuellt fördelade på intäktslag

Källor: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

Diagram 3.2 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2017, procentuellt fördelade på verksamhetsområde

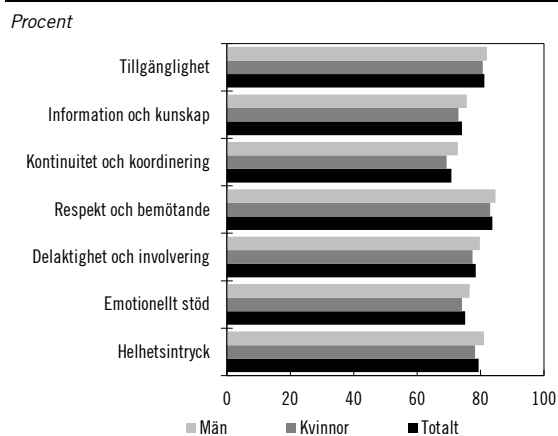
Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

En patient- och behovsanpassad hälso- och sjukvård

Patient- och behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården är anpassad efter patienternas behov och att behovens storlek styr vårdens prioriteringar. Det innebär vidare att vården är samordnad och tillgodoser patientens behov av kontinuitet. Patienten ska också ges möjlighet att delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden i patientcentrerad vård.

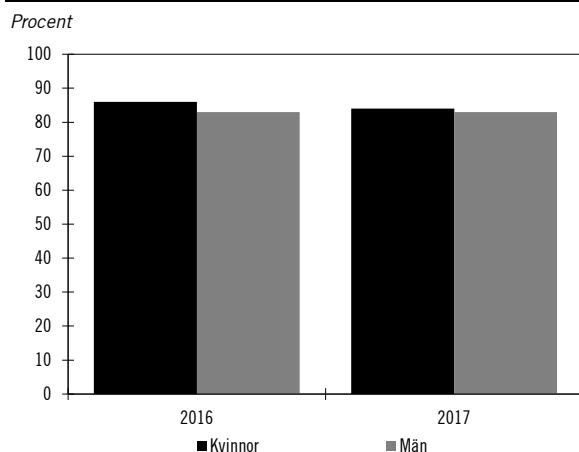
Patienter är nöjda med hälso- och sjukvården

Överlag är patienter nöjda med kvaliteten i den svenska hälso- och sjukvården. Se diagram 3.3.

Diagram 3.3 Patientupplevd kvalitet i primärvården 2017

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Nationell patientenkät).

Tillgången till hälso- och sjukvård upplevs som god av många. Den senaste mätningen i hälso- och sjukvårdsbarometern som utförs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar att 84 procent av befolkningen bedömer att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Skillnaderna mellan landstingen är små. Ungefär lika många kvinnor som män anser att de har tillgång till den vård de behöver. I samtliga åldersgrupper svarar minst tre av fyra att de upplever att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Personer som är 60 år eller äldre instämmer i något högre utsträckning än övriga i att de har tillgång till den vård de behöver. Överlag har det skett små attitydförändringar i detta avseende sedan 2016. Se diagram 3.4 nedan.

Diagram 3.4 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis att de har tillgång till den sjukvård de behöver

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Hälso- och sjukvårdsbarometern).

Bland personer som är födda utanför Norden är det något mindre vanligt att man upplever att tillgången är tillräcklig och andelen instämmande

har minskat något jämfört med 2016. Personer som anser att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd tycker också i lägre grad (63 procent) än andra att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver.

Förtroendet för hälso- och sjukvården är oförändrat

Förtroendet för hälso- och sjukvården är i stort oförändrat sedan 2016. Av invånarna i Sverige har 61 procent ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt egna landsting. Resultatet är marginellt högre jämfört med 2016 då 60 procent angav att de hade förtroende för hälso- och sjukvården. Andelen skiljer sig mellan olika landsting, från 46 procent bland invånare i Västernorrland till drygt 70 procent i Kalmar, Jönköping, Örebro och Halland.

Av personer som upplever att de har sämre allmänt hälsotillstånd än genomsnittet är det bara 39 procent som har förtroende för hälso- och sjukvården, vilket ska jämföras med 65 procent bland dem som bedömt sitt hälsotillstånd som gott. Överlag har det skett små attitydförändringar bland personer i olika åldersgrupper. Personer som är 70 år eller äldre är den grupp som har högst förtroende för hälso- och sjukvården i sitt landsting. Det gäller såväl för hälso- och sjukvården i sin helhet, för sjukhusen som för vårdcentralerna.

The Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP-studien) för 2017 har särskilt fokuserat på äldres vård och omsorg. Resultaten från IHP-studien visar att svenska patienter som är 65 år eller äldre i lägre grad än i de flesta andra länder upplever att läkaren uppmuntrar dem att ställa frågor och att de blir involverade så mycket som de önskar i beslut om den egna vården, det gäller särskilt patienter med kroniska sjukdomar. Färre än en tredjedel av patienterna upplever att de har blivit informerade om nästa steg i deras vård och behandling. IHP-studien visar också att svenska patienter är mer missnöjda med samordningen av vården jämfört med patienter i jämförbara länder.

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) tillsynsinsatser visar också bl.a. att samordningen av vård- och omsorgsinsatser är en stor utmaning. Det medför att den enskilde får ta ett större eget ansvar för samordningen av sina vård- och omsorgsinsatser. Det gäller särskilt patienter med samsjuklighet, barn och unga med psykisk

ohälsa och äldre personer med omfattande vårdbehov.

IVO konstaterar också att vården och omsorgen inte alltid utformas med utgångspunkt från patienters och brukares behov och förutsättningar. IVO lyfter särskilt fram brister för patienter och närståendes delaktighet och inflytande över vårdplaneringen inom den psykiatriska specialistsjukvården.

Patientkontrakt stödjer utvecklingen av en mer samordnad vård

Regeringen har ingått en överenskommelse med SKL för 2018 om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvård, den så kallade patientmiljarden. I patientmiljarden ingår att stimulera landstingen att erbjuda patientkontrakt till patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. För att få ta del av medlen i överenskommelsen ska landstingen förbereda den infrastruktur som krävs för att kunna införa patientkontrakt. Inledningsvis handlar det om rutiner för etablering av fast vårdkontakt och ett breddat införande av webbtidsbokning via 1177 Vårdguiden.

Hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen

Regeringen har vidtagit ett antal insatser i syfte att utveckla hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen. En redogörelse för dessa återfinns i utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

En jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

Nationell uppföljning av vårdens resultat och processer för en jämlik och jämställd vård

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. Under 2016 publicerade Socialstyrelsen bland annat en rapport som särskilt belyser kvinnors hälso- och sjukvård. Rapporten visade att graviditets- och förlossningsvården riskerar att uppnå sämre resultat för ett antal patientgrupper. Generellt sett utgör unga, lågutbildade samt utomeuropeiskt födda kvinnor sådana grupper där vården uppvisar ett sämre resultat.

För 2017 ingick staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en ettårig överenskommelse som syftade till att ge kvalitetsregister och registerhållare förutsättningar att bibehålla

den utveckling som åstadkommit genom tidigare satsningar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en utvärdering av tidigare överenskommelser samt en översyn av kvalitetsregistersystemet. Slutsatserna var bl.a. att satsningen haft vissa kvalitetshöjande effekter på de nationella kvalitetsregistren. Bland annat har ett patientperspektiv införts i registerverksamheten. Kvalitetsregistren är dock fortfarande förenade med resurskrävande datainhämtning, och det är svårt för vårdens medarbetare att analysera och använda informationen för lokalt förbättringsarbete. Det saknas också fortfarande välutvecklade kvalitetsregister för stora områden, både inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Utvärderingen har påverkat inriktningen för parternas fortsatta insatser och finansiering av kvalitetsregister i överenskommelsen för 2018.

Även om satsningarna på kvalitetsregistren lett till förbättringar på exempelvis forskningsområdet och en ökad inrapportering finns fortfarande utvecklingsområden, enligt den utvärdering som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomfört.

Goda resultat i hälso- och sjukvården men brister i jämlikhet

Inom flera områden visar hälso- och sjukvården i Sverige på förbättrade resultat under de senaste åren. Exempelvis överlever fler patienter som drabbas av hjärtinfarkt eller cancer. Den svenska sjukvården står sig också bra i internationell jämförelse. Exempelvis hamnar Sverige på plats fyra i Healthcare Access and Quality Index där 195 länders hälso- och sjukvård jämförts mellan åren 1990–2015. Inom flera områden finns dock fortfarande betydande könsskillnader, regionala skillnader och ojämlikheter mellan grupper, exempelvis för personer med kort utbildning och utrikes födda personer.

Utbildningsnivå samvarierar i hög grad med sjukdomsförekomst och hälsoläge i stort. Skillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå är tydligast för indikatorer som påverkas av faktorer som delvis ligger utanför hälso- och sjukvårdens kontroll. (Se vidare i avsnitt 4 Folkhälsopolitik).

Indikatorerna *undvikbar slutenvård* och *sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet* visar i hög grad på skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå. Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får bästa möjliga omhändertagande

och stöd via den öppna vården, hemsjukvården och socialtjänsten för att på så vis förhindra att sjukhusvård behövs. Antalet slutenvårdsbesök under 2016 var totalt 701 per 100 000 invånare i hela riket, vilket är en nedgång med drygt 20 jämfört med 2015. För samtliga utbildningsgrupper vårdas män i högre utsträckning än kvinnor för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL inom slutenvården. Oavsett kön är det vanligast med slutenvård för kvinnor och män med endast förgymnasial utbildning. Antalet slutenvårdsperioder har dock minskat för samtliga grupper sedan 2015, se diagrammen 3.5 och 3.6.

Diagram 3.5 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, kvinnor

Antal per 100 000 invånare, 35 år eller äldre

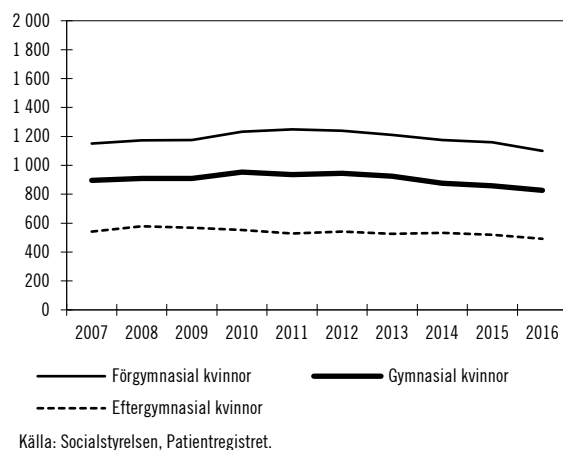
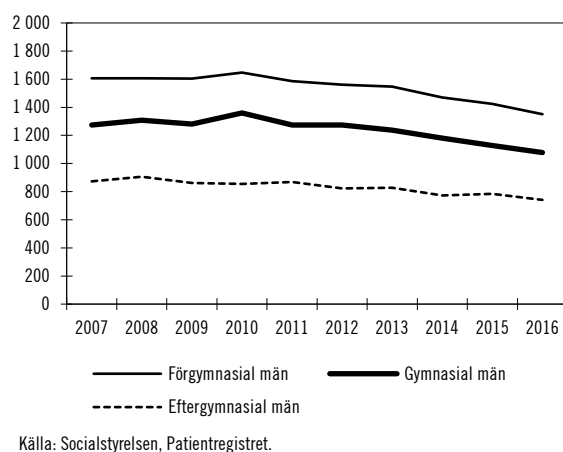


Diagram 3.6 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, män

Antal per 100 000 invånare, 35 år eller äldre



Indikatorn sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet speglar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker relaterade till diagnoser som särskilt bedöms vara möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Exempel

på betydande dödsorsaker som ingår är hjärtinfarkt, stroke, diabetes, lunginflammation och olika typer av cancer. Totalt sett utgör dödsfall i de orsaker som täcks in av måttet nära en tredjedel av alla dödsfall före 75 års ålder 2016. Denna andel har minskat över tid, till stor del tack vare en minskad dödlighet i hjärtinfarkt och stroke.

Diagram 3.7 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, kvinnor

Antal per 100 000 invånare, 35–79 år

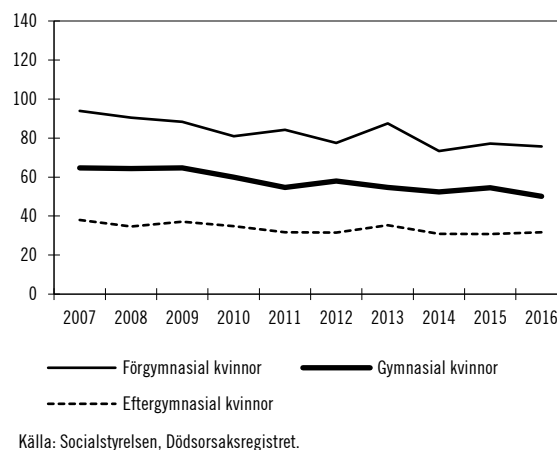
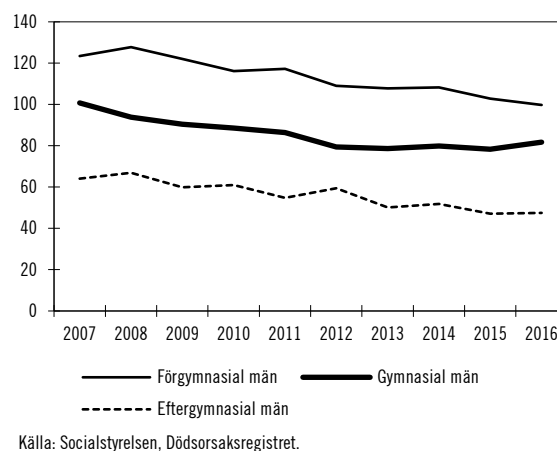


Diagram 3.8 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, män

Antal per 100 000 invånare, 35–79 år



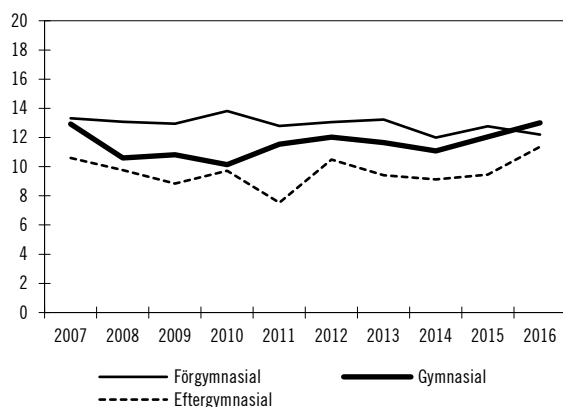
Dödligheten ser olika ut för kvinnor och män, exempelvis har män en tydligt högre förtida dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom (kranskärslsjukdom) och stroke. Även om det förekommer könsspecifika dödsorsaker går merparten av skillnaden att härleda till stora folksjukdomar där den åldersstandardiserade dödligheten är högre bland män.

För indikatorer som i högre grad påverkas av kvaliteten inom hälso- och sjukvården, genom att avgränsas till olika patientgrupper och behandlingar, är skillnaderna mellan utbildningsgrupperna oftast mindre, som exempelvis död-

lighet efter att en person fått en stroke eller hjärtinfarkt. I diagram 3.9 och 3.10 visas andelen patienter som dog inom 90 dagar efter en förstagångsstroke. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan – från ambulansverksamheten och det akuta omhändertagandet till efterföljande vård. Indikatorn fångar även in effekter av samverkan mellan landstingens olika verksamheter och kommunernas hälso- och sjukvård. En åldersstandardiserad jämförelse visar att andelen män som dör inom 90 dagar var nästan 19 procent 2014–2016 och bland kvinnor drygt 20 procent. För respektive kön så har andelen döda bland dem med kortare utbildning varit generellt högre för åren från 2000 till 2016.

Diagram 3.9 Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), kvinnor

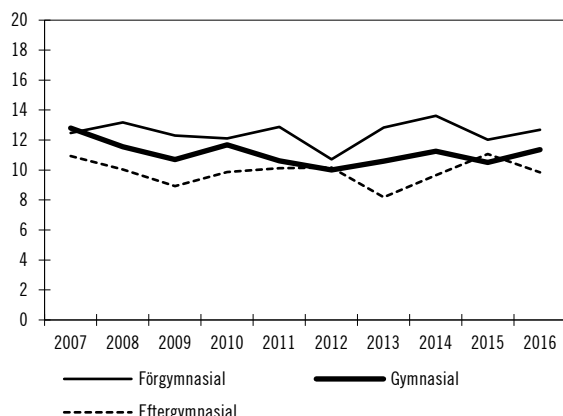
Antal per 100 000 invånare



Anm: Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus, 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

Diagram 3.10 Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), män

Antal per 100 000 invånare



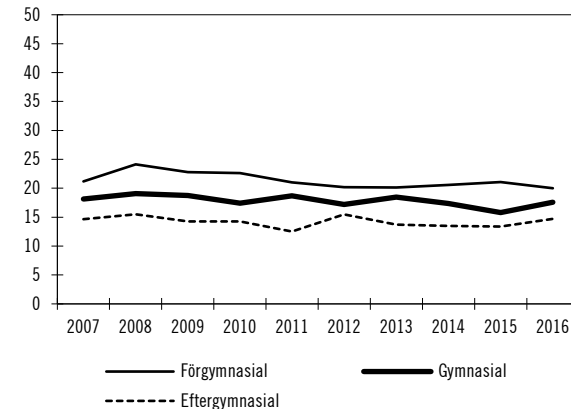
Anm: Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus, 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

Dödligheten efter hjärtinfarkt inom 28 dagar (se diagram 3.11 och 3.12) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar

det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Även det måttet syftar till att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan. Värdena för riket har kontinuerligt förbättrats sedan 1990–1992 även om en utplaning kan ses de senaste åren. Män har en liten men tydligt högre åldersstandardiserad andel som dör inom 28 dagar även om skillnaden mellan könen har minskat och skillnaden är lägst för den senaste perioden 2014–2016. Bland både kvinnor och män, 35 till 79 år, med endast förgymnasial utbildning, avled omkring 20 procent inom 28 dagar 2016. Andelen bland båda könen för personer med eftergymnasial utbildning är cirka 15 procent.

Diagram 3.11 Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), kvinnor

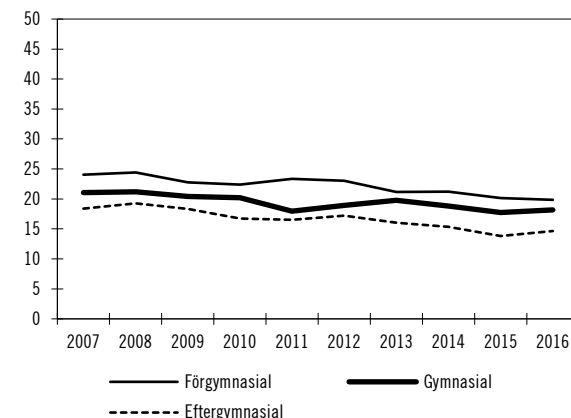
Antal per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardiserade värden, 35–79 år.
Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

Diagram 3.12 Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), män

Antal per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardiserade värden, 35–79 år.
Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

Under perioden 2011–2015 ses en variation inom förlossningsvården mellan olika landsting och sjukhus i antalet registrerade bristningar bland förstföderskor. Förekomsten av brist-

ningar har även undersökts relativt mödrarnas utbildningsnivå. Fler bristningar registreras bland kvinnor med eftergymnasial utbildning.

En högre andel av kvinnor med enbart grundskoleutbildning får behandling för psykisk ohälsa under graviditeten i jämförelse med kvinnor i övriga utbildningsgrupper. Högutbildade kvinnor får däremot oftare stödåtgärder på grund av förlossningsrädsla i jämförelse med lågutbildade, och äldre kvinnor får detta oftare än yngre. I några fall finns skillnader även när vården jämförs i relation till kvinnors födelsebakgrund. Exempelvis har kvinnor födda utanför Norden en något förhöjd risk för att drabbas av bristningar samt andra förlossningsskador.

Regeringen har ingått flera överenskommelser som har relevans för jämställdhetsarbetet inom hälso- och sjukvården, bland annat genom överenskommelser med SKL som rör förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa (vilket beskrivs närmare i avsnittet Förlossningsvården och kvinnors hälsa). En jämlik hälso- och sjukvård är även av stor vikt i arbetet mot segregation. I den långsiktiga strategi som antagits för att minska och motverka segregation för perioden 2018–2028 betonas vikten av insatser för stärkt samhällsservice i områden med socioekonomiska utmaningar, där hälso- och sjukvård ingår.

Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar

En sällsynt diagnos är enligt de svenska kriterierna en sjukdom som högst 100 personer per en miljon invånare har. Även om varje diagnos är ovanlig i sig lever många med en ovanlig diagnos.

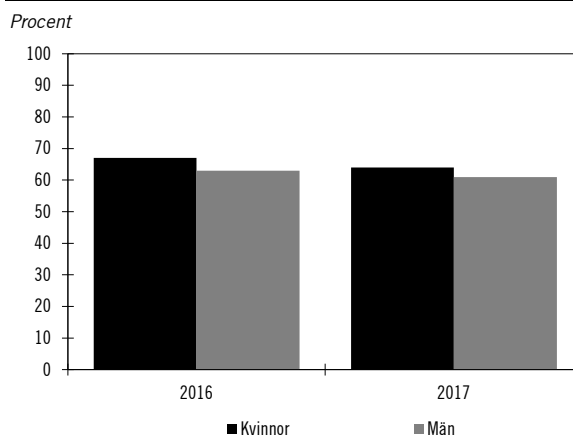
Regeringen beslutade i december 2017 om en långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar. Syftet är bl.a. att stärka de befintliga vårdstrukturerna, stärka och utveckla den nationella samordningen, stärka patientperspektivet och skapa en god, jämlik och tillgänglig vård för alla. Inom ramen för satsningen tillförs centrumen för sällsynta diagnoser medel, dessutom får SKL medel för arbete med den nationella samordningen av sällsynta diagnoser. Socialstyrelsen har även tillförts medel som ska fördelas till organisationer inom området.

Insatser som ytterligare belyser arbetet för en mer jämlik och jämställd hälsa finns under avsnittet 4 Folkhälsopolitik.

Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet

Enligt jämförelsen State of Health in the EU publicerade av OECD och EU-kommissionen, uppger en låg andel av befolkningen i Sverige att de har icke tillgodosedda vårdbehov på grund av kostnader, geografiska avstånd eller väntetider, jämfört med övriga EU-länder. Samtidigt anser bara 50 procent av kvinnorna och 49 procent av männen i undersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern att väntetiderna till sjukhusvård är rimliga. En något högre andel, 64 procent av kvinnorna och 61 procent av männen tycker att väntetiderna till vårdcentraler är rimliga. Hälso- och sjukvårdsbarometern vänder sig till befolkningen, alltså inte bara till dem som varit patienter. De som varit patienter, och tillfrågats i Patientenkäten, har en något mer positiv inställning. Här anser 76 procent av kvinnorna och 78 procent av männen att väntetiden till vårdcentralen var rimlig.

Diagram 3.13 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att väntetider till vårdcentral/hälsocentral är rimlig



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Hälso- och sjukvårdsbarometern

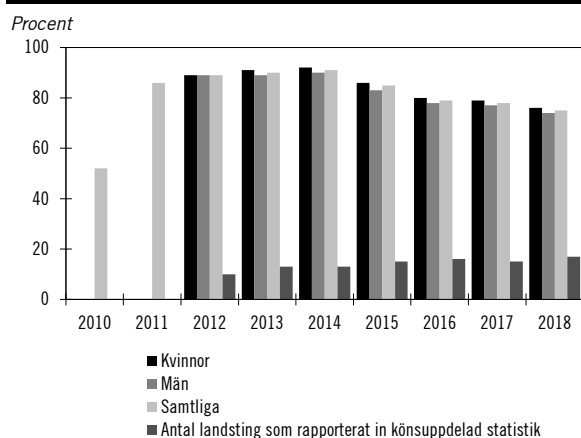
Den nationella vårdgarantin (0-7-90-90) anger hur länge en person ska behöva vänta som längst för att komma i kontakt med vården och få den vård som behövs. Andelen patienter som får vård inom vårdgarantins tidsgränser har sjunkit under senare år. Köerna i vården har byggts på under ett antal år. Detta sker när antalet patienter som är i behov av vård, och sätts upp i kö, är större än antalet patienter som får vård. Det vill säga inflödet är större än utflödet. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Löftesfri garanti har detta produktionsunderskott funnits åtminstone sedan 2013, vilket har lett till att köerna successivt har vuxit.

Målsättningen i specialistvården är, lite förenklat, att 100 procent av patienterna i kön ska ha väntat kortare än 90 dagar. Uppfyllandegraden av vårdgarantin i specialistvården fortsätter att sjunka och varierar över landet.

Under 2017 fick drygt 88 procent telefonkontakt med primärvården inom samma dag jämfört med 87 procent 2016. Under 2017 fick 89 procent av kvinnorna respektive männen ett läkarbesök i primärvård inom sju dagar, vilket ska jämföras med 88 procent för både kvinnor och män 2016.

I mars 2018 hade 82 procent av kvinnorna och 80 procent av männen i kön väntat kortare än 90 dagar på ett läkarbesök inom den specialiserade vården, vilket ska jämföras med 80 respektive 77 procent 2017. I mars 2018 hade 76 procent av kvinnorna och 74 procent av männen i kön väntat kortare än 90 dagar på behandling eller åtgärd inom den specialiserade vården. I mars 2017 var motsvarande siffror 79 procent för kvinnorna och 77 procent för männen, se diagram 3.14.

Diagram 3.14 Andel patienter i kön som väntat kortare än 90 dagar på behandling eller åtgärd i specialiserad vård, 2010 till mars 2018



Anm: 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 könuppdelat eftersom det innan dess inte finns tillräckligt bra underlag. För åren 2012–2017 varierar antalet landsting som rapporterar könuppdelad 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.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att göra årliga mätningar av väntetider inom hälso- och sjukvården samt att göra särskilda mätningar vid sjukhusbundna akutmottagningar. Resultaten visar att medianvistelsetiden inom akutvården uppgick till 3 timmar och 30 minuter under mätperioden juni 2016–maj 2017 vilket är en ökning från medianvistelsetiden på 3 timmar

och 18 minuter vid den föregående mätningen. Personer över 80 år är en grupp som drabbas särskilt av långa väntetider på akuten, bl.a. för att de löper större risk för vårdskador än yngre personer.

Resultatet för januari till september 2017 visar, liksom för helåret 2016, att det finns stora skillnader mellan specialistområden i hur väl tidsgränsen för förstabesök inom specialistvården hålls. Allergisjukvården har minst andel genomförda besök inom 90 dagar (68 procent) och cancersjukvården har högst andel (99 procent). Variationen mellan landstingen inom respektive område är stor, med undantag för cancervården där jämlikheten ökat. En positiv utveckling kan ses inom cancerområdet där väntetiderna för de som har väntat längst har kortats, t.ex. bröstcancer och prostatacancer enligt uppgifter från uppföljningen av satsningen på standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

Den ojämlika tillgängligheten drabbar bl.a. dem med sällsynta sjukdomar. Landstingens olika förutsättningar har lett till att landets centrum för sällsynta diagnoser kommit olika långt med sin verksamhet och därmed inte erbjuder vård på lika villkor.

Riksdagen har antagit regeringens förslag om en förstärkt vårdgaranti i primärvården för att fler patienter snabbare ska kunna få en medicinsk bedömning från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Delar av satsningen patientmiljarden stöttar under 2018 införandet av en stärkt vårdgaranti.

Regeringen tillförde dessutom 600 miljoner kronor i Propositionen Vårändringsbudget för 2018 för att ytterligare förstärka tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Utveckling av uppföljningen av väntetider

Uppföljningen av väntetider behöver utvecklas för att kunna följa olika aspekter av tillgänglighet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar att så länge väntetidsstatistiken inte kan kopplas till patienternas vårdbehov går det inte att avgöra om tillgängligheten är jämlik över landet för patienter med samma vårdbehov. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

Barnhälsosatsningen

Regeringen ingick 2018 en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i

syfte att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning. Insatserna ska ske genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet.

Fortsatta steg i strukturförändringen av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar, bl.a. den demografiska utvecklingen, ökande kostnader och ett ökat antal personer med kroniska sjukdomar. Riksdagen har antagit regeringens proposition *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* (prop. 2017/18:83). Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov och innebär att landstingen ska organisera vården så att den kan ges nära befolkningen. Vårdgarantin stärks genom förslagen, den enskilde ska inom en viss tid garanteras medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2019.

I juni 2018 lämnade utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01) delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Betänkandet har remitterats.

Regeringen har gett ett tilläggsdirektiv till utredningen att utreda bl.a. samordning av vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och krav på patientkontrakt. I uppdraget ingår även att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och vårdvals-systemet samt övrig öppenvård.

Riksdagen har antagit regeringens förslag i propositionen *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården* (prop. 2017/18:40) och lagförslagen trädde i kraft den 1 juli 2018. Som en del i införandet av den nya beslutsprocessen gav regeringen i oktober 2017 Socialstyrelsen i uppdrag att pröva det förslag till arbetsprocess för nivåstrukturerad vård som myndigheten presenterade i juni samma år. I delredovisningen redovisar Socialstyrelsen hur arbetsprocessen har prövats inom pilotområdena *Kvinnosjukdomar och förlossning* samt *Nervsystemets sjukdomar*. Regeringen gav i juni 2018

Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra den nya beslutsprocessen för nivåstrukturerad vård. Uppdraget inkluderar hela processen, från att förslag till vårdområden tas fram till uppföljning av beslut om tillstånd för högspecialiserad vård. Patientsäkerhet ska särskilt beaktas i uppföljningen. Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att utse sakkunnigrupper som ska gå igenom samtliga sjukdomsgrupper och lämna förslag på vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen ska analysera konsekvenserna för akutsjukvården i arbetet med nivåstrukturerad vård. Det är även viktigt att analysera andra konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Möjligheterna för landstingen att kontrollera och följa upp vårdens kvalitet, effektivitet och den utbetalda ersättningen för verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi, är i dag sämre än för liknande verksamheter. En promemoria har därför remitterats i juni 2018, med förslag till en ökad anpassning av dessa verksamheter till den övriga hälso- och sjukvården. Enligt promemorians bedömning kan mer omfattande förändringar i dessa lagar behöva genomföras på sikt. Detta bör ske i överensstämmelse med den övriga utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll

Regeringen har tillsatt en utredning som ska utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i hälso- och sjukvården inom landsting m.m. (dir. 2018:9).

En kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården ska ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En förutsättning för att detta ska kunna uppfyllas är att kvinnor och män över hela landet erbjuds en vård som baseras på bästa tillgängliga kunskap. Efter mer än tio år av öppna jämförelser av vårdens resultat är vården dock fortfarande inte jämlik över landet.

En särskild utredare gavs 2015 i uppdrag att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget var att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män.

Kunskapsstödsutredningen överlämnade i juni 2017 sitt betänkande *Kunskapsbaserad och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård* (SOU 2017:48).

Regeringen har beslutat om flera insatser som tillsammans bidrar till att utveckla ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete förstärker varandra och tillsammans ger förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte. Regeringen har tillsatt en särskild utredare med ett genomförandeuppdrag, som utifrån förslagen i ovan nämnda betänkande ska stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (dir. 2018:95).

Utredarens arbete kommer dels bestå av dialog och samverkan med berörda aktörer, dels av fördjupade analyser av valda förslag och bedömningar i betänkandet.

Regeringen har också gett Socialstyrelsen respektive Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att var och en lämna förslag på hur nationell uppföljning av hälso- och sjukvården kan utvecklas för att ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet.

Samordnat arbete för att styra med kunskap

Inom Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar sedan 2015 en rad myndigheter med syftet att den statliga styrningen med kunskap ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad till stöd för professioner och huvudmän.

Landstingen har också fastställt en sammanhållen struktur för hur de ska samarbeta om nationell kunskapsstyrning för att skapa ett långsiktigt stöd för styrning med kunskap på olika nivåer för en mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Rådet arbetade under 2017 bl.a. med att utveckla digitala arbetssätt till stöd för myndigheternas styrning med kunskap. Några av myndigheterna i rådet för styrning med kunskap har bildat ett partnerskap med styrgruppen

för landstingens nya gemensamma system för kunskapsstyrning. Utredaren med ett genomförandeuppdrag ska beakta detta i sitt uppdrag.

Team Sweden Care and Health

Under 2017 har Socialdepartementet bildat Team Sweden Care and Health inom ramen för regeringens exportstrategi för att bidra till ökad export och investeringar inom hälso- och sjukvård samt omsorg. I Team Sweden Care and Health finns representanter från näringslivet, myndigheter, Swecare och akademien. De erfarenhetsutbyten som uppstår vid ökad internationalisering har potential att bidra till att utveckla den svenska hälso- och sjukvården och omsorgen.

Tillsyn och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) svarar för tillsyn, tillståndsprövning och viss klagomålshantering inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. 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 andra föreskrifter. Ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen. Villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar ska särskilt belysas.

Under 2018 har IVO på regeringens uppdrag vidareutvecklat arbetet med nationellt samordnade tillsynsinsatser. Sådana tillsynsinsatser har genomförts när det gäller tandvård, socialtjänstens uppföljning av placerade barn och unga, tillgängligheten vid akutmottagningar, samverkan kring multisjuka äldre. IVO har också granskat att den som enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har fått tillstånd att bedriva yrkesmässig verksamhet med personlig assistans fortlöpande uppfyller lämplighetskravet. Tillsynen visar att det finns vissa utmaningar i vården och omsorgen, mer om detta tas upp under särskilda rubriker i detta avsnittet.

Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem

Den 1 januari 2018 trädde nya bestämmelser i kraft som ska bidra till ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. De nya bestämmelserna innebär ett förtydligande av att det i första hand ska vara vårdgivarna som tar emot och bemöter klagomål från patienter och

deras närstående. Patientnämndernas huvuduppgift ska vara att hjälpa och stödja patienter med att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna. Syftet med bestämmelserna är att effektivisera klagomålshanteringen så att patienter snabbare kan få sina klagomål besvarade och att åtgärder kan vidtas för att förebygga vårdskador i ett tidigt skede.

För att stödja införandet av klagomålsreformen har landstingen tillförts 20 miljoner kronor som ersättning för nya uppdrag till patientnämnderna i samband med att systemet införs. Vidare har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja genomförandet av ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår att undersöka hur ett system kan utvecklas som både underlättar för patienter och närstående att anmäla klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården på ett enkelt, enhetligt och säkert sätt i landet, samt möjliggör lärande utifrån aggregerade data på regional och nationell nivå. Regeringen har även gett Statskontoret i uppdrag att följa införandet av reformen.

Patientsäkerhet i hälso- och sjukvården

Varje år får cirka 110 000 patienter en vårdskada av varierande allvarlighetsgrad. Vårdgivare ska bedriva ett systematiskt arbete för att förebygga att patienter i sin kontakt med hälso- och sjukvården drabbas av vårdskador. Detta regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659). Socialstyrelsen har under flera år haft regeringens uppdrag att, i samarbete med flera myndigheter och organisationer, utveckla ett samlat stöd för hälso- och sjukvården på patientsäkerhetsområdet. Stödet är tillgängligt via Socialstyrelsens webbsida. Hälso- och sjukvården har därmed tillgång till samlad information om hur man med hjälp av olika verktyg och åtgärdsprogram minskar risken för vårdskador, om ledarskapets betydelse för patientsäkerheten och hur olika aktörer i vårdkedjan på olika sätt kan bidra till att förebygga att vårdskador inträffar.

Socialstyrelsen fick i juli 2018 också i uppdrag att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå. Myndigheten ska tillsammans med berörda aktörer utarbeta en nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens arbete med ökad patientsäkerhet.

Patientsäkerhet har bäring på många delar av hälso- och sjukvården. En säker vård förutsätter såväl fungerande ledningssystem som kompe-

tenta medarbetare och en god kompetensförsörjning.

Socialstyrelsen har i en rapport på regeringens uppdrag visat att det inom sjukhusvården finns ett samband mellan patientsäkerhetsbrister och bemanning respektive kompetens.

Regeringen avsatte under 2017 också medel till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), för att, i samarbete med kommuner och landsting, bedriva mätningar, samla in data och förvalta databaser på patientsäkerhetsområdet, t.ex. mätningar av andelen trycksår och vårdrelaterade infektioner samt andelen överbeläggningar, utlokaliseringar och vårdskador. Resultaten ska användas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Högre risker och fler vårdskador ses när befintlig personal i form av sjuksköterskor och läkare får ansvar för fler patienter.

För hälso- och sjukvårdens roll avseende våld i nära relationer, se avsnitt 5 Politik för sociala tjänster och utgiftsområde 13 avsnitt 2 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering.

Kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården

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. Kompetensförsörjningsområdet är en utmaning för hälso- och sjukvården och därför ett fortsatt prioriterat område för regeringen.

Det råder fortfarande brist på ett flertal yrkesgrupper inom sjukvården. Efterfrågan är större än tillgången på samtliga tio legitimationsyrken som ingick i Socialstyrelsens bedömning av personalläget i vården i februari 2018. Framför allt efterfrågas erfaren personal. Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) tillsyn visar att det finns svårigheter att behålla och rekrytera personal med rätt kompetens både inom vården och omsorgen. Bristen på personal med rätt kompetens leder till en rad olika konsekvenser som på olika sätt drabbar den enskilde i form av felbehandlingar, brist på vårdplatser, uteblivna uppföljningar, långa väntetider och en ansträngd arbetssituation för vård och omsorgspersonal. Bristen varierar över landet, men är generellt stor när det gäller sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, barnmorskor och olika specialist-

läkare. Vad gäller specialistläkare är bristen störst inom allmänmedicin och psykiatri.

Antalet sysselsatta har ökat under 2000-talet inom flertalet av de tio legitimationsyrkena. Efterfrågan har dock ökat ännu mer. Ett allt större vårdbehov, bl.a. på grund av fler äldre och multisjuka, kan vara en del av förklaringen. Utvecklingen av antalet sysselsatta i tre olika vårdyrken framgår i diagrammen 3.15–3.17.

Diagram 3.15 Antal legitimerade läkare sysselsatta i hälso- och sjukvården

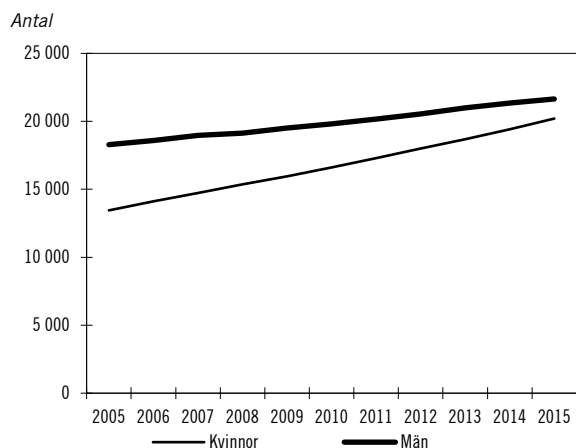


Diagram 3.16 Antal legitimerade sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården

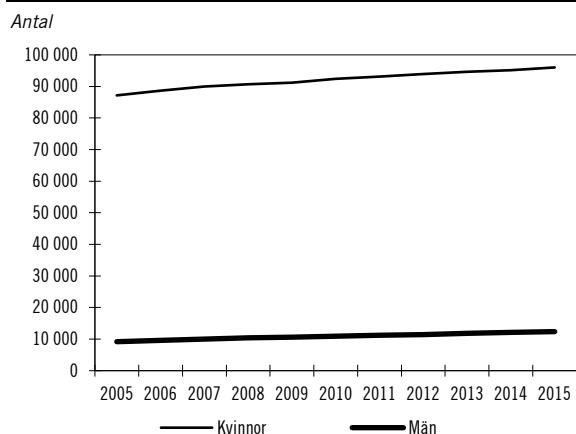
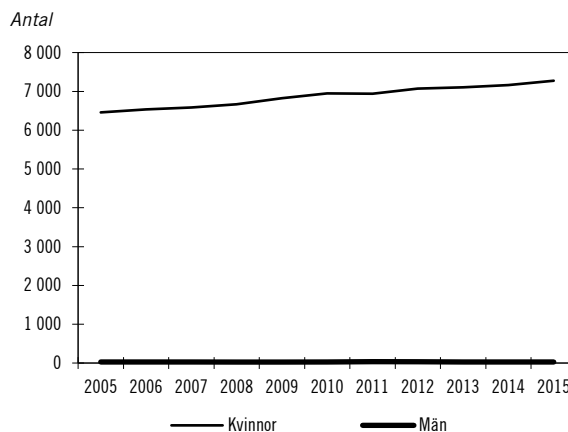


Diagram 3.17 Antal legitimerade barnmorskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården



Läkarbristen bedöms minska på lång sikt tack vare fler utbildningsplatser under 2000-talet och ett nettoöverskott på invandrade läkare. Den långsiktiga tillgången på olika specialiteter kan dock skilja sig åt. Bristen på barnmorskor väntas istället öka de närmaste åren och beror bl.a. på pensionsavgångar. Samma tillstånd råder inom flera andra inriktningar, exempelvis distrikts-sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inriktade mot psykiatri.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att förbättra och underlätta för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Insatserna beskrivs mer ingående nedan.

Tillvaratagande av kompetens

Socialstyrelsen ansvarar för att pröva och utfärda legitimationer för personal inom olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvårdsområdet. Olika regelverk styr hur Socialstyrelsen prövar en ansökan om legitimation, beroende på om den sökande är utbildad i Sverige, inom EU och EES eller i ett land utanför EU och EES. En viktig del i arbetet med att ta tillvara den kompetens som finns i Sverige är möjligheterna för personer med utländsk utbildning att få sin utbildning bedömd på ett korrekt sätt.

Regeringen har tidigare tillfört permanenta medel till Socialstyrelsen för att effektivisera handläggningen av legitimationer för hälso- och sjukvårdsutbildad personal. Sedan 2015 har handläggningstiderna kortats betydligt, till cirka två månader. Under 2017 utökade Socialstyrelsen antalet kunskapsprov för personer med utbildning utanför EU/EES så att myndigheten kan erbjuda kunskapsprov för samtliga 21 yrken

med legitimationskrav inom hälso- och sjukvården.

För att ge Socialstyrelsen förutsättningar att fortsatt utveckla verksamheten och öka antalet utfärdade legitimationer har regeringen i Propositionen Vårändringsbudget för 2018 beslutat att öka myndighetens förvaltningsanslag med ytterligare 10 miljoner kronor under 2018.

Utökat stöd till kompetensförsörjning genom nya personalsatsningar

Regeringen har genom professionsmiljarden avsatt 950 miljoner kronor per år 2017 och 2018 till landstingen i syfte att främja huvudmännens möjligheter att ge hälso- och sjukvårdens medarbetare goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Av dessa medel har 300 miljoner kronor per år öronmärkts för att ge möjlighet till specialistutbildning av sjuksköterskor.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa professionsmiljarden och deras rapport från 2018 visar att medlen inom professionsmiljarden har bidragit till att stärka redan prioriterade områden och möjliggjort för landstingen att arbeta i snabbare takt inom dessa. Av uppföljningen framgår vidare att digitaliseringen i vården har tagit ytterligare fart. Det pågår en mängd arbeten i landstingen inom ramen för digitalisering, såsom vård på distans, vidareutveckling av nationella e-hälsotjänster och utveckling av arbetssätt, vårdprocesser, bildhantering och bilddiagnostik. Uppföljning visar även att alla landsting erbjuder någon form av ekonomisk ersättning, antingen i form av studielön eller utbildningstjänst, för sjuksköterskor under specialistutbildning eller utbildning till barnmorska.

I januari 2018 beslutade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ytterligare en överenskommelse som rör kompetensförsörjning i vården – Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, den s.k. personalsatsningen. Genom denna överenskommelse fördelas 1 975 miljoner kronor till landstingen med syftet att bl.a. stödja landstingens arbete med att skapa en god arbetsmiljö.

Utbyggnaden av utbildningar till sjuksköterska, specialistsjuksköterska och barnmorska som inleddes 2015 har fortsatt i enlighet med vad som tidigare aviserats. Även antalet platser på yrkesinriktade kurser inom gymnasial vuxenutbildning samt inom yrkeshögskolan har utökats.

Av den uppföljning som Socialstyrelsen presenterade i maj (Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården) framgår att fler sjuksköterskor har haft möjlighet att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska genom utbildningstjänst under 2017 jämfört med 2016. Antalet sökande till specialist-sjuksköterskeutbildningar beskrivs i de flesta landsting ha ökat till följd av övergången till utbildningstjänster där de studerande får behålla sin grundlön.

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.

Riksdagen har antagit regeringens förslag i propositionen Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer (prop. 2017/18:138) om att införa legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer.

Regeringen har arbetat för att modernisera läkarutbildningen och vidareutbildningen i strävan att skapa ett sammanhållet utbildningssystem för läkare, hela vägen från student till specialist. Regeringen beslutade i juni 2018 om en proposition Bastjänstgöring för läkare (prop. 2017/18:274) med förslag om att avskaffa allmäntjänstgöringen och inrätta en bastjänstgöring som en fristående första del i specialiseringstjänstgöringen. Regeringen har i juni 2018 även remitterat en promemoria med förslag om att läkarexamen ska utökas med ytterligare en termins heltidsstudier och kunna utgöra grund för legitimation.

Förstärkning av förlossningsvården och vården som rör kvinnors hälsa

Regeringen inledde 2015 en satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa i syfte att stärka förlossningsvården på såväl kort som lång sikt. Satsningen varar under perioden 2015–2019 och har förstärkts såväl i propositionen Vårändringsbudget för 2017 med 500 miljoner kronor som i budgetpropositionen 2018 med 1 miljard kronor för 2018. Under 2018 har totalt 1,8 miljarder kronor betalats ut till landstingen inom ramen för en överenskommelse som regeringen slutit

med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Förstärkningen av den ursprungliga satsningen har gjorts mot bakgrund av det ansträngda läge som finns i förlossningsvården. I den senaste utökningen utvidgades ändamålet för användningen av medel till att även omfatta neonatalvården. Enligt överenskommelsen ska medlen även användas till personalförstärkningar och förbättrad arbetsmiljö i förlossningsvården.

Överenskommelser 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.

Landstingens och SKL:s redovisningar av hur medlen har använts visar att landstingen vidtar åtgärder inom viktiga förbättringsområden i förlossningsvården och den vård som rör kvinnors hälsa i övrigt. I genomsnitt har cirka 65 procent av medlen från överenskommelsen använts till bemanning sedan juli 2017, enligt redovisning i mars 2018. Det är en ökning i förhållande till tidigare redovisning som visade att cirka 50 procent av medlen användes till bemanningsfrågor. Flest personer har anställts inom förlossningsvården eller annan slutenvård med inriktning på förlossningsvård och kvinnors hälsa, främst undersköterskor och barnmorskor. Enligt landstingens redovisningar har bl.a. 129 barnmorsketjänster och 47 sjuksköterskor tillsatts med medel från överenskommelsen under 2017. Avseende kompetensbehov bedömde de flesta landstingen att de behöver öka kompetensnivån kring allvarliga bristningar vid förlossning samt avsätta mer tid för handledning och kompetensöverföring. I primärvården anställdes företrädesvis barnmorskor, men även läkare, sjuksköterskor, dietister, undersköterskor, kuratorer och annan personal.

Ett nationellt vårdprogram för cervixcancer och konsekvenser av införande av Socialstyrelsens rekommendationer gällande screening har utarbetats och fastställdes av Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan i januari 2017. Riktade utbildningsinsatser som gäller olika screeningverksamheter behöver genomföras.

Redovisningar av resultat inom satsningen på förlossningsvården och kvinnors hälsa

Socialstyrelsen har under 2018 redovisat flera deluppdrag inom ramen för satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa, bl.a. en remissversion av nationella riktlinjer för vård av endometrios samt, analys och effekter av förlossningskomplikationer med analys av orsaker till olikheter i vården avseende allvarliga bristningar. Vidare har en kartläggning och analys av prevalens, sjuklighet och förlossningskomplikationer hos kvinnor som lider av fetma under graviditet redovisats samt en analys av hälsosituationen för ryggmärgsskadade kvinnor. En förstudie avseende behov och förutsättningar för kunskapsstöd inom förlossningsvården har även redovisats.

I april 2017 bedömde Socialstyrelsen att det behövdes mer kunskap och utbildning för personalen i hela vårdkedjan samt organisatoriska förändringar i landstingen.

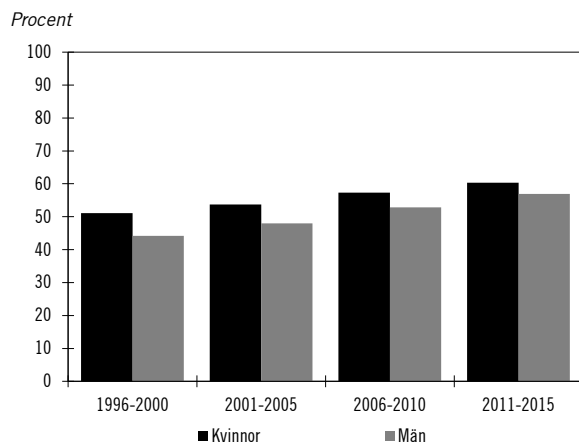
Av uppgifter från graviditetsregistret i maj 2018 framgår följande positiva resultat.

- Nationella och regionala satsningar har initierats för att bättre upptäcka och hantera bristningar och andra förlossningsskador hos mödrar, och antalet allvarliga bristningar har minskat med 25 procent från 2014 till första halvåret 2017. Det innebär 850 färre skadade kvinnor per år.
- Den tidigare stigande kejsarsnittsfrekvensen ligger nu still kring 17 procent.
- Andelen kvinnor som röker i början av graviditeten har minskat med 15 procent och med 27 procent i slutet av graviditeten. Denna minskning har skett under perioden 2014–2017.

Regeringens insatser för en mer jämlik cancervård

Cancervård med goda medicinska resultat

I internationell jämförelse faller den svenska cancervården väl ut vad gäller medicinska resultat. Såväl kvinnor som män har en hög och ökande överlevnad efter cancer. Män har i genomsnitt lägre relativ femårsöverlevnad jämfört med kvinnor, se diagram 3.18. Folkhälsans utveckling beskrivs mer i detalj i avsnitt 4 Folkhälsopolitik.

Diagram 3.18 Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Källa: Socialstyrelsen, Cancerregistret

Anm. Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.

Arbetet med att utveckla cancervården har sedan 2009 bedrivits utifrån den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11). Med utgångspunkt i cancerstrategin genomförde regeringen under 2017 ett rådslag om framtidens cancervård för att samtala med patientföreningar, organisationer, professioner m.fl. om hur cancervården behöver utvecklas inför framtiden. Med utgångspunkt i slutsatserna från rådslaget har regeringen presenterat en avsiktsförklaring för det fortsatta arbetet på cancerområdet. Regeringen har även under våren 2018 presenterat en långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården.

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingick en överenskommelse om kortare väntetider i cancervården för 2017. I denna gav regeringen fortsatt stöd till en del pågående insatser, såsom nationell nivåstrukturering och nationella vårdprogram. Nivåstruktureringen har gått framåt och nu finns 26 nationella vårduppdrag för tio olika behandlingar med flera kliniker engagerade på de sju universitetssjukhusen. En ny överenskommelse har slutits mellan staten och SKL om kortare väntetider i cancervården 2018.

Under hösten 2017 presenterade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapporten Cancerläkemedel – ett kunskapsunderlag om införande, användning och uppföljning. I denna rapport beskrivs bl.a. att nya cancerläkemedel skapar nya behandlingsmöjligheter men också ökar behovet av mer avancerade diagnostikmetoder samt att såväl introduktion som uppföljning av cancerläkemedel behöver utvecklas.

Regeringen har under våren 2018 beviljat en ansökan från SKL om att göra en utredning angående tidig upptäckt och diagnostik av prostatacancer. Regeringen beviljade i juli 2018 även en ansökan från SKL om 8,4 miljoner kronor för att genom regionala cancercentrum ge stöd till landstingen att kartlägga och ge strukturerad information kring PSA-provtagning. Medlen ska betalas ut till de landsting som vill delta i ett arbete med att skapa ett jämlikt och strukturerat förfarande när det gäller PSA-testning och information om PSA-testning.

Ökad jämlikhet till följd av standardiserade vårdförlopp i cancervården

Det finns utmaningar när det gäller tillgänglighet och jämlikhet inom cancervården. Därför har regeringen satsat 500 miljoner kronor per år 2015–2018 för att korta väntetiderna och öka jämlikheten, i huvudsak genom införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF).

Även om satsningen är förhållandevis ny, och SVF införts successivt t.o.m. 2018, har väntetiderna kortats för flera cancersjukdomar inom ramen för SVF-satsningen. Jämlikheten har också ökat över landet.

De längsta väntetiderna har kortats för diagnoser så som bröstcancer, hudcancer och huvud-halscancer vilket innebär att fler patienter får tillgång till behandling snabbare. När det gäller t.ex. bröstcancer väntade 37 personer längre än målnivån hösten 2016 medan endast fem personer väntade längre än målnivån hösten 2017. Motsvarande siffror för hudcancer visar att 48 personer väntade längre än målnivån hösten 2016 medan 19 personer väntade längre än målnivån hösten 2017. När det gäller huvud-halscancer väntade 35 personer längre än målnivån hösten 2016 medan motsvarande siffra hösten 2017 var 20 personer.

Målnivåerna skiljer sig åt mellan de standardiserade vårdförloppen, men gemensamt är att inget förlopp ska innehålla onödig tid. Detta uppskattas av både profession och patienter. Inte minst visar resultatet av PREM-enkäterna detta (PREM är mått på patientens upplevelse/nöjdhet av vården). PREM-enkäten används för att ta reda på patienternas upplevelser av att utredas enligt ett SVF.

Inom ramen för satsningen på standardiserade vårdförlopp har koordinatorstjänster införts, något som bedöms vara en framgångsfaktor för effektivare vårdflöden. Koordinatören är ett administrativt stöd som ska underlätta för sjukvården att hålla uppsatta ledtider. Införandet av obokade tider är ytterligare en faktor som bedöms ha bidragit till att väntetiderna har kortats.

Förutsättningar för att tillvarata digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården

Som ett led i att stärka samordningen inom e-hälsoområdet ingick staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i mars 2016 överenskommelsen om Vision e-hälsa 2025. Överenskommelsen följdes av en gemensam handlingsplan i januari 2017 som beskriver hur det gemensamma arbetet på e-hälsoområdet ska utformas, styras och drivas framåt, både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I handlingsplanen fastslogs också en gemensam nationell styr- och samverkansorganisation.

För 2018 har en plan arbetats fram i den nationella styr- och samverkansorganisationen som beskriver vilka initiativ som arbetet inom de tre insatsområdena regelverk, standarder och enhetligare begreppsanvändning ska fokusera på. Bland annat har ett nationellt forum för standardisering inom e-hälsoområdet etablerats 2018.

Under 2017 har E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen haft i uppdrag att tillsammans utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar utifrån gällande rätt. Det digitala stödet lanserades i januari 2018 och riktar sig bl.a. till personal med journalföringsplikt inom vård och omsorg. I april 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med E-hälsomyndigheten vidareutveckla det digitala stödet med fokus på nytta och användbarhet för målgrupperna.

Inom läkemedelsområdet fattade regeringen i april 2018 beslut om en proposition om en nationell läkemedelslista, vilken innebär åtkomst till all information om en patients receptförskrivna läkemedel och andra förskrivna varor i en elektronisk källa.

Inom standardiseringsområdet har Verket för innovationssystem (Vinnova) under 2016 och

2017 haft ett uppdrag att i samverkan med E-hälsomyndigheten utarbeta en långsiktig plan för förvaltning av ett ramverk för öppna internationella standarder som tidigare tagits fram på området. En rapport lämnades av E-hälsomyndigheten i mars 2018.

Inom området enhetligare begreppsanvändning och dokumentation har Socialstyrelsen fortsatt att utveckla och långsiktigt stödja införandet av de produkter som myndigheten tillhandahåller och som syftar till att uppnå en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation, bl.a. vägledningar rörande den nationella och gemensamma informationsstrukturen.

E-hälsofrågorna kopplar även an till det pågående utvecklingsarbetet inom den övergripande politiken för digitaliseringen av det offentliga Sverige och till digitaliseringspolitikens strategi – För ett hållbart digitaliserat Sverige.

Sverige har vidare varit aktivt i e-hälsofrågor internationellt.

Insatser inom digitalisering bidrar till en bättre hälso- och sjukvård

Digitaliseringsfrågorna genomsyrar även andra satsningar som görs inom hälso- och sjukvårdsområdet. Inom ramen för regeringens överenskommelser med SKL har under 2018 särskilda medel avsatts för specifika satsningar på digitaliseringsarbete inom hälso- och sjukvården, bl.a. i professionsmiljarden, patientmiljarden och personalsatsningen.

Psykiatri och tvångsvården

Andelen som upplever psykiska besvär har ökat under senare år. Förekomsten av psykisk ohälsa innebär ofta ett stort lidande för den som drabbas, och dennes anhöriga. Regeringen har avsatt drygt 1,7 miljarder kronor 2018 för insatser som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Övriga insatser inom området psykisk hälsa beskrivs i avsnitt 4 Folkhälsopolitik.

Utredning för att begränsa tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård

Den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa gavs i december 2016 i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Samordnaren lämnade i januari 2018 betänkandet *För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111). Betänkandet har remitterats.

Tvångsvårdsområdet

Regeringen gav 2017 Vetenskapsrådet i uppdrag att genomföra en kartläggning av rättspsykiatrisk forskning. I rapporten framkommer att det finns ett stort behov av att utveckla forskningsstrukturer och samordning såväl internationellt som nationellt.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har rapporterat om att det saknas tillförlitliga forskningsöversikter som gäller diagnostik, behandling och riskbedömning för patienter i den här specifika vårdformen.

Asylsökande och nyanlända

Även under 2017 har hälso- och sjukvården upplevt en ökad belastning till följd av det stora antal asylsökande, nyanlända och personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Sammantaget har ett flertal initiativ tagits under året, på nationell såväl som regional nivå, för att svara mot de behov som finns.

Asylsökande och nyanlända är en utsatt grupp när det gäller psykisk ohälsa. Mellan 20 och 30 procent av de asylsökande och nyanlända som kommer till Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa, men alla har inte en psykiatrisk diagnos. Många aktörer inom hälso- och sjukvården har begränsade kunskaper om migrationsprocessen. Detta kan innebära att individer med ohälsa inte får en effektiv bedömning och behandling.

För ökad tillgänglighet till vård och behandling för målgruppen, avsatte regeringen 40 miljoner kronor 2017 och 2018. Regeringen har inom satsningen bl.a. beslutat om medel till Röda Korset och Vårsta diakoni för att utveckla och utöka psykiatrisk traumavård, samt till Länsstyrelsen i Skåne för att ta fram fördjupningsutbildningar inom psykisk hälsa i utbildningsplattformen för samhälls- och hälsokommunikation till nyanlända.

Kunskapscentrum om ensamkommande barn och unga och medel till behandling av psykisk ohälsa

I mars 2017 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett kunskapscentrum om frågor avseende ensamkommande barn och unga upp till 21 år. Syftet med centrumet är 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. En rapport från centret visar att suicidtalet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige under 2017 är relativt högt.

Centrumet har inrättat ett stöd till professionen på temat ensamkommande barn och unga på kunskapsguiden.se.

Steg för bättre hälsa bland transpersoner

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 lämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag till en ny lag som innebär att personer som drabbats av det tidigare steriliseringskravet i könstillhörighetslagen ska kunna ansöka om ersättning av staten om 225 000 kronor (prop. 2017/18:64). Lagen trädde i kraft den 1 maj 2018.

Det finns ett behov av att modernisera könstillhörighetslagen då många uppger att den långa väntan på att få byta det kön som framgår av folkbokföringen är en av anledningarna till att transpersoner mår dåligt.

I en lagrådsremiss lämnar regeringen förslag om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ändring av det kön som framgår av folkbokföringen. Regeringen föreslår att två nya lagar, lagen om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och lagen om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen, ska ersätta lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall. Även följdändringar i andra lagar föreslås.

Förslagen innebär att processen för ändring av det kön som framgår av folkbokföringen särskiljs från processen för kirurgiska ingrepp i könsorganen. Ett övergripande mål är att en person ska kunna få sin könsidentitet rättsligt erkänd med respekt för rätten till självbestämmande.

De avvägningar som görs i lagrådsremissen rör främst personers rätt till självbestämmande i förhållande till risken för missbruk av identitetshandlingar, förhållandet mellan vårdnadshavares bestämmanderätt och ungas rätt till självbestämmande, patientsäkerhet och personlig integritet.

Hälso- och sjukvårdens beredskap

I och med det försvarspolitiska inriktningsbeslutet (prop. 2014/15:109) har planeringen för totalförsvaret återupptagits. Där ingår även hälso- och sjukvården som en del av det civila försvaret. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt hälso- och sjukvårdens huvudmän har under 2018 tilldelats 40 miljoner kronor för arbete med totalförvarsplaneringen. Därtill har myndighetsrapporter och händelser de senaste åren visat på brister i hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska beredskap.

Attentatet på Drottninggatan i Stockholm den 7 april 2017 föranledde en stor sjukvårdsinsats. Stockholms läns landsting har utvärderat hanteringen av händelsen. Utvärderingen visar att det, trots goda och snabba insatser, finns behov av att skapa en helhetssyn inom hela landstinget för att förbättra ledningssystemet vid en allvarlig eller extraordinär händelse.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja landstingen i deras arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap. En slutrapport ska redovisas senast juni 2020.

I mars 2018 publicerade Riksrevisionen en granskning av regeringens och ansvariga myndigheters åtgärder för att säkra försörjningen av livsmedel och läkemedel, främst vid kris men även vid höjd beredskap. Riksrevisionen rekommenderar regeringen att klargöra mål, krav och ansvar, att förtydliga de samordningsuppdrag som Livsmedelsverket och Socialstyrelsen har samt att säkerställa att samverkan fortsätter att utvecklas och att kunskaper tillvaratas. Regeringen har vidtagit åtgärder på flera av de områden som Riksrevisionen uppmärksammar. I december 2017 lämnade Förvarsberedningen delrapporten Motståndskraft –

Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret 2021–2025 (Ds 2017:66). Rapporten omfattar flera förslag gällande åtgärder för utveckling av livsmedels- och läkemedelsförsörjning som har bäring på de frågor som Riksrevisionen har tagit upp i sin granskning.

Regeringen beslutade i augusti 2018 om kommittédirektiv (dir. 2018:77) till en utredning om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2020.

Läkemedelsområdet

En nationell läkemedelslista

I april 2018 lämnade regeringen propositionen Nationell läkemedelslista (prop. 2017/18:223) till riksdagen. I propositionen föreslår regeringen att en ny lag, lagen om nationell läkemedelslista, ska ersätta lagen om receptregister och lagen om läkemedelsförteckning. Riksdagen antog propositionen i juni 2018.

I januari 2018 kom regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) överens om att göra ett tillägg till den beslutade överenskommelsen professionsmiljarden. Tilläggsöverenskommelsen har sin bakgrund i de pågående förberedelserna för den nationella läkemedelslistan.

Parallellt med lagstiftningsprocessen har regeringen gett E-hälsomyndigheten flera uppdrag kopplade till den tekniska konstruktionen av registret, och frågan adresseras också inom ramen för överenskommelser mellan regeringen och SKL.

Nationell läkemedelsstrategi

Visionen för den nationella läkemedelsstrategin är rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. För närvarande bedrivs arbetet inom ramen för Nationell läkemedelsstrategi 2016–2018, som regeringen och SKL tillsammans med ett flertal andra aktörer på läkemedelsområdet enades om 2015.

Fortsatt ökade kostnader för läkemedelsförmånerna

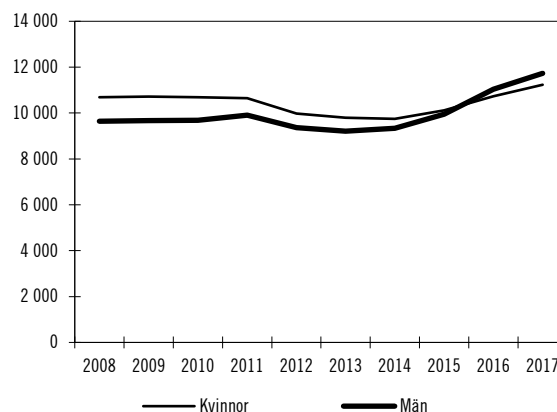
Kostnaderna för läkemedelsförmånerna minskade under en period fram till 2013. De senaste åren har dock utvecklingen vänt och kostnaderna ökar igen. År 2016 var kostnadsökningen drygt åtta procent. Även 2017 ökade kostnaderna, då med drygt fem procent. Bidragande faktorer till utvecklingen är att befolkningen växer och att andelen äldre blir större. Introduktion av nya kostsamma produkter mot bl.a. cancer samt en ökad användning av vissa äldre produkter påverkar också utvecklingen.

I diagram 3.19 visas utvecklingen av kostnader för läkemedelsförmånerna över tid. Kostnaderna vad gäller läkemedelsförmånerna var länge högre för kvinnor än för män, men sedan 2016 är kostnaderna högre för män. Detta beror bl. a. på att nya läkemedel mot prostatacancer kom in i förmånerna 2015.

Siffror avseende hur stor andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som utgjordes av läkemedelskostnader saknas fortfarande för 2017 men 2014 till 2016 var andelen 9,1 procent.

Diagram 3.19 Kostnader för läkemedelsförmånerna

Miljoner kronor (exklusive mervärdesskatt)



Källa: E-hälsomyndigheten

Tabell 3.3 Läkemedelskostnaderna uppdelade på områden

Miljoner kronor (exklusive mervärdesskatt)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Läkemedelsförmånerna ¹	20 570	19 367	19 025	19 100	20 089	21 796	22 983
Patientens kostnad ²	5 105	5 407	5 700	5 733	5 886	5 534	5 629
Andel patientkostnad ³	19,9 %	21,8 %	23,1 %	23,1 %	22,7 %	20,2 %	19,7 %
Receptläkemedel utan förmån ⁴	1 774	2 000	2 102	2 871	3 636	3 595	3 100
Slutenvård ⁵	7 146	6 975	6 999	7 194	7 843	7 965	8 374
Receptfritt ⁶	3 684	3 841	3 986	4 127	4 369	4 598	4 642
Total	38 279	37 590	37 811	39 025	41 823	43 487	44 728
Läkemedelskostnadernas andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna ⁷	9,5 %	9,4 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	

¹ Läkemedel samt förbrukningsartiklar inom förmånen.

² Avser egenavgift och merkostnad.

³ Beräknat som andel av förmån och patientens kostnad.

⁴ Inklusive smittskyddsläkemedel.

⁵ Avser humanläkemedel på rekvisition inom sluten- och öppenvård. Slutenvårdskostnaderna är svåra att jämföra mellan åren beroende på att nettopriser införts successivt och avsaknad av data vissa år. Uppgifterna finns ej uppdelat på kön.

⁶ Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk på apotek samt i detaljhandeln. Uppgifterna finns ej uppdelat på kön.

⁷ Uppgifter om totala hälso- och sjukvårdskostnader saknas för 2017. Uppgifterna inkluderar mervärdesskatt.

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

Kostnadsdämpande insatser

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) genomför regelbundet omprövningar av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. Omprövningarna resulterade i besparingar om totalt 620 miljoner kronor år 2014–2016. Under 2017 uppgick besparingen till 3 miljoner kronor. Utöver det har så kallade sidoöverenskommelser mellan landsting och läkemedelsföretag resulterat i återbäringar om 259 miljoner kronor 2015, 723 miljoner kronor 2016 och 947 miljoner kronor 2017. Dessa besparingar tillföll landstingen i sin helhet fram till 2017. Från och med 2017 delar staten och landstingen på besparingen. Under 2017 tillföll 70 procent av återbäringen landstingen och 30 procent tillföll staten. Under 2018 är motsvarande siffror 60 procent respektive 40 procent.

Den så kallade 15-årsregeln innebär att priserna på läkemedel som är äldre än 15 år från tidpunkten för marknadsgodkännandet sänks med 7,5 procent. Besparingar till följd av 15-årsregeln var totalt 510 miljoner kronor 2014–2016, och 58 miljoner kronor 2017.

Utfallet av 2017 års överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting

Överenskommelsen för 2017 innebar bl.a. att statens bidrag till landstingen för läkemedelsförmånerna m.m. uppgick till 25,9 miljarder kronor. I detta ingick ett bidrag om 858 miljoner kronor för läkemedel för behandling av hepatit C. Landstingens kostnader för läkemedel för behandling av hepatit C blev dock lägre än överenskommet belopp vilket innebar att landstingen, i enlighet med överenskommelsens vinst- och förlustdelningsmodell, fick betala tillbaka ca 126 miljoner kronor till staten. Den återbäring som gemensamt framtagna sidoöverenskommelser resulterat i uppgick 2017 till 947 miljoner kronor totalt, av vilket 663 miljoner kronor tillföll landstingen och 284 miljoner tillföll staten.

Överenskommelse kring formerna för statens bidrag till läkemedelsförmånerna

Överenskommelsen innebär bl.a. att landstingen 2018 får ett statligt bidrag om 28,789 miljarder kronor för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m.

Utredning om finansiering, subvention och prissättning av läkemedel

I november 2017 överlämnade Läkemedelsutredningen (S 2016:07) sitt delbetänkande till rege-

ringen (SOU 2017:87). Delbetänkandet innehåller en övergripande problembeskrivning och en beskrivning av inriktningen för det fortsatta arbetet. Delbetänkandet har remitterats. En slutredovisning ska lämnas senast den 31 december 2018.

Kunskapsunderlag om biosimilarer

En biosimilar är ett biologiskt läkemedel som innehåller en version av den aktiva substans som finns i ett redan godkänt biologiskt läkemedel (referensläkemedlet). Läkemedelsverket och TLV har tillsammans på uppdrag av regeringen tagit fram ett kunskapsunderlag med syftet att vården ska få tillgång till relevant producentoberoende kunskapsunderlag och stöd kring biologiska läkemedel på ett lättillgängligt sätt. I kunskapsunderlaget konstateras bl.a. att det är okontroversiellt att välja en biosimilar vid nyinsättning av ett biologiskt läkemedel och att det inte heller finns några hinder för läkare att byta till en biosimilar under pågående behandling (så kallad switch) när sjukdomen är i stabil fas och patienten är välinformerad.

Kliniska läkemedelsprövningar

Regeringen lämnade under mars 2018 en proposition till riksdagen med förslag som syftar till att anpassa svensk rätt till förordning (EU) nr 536/2014 om kliniska prövningar av humanläkemedel (prop. 2017/18:196). Förordningen ska börja tillämpas när EU-portalen är fullt funktionsduglig.

Medicinteknik

I propositionen Anpassningar till EU:s nya förordningar om medicinteknik – del 1 (prop. 2016/17:197) föreslog regeringen att ansvaret för de oberoende organisationer–anmälda organ–på det medicintekniska området ska flyttas från Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (Swedac) till den myndighet som regeringen bestämmer.

Regeringen beslutade i oktober 2017 att Läkemedelsverket skulle vara den nya ansvariga myndigheten för anmälda organ genom en ändring i förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter. De uppgifter som den ansvariga myndigheten ska ägna sig åt kräver resurser. Tidigare har den medicintekniska verksamheten finansierats genom anslag. I propositionen föreslogs att myndighetens nya uppgifter skulle finansieras genom avgifter. Myndigheten ska både utse anmälda organ och utöva tillsyn

över dem. Regeringen beslutade därför i oktober 2017 om en ny förordning (2017:932) om avgifter för anmälda organ för medicintekniska produkter. Förslagen och den nya avgiftsförordningen trädde i kraft den 26 november 2017.

Restnoteringar

Läkemedelsverket har under 2017 haft uppdraget att genomföra de förändringar som krävs för att begära in, hantera och publicera information om restnoteringar i enlighet med myndighetens rapport Restnoteringar av läkemedel – fortsatt utredning. Uppdraget redovisades i myndighetens årsredovisning för 2017. Bland de åtgärder som Läkemedelsverket föreslår finns bl.a. en striktare tillämpning av läkemedelslagen, ett nytt it-stöd för ärendehantering och nya rutiner kring publicering av information om restnoteringar. Åtgärdsförslagen, som började tillämpas vid årsskiftet 2017/2018, syftar till att informationsflödet om restnoteringar ska vara strukturerat och effektivt genom hela kedjan.

Förbättrad uppföljning inom läkemedelsområdet

Uppföljningsperspektivet beaktas på olika sätt inom men även utanför den nationella läkemedelsstrategin. Hösten 2017 redovisade Socialstyrelsen t.ex. ett regeringsuppdrag avseende den fortsatta utvecklingen och förvaltningen av den nationella källan för ordinationsorsak. Både Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten har fått förnyade uppdrag som ska leda till att källan kan tas i drift och användas vid ordination av läkemedel senast 2019. Uppföljningsperspektivet har också beaktats i förslaget om framtagningen av en nationell läkemedelslista.

Biobanker

Utredningen om regleringen av biobanker överlämnade sitt slutbetänkande Framtidens biobanker (SOU 2018:4) till regeringen i januari 2018. Betänkandet innehåller bl.a. ett förslag till en ny biobankslag och har remitterats under våren 2018.

Förslag till förordning om utvärdering av medicinska metoder

Europeiska kommissionen presenterade den 31 januari 2018 ett förslag till förordning om utvärdering av medicinsk teknik och om ändring av direktiv 2011/24/EU.

Förslaget innehåller bestämmelser om användning av gemensamma verktyg, metoder och förfaranden i EU för utvärdering av medicinska

metoder (Health Technology Assessment, HTA). HTA översätts till utvärdering av medicinsk teknik i den svenska versionen av kommissionens förslag.

Medlemsstaterna föreslås samarbeta avseende gemensamma kliniska bedömningar, gemensamma vetenskapliga samråd och identifiering av ny medicinsk teknik samt även frivilligt samarbeta inom områden som inte omfattas av obligatoriskt samarbete.

Förhandlingarna i rådsarbetsgruppen för läkemedel och medicinteknik påbörjades i februari.

Läkemedel och miljö

Regeringen verkar för ökad miljöhänsyn i EU:s läkemedelslagstiftning och internationellt. Frågan om läkemedel i miljön har kopplingar till arbetet mot antibiotikaresistens, se avsnitt 4 Folkhälsopolitik, och behandlas även inom utgiftsområde 20 Allmän miljö- och naturvård.

Regeringen beslutade i maj 2018 att ge Läkemedelsverket i uppdrag att inrätta och ansvara för ett kunskapscentrum för läkemedel i miljön. Kunskapscentrumet ska bidra till att samla svenska aktörer och utgöra en plattform för dialog och samarbete. Centrumets verksamhet ska vara i enlighet med Läkemedelsverkets instruktionsenliga uppdrag inom området.

Apotekmarknadens utveckling

Under 2017 publicerade Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) en uppföljning av apotekmarknadens utveckling. Uppföljningen visar på en fortsatt nyetablering av apotek under 2016 och 2017, dock med en viss avmattning av tillväxttakten under 2017. Nettoökningen mellan 2010 och 2017 uppgår till 474 apotek. Såväl apotekskedjor som enskilda aktörer har under perioden öppnat nya apotek. Fler apotek och ökat öppethållande har lett till att det är möjligt att få tillgång till farmaceutisk rådgivning och läkemedel en större del av dygnet, med en större valfrihet mellan olika apotek och apotekskedjor. En analys av apotekens öppettider visar att medianapoteket hade öppet 51,5 timmar per vecka i oktober 2017, vilket är samma öppethållandenivå som i maj 2016. Jämfört med 2009 innebär det en ökning med 11 timmar per vecka. Antalet apoteksombud har fortsatt att minska något och uppgick i september 2017 till 630 från att ha varit 850 år 2009. Apotek som finns på

platser där avståndet till närmaste andra apotek är minst sex kilometer, har under perioden 2010 till 2017 minskat något i antal. Nio nya apotek med minst sex kilometer till närmaste apotek har öppnat. Samtidigt har 13 apotek i samma avståndskategori stängt under denna period.

Apotekens e-handel har växt kraftigt under 2016–2017. Samtliga apotekskedjor har etablerat sig på denna marknad vilket har ökat konkurrensen. Den stora tillväxten har i huvudsak varit för handelsvaror och receptfria läkemedel. Olika priser förekommer för fysiska apotek och e-handelsapotek i samma kedja på varor med fri prissättning. Det är också en skillnad på verksamheten för de aktörer som bara har e-handelsapotek och de kedjor som har både fysiska apotek och e-handelsapotek.

För receptbelagda varor har tillväxten avmattats något under 2017, till stor del beroende på en avtagande försäljning av smittskyddsläkemedel. Apotekens bruttoresultat har fortsatt ökat och uppgick 2016 till knappt 10,3 miljarder kronor. Även rörelseresultatet har stigit och rörelsemarginalen uppgick till knappt fyra procent.

Proposition om kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden

I mars 2018 fattade regeringen beslut om propositionen Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (prop. 2017/18:157). Sammanfattningsvis innebär förslagen bl.a. att öppenvårdsapotekens grunduppdrag förtydligas, kraven på farmaceutkompetens skärps och kraven om rådgivning och kontroll förtydligas. Ändringarna trädde i stora delar i kraft den 1 augusti 2018, medan de förslag som kräver mer förberedelser av myndigheter och apoteksaktörer träder i kraft vid senare tidpunkter.

Apoteksstöd i glesbygd

Under 2017 har TLV beviljat sammanlagt 34 apotek stöd enligt förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Det totala utbetalda beloppet uppgick till cirka tio miljoner kronor.

Nya apoteksmarknadsutredningen

Nya apoteksmarknadsutredningen redovisade i oktober 2017 ett deluppdrag att överväga om en reglering av apotekens handelsmarginal för läkemedel utanför förmånerna bör införas för att åstadkomma en enhetlig prissättning på apotek. I delbetänkandet Enhetliga priser på recept-

belagda läkemedel (SOU 2017:76) föreslås att prissättningen på sådana läkemedel även fortsättningsvis ska vara fri för läkemedelstillverkarna, men att de ska bli skyldiga att anmäla ett inköpspris till TLV för receptbelagda humanläkemedel. Det anmälda priset ska enligt förslaget fastställas som inköpspris för läkemedlet av TLV, som också fastställer det försäljningspris som apoteken ska tillämpa genom påslag av en reglerad handelsmarginal. Betänkandet har remissbehandlats.

De avslutande delarna av utredningens uppdrag redovisades i juni 2018 och innehåller bl.a. en översyn av marknaderna och regelverken för maskinell dosdispensering, extemporeläkemedel (individanpassade läkemedel) och lagerberedning (SOU 2018:53).

Utökade möjligheter till utbyte av läkemedel på apotek

Regeringen beslutade i april 2018 om en proposition som innehåller förslag om att ett läkemedel som förskrivits utanför läkemedelsförmånerna ska kunna bytas ut mot ett likvärdigt läkemedel som ingår i förmånerna och som därmed kan omfattas av patientens högkostnadsskydd (prop. 2017/18:233). Förslagen, som har antagits av riksdagen, träder i huvudsak i kraft den 2 juni 2020. Vissa förslag av mindre omfattning träder i kraft den 1 oktober 2018.

Kartläggning av egenvård med receptfria läkemedel

Läkemedelsverket redovisade i mars 2018 ett uppdrag att kartlägga och analysera den internationella utvecklingen i fråga om patientens egen behandling med receptfria läkemedel. Läkemedelsverkets slutsats är att flera av de läkemedel som inkluderas i en farmaceutläkemedelskategori i andra europeiska länder för närvarande redan finns tillgängliga för konsumenter i form av receptfria läkemedel i Sverige. Enligt myndigheten finns inget uppenbart behov av att introducera farmaceutläkemedelskategorin i Sverige.

Tandhälsan förbättras men är inte jämlik

God mun- och tandhälsa är en förutsättning för en god allmänhälsa och ett gott välbefinnande. Vuxnas tandhälsa fortsätter att utvecklas positivt. För personer mellan 20 och 65 år har det genomsnittliga antalet lagade tänder minskat med 2,5 tänder samtidigt som antalet kvar-

varande tänder legat relativt stabilt 2009–2016. Detta är ett resultat av att många unga vuxna lämnar den avgiftsfria tandvården med få eller inga lagade tänder och att man i hög utsträckning behåller den goda tandhälsan över tid. Samtidigt ökar risken för tandlossningssjukdomar med ökat antal kvarvarande tänder. Detta visar sig genom att andelen i den äldre befolkningen (60 år och äldre) som behandlas för tandlossningssjukdomar ökat mellan 2011 och 2016 med cirka 4 procent.

De totala tandvårdsutgifterna för stat, lands- och hushåll uppgick till 28,1 miljarder kronor 2016, enligt preliminära uppgifter från Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna). De totala statliga kostnaderna för tandvården uppgick 2016 till 5,5 miljarder kronor. Lands- och kommunernas utgifter uppgick till 6,4 miljarder kronor och hushållens utgifter för tandvård uppgick till 16,1 miljarder kronor. Av de totala utgifterna utgjorde hushållens utgifter cirka 57 procent.

Vuxna omfattas av det statliga tandvårdsstödet. För barn och ungdomar är tandvården för närvarande avgiftsfri till och med det år de fyller 22 år. I tabell 3.4 nedan visas utbetalad ersättning för det statliga tandvårdsstödet. Kvinnor tar som tidigare del av det statliga tandvårdsstödet i något högre utsträckning än män. Särskilt tandvårdsbidrag (STB) är ett statligt bidrag om 600 kronor per halvår som syftar till att uppmuntra till ökad förebyggande tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa. Vid införandet 2013 uppskattades målgruppen för STB till cirka 285 000 personer. År 2013 utnyttjades stödet av cirka 22 000 personer och 2017 var antalet 57 000 personer. Majoriteten av de som använt sig av STB var i åldersgruppen 65–84 år. Trots ökningen ligger utnyttjandet fortfarande under den initiala beräkningen. Kvinnor utnyttjar stödet i högre utsträckning än män.

Tabell 3.4 Utbetalad ersättning för statligt tandvårdsstöd

Miljoner kronor

	2008 ¹	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Allmänt tandvårdsbidrag²										
Kvinnor	210	459	530	503	488	527	525	535	532	557
Män	181	401	464	439	431	464	461	469	467	488
Särskilt tandvårdsbidrag³										
Kvinnor						11	18	24	29	33
Män						5	9	11	13	15
Högekostnadsskydd⁴										
Kvinnor	395	1 872	1 957	1 958	1 970	2 094	2 120	2 130	2 250	2 325
Män	402	1 838	1 957	1 955	1 961	2 075	2 113	2 118	2 250	2 358
Samtliga tre tandvårdsstöd										
Kvinnor	605	2 331	2 487	2 461	2 458	2 632	2 663	2 689	2 816	2 915
Män	583	2 239	2 421	2 394	2 392	2 544	2 583	2 598	2 742	2 860
Totalt⁵	1 188	4 571	4 910	4 856	4 854	5 184	5 253	5 291	5 558	5 775

¹ Under första halvan av 2008 gällde ett annat system, därför 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.

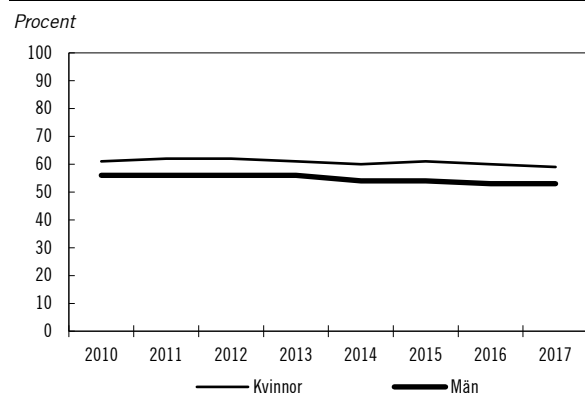
⁵ Utbetalad ersättning totalt inkluderar besök där uppgifter om kön ej finns tillgängligt.

Källa: Försäkringskassan

Jämlik och jämställd tandvård

År 2016 var det 72 procent av den vuxna befolkningen som besökt tandvården någon gång de senaste två åren och 77 procent som gjort ett besök någon gång de tre senaste åren. Cirka 81 procent av kvinnorna och 74 procent av männen har besökt tandvården under en treårsperiod. Skillnaden i tandvårdsbesök och tandhälsa mellan olika socioekonomiska grupper kvarstår. Personer med hög inkomst, som är födda i Sverige eller som har en högre utbildning besöker tandvården i större utsträckning än personer som har låg inkomst, som är utrikes födda eller som har en lägre utbildning. Barn till föräldrar som inte besöker tandvården konsumerar mindre tandvård än andra barn trots att alla barn har gratis tandvård. För att förbättra tandhälsan och därmed minska framtida kostnader för både individ och samhälle är det viktigt att främja regelbundna tandvårdsbesök hos dem med sämre tandhälsa. Även regionala skillnader i besöksfrekvens kan noteras. Under perioden 2014 till 2016 gjorde t.ex. 75 procent av den vuxna befolkningen minst en basundersökning. Motsvarande siffra för Norrbotten var 57 procent.

Diagram 3.20 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist för undersökning



Källa: Försäkringskassan och Statistiska centralbyrån.

Det allmänna tandvårdsbidraget är ett viktigt grundstöd och incitament för regelbundna besök för att minska individens framtida tandvårdsbehov. För att ytterligare stimulera till regelbundna besök i tandvården i förebyggande syfte fördubblade regeringen 2018 det allmänna tandvårdsbidraget från 300 kronor till 600 kronor för gruppen 23–29 år, från 150 till 300 kronor för gruppen 30–64 år och från 300 till 600 kronor för gruppen 65 år eller äldre.

Tandvården är avgiftsfri för personer t.o.m. det år de fyller 22 år. För barn och unga höjdes åldersgränsen för avgiftsfri tandvård från det år en person fyller 21 till det år personen fyller 22 år. Den 1 januari 2019 höjs åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till och med det år en person fyller 23 år.

Nöjda tandvårdspatienter

Svenskt kvalitetsindex (SKI) mäter varje år kundnöjdhet inom en rad branscher. Tandvården har sedan många år de mest nöjda kunderna bland de undersökta områdena. Nöjdheten har minskat något 2017 jämfört med 2015.

Statlig utredning om ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa

Regeringen beslutade i mars 2018 att tillsätta en utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag om hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Föreslagna förändringar ska gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och syfta till att minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen. Utredaren ska analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska vidare analysera och överväga åtgärder för att tandvårdssystemet ska uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna. Utredaren ska också pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

3.5 Tillkännagivanden

Tillkännagivanden rörande apotek

Riksdagen beslutade i mars 2017 om tre tillkännagivanden till regeringen med anledning av motionsyrkanden om ökat samarbete mellan vården och apoteken (bet. 2016/17:SoU6, rskr. 2016/17:170). Regeringen beskriver nedan sitt ställningstagande till respektive tillkännagivande.

Samverkan mellan vården och apoteken

Riksdagen har tillkännagett för regeringen att regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om att utveckla modeller för ett ökat

samarbete mellan vården och apoteken (punkt 1).

Av propositionen Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden, som beslutades av regeringen den 15 mars 2018, framgår att regeringen bedömer att det bör genomföras en försöksverksamhet med en farmaceutisk tjänst på öppenvårdsapotek (prop. 2017/18:157 s. 91–98). Regeringen har därför gett Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket i uppdrag att genomföra en förstudie för att utreda förutsättningarna för att genomföra och utvärdera en sådan försöksverksamhet. Syftet är att i högre grad ta till vara apotekens möjligheter att genom sin roll i vårdkedjan bidra till en bättre läkemedelsanvändning. Förstudien och försöksverksamheten förutsätter dialog och samverkan mellan berörda aktörer, däribland apoteken och vården, för att skapa förutsättningar för största möjliga nytta. I och med detta anser regeringen att tillkännagivandet har tillmötesgåtts och att det därmed är slutbehandlat.

24-timmarsregeln

Riksdagen har tillkännagett för regeringen att regeringen bör se över regelverket för handel med läkemedel i fråga om 24-timmarsregeln i förhållande till distributörerna och återkomma till riksdagen med ett förslag (punkt 2). Genom de ändringar av 9 och 10 §§ förordningen (2009:659) om handel med läkemedel som trädde i kraft den 1 augusti 2018 har den så kallade 24-timmarsregeln ändrats. Motiven bakom ändringarna av paragraferna redovisas i prop. 2017/18:157 s. 111–116. Mot bakgrund av det anförda anser regeringen att tillkännagivandet har tillmötesgåtts och att det därmed är slutbehandlat.

Rätt att returnera läkemedel

Riksdagen har tillkännagett för regeringen att regeringen ska återkomma till riksdagen med ett förslag om rätt för apoteken att returnera läkemedel (punkt 3). I prop. 2017/18:157 lämnas förslag om en lagreglerad rätt för apoteken att returnera läkemedel. Ändringen trädde i kraft den 1 augusti 2018. Mot bakgrund av detta anser regeringen att tillkännagivandet har tillmötesgåtts och att det därmed är slutbehandlat.

Tilkännagivanden om högspecialiserad vård

Riksdagen beslutade i mars 2018 om tre tillkännagivanden med anledning av motionsyrkanden som rör den nya beslutsprocessen för högspecialiserad vård (bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176). Bakgrunden till tillkännagivandena var regeringens proposition En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (prop. 2017/18:40). Regeringen beskriver nedan respektive tillkännagivande.

Riksdagen har beslutat att ge regeringen till känna att regeringen bör utse en myndighet som ska få i uppdrag att säkerställa patientsäkerheten när det gäller akutsjukvård i alla regioner (punkt 3). Riksdagen har även beslutat att ge regeringen till känna att regeringen regelbundet bör följa upp hur den nya beslutsprocessen fungerar (punkt 4). Därutöver tycker riksdagen att det krävs ett ökat statligt ansvarstagande när det gäller sjukvårdens organisation. Riksdagen har därför beslutat att ge regeringen till känna att också tillsätta en parlamentarisk utredning för att klarlägga förutsättningarna för en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan staten och de nuvarande huvudmännen (punkt 6).

Regeringen har tillmötesgått de två första tillkännagivandena genom att den 14 juni 2018 ge Socialstyrelsen i uppdrag att löpande följa upp och återrapportera om genomförandet av och tidsplanen för den nya beslutsprocessen för nivåstrukturerad vård. Uppdraget inkluderar hela processen, från att förslag till vårdområden tas fram, till uppföljning av beslut om tillstånd för högspecialiserad vård. Patientsäkerhet ska särskilt beaktas i uppföljningen. I uppdraget ingår att Socialstyrelsen ska analysera konsekvenserna för akutsjukvården i arbetet med nivåstrukturerad vård. Det framgår också av uppdraget (S2018/03661/FS) att det är viktigt att analysera andra konsekvenser för hälso- och sjukvården. Tilkännagivandena anses därmed vara slutbehandlade.

Vad gäller det tredje tillkännagivandet, om ansvarsfördelningen mellan staten och de nuvarande huvudmännen, så kan regeringen konstatera att en utredning om statens kontra läns och landstings ansvar nyligen har avslutats av den s.k. Indelningskommittén, som har lämnat betänkandet Myndighetssammanslagning – samverkan på regional nivå (SOU 2018:10). Tilkännagivandet avseende punkt 6 är inte slutbehandlat.

Tillkännagivande om ny cancerstrategi

Riksdagen beslutade i maj 2018 om ett tillkännagivande med innebörden att regeringen ska ta fram en ny utvecklad cancerstrategi med syfte att bidra till kortare väntetider, mer inslag av högspecialiserad vård och långsiktig kompetensförsörjning (bet. 2017/18:SoU9 punkt 27, rskr. 2017/18:293). I samma betänkande har riksdagen även beslutat att ge regeringen till känna att regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att ta fram förslag på hur nationella kvalitetsregister kan bli tillgängliga för patienter så att de kan jämföra kvaliteten mellan olika vårdmottagningar, punkt 10.

Betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) har sedan 2009 utgjort grunden för arbetet med att utveckla cancervården i Sverige. Regeringen har ansett att den inriktning som anges i denna strategi ska bibehållas och vara vägledande även för det fortsatta arbetet. Samtidigt behöver innehållet i strategin vidareutvecklas och anpassas för att möta de utmaningar som den svenska cancervården står inför i dag och i framtiden.

Regeringen genomförde därför under våren och sommaren 2017 ett rådslag om framtidens cancervård för att diskutera hur samhället på bästa sätt kan förbereda sig inför en framtid med allt fler som insjuknar i, och lever med, cancer. I rådslaget deltog patientorganisationer, vårdpersonal, forskare, myndigheter, vårdföretag, landstingsföreträdare m.fl. Slutsatserna från rådslaget utgör ett viktigt underlag för utvecklingen av det nationella arbetet med cancervården.

Med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin och de förslag som presenterades under rådslaget om framtidens cancervård presenterade regeringen i maj 2018 en långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården. Syftet med den långsiktiga inriktningen är att skapa tydlighet kring hur regeringen vill att det nationella arbetet med cancervården ska utvecklas nu och i framtiden. Dessutom ska inriktningen ligga till grund för fortsatta insatser för att rusta cancervården inför framtidens utmaningar. Regeringen anser därmed att tillkännagivandet avseende punkt 27 är tillmötesgått och det är därmed slutbehandlat.

Tillkännagivandet avseende punkt 10 är inte slutbehandlat.

3.6 Budgetförslag

3.6.1 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

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

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2017	Utfall	35 083	Anslags-sparande	822
2018	Anslag	35 408 ¹	Utgifts-prognos	35 795
2019	Förslag	35 831		
2020	Beräknat	36 388 ²		
2021	Beräknat	36 918 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 35 831 tkr i 2019 års prinsnivå.

³ Motsvarar 35 831 tkr i 2019 års prinsnivå.

Ändamål

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

Regeringens överväganden

Tabell 3.6 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	35 408	35 408	35 408
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	423	980	1 510
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	35 831	36 388	36 918

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 35 831 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 36 388 000 kronor respektive 36 918 000 kronor.

3.6.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

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

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2017	Utfall	83 122		667
2018	Anslag	82 724 ¹	Utgifts-prognos	82 390
2019	Förslag	83 526		
2020	Beräknat	84 615 ²		
2021	Beräknat	85 606 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 83 456 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 83 421 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

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

Regeringens överväganden

Tabell 3.8 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	82 724	82 724	82 724
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	802	1 962	2 990
Beslut		-71	-108
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	83 526	84 615	85 606

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 83 526 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 84 615 000 kronor respektive 85 606 000 kronor.

3.6.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tabell 3.9 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2017	Utfall	141 164		2 596
2018	Anslag	143 295 ¹	Utgifts-prognos	142 164
2019	Förslag	144 660		
2020	Beräknat	146 671 ²		
2021	Beräknat	148 452 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 144 660 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 144 660 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

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

Regeringens överväganden

Tabell 3.10 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	143 295	143 295	143 295
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 365	3 376	5 157
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	144 660	146 671	148 452

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 144 660 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 146 671 000 kronor respektive 148 452 000 kronor.

3.6.4 1:4 Tandvårdsförmåner

Tabell 3.11 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags- sparande	
2017	5 781 881			-34 046
2018	6 332 439 ¹		Utgifts- prognos	6 271 121
2019	Förslag	6 771 752		
2020	Beräknat	6 920 956		
2021	Beräknat	7 085 850		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner). Lagändringen avseende 21 år trädde i kraft den 1 januari 2017 och ändringen avseende 22 år trädde i kraft den 1 januari 2018. Lagändringen avseende 23 år kommer att träda i kraft den 1 januari 2019. Mot bakgrund av att åldersgruppen inte längre omfattas av det statliga tandvårdsstödet föreslås anslaget minska med 37 miljoner kronor 2019 och beräknas minska med motsvarande nivå 2020 och framåt. Finansiering av reformen i sin helhet regleras inom anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Det allmänna tandvårdsbidraget dubblerades för samtliga åldersgrupper som omfattas av det statliga tandvårdsstödet den 15 april 2018. Anslaget höjdes till följd av detta med 531 miljoner kronor 2018. Regeringen föreslår att anslaget ökas med ytterligare 219 miljoner kronor 2019 för höjt allmänt tandvårdsbidrag. För 2020 och framåt beräknas en ökning på samma nivå.

Anslagsnivån för 2019 och framåt revideras jämfört med anvisade medel 2018 eftersom anslaget är regelstyrkt och nivån anpassas efter utgiftsprognoser för kommande år. Anslaget beräknas öka successivt under prognosperioden till följd av befolknings- och prisökningar.

Tabell 3.12 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:4 Tandvårdsförmåner

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	6 332 439	6 332 439	6 332 439
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	182 000	182 000	182 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-1 743	-2 165	-566
Volymer	259 056	408 682	571 977
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	6 771 752	6 920 956	7 085 850

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 6 771 752 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 6 920 956 000 kronor respektive 7 085 850 000 kronor.

3.6.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 3.13 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags- sparande	
2017	25 606 222			-661 555
2018	27 731 100 ¹		Utgifts- prognos	27 068 000
2019	Förslag	27 789 000		
2020	Beräknat	27 789 000		
2021	Beräknat	27 789 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 2017 beslutades och utbetalades bidrag om 25,61 miljarder kronor till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. Beloppet var högre än vad som beräknades när anslagsnivån fastställdes, vilket innebar att anslagskrediten användes och att anslaget för 2018 hade ett negativt ingående överföringsbelopp på 662 miljoner kronor.

I samband med propositionen Vårändringsbudget för 2018 ökades anslaget med drygt 1,1 miljarder kronor för att hantera ökade läkemedelskostnader.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att anslagsnivån för 2019 ökas på grund av ökade kostnader för läkemedelsförmånerna. Med oförändrad anslagsnivå kan nödvändig verksamhet inte upprätthållas.

Tabell 3.14 Härlledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	26 582 000	26 582 000	26 582 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 207 000	1 207 000	1 207 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	27 789 000	27 789 000	27 789 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 27 789 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 27 789 000 000 kronor respektive år.

3.6.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

2017	Utfall	2 913 316	Anslags-sparande	327 470
2018	Anslag	7 696 286 ¹	Utgifts-prognos	7 775 369
2019	Förslag	6 959 286²		
2020	Beräknat	5 964 286		
2021	Beräknat	5 820 286		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Den beräknade statliga ålderspensionsavgiften för 2019 uppgår till 309 tkr. Beloppet består av en preliminär avgift om 617 tkr för 2019 samt regleringsbelopp för 2016 om –308 tkr.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad bemanning inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård.

Inom ramen för anslaget får medel också användas för utbetalning av ersättning i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom, ersättning till smittbärare samt statlig ålderspensionsavgift kopplad till ersättning till smittbärare.

Detta anslag får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Anslaget får dessutom användas till bidrag till nationella och internationella organisationer inom folkhälso- och sjukvårdsområdet, andra internationella åtaganden på området, samt för forskning inom farmaci.

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

Beredskapsinvesteringar

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2019 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar.

Regeringen bemyndigas att under 2019 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 fastställda, 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 2019 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 all-

varliga händelser som kan medföra konsekvenser för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2019 besluta att Socialstyrelsen får ta upp ett lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår högst till 100 miljoner kronor för beredskapsinvesteringar.

Regeringens överväganden

Under de senaste åren har ett antal insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet påbörjats. Däribland kan nämnas insatser för kvinnors hälsa och förlossningsvård, patientmiljarden, professionsmiljarden och personalsatsningen. Regeringens avsikt är att påbörjade åtaganden ska fullföljas med finansiering under 2019.

Under perioden 2015–2018 har det inom anslaget avsatts 500 miljoner kronor per år för insatser inom cancervården. I tidigare budgetpropositioner har det aviserats att satsningen avslutas 2018. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att medel för insatser inom cancervården tillförs även 2019.

Anslaget ökades med 200 miljoner kronor 2015 och 400 miljoner kronor 2016–2018 för insatser som rör förlossningsvård och kvinnors hälsa. För 2019 föreslås 400 miljoner kronor för motsvarande verksamhet, i enlighet med avisering i budgetpropositionen för 2016. För 2020 beräknas anslaget därmed minska med 400 miljoner kronor. Inom ramen för anslaget kvarstår dock 1 000 miljoner kronor per år fram till 2022 för insatser för förlossningsvård och för neonatalvård, vilket aviserades i budgetpropositionen för 2018.

Anslaget ökades med 130 miljoner kronor 2016–2018 för en riktad primärvårdssatsning med fokus på kvinnor särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. För 2019 föreslås 130 miljoner kronor för samma ändamål. Satsningen tar därefter slut och anslaget beräknas minska med 130 miljoner 2020, i enlighet med budgetpropositionen för 2016.

Riksdagen har beslutat om lagen (2018:162) om statlig ersättning till personer som fått ändrad könstillhörighet fastställd i vissa fall, som innebär att personer som drabbats av det tidigare steriliseringskravet i könstillhörighetslagen kan ansöka om ersättning av staten. Anslaget ökades med 134 miljoner 2018 och föreslås nu minska

med motsvarande belopp 2019 i enlighet med beräkningar i lagens förarbeten (prop. 2017/18:64, 2017/18:SoU19, rskr. 2017/18:186)).

Som en följd av att Storbritannien ska lämna EU kommer övriga medlemsstater att behöva bistå ytterligare i det arbete som i dag utförs av EMA. För att säkerställa att Läkemedelsverket har tillräckligt med resurser för att ta på sig nya uppgifter ökades anslaget med 10 miljoner kronor under 2018. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att den tidigare beräknade minskningen av anslaget med 10 miljoner kronor för 2019 inte genomförs utan att medel tillförs även 2019.

För 2018 ökade anslaget 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. Inom anslaget föreslås samma nivå 2019 och beräknas motsvarande belopp även 2020. Anslaget beräknas minska med 137 miljoner 2021 då satsningen tar slut, i enlighet med vad som aviserades i budgetpropositionen för 2018.

Anslaget ökades med 141 miljoner kronor 2018 för att kvinnor i Sverige ska erbjudas avgiftsfri gynekologisk cellprovtagning. I budgetpropositionen för 2018 aviserades att landstingen fr.o.m. 2019 skulle kompenseras genom bidrag från anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. I enlighet med de principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition kommer medel för gynekologisk cellprovtagning tillföras landstingen även 2019 från detta anslag.

En ny lag om nationell läkemedelslista träder i kraft den 1 juni 2020 (prop. 2017/18:223, bet. 2017/18:SoU35, rskr. 2017/18:369) vilket innebär utökade arbetsuppgifter för E-hälsomyndigheten. Anslaget föreslås med anledning av denna lag ökas med 5 miljoner kronor 2019. För 2020 beräknas anslaget öka med 50 miljoner kronor och för 2021 beräknas anslaget öka med 43 miljoner kronor för detta ändamål.

Tabell 3.16 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	7 096 286	7 096 286	7 096 286
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-137 000	-1 132 000	-1 276 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	6 959 286	5 964 286	5 820 286

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 6 959 286 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 5 964 286 000 kronor respektive 5 820 286 000 kronor.

3.6.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 3.17 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

År	Slagslag	Beräknat	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2017	Utfall	432 975	52 501	
2018	Anslag	465 030 ¹		477 206
2019	Förslag	476 068		
2020	Beräknat	484 816		
2021	Beräknat	493 857		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 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

Det är svårt att prognostisera anslaget 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 även administrativa förhållanden som bidrar till osäkerhet i prognoserna för vård i internationella förhållanden, som exempelvis eftersläpning i debiteringen från andra länder för turist- och pensionärvård. Regeringen justerar anslagsnivån utifrån prognostiserade utgifter.

Tabell 3.18 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	465 030	465 030	465 030
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-7	35	35
Volym	11 045	19 751	28 792
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	476 068	484 816	493 857

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 476 068 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 484 816 000 kronor respektive 493 857 000 kronor.

3.6.8 1:8 Bidrag till psykiatri

Tabell 3.19 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

2017	Utfall	1 167 464	Anslags-sparande	41 529
2018	Anslag	1 755 493 ¹	Utgifts-prognos	1 714 256
2019	Förslag	1 702 993		
2020	Beräknat	1 485 393		
2021	Beräknat	852 893		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 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 Landsting (SKL).

Regeringens överväganden

Regeringen har uppmärksammat den kraftiga ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Behovet av ökade insatser från samhället är stort. För att bidra till en förstärkning riktad till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) inklusive första linjens psykiatri i primärvården ökade regeringen anslaget med 100 miljoner kronor under 2018 och beräknar motsvarande nivå 2019 och 2020, i enlighet med vad som aviserades i budgetpropositionen för 2018.

För att möta den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år ökades anslaget med 280 miljoner kronor 2016. Satsningen pågår till och med 2019, i enlighet med tidigare avisering i budgetpropositionen för 2016.

Anslaget ökade med 40 miljoner kronor i budgetpropositionen för 2018 för att motverka psykisk ohälsa i gruppen asylsökande och nyanlända. Anslaget föreslås öka med motsvarande

nivå 2019 och beräknas öka med samma belopp 2020, i enlighet med vad som angavs i budgetpropositionen för 2018.

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 ökade med 500 miljoner kronor 2018. I budgetpropositionen för 2018 aviserades att anslaget skulle öka med ytterligare 500 miljoner kronor per år 2019 och 2020 för detta ändamål. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att tidigare beräknad ökning uteblir.

För att Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL) ska ha möjlighet att utföra sitt av riksdagen särskilt beslutade samhällsuppdrag, som innebär ett ansvar att utveckla och tillhandahålla ett medicinskt ändamålsenligt och kvalitetssäkrat sortiment av extemporeläkemedel och lagerberedningar, behöver ett kapitaltillskott om högst 60 miljoner kronor tillföras bolaget. Regeringen föreslår därför att anslaget 1:17 *Kapitalinsatser i statligt ägda företag* under utgiftsområde 24 Näringsliv ökas med 60 miljoner kronor 2019. Finansiering föreslås ske genom att anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* minskas med motsvarande belopp.

Tabell 3.20 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:8 Bidrag till psykiatri

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	1 755 493	1 755 493	1 755 493
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-52 500	-270 100	-902 600
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	1 702 993	1 485 393	852 893

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 702 993 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 1 485 393 000 kronor respektive 852 893 000 kronor.

3.6.9 1:9 Läkemedelsverket

Tabell 3.21 Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor				
2017	Utfall	132 688	Anslags-sparande	-121
2018	Anslag	134 537 ¹	Utgifts-prognos	132 803
2019	Förslag	136 845		
2020	Beräknat	138 608 ²		
2021	Beräknat	143 900 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 136 893 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 140 695 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter vid Läkemedelsverket för:

- tillsyn av medicintekniska produkter,
- producentobunden läkemedelsinformation,
- utökade ansvarsområden till följd av lagen (2006:496) om blodsäkerhet och lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler,
- strukturerad uppföljning av nya läkemedel,
- utökade ansvarsområden till följd av ny lagstiftning på EU-nivå inom områden för kosmetika, medicinteknik, och avancerade terapier,
- utökade ansvarsområden som ålagts Läkemedelsverket efter apoteksomregleringen,
- utgifter för kliniska läkemedelsprövningar och vetenskaplig rådgivning för den statliga kontrollen av läkemedel till den del som inte täcks av avgifter.

Regeringens överväganden

Tabell 3.22 Härlledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	134 537	134 537	134 537
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	2 244	3 958	5 360
Beslut			
<i>Överföring till/från andra anslag</i>			
Övrigt	64	113	4 003
Förslag/beräknat anslag	136 845	138 608	143 900

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 136 845 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Läkemedelsverket* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 138 608 000 kronor respektive 143 900 000 kronor.

3.6.10 1:10 E-hälsomyndigheten

Tabell 3.23 Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

År	Utfall	158 080	Anslags-sparande	3 152
2017	Utfall	158 080	Anslags-sparande	3 152
2018	Anslag	145 722 ¹	Utgifts-prognos	143 260
2019	Förslag	147 584		
2020	Beräknat	118 634 ²		
2021	Beräknat	120 316 ³		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 116 849 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 116 850 tkr i 2019 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 3.24 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2017		190 193	157 352	32 851
Prognos 2018		178 500	196 400	-17 900
Budget 2019		181 900	204 600	-22 700

Intäkterna som avser offentligrättslig verksamhet tas ut via avgifter enligt lagen (1996:1156) om receptregister, lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning samt lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Myndigheten disponerar intäkterna från verksamheten.

Tabell 3.25 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2017	27 460	20 116	7 344
(varav tjänsteexport)			
Prognos 2018	27 245	28 120	-874
(varav tjänsteexport)			
Budget 2019	13 000	24 100	-11 100
(varav tjänsteexport)			

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

Anslaget ökades med 30 miljoner kronor under 2017 och 30 miljoner kronor under 2018 för att finansiera merkostnader hänförliga till omlokaliseringen av delar av E-hälsomyndigheten till Kalmar. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att medel tillförs även 2019.

Tabell 3.26 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 1:10 E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	145 722	145 722	145 722
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 862	4 116	6 240
Beslut		-31 204	-31 646
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	147 584	118 634	120 316

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 147 584 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 *E-hälsomyndigheten* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 118 634 000 kronor respektive 120 316 000 kronor.

3.6.11 8:1 Socialstyrelsen

Tabell 3.27 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

2017	Utfall	631 672	Anslags-sparande	14 507
2018	Anslag	668 637 ¹	Utgifts-prognos	663 836
2019	Förslag	669 451		
2020	Beräknat	673 592 ²		
2021	Beräknat	656 220 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 664 185 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 639 076 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

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

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.28 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2017	17 402			
Prognos 2018	18 000			
Budget 2019	18 500			

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer.

Regeringens överväganden

Anslaget ökades 2018 med 52 miljoner kronor för att ta tillvara den kompetens som utländskt utbildad hälso- och sjukvårdspersonal har. Insatsen syftar till att påskynda dessa personers etablering på arbetsmarknaden samtidigt som det bidrar till integration och sysselsättning. Från och med 2019 föreslås 42 miljoner kronor per år för samma ändamål.

Anslaget ökades 2017 och 2018 med 10 miljoner kronor per år för att etablera ett kunskapscentrum om ensamkommande barn och unga vid Socialstyrelsen. I budgetpropositionen för 2017 aviserades att Socialstyrelsen skulle tilldelas 5 miljoner kronor för detta ändamål 2019. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att tidigare beräknad minskning uteblir och Socialstyrelsen tilldelas även 2019 10 miljoner kronor. För 2020 beräknas 5 miljoner kronor för samma ändamål.

I budgetpropositionen för 2018 tillförde regeringen 25 miljoner kronor för myndighetens arbete med nivåstrukturering av högspecialiserad vård i enlighet med förändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Anslaget föreslås öka med 24 miljoner kronor 2019. För samma ändamål beräknas anslaget öka med 19 miljoner kronor 2020 och 4 miljoner kronor 2021 i enlighet med beräkningar i reformens förarbeten (prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176).

Riksdagen har beslutat om ändringar i lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall som syftar till att utredningsverksamheten ska bli mer effektiv och ändamålsenlig. Socialstyrelsen är utredningsmyndighet för dödsfalls-

utredningar och med anledning av den ökade ambitionsnivån föreslås anslaget öka med 5,5 miljoner kronor 2019 i enlighet med beräkningar i lagens förarbeten (prop. 2017/18:215, 2017/18:SoU36, rskr. 207/18:146). Från och med 2020 beräknas motsvarande belopp.

Tabell 3.29 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 8:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	658 637	658 637	658 637
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	6 563	15 984	24 408
Beslut	4 251	-1 029	-26 825
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	669 451	673 592	656 220

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 669 451 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 673 592 000 kronor respektive 656 220 000 kronor.

3.6.12 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 3.30 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Slagslag	Belopp
2017	Utfall	678 945	Anslags-sparande	38 347
2018	Anslag	687 805 ¹	Utgifts-prognos	700 234
2019	Förslag	785 591		
2020	Beräknat	728 862 ²		
2021	Beräknat	737 391 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 719 091 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 719 090 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för vård och omsorgs förvaltningsutgifter.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.31 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2017	2 810			
Prognos 2018	2 800			
Budget 2019	117 973			

Intäkter för offentligrättslig verksamhet avser avgifter för tillstånd och tillsyn rörande blod-verksamhet och verksamhet som rör vävnader och celler samt avgifter för ökade tillståndskrav inom välfärden.

Regeringens överväganden

Nedanstående förändringar av anslaget genomförs utifrån de principer som tillämpas vid utformningen av denna proposition.

Den 7 juni 2018 fattade riksdagen beslut om propositionen *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden* (prop. 2017/18:158). Ändringarna till följd av propositionen träder i kraft 1 januari 2019 vilket innebär nya uppgifter för Inspektionen för vård och omsorg. För detta ändamål föreslår regeringen att anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* ökas med 73,8 miljoner kronor för 2019. Från och med 2020 beräknar regeringen att anslaget ska tillföras 38,8 miljoner i permanenta medel för ändamålet.

Den 1 januari 2019 träder lagen om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall i kraft, vilket innebär att Inspektionen för vård och omsorg får ökade kostnader för tillsyn. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* föreslås öka med 3 miljoner kronor för 2019. För 2020 och framåt beräknas motsvarande nivå.

Riksdagen har antagit propositionen om biståndsbedömt trygghetsboende för äldre (prop. 2017/18:273, bet. 2018/19:SoU4, rskr. 2018/19:11). Inspektionen för vård och omsorg föreslås i enlighet med denna proposition få i uppdrag att tillståndspröva och utöva tillsyn över boendeformen. För detta ändamål föreslås anslaget engångsvis ökas med 9,2 miljoner kronor för 2019 och beräknas öka med 2 miljoner kronor från 2020 och framåt.

Den 1 augusti 2018 trädde en ny lag och en ny förordning om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster i kraft som genomför det s.k. NIS-direktivet i svensk rätt. I förordningen utses Inspektionen för vård och omsorg som tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvårdssektorn. Mot denna bakgrund föreslår regeringen att resurser tillförs Inspektionen för vård och omsorg för ökade kostnader för tillsynsverksamheten. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* föreslås öka med 10 miljoner kronor för 2019. För 2020 och framåt beräknas motsvarande nivå.

Den tidigare beräknade minskningen av anslaget med 15 miljoner kronor för åtgärden ärendehantering och tillsynen med anledning av flyktingsituationen genomförs inte utan medel tillförs även för 2019.

Riksdagen har beslutat om ändring i Socialtjänstlagen (2001:453) som bland annat innebar att det för 2018 tillfälligt överfördes medel till Inspektionen för vård och omsorg för tillståndsprovning (prop. 2016/17:59, bet. 2016/17: SoU11, rskr. 2016/17:156). Denna tillfälliga överföring återgår till anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* och detta anslag minskas därmed.

Tabell 3.32 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor			
	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	684 305	684 305	684 305
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	7 922	17 328	25 539
Beslut	96 000	29 900	30 250
Överföring till/från andra anslag	-2 636	-2 672	-2 703
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	785 591	728 862	737 391

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 785 591 000 kronor anvisas under anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 728 862 000 kronor respektive 737 391 000 kronor.

3.6.13 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 främst genom avgifter, anslag och bidrag. Avgiftsfinansieringen är den största finansieringskällan och genererade 76,4 procent av intäkterna 2017. Anslagsintäkten utgjorde 15,5 procent, bidrag 7,9 procent och finansiella intäkter 0,1 procent. Under 2017 omsatte Läkemedelsverket cirka 854 miljoner kronor vilket var en ökning med 93 miljoner kronor från föregående år. De ökade intäkterna i jämförelse med föregående år beror huvudsakligen på ökade avgiftsintäkter om 62 miljoner kronor och bidragen som ökade med 33 miljoner kronor.

Tabell 3.33 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor				
Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2017	1 638	646 484	603 365	43 120
Prognos 2018	1 638	670 631	679 294	-8 663
Budget 2019	1 638	680 590	732 120	-51 530

4 Folkhälsopolitik

4.1 Omfattning

Inom avsnitt 4 Folkhälsopolitik redovisas i huvudsak åtgärder inom folkhälsoområdet med finansiering från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Avsnittet omfattar anslag för Folkhälsomyndigheten, insatser för vaccinberedskap, insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar samt Sveriges bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) och WHO:s ramkonvention om tobakskontroll. I avsnittet ingår även bidrag till frivilligorganisationer, alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaks-

politiska insatser samt insatser mot spelberoende.

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*.

Arbetet med folkhälsopolitiken är en central del i genomförandet av Agenda 2030, bl.a. genom dess tvärssektoriella angreppssätt.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2017	Budget 2018 ¹	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
2:1 Folkhälsomyndigheten	379	383	387	389	395	399
2:2 Insatser för vaccinberedskap	86	89	89	89	89	89
2:3 Bidrag till WHO	39	44	38	39	36	36
2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	74	76	75	76	76	76
6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	196	196	193	196	96	96
Summa Folkhälsopolitik	774	788	782	789	692	696

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406).

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).

Arbetet för en god hälsa i befolkningen sker bl.a. utifrån arbetet med jämställdhet mellan kvinnor och män respektive flickor och pojkar. Jämställd hälsa är ett delmål inom jämställdhetspolitiken.

4.4 Resultatredovisning

Utgångspunkten för folkhälsopolitiken är de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan och dessa finns inom olika sektorer och områden i samhället. Arbetet med att förbättra folkhälsan pågår därmed inom merparten av statens politikområden. Exempelvis ligger hantering av smitta mellan djur och människor, s.k. zoonoser, livsmedelsfrågor och bra matvanor inom utgiftsområdet för areella näringar, landsbygd och livsmedel (utg.omr. 23). Ytterligare områden i arbetet med folkhälsan är exempelvis jämställdhet (utg.omr. 13), trafik-säkerhet (utg.omr. 22), utbildning (utg.omr. 16), arbetsmarknad och arbetsliv (utg.omr. 14), miljö- och naturvård (utg.omr. 20) samt även utgiftsområdet för kultur, medier, trossamfund och fritid (utg.omr. 17) som även inrymmer stöd till idrott.

Folkhälsomyndigheten har ett särskilt ansvar inom folkhälsoområdet. Fler myndigheter bidrar dock till genomförandet av regeringens folkhälsopolitik.

Riksdagen antog i juni 2018 propositionen God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249). Där förstärks

jämlikhetsaspekten i folkhälsoarbetet, och folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur omvandlas från elva till åtta målområden. Dessa är:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

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 hälsofrämjande hälso- och sjukvård, skydd mot smittspridning, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, 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

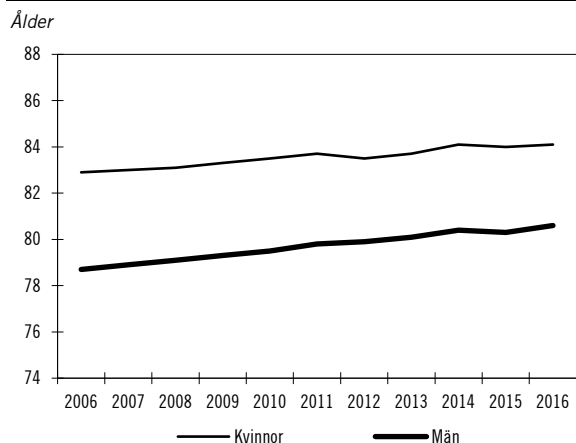
Resultatindikatorerna bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer. Indikatorer och bedömningsgrunder ska beakta kön och inkluderar ibland även andra relevanta parametrar, såsom socioekonomiska faktorer.

4.4.2 Resultat

Folkhälsan förbättras men är inte jämlik

Folkhälsan i Sverige har under många år haft en positiv utveckling. Medellivslängden år 2016 var ca 84 år för kvinnor och ca 81 år för män (diagram 4.1). Skillnaden mellan kvinnor och män har minskat. Sverige har den femte högsta medellivslängden i EU.

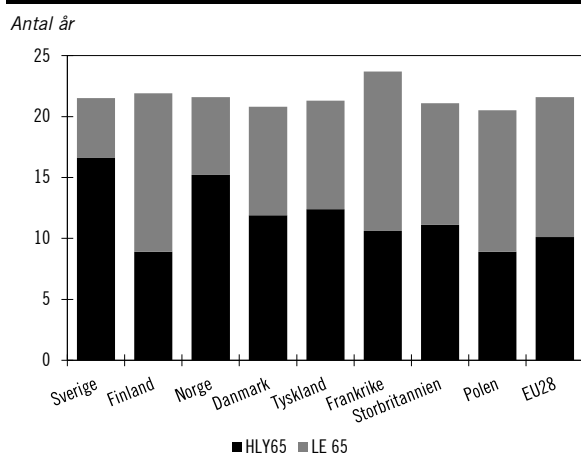
Diagram 4.1 Medellivslängd



Källa: Statistiska centralbyrån.

Antalet förväntade friska levnadsår vid 65 års ålder är i Sverige bland de högsta i Europeiska unionen (EU), såväl för män (15,7 friska år jämfört med EU-genomsnittet 9,4 år) som för kvinnor (16,8 år jämfört med EU-genomsnittet 9,4 år), se diagram 4.2 och 4.3.

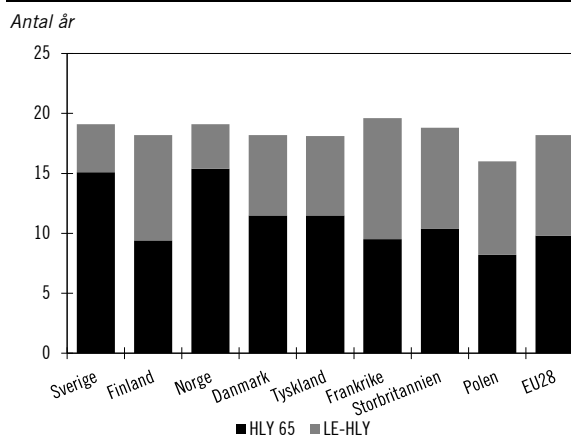
Diagram 4.2 Förväntad livslängd och återstående friska år för kvinnor vid 65 år



Källa: Eurostat

Anm: LE 65 betyder levnadsår efter 65 år, HLY65 betyder friska levnadsår efter 65 år.

Diagram 4.3 Förväntad livslängd och återstående friska år för män vid 65 år



Källa: Eurostat

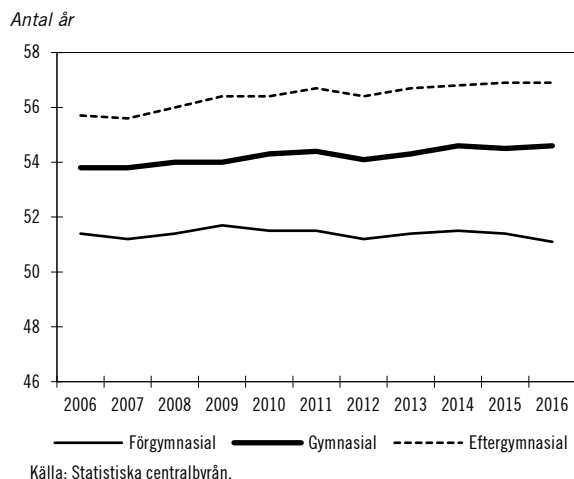
Anm: LE 65 betyder levnadsår efter 65 år, HLY65 betyder friska levnadsår efter 65 år.

Den självskattade hälsan, mätt som andelen som uppger gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd, har ökat de senaste åren. Män i åldern 16–84 år har, trots en högre dödlighet, bättre självskattat allmänt hälsotillstånd än kvinnor.

För vissa grupper i samhället har hälsoutvecklingen varit relativt oförändrad eller utvecklats långsammare jämfört med befolkningen som helhet. Detta har lett till ökad ojämlikhet i hälsa mellan grupper. Exempelvis har hbtq-personer, det samiska folket, personer som tillhör andra nationella minoriteter, personer med funktionsnedsättning och personer med utländsk bakgrund generellt sämre hälsa jämfört med den övriga befolkningen.

Skillnader i socioekonomiska förhållanden har betydelse för folkhälsans utveckling. Detta påvisas bl.a. genom de växande skillnaderna i hälsa mellan grupperna med enbart förgymnasial utbildning och grupperna med eftergymnasial utbildning. Skillnaderna i återstående medellivslängd vid 30 års ålder är 6,2 år för såväl kvinnor som män med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning (diagram 4.4 och 4.5). Dessa skillnader har ökat sedan 1980-talet.

Diagram 4.4 Återstående levnadsår vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, kvinnor



Insjuknande och dödlighet i folksjukdomar

De stora folksjukdomarna i Sverige är icke-smittsamma sjukdomar.

Insjuknande i stroke och hjärtinfarkt har minskat, medan insjuknande i cancer har ökat och förväntas fortsätta att öka även framöver (diagram 4.6).

Dödligheten i hjärtsjukdom, stroke och cancer har minskat (diagram 4.7) under den senaste tioårsperioden, men utgör fortfarande de främsta dödsorsakerna hos både kvinnor och män och står tillsammans för nästan två tredjedelar av alla dödsfall.

Livsvillkor och levnadsvanor påverkar insjuknande och dödlighet i icke-smittsamma sjukdomar.

Diagram 4.5 Återstående levnadsår vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, män

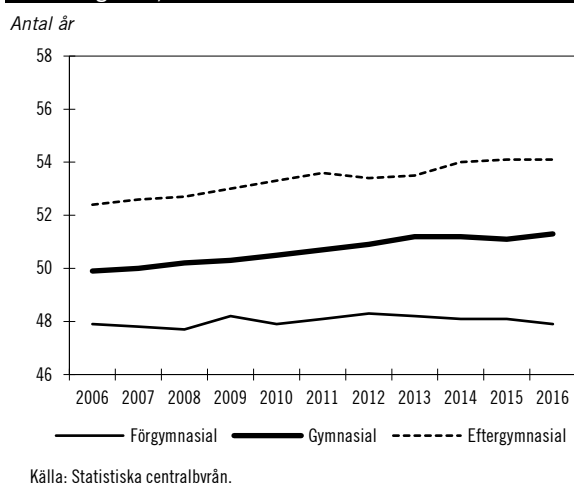
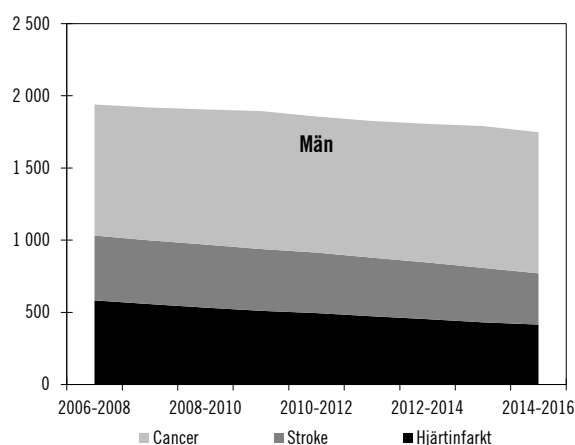
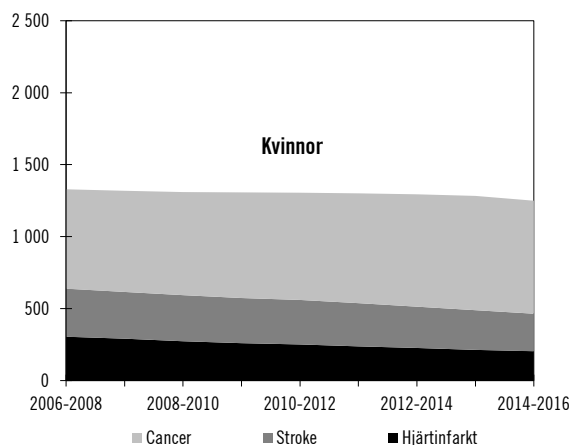


Diagram 4.6 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer

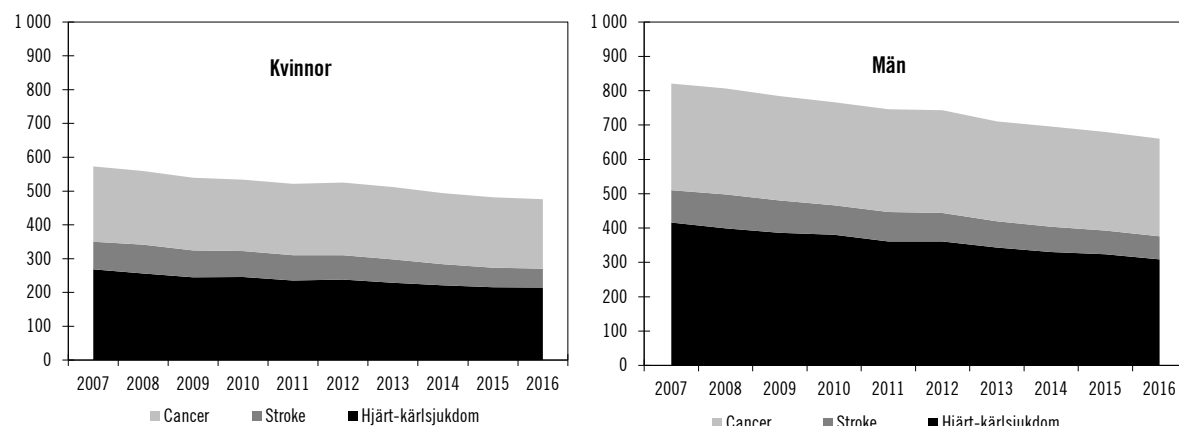
Antal insjuknande per 100 000 invånare.



Anm.: Data avser förstagsinfarkter och förstagsstroke, cancer avser nya fall. Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2016. Tre års glidande medelvärde. 2016 års värden för hjärtinfarkt och stroke är preliminära.
Källa: Socialstyrelsen.

Diagram 4.7 Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer

Antal döda per 100 000 invånare

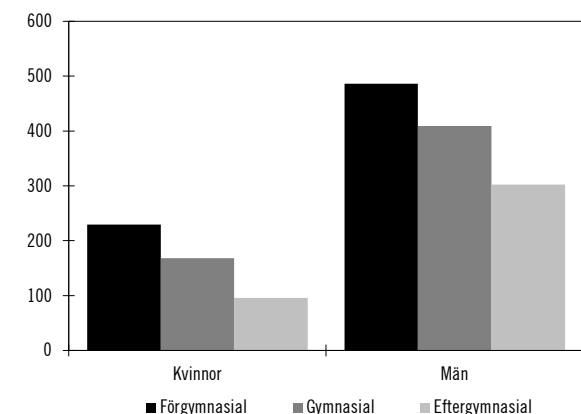


Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2010.
Källa: Socialstyrelsen

Insjuknande i hjärtinfarkt och dödlighet i hjärtsjukdom skiljer sig åt för kvinnor och män i olika socioekonomiska grupper (diagram 4.8 och 4.9). Socioekonomiska skillnader märks även avseende dödlighet i bröstcancer bland kvinnor och prostatacancer bland män (diagram 4.10 och 4.11).

Diagram 4.8 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, 35–79 år, utbildningsnivå

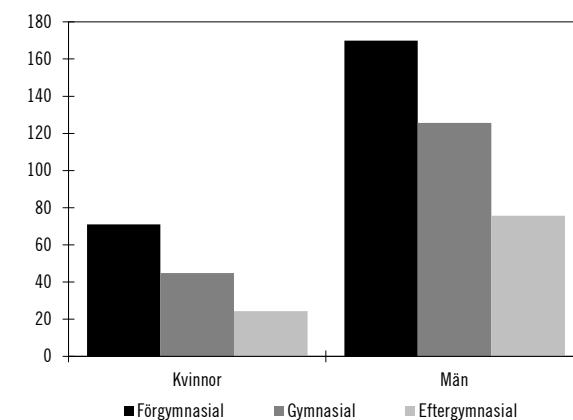
Antal insjuknande per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.
Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.9 Antal döda i ischemisk hjärtsjukdom, 35–79 år, utbildningsnivå

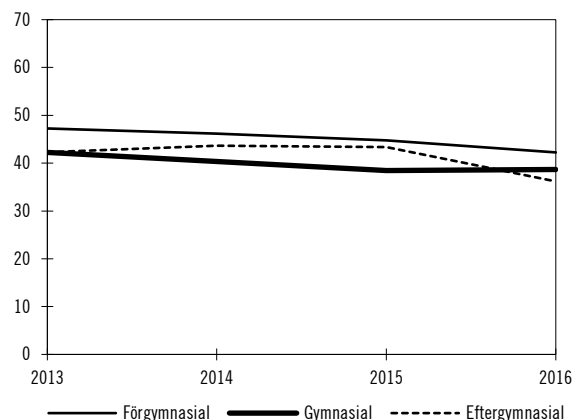
Antal döda per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.
Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.10 Antal fall per 100 000 för dödlighet i bröstcancer, 35–79 år, utbildningsnivå

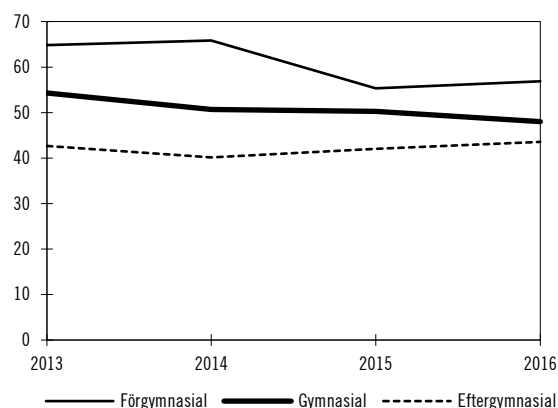
Antal döda per 100 000



Anm.: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.
Källa: Socialstyrelsen, Cancerregistret och Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.11 Antal fall per 100 000 för dödlighet i prostatacancer, 35–79 år, utbildningsnivå

Antal döda per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31
Källa: Socialstyrelsen, Cancerregistret och Dödsorsaksregistret.

Föroreningar, t.ex. farliga kemikalier och luftföroreningar, är den främsta orsaken till förtida dödsfall globalt och en viktig orsak till ohälsa. Se även utgiftsområde 20 Allmän miljö- och naturvård.

Psykisk ohälsa i befolkningen

Psykisk ohälsa är fortsatt ett stort samhällsproblem och den vanligaste orsaken till sjukskrivning.

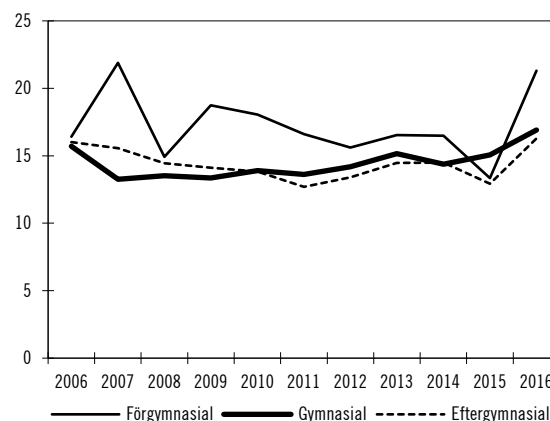
Under perioden 2006–2016 ökade andelen i befolkningen som uppger besvär av ängslan, oro eller ångest eller nedsatt psykiskt välbefinnande (diagram 4.12 och diagram 4.13). Andelen av befolkningen i åldern 16–84 år som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande 2016 var 16 procent.

Andelen som uppger besvär av ängslan, oro, ångest eller nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat bland unga (16–29 år). Totalt hade 43 procent av kvinnor och män i åldern 16–29 år besvär av ängslan, oro eller ångest 2016.

Under de senaste 20 åren har psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna i Sverige ökat i större omfattning än i övriga nordiska länder. Ökningen rör såväl självrapporterade psykiska besvär som diagnostiserade psykiska sjukdomar. Kännetecknande för ökningen i psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige är att den återfinns i hela ungdomspopulationen. Omkring 10 procent av flickor och pojkar samt unga män led av någon form av psykisk ohälsa 2016. Bland unga kvinnor är andelen 15 procent.

Diagram 4.12 Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, kvinnor 25–84 år

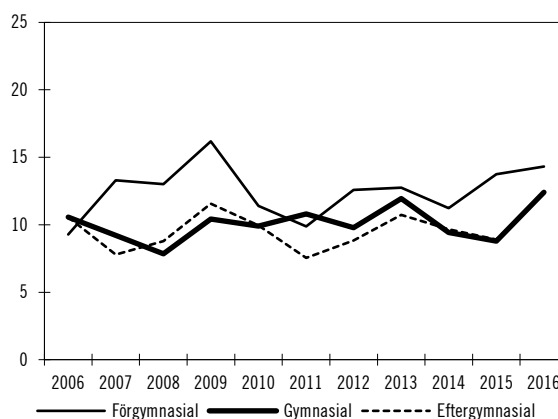
Procent



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Diagram 4.13 Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, män 25–84 år

Procent



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

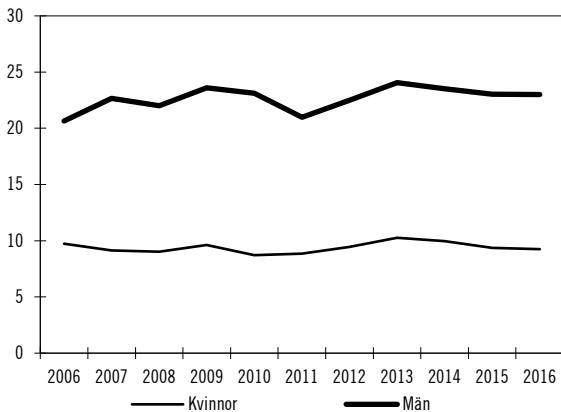
Suicid

Suicid, att avsiktligt ta sitt liv, är ett globalt folkhälsoproblem som går att förebygga. I Sverige har suicidtal minskat sedan 1980-talet, men fortfarande inträffar fler än 1 000 fall av suicid per år (diagram 4.14). Därutöver tillkommer årligen knappt 400 dödsfall där det funnits misstanke om suicid, men där suicidavsikten inte har kunnat styrkas.

I Sverige, liksom i andra höginkomstländer, är suicidtal två till tre gånger högre bland män än bland kvinnor. De flesta fallen av suicid sker bland medelålders och äldre män. Suicidtal var 2016 högst i åldersgruppen 80 till 84 år. Bland unga personer i åldern 15–29 år utgör suicid den vanligaste dödsorsaken. I vissa grupper av unga personer kan självmordsrisken vara förhöjd. Bland unga transpersoner mellan 15–19 år har ca 40 procent försökt ta sitt eget liv.

Diagram 4.14 Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare

Antal per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardiserade värden.
Källa: Socialstyrelsen

Jämlik hälsa och folkhälsopolitiskt ramverk

Regeringen tillsatte våren 2015 en kommission för jämlik hälsa. Kommissionen slutredovisade sitt arbete den 31 oktober 2017 (SOU 2017:47). Kommissionen anordnade bl.a. regionala konferenser, upprättade referens- och dialoggrupper samt hade direkt kontakt med kommuner, landsting och regioner, myndigheter, andra utredningar, det civila samhället och näringslivet.

I april 2018 överlämnade regeringen propositionen En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) till riksdagen. I propositionen anger regeringen utgångspunkter för folkhälsopolitiken och presenterar en omvandlad mål- och uppföljningsstruktur från elva till åtta målområden samt inriktning för folkhälsoarbetet inom de nya målområdena. Utgångspunkt för propositionens förslag är de betänkanden som lämnats av Kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2017:4; SOU 2016:55; SOU 2017:47). Riksdagen beslutade i juni 2018 om omformulering av det övergripande nationella folkhälsomålet och omvandling av folkhälsoarbetets målstruktur.

Folkhälsoarbete inom EU och internationellt

Folkhälsan främjas även genom arbete inom Europeiska unionen (EU) och internationellt.

EU:s hälsoprogram är Europeiska kommissionens finansieringsmekanism för åtgärder inom hälsoområdet. Nuvarande hälsoprogram pågår 2014–2020. Under 2018 har stöd från hälsoprogrammet gått till samarbetsprojekt i

Sverige och i andra medlemsstater bl.a. rörande främjande av hälsa och förebyggande av kroniska sjukdomar.

Internationellt främjas en bättre hälsa bl.a. genom arbete inom Världshälsoorganisationen (WHO). WHO:s nyligen antagna arbetsprogram för 2019–2023 lyfter fram vikten av det förebyggande hälsoarbetet och hälsans bestämningfaktorer, vilket skapar förutsättningar för ett mer kraftfullt internationellt folkhälsoarbete. Sveriges samarbete med WHO utgår från strategin för Sveriges samarbete med WHO 2016–2019.

Förstärka insatser för att möta den ökade psykiska ohälsan

Regeringen avsatte över 1,7 miljarder kronor 2018 för att förstärka arbetet med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. Strategin för psykisk hälsa 2016–2020 utgår från fem fokusområden: förebyggande och främjande arbete, tidiga insatser, enskildas delaktighet och rättigheter, utsatta grupper samt ledning, styrning och organisation.

Regeringen avsatte 1,4 miljarder kronor i överenskommelsen Insatser inom psykisk hälsaområdet 2018 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Medlen fördelas i huvudsak till landsting och kommuner för att förstärka huvudmännens insatser för att möta psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen inkom i maj 2018 med en uppföljning av överenskommelsen 2017. Socialstyrelsens redovisning visade bl.a. att länsordnarna, som har ett ansvar för samordning och information i länet, upplevde att fokus på psykisk hälsa har blivit mer påtagligt och ett helhetsperspektiv på psykisk hälsa har introducerats i länen.

När det gäller satsningen på ungdomsmottagningar i överenskommelsen visar Socialstyrelsens uppföljning att mer än 60 procent av medlen har använts till att utöka bemanningen på ungdomsmottagningarna. Övriga medel har använts till att på andra sätt stärka tillgängligheten. Redovisningen visar att utmaningar kvarstår bl.a. när det gäller kvaliteten på handlingsplaner och hur insatser som beskrivs i handlingsplanerna ska implementeras. Vidare visar Socialstyrelsens uppföljning på att villkor och mål behöver

ytterligare förtydligas i kommande överenskommelser.

Förebyggande arbete mot suicid

Folkhälsomyndigheten har ett särskilt uppdrag att bygga upp, utveckla och samordna det nationella arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga suicid i hela befolkningen. Myndigheten har 2018 fördelat 15 miljoner kronor till 29 ideella organisationer som bedriver främjande eller förebyggande arbete inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Regeringen gav i juni 2018 Folkhälsomyndigheten i uppdrag att förbereda och genomföra en informationsinsats i syfte att minska stigma kring psykisk ohälsa och suicid. I uppdraget ingår även att myndigheten ska fördela ytterligare 10 miljoner kronor till ideella organisationer som är verksamma inom området.

Folkhälsomyndigheten har även fått i uppdrag att genomföra en fördjupningsstudie samt fördela medel rörande psykisk hälsa och suicidprevention riktat till transpersoner

Asylsökandes och nyanländas hälsa

Regeringen har initierat insatser för att öka tillgängligheten till vård för asylsökande och nyanlända samt har vidtagit åtgärder för att stärka psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa hos barn och unga som är asylsökande eller nyanlända.

Röda Korset har, med ekonomiskt stöd från regeringen, under 2017 utvecklat och förstärkt olika verksamheter som arbetar hälsofrämjande för nyanlända och asylsökande.

Regeringen har avsatt 40 miljoner kronor 2018 till landstingen för förbättrad tillgång till insatser som syftar till att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga i gruppen asylsökande och nyanlända samt för att stärka arbetet med vård och behandling.

Dessutom har 17 ideella organisationer fått 10 miljoner kronor i verksamhetsbidrag för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga i migration.

Regeringen har i juli 2018 gett Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor i uppdrag att genomföra förstärkta informationsinsatser rörande hälsa, sexualitet och jämställdhet riktade till unga nyanlända och unga asylsökande (se vidare i utgiftsområde 13 Jämställdhet och nyanlända invandrades etablering)

Arbetet med psykisk ohälsa hos nyanlända och asylsökande beskrivs även i avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Skydd mot smittsamma sjukdomar

Globala hälsopot hot behöver förebyggas och hanteras
Hälsopot är traditionellt smittsamma sjukdomar, men även andra typer av biologiska, kemiska och nukleära hot ryms inom begreppet.

Hälsopot kännetecknas bl.a. av den gränsöverskridande dimensionen, ständigt förändrade smittämnen samt oförutsägbarhet. Tvärsektoriellt arbete enligt one health-konceptet är därför ofta nödvändigt, vilket bl.a. innebär att människors och djurs hälsa, miljö, forskning, utbildning, handel och internationellt utvecklingssamarbete involveras.

Det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) är ett legalt bindande ramverk för medlemsländerna inom Världshälsoorganisationen (WHO). Syftet är att förebygga, förhindra och hantera gränsöverskridande hälsopot. Trots att regelverket trädde i kraft för mer än tio år sedan finns fortfarande brister när det gäller medlemsstaternas efterlevnad av kraven i IHR. Inom ramen för WHO-samarbetet har regeringen därför ställt sig bakom en global implementeringsplan för IHR. Regeringen har även välkomnat det frivilliga verktyget som finns för att hjälpa länder att genomföra externa utvärderingar av hur väl IHR har implementerats.

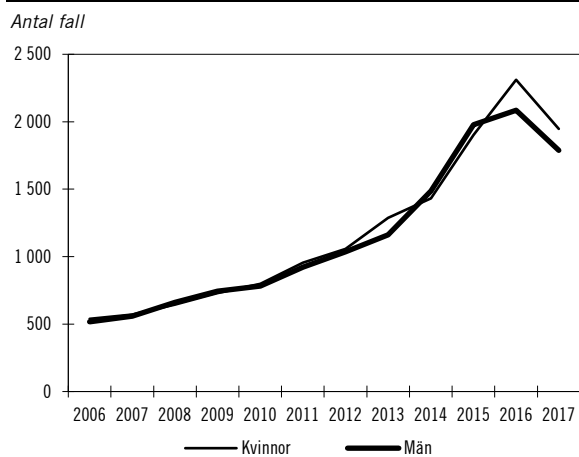
På EU-nivå täcks frågorna av EU:s Hälso- och säkerhetskommitté och dess undergrupper, som bland annat arbetar med risk- och krisbedömningar. Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) är här en central aktör, vars arbete och mandat på området är avgörande.

Antibiotikaresistens – ett växande globalt hälsopot
Antibiotikaresistens är ett gräns- och sektorsöverskridande hälsopot. Omfattningen av problemet ökar världen över. Sverige har en jämförelsevis god situation vad avser antibiotikaanvändning och förekomst av resistenta bakterier, trots vissa regionala skillnader.

Sverige påverkas dock av utvecklingen internationellt och även i Sverige ökar förekomsten av resistenta bakterier. Detta kan exemplifieras av utvecklingen vad gäller antalet anmälda fall av MRSA (meticillinresistenta gula stafylokocker)

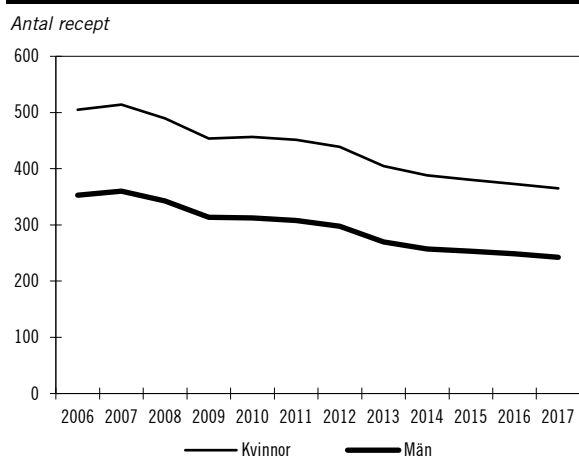
(diagram 4.15). Även om antalet fall minskade 2017 är trenden att antalen ökar över tid. Av de rapporterade fallen 2017 var 1 948 (52 procent) kvinnor och 1 787 (48 procent) män.

Diagram 4.15 Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokokker (MRSA)



Under 2017 minskade den totala antibiotikaförsäljningen på recept i öppenvård med knappt tre procent jämfört med 2016, från 318 recept till 309 recept per 1 000 invånare. Antibiotikaförsäljningen sjönk även i åldersgruppen 0–6 år efter att den ökade något under 2016. Antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare var 365 för kvinnor och 242 för män. Detta är en fortsättning på den minskning som pågått i flera år (diagram 4.16).

Diagram 4.16 Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare



Folkhälsomyndigheten redovisade i januari 2018 ett regeringsuppdrag angående långsiktiga konsekvenser till följd av antibiotikaresistens i svensk hälso- och sjukvård. Antalet fall med

anmälningspliktig resistens beräknas fördubblas till 2030 och mer än fyrfaldigas till 2050. Kostnaderna för antibiotikaresistens beräknas uppgå till drygt 4,3 miljarder kronor fram till 2030 och 15,8 miljarder kronor fram till 2050.

Antibiotikaresistens måste angripas tvärsektorielt, vilket innebär att bl.a. människors och djurs hälsa, miljö, forskning, utbildning och internationellt utvecklingssamarbete involveras. I mars 2017 beslutade regeringen om ett förnyat uppdrag angående en nationell samverkansfunktion som involverar mer än 20 myndigheter och icke-statliga aktörer. Folkhälsomyndigheten och Statens jordbruksverk, i samråd med samverkansfunktionen, redovisade i december 2017 en reviderad tvärsektorieell handlingsplan. Handlingsplanen omfattar perioden 2018–2020 och är i linje med den strategi för arbetet mot antibiotikaresistens som regeringen beslutade 2016.

För att främja tillgång till effektiv behandling av bakteriella infektioner har regeringen beslutat om olika uppdrag vad avser antibiotika. Exempelvis är Folkhälsomyndigheten, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Verket för innovationssystem (Vinnova) involverade. Arbetet omfattar ett uppdrag från oktober 2017 om att lämna förslag på åtgärder som skulle kunna vidtas av svenska aktörer i syfte att bidra till framsteg i arbetet beträffande incitamentsmodeller för att främja utveckling av nya antibiotika.

I juni 2018 beslutade regeringen även ett uppdrag om att genomföra en pilotstudie för att utvärdera den modell som tagits fram för att säkerställa tillgänglighet till vissa befintliga antibiotika av särskilt medicinskt värde. Härutöver redovisade Folkhälsomyndigheten i maj 2018 ett tidigare uppdrag om att utvärdera användningen av vissa antibiotika i syfte att undersöka om ytterligare effekt kan fås ur dessa. Av redovisningen framgår att flera studier fått stöd inom ramen för uppdraget och att det bidragit med kunskap om hur användningen av befintliga antibiotika kan optimeras inom hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av antibiotikaresistensfrågans gränsöverskridande karaktär har Sverige fortsatt verkat för att driva frågan framåt inom Europeiska unionen (EU) och internationellt. Folkhälsomyndigheten har t.ex. i uppdrag att ge stöd till internationellt arbete beträffande antibiotikaresistens och har av Världshälsoorganisationen (WHO) utsetts till ett samarbetscentrum till

WHO inom antibiotikaresistensområdet. Arbetet för en ökad miljöhänsyn i läkemedelslagstiftningen inom EU och internationellt är också angeläget ur ett antibiotikaresistensperspektiv (avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik).

Antibiotikaresistens behandlas även inom andra utgiftsområden, såsom Internationellt bistånd (utg.omr. 7), Utbildning och universitetsforskning (utg.omr. 16), Allmän miljö och naturvård (utg.omr. 20) och Areella näringar, landsbygd och livsmedel (utg.omr. 23).

Vaccinationsprogram

Folkhälsomyndigheten lämnar årligen en lägesrapport till regeringen om de nationella vaccinationsprogrammen. Den senaste rapporten visar bl.a. att vaccinationstäckningen är fortsatt hög och stabil. Det finns överlag i befolkningen ett högt förtroende för vaccinationsprogrammen. Statistik för 2017 visar att ca 97 procent av 2-åringarna är fullvaccinerade och av 13-åriga flickor har ca 80 procent vaccinerats mot HPV med minst en dos.

Vissa grupper i samhället har fortfarande en lägre vaccinationstäckning, vilket kan medföra risker för utbrott av t.ex. mässling.

I överenskommelsen Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018 ingår insatser för att informera föräldrar om nyttan med vaccination och även bemöta felaktig information och rykten som sprids om vaccinationer.

Regeringen beslutade i budgetpropositionen för 2018 att utöka det nationella allmänna vaccinationsprogrammet med vaccination mot rotavirus. Regeringen har emellertid avvaktat med ett beslut om att införa vaccination mot rotavirus i det nationella vaccinationsprogrammet då Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har framfört att ett sådant införande bör vänta tills möjligheten finns att screena för svår kombinerad immunbrist (SCID).

Hösten 2017 lämnade Folkhälsomyndigheten in ett beslutsunderlag till regeringen med förslag om att HPV-vaccination för pojkar ska ingå i det nationella vaccinationsprogrammet. Underlaget har remitterats.

Slutligen kan nämnas att Europeiska kommissionen publicerat ett meddelande på vaccinationsområdet våren 2018, om ett stärkt

samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination.

Hälso- och sjukvårdens beredskap

I avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik redovisas katastrofmedicin.

Ersättning till personer som har insjuknat i narkolepsi

Personer som fått narkolepsi, som med övervägande sannolikhet har orsakats genom användning av vaccinet Pandemrix, kan få ersättning för personskada, enligt lagen (2016:417) om statlig ersättning till personer som har insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccinering. Ersättningen hanteras i första hand av Läke-medelsförsäkringen och i andra hand av staten. Kammarkollegiet har ansvar för att pröva rätten till den statliga ersättningen. Till och med maj 2018 hade Läke-medelsförsäkringen och Kammarkollegiet mottagit 555 (300 flickor/kvinnor och 255 pojkar/män) respektive 160 (86 flickor/kvinnor och 74 pojkar/män) skadeanmälningar. Läke-medelsförsäkringen hade lämnat godkännande i 404 ärenden (206 flickor/kvinnor och 198 pojkar/män) och Kammarkollegiet hade lämnat godkännande i 79 ärenden (41 flickor/kvinnor och 38 pojkar/män). Härutöver har Narkolepsiföreningen Sverige beviljats ekonomiskt bidrag för 2011–2018 för att användas i föreningens verksamhet.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Prevention av ohälsosamma levnadsvanor bidrar till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård

Att förebygga sjukdomar är en central uppgift för hälso- och sjukvården. Prevention av ohälsosamma levnadsvanor kan i hög grad förebygga olika kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa och cancersjukdomar.

Socialstyrelsen har visat att arbetet med att stödja patienter som vill förändra ohälsosamma levnadsvanor fortfarande ligger på en låg nivå i förhållande till hur många som skulle ha nytta av ett sådant stöd. Skillnaderna mellan hur lands- tingen arbetar med detta är också förhållandevis stora.

För att stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården har regeringen lyft fram behovet av sådana insatser i flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), bl.a. i

överenskommelserna om psykisk hälsa och barnhälsovård m.m.

Socialstyrelsen har ett uppdrag att i samverkan med professionens organisationer stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor i landstingen.

Det preventiva och hälsofrämjande arbetet är av stor vikt för patienter med psykisk ohälsa och Socialstyrelsen har i uppdrag att stödja pilotverksamheter med en sådan inriktning i primärvården.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Sjukdomsstatistik från 2017 visar att den långvariga ökningen av klamydia verkar ha brutits. Spridningen av hiv i Sverige är mycket begränsad. Antalet fall av både hepatit B och hepatit C minskade 2017. För gonorré däremot sågs en kraftig ökning under 2017 från tidigare låga nivåer och en ökning skedde också av syfilis.

I december 2017 beslutade regeringen om en ny nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. I strategin understryks bl.a. vikten av långsiktigt förebyggande arbete, uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder samt att personer som lever med hivinfektion och andra målgrupper bör involveras i de preventiva insatserna. En mer jämställd och jämlik sexuell hälsa ska vara en prioritering i arbetet med de preventiva insatserna.

Under 2017 fördelade Folkhälsomyndigheten totalt drygt 74 miljoner kronor till organisationer med verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra sjukdomar, varav 39 miljoner kronor till aktörer på regional och lokal nivå. I maj 2018 beslutade regeringen förordning (2018:596) om statsbidrag till regionala och lokala ideella organisationer vars verksamhet är inriktad mot hiv/aids och vissa andra sjukdomar. Syftet med förordningen är att underlätta och förtydliga fördelningen av medel.

Folkhälsomyndigheten redovisade i mars 2018 ett regeringsuppdrag om att följa upp hälso- och sjukvårdens och domstolarnas kunskap om och tillämpning av kunskapsunderlaget Smittsamhet vid behandlad hivinfektion från 2013. I rapporten framgår bl.a. att infektionsläkare har goda kunskaper om att smittsamheten är minimal vid

välbehandlad hivinfektion, men att rutiner för t.ex. riskbedömning saknas på många kliniker.

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att analysera hur arbetet med att behandla, förebygga och förhindra smittspridning av hepatit C kan förbättras.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Regeringen beviljade i maj 2018 en ansökan från Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) om ca 3,8 miljoner kronor för att fortsätta samt utveckla ett projekt kring sexuell och reproduktiv hälsa riktat till kvinnor med migrantbakgrund. Projektet ska nu även omfatta mäns inställning till sexuella och reproduktiva rättigheter samt framtagandet av nya skraddarsydda utbildningar för tolkar. Regeringen har gett stöd till detta projekt sedan 2016. Under 2016 och 2017 har RFSU arbetat med att kartlägga målgruppens behov av information och kunskap inom sexuell och reproduktiv hälsa samt att ta fram och sprida kunskap som möter målgruppens specifika behov.

Regeringen har ingått flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om kvinnors hälsa och en stärkt förlossningsvård. Se vidare i avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Folkhälsomyndigheten lämnade i maj 2018 en delredovisning av regeringsuppdraget om att genomföra en befolkningsstudie om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Delredovisningen innehåller en beskrivning av uppdragets genomförande och metod samt planerad resultatrapportering av undersökningen, vilken beräknas ske under hösten 2018 och våren 2019.

I avsnitt 4 hälso- och sjukvårdspolitik beskrivs regeringens arbete med en ändrad könstillhörighetslag.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter behandlas även inom utgiftsområdet Internationellt bistånd (utg.omr. 7).

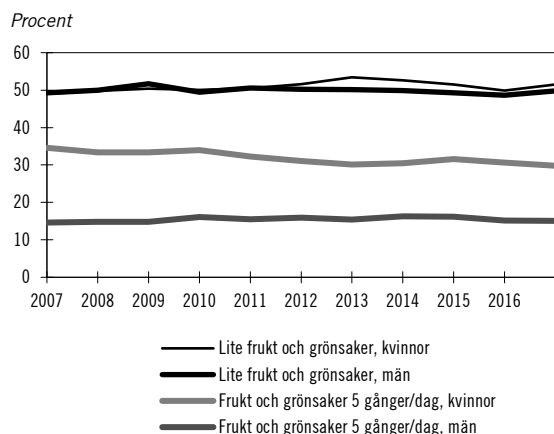
Matvanor och fysisk aktivitet

Bra matvanor förbättrar hälsan

Ohälsosamma matvanor är den största riskfaktorn för ohälsa och för tidig död i Sverige. Hälften av alla vuxna är överviktiga eller feta. Svenska konsumenter lägger mer pengar på godis än på frukt och såväl hälsa som matvanor är relaterade till socioekonomisk status. Från

1980 till 2016 har den totala energitillförseln från livsmedel (exklusive alkohol) ökat från 12 000 till 13 100 kilo Joule per person och dag. I diagram 4.17 och diagram 4.18 syns skillnader mellan konsumtion av frukt och grönt. Se mer om matvanor i avsnitt 2.5.3 en konkurrenskraftig och hållbar livsmedelskedja, utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel.

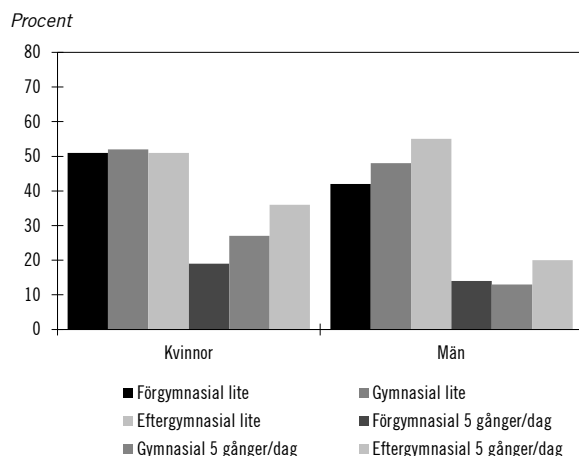
Diagram 4.17 Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år



Anm: Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

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



Anm: Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.

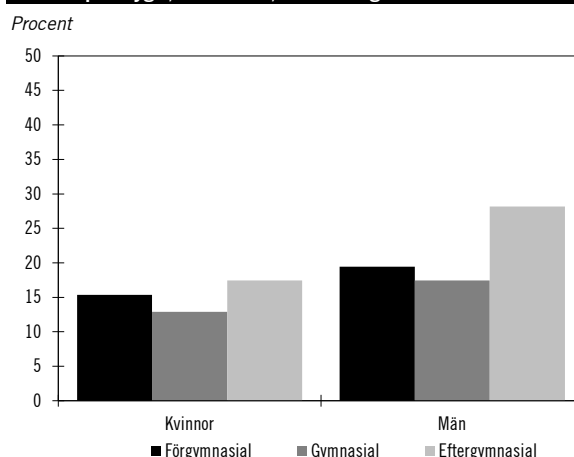
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Fysisk aktivitet och stillasittande fritid

Utvecklingen vad gäller fysisk aktivitet och stillasittande fritid har varit oförändrad eller negativ för de flesta grupper de senaste åren. Andelen i befolkningen med stillasittande fritid ökar något medan andelen som är fysiskt aktiva enligt den rekommenderade nivån är oförändrad.

I den särskilda Eurobarometern 472 om idrott och fysisk aktivitet ligger Sverige bra till i ett europeiskt perspektiv. I den svenska svarsgruppen uppger 67 procent att de regelbundet eller med viss regelbundenhet motionerar eller idrottar. Samtidigt uppger 15 procent att de aldrig motionerar eller idrottar, vilket är en ökning med 6 procentenheter mellan 2013 och 2017. Se vidare kring stillasittande och fysisk aktivitet i diagram 4.19 och diagram 4.20.

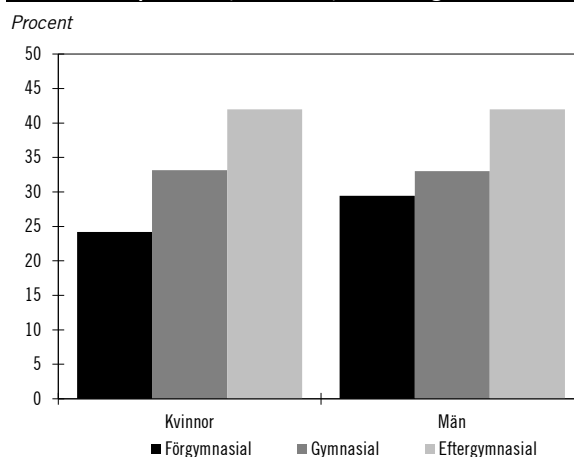
Diagram 4.19 Andel som anger att de sitter minst 10 timmar per dygn, 16–84 år, utbildningsnivå



Anm: Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Diagram 4.20 Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 300 minuter per vecka, 16–84 år, utbildningsnivå



Anm: Ålderstandardisering i 10-årsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Nytt mål för fysisk aktivitet och matvanor

För att stärka det långsiktiga arbetet med att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet har regeringen inom politikområdet Folkhälsa infört delmålet Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla.

Alkohol, narkotika, dopning och tobak

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

Målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken återfinns i avsnitt 1.3.

Den nationella strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020, även benämnd ANDT-strategin, omfattar sex mål som anger centrala områden för arbetet med dessa frågor på alla nivåer i samhället. Under varje mål anges ett antal prioriterade insatsområden.

Regeringen har låtit utveckla ett uppföljningssystem kopplat till strategins målstruktur för att kunna mäta effekterna av samhällets insatser. Ett hundratal indikatorer finns samlade i en databas som är tillgänglig på Folkhälsomyndighetens webbplats (www.andtuppfoljning.se).

Mål 1: Tillgång till alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak ska minska

Under 2017 uppgick alkoholkonsumtionen till 9,0 liter ren alkohol per invånare som är 15 år och äldre, vilket är en oförändrad nivå jämfört med 2016. Systembolaget är den största anskaffningskällan och stod för 63 procent av den alkohol som konsumerades, vilket är en liten minskning jämfört med 2016. Restaurangförsäljningen stod för 11 procent. Samtidigt ökade resandeförseln något och uppgick till 13,5 procent. Köp av smugglad alkohol stod för 4,6 procent, vilket är en minskning jämfört med 2016. Hemtillverkning stod för 2,3 procent och internethandeln för 1,3 procent. Antalet serveringsställen med stadigvarande serveringstillstånd för servering av spritdrycker, vin och starköl har legat relativt stabilt och uppgick 2017 till 18,4 per 10 000 invånare som är 15 år och äldre.

På narkotikaområdet gäller att samtidigt som priset på marijuana har ökat och priset på hasch varit stabilt, har gatupriserna på narkotika överlag minskat under tidsperioden 2000–2017. För de flesta substanserna har gatupriset varierat från år till år. Gatupriser kan till viss del spegla tillgången till narkotika. Låga priser indikerar hög tillgång.

Motsvarande prisstatistik för att följa tillgången till dopning saknas, och de data som finns har betydande brister. Kriminal- och beslagsstatistiken pekar emellertid på att det sedan 1990-talets början har byggts upp en marknad för inte minst anabola androgena

steroider (AAS) i Sverige. Bland elever i gymnasieskolans årskurs 2 svarar 8 procent att de skulle kunna få tag på anabola steroider inom 24 timmar vilket är en ökning med en procentenhet jämfört med 2016.

Antalet försäljningsställen av tobaksvaror har minskat kontinuerligt från 17 till 13 per 10 000 invånare under åren 2006 till 2016. De reala priserna för cigaretter ökade marginellt mellan 2016 och 2017 medan priserna minskade med 0,6 procentenheter för snus.

Mål 2: Antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel och tobak eller

debuterar tidigt med alkohol ska successivt minska
År 2017 uppgav 42,5 procent av flickorna och 36,6 procent av pojkarna i årskurs 9 att de druckit alkohol under de senaste tolv månaderna. Under de senaste åren har trenden varit tydligt nedåtgående bland elever i årskurs 9. Även i gymnasieskolans årskurs 2 har andelen som druckit alkohol under de senaste 12 månaderna minskat. Den totala mängden alkohol och berusningsdrickande har minskat, samtidigt som andelen ungdomar som anger att de druckit s.k. smuggelsprit under de senaste 12 månaderna varit relativt konstant.

År 2017 uppgav 5 procent av flickorna och 7 procent av pojkarna i årskurs 9 att de använt narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna. Sedan mitten av 1990-talet har nivån för årskurs 9 varierat mellan 5 och 10 procent. Under hela mätperioden har könsskillnaderna varit relativt små. Sedan 2004 har andelen flickor med narkotikaerfarenhet varit stabil runt 15 procent. För pojkarna syntes en ökning 2004–2010, men nivån tycks ha stabiliserats kring 20 procent.

Användningen av AAS och andra dopningspreparat bland barn och unga har minskat under senare år. Åren 2004–2017 sjönk andelen av pojkarna som någon gång använt AAS från 1,8 till 1,2 procent i årskurs 9 och från 1,4 till 0,9 procent i gymnasieskolans årskurs 2. Under denna period låg motsvarande andel för flickorna på ca 0,5 procent i årskurs 9 och ca 0,2 procent i gymnasieskolans årskurs 2.

År 2017 uppgav 7,9 procent av pojkarna och 12,8 procent av flickorna i årskurs 9 att de rökt under de senaste 12 månaderna och fortfarande röker. Detta är en minskning på ca 2 procentenheter för både pojkarna och flickorna sedan 2015. År 2017 uppgav 9 procent av

pojkar och 2 procent av flickorna i årskurs 9 att de snusat under de senaste 12 månaderna och fortfarande snusar, vilket ungefär motsvarar andelen för 2015.

År 2017 hade 35 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna i årskurs 9 provat e-cigarett någon gång. Jämfört med 2014 är detta en ökning på 10 respektive 8 procentenheter. Bland elever i årskurs 2 inom gymnasieskolan hade 43 procent av pojkarna och 34 procent av flickorna provat e-cigarett någon gång 2017. Jämfört med 2014 är detta en ökning på 16 respektive 13 procentenheter.

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

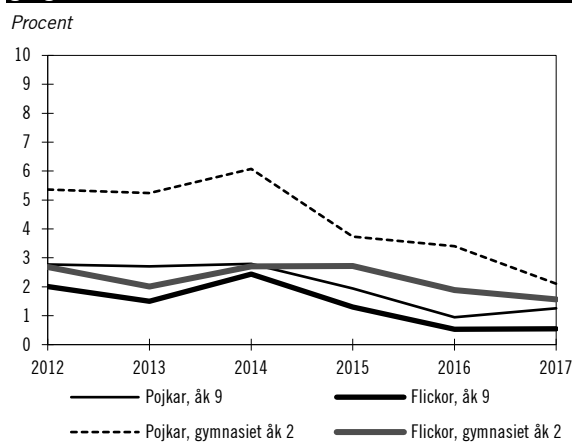
Under åren 2004–2016 minskade andelen män med riskkonsumtion av alkohol i befolkningen från 23 till 20 procent. Andelen kvinnor med riskkonsumtion förblev under samma tidperiod i stort sett oförändrad på 13 procent. Andelen pojkar och flickor med riskkonsumtion minskade 2012–2017 såväl i årskurs 9 som i gymnasieskolans årskurs 2.

Socialstyrelsens rapport Vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser, som publicerades i december 2017, visar att drygt fem miljoner personer besökte primärvården under 2016. Av dessa var det mindre än en procent som hade ett riskbruk dokumenterat i journalen och en lika liten andel av patienterna som hade fått någon av de åtgärder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor av alkohol.

Cannabis är den mest spridda narkotikan. Av de som uppgivit att de någon gång använt narkotika har den absoluta majoriteten använt cannabis. I början av 1990-talet hade knappt hälften av niorna som använt cannabis gjort det endast en gång. Från mitten av 1990-talet och framåt sjönk denna andel och 2017 uppgick detta till 28 procent i såväl årskurs 9 som i gymnasieskolan. Den långsiktiga trenden är således att volymen av cannabisanvändningen ökat, mätt i antalet konsumtionstillfällen. Åren 2004–2016 ökade cannabisanvändningen något i åldersgruppen 16–29 år, samtidigt som den fördubblades i åldersgruppen 30–44 år. Internationellt sett är cannabisanvändningen dock på mycket låga nivåer.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning har sedan en tid följt upp användningen av nätdroger. Fram till 2014 var det drygt 2 procent av eleverna i årskurs 9 som uppgav att de någon gång använt nätdroger samt ca 4 procent av eleverna i gymnasieskolan. Pojkar i gymnasieskolan som använt nätdroger var ca 6 procent 2014. Därefter har värdena legat under dessa nivåer. År 2017 uppgav 1 procent i årskurs 9 och knappt 2 procent i gymnasieskolans årskurs 2 att de använt nätdroger. Värdena för 2017 är signifikant lägre än för 2014 (diagram 4.21).

Diagram 4.21 Andelen elever i årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 2 som använt nätdroger någon gång.



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Det saknas data för utvecklingen över tid när det gäller bruk av AAS och andra dopningspreparat. För år 2016 uppgav dock en halv procent av den vuxna manliga befolkningen att de använt anabola androgena steroider (AAS) någon gång under sin livstid.

Andelen rökare minskade i alla åldersgrupper både bland kvinnor och män 2004–2016. År 2016 rökte 10 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–84 år och 8 procent av männen i samma åldersgrupp dagligen. Detta motsvarar en sammanlagd minskning med ca 1 procentenhet sedan 2015. Den dagliga rökningen är mest utbredd bland kvinnor i åldersgruppen 45–64 år.

Åren 2004–2016 minskade andelen dagligsnusare bland män från 22 till 18 procent. Samtidigt syns en tendens till ökning bland kvinnorna (från 3 till 4 procent). Att snusa var vanligast bland män i åldersgruppen 30–44 år. Snusning var minst vanligt bland kvinnor och män med eftergymnasial utbildning.

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 god kvalitet

Andelen som fått alkoholrelaterad öppen- eller slutenvård ökade 2006–2016 (från 502 till 576 per 100 000 invånare 15 år och äldre). Ökningen skedde inom den specialiserade öppenvården. Att få alkoholrelaterad vård var vanligast i åldersgruppen 50–64 år. Majoriteten av dem som vårdades var män (drygt 70 procent).

När det gäller äldre personer visar flera studier att alkoholkonsumtionen ökar bland personer 65 år eller äldre samt att det även har skett en stor ökning av andelen kvinnor och män 65 år eller äldre som vårdats på grund av skadligt bruk eller alkoholmissbruk inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten under de senaste tio åren.

Socialstyrelsen skriver i Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2018, att många kommuner saknar en helhetssyn och ett systematiskt arbetssätt när det gäller gruppen äldre med missbruk, t.ex. har inte merparten av kommunerna rutiner inom hemtjänsten för hur personalen ska agera om de misstänker eller upptäcker att en enskild äldre är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel.

Socialstyrelsens rapport Vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser, som publicerades i december 2017, visar att det är få kommuner som erbjuder stödprogram till närstående, boendeinsatser samt multiprofessionella team enligt rekommendationer i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag av regeringen att följa upp den treåriga satsningen för förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. 2014–2016. Uppföljningen lämnades i mars 2018 och visar bl.a. att hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att ta hand om personer som polisen för till en vårdinrättning varierar, både inom och mellan landstingen.

Antalet vårdade (i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård) med narkotikadiagnos ökade under åren 2006–2016 från 219 till 392 per 100 000 invånare över 15 år. Antalet vårdade män per 100 000 invånare ökade från 280 till 502 åren

2006–2016, och antalet vårdade kvinnor ökade från 155 till 276. Bland både män och kvinnor var det vanligast med vård i yngsta åldersgruppen 16–29 år.

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

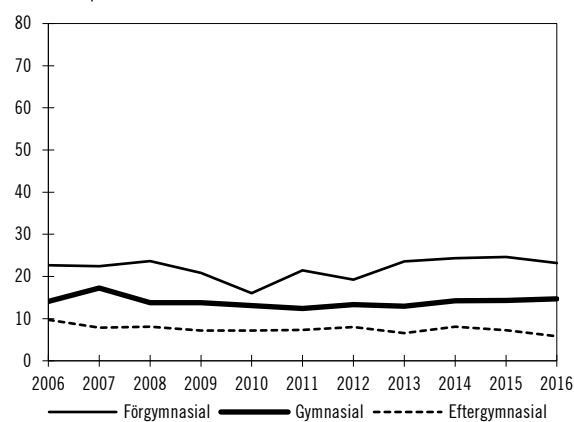
Mål 5: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska

Under åren 2012–2016 minskade andelen gravida kvinnor som uppgav att de hade en riskkonsumtion av alkohol från 8,9 procent till 5,6 procent i åldersgruppen 17–29 år. I åldersgruppen 30–49 år minskade riskkonsumtionen av alkohol från 4,2 procent till 3,2 procent.

Antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande orsak redovisas i diagram 4.22 och 4.23. Det är fler antal döda med explicit alkoholdiagnos bland personer med endast förgymnasial utbildning jämfört med övriga grupper.

Diagram 4.22 Antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak, kvinnor

Antal fall per 100 000 invånare

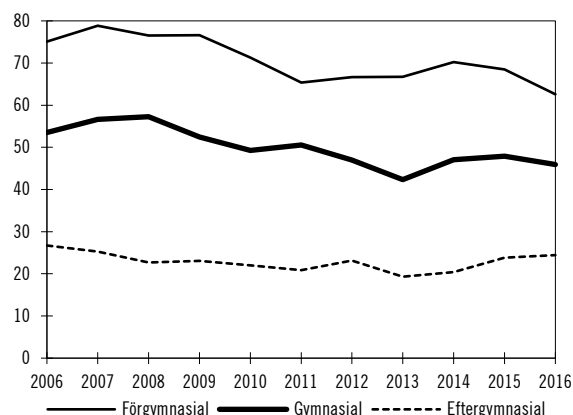


Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.23 Antalet döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak, män

Antal fall per 100 000 invånare



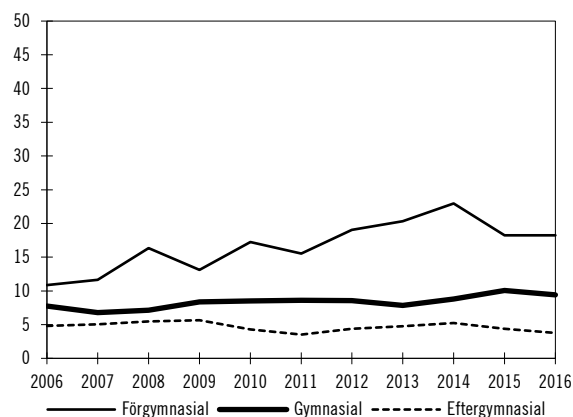
Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Antalet dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel per 100 000 invånare från 15 år och äldre har ökat under perioden 2006–2015, bland kvinnor från 1,8 till 4,2 och bland män från 4,5 till 11,7. Möjligen representerade år 2016 ett trendbrott då siffrorna sjönk till 3,5 dödsfall per 100 000 invånare bland kvinnor och till 10,5 bland män. Se vidare i diagram 4.24 och 4.25.

Diagram 4.24 Dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel eller narkotika, kvinnor

Antal fall per 100 000 invånare

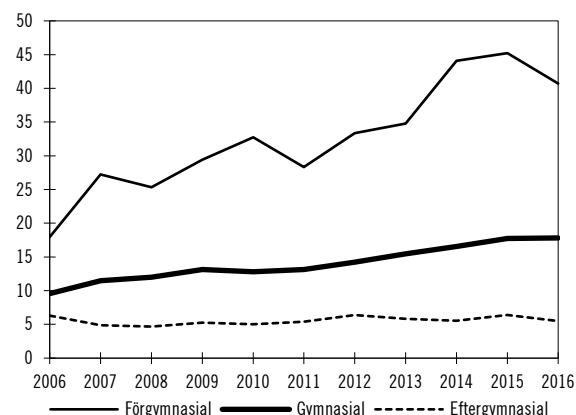


Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Diagram 4.25 Dödsfall i förgiftningar av narkotikaklassade läkemedel eller narkotika, män

Antal fall per 100 000 invånare



Anm: Åldersstandardisering har utförts med indelning i femårsgrupper efter fördelningen av Sveriges befolkning per den 2016-12-31.

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Andelen kvinnor som röker under graviditetsveckorna 30–32 har minskat mer eller mindre kontinuerligt sedan 2000. År 2015 rökte knappt fyra procent av gravida kvinnor och år 2016 var det drygt tre procent som rökte. Under samma tidsperiod ökade andelen snusare bland gravida något, från 0,5 procent 2000 till 0,7 procent 2016.

Under tidsperioden 2000–2016 dubblerades nästan antalet kvinnor som avlider årligen med diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Antalet män ligger på en högre nivå, men den har minskat något sedan 2010. Lungcancerdödligheten ökade bland kvinnor 2000–2016, medan den minskade bland män.

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

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

Under 2018 fortsatte förhandlingarna om kommissionens förslag på reviderat direktiv om audiovisuella medietjänster, AV-direktivet (2013/13/EU) och ett ändringsdirektiv kommer antas hösten 2018. Sverige har i förhandlingarna drivit frågan om en restriktiv reglering av alkoholreklam. Enighet har nu nåtts om en viss skärpning av bestämmelserna om utformning av alkoholreklam i beställ-tv. Det estniska ordförandeskapet satte gränsöverskridande alkoholfrågor högt på den politiska agendan inom EU under hösten 2017. Rådsslutsatser, som beslutades av rådet i december 2017, tar bl.a. upp vikten av att öka kunskapen om hur gränsöverskridande handel med alkoholdrycker kan påverka medlemsstaternas möjligheter att

bedriva en effektiv alkoholpolitik (2017/C 441/04).

Sverige verkar internationellt för en folkhälsoorienterad syn på narkotika, med utgångspunkt i politiken för mänskliga rättigheter. Uppföljningen av FN:s generalförsamlings särskilda session om narkotika (UNGASS) har diskuterats i slutet av 2017 och under 2018.

Den internationella narkotikapolitiska debatten har i större utsträckning kommit att betona folkhälsopolitiska perspektiv. Sverige har vid sammanträden i t.ex. FN:s narkotikakommission (CND) aktivt verkat för att insatser för att värna och förbättra hälsan ska bli ännu mer framträdande inom politikområdet. Sverige deltar också i det övergripande arbetet kring WHO:s ramkonvention om tobakskontroll

Centrala åtgärder inom ramen för ANDT-strategin

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

Uppdrag om illegal hantering av punktskattepliktiga varor

I oktober 2017 slutredovisade Tullverket, Polismyndigheten, Ekobrottsmyndigheten och Skatteverket ett regeringsuppdrag om att motverka illegal införsel av punktskattepliktiga varor, bl.a. alkohol och tobak. Inom alkoholområdet har myndigheterna fokuserat på de s.k. spritbussarna och på tobaksområdet på illegal hantering av rökbar tobak. Uppdraget har inneburit att samverka mellan flera myndigheter ökat och både administrativa åtgärder och lagstiftning används på ett effektivt sätt för att förhindra den illegala hanteringen (utgiftsområde 3 Skatt, tull och exekution).

Medel avsatta för förstärkt alkohol- och tobakstillsyn

Att alkohollagen (2010:1622) och tobakslagen (1993:581) upprätthålls i samband med folköls- och tobaksförsäljning samt alkoholservering utgör viktiga delar av en tillgänglighetsbegränsande alkohol- och tobakspolitik. I länsstyrelsernas tillsynsansvar ingår att stödja kommunernas arbete. Regeringen har avsatt 12 miljoner kronor årligen under 2017 och 2018 för förstärkt alkohol- och tobakstillsyn.

Ny förordning om statsbidrag inom alkohol, tobak och spel om pengar

En ny förordning om statsbidrag till telefon- och webbaserade stödinsatser inom områdena alkohol, tobak och spel om pengar ska tillämpas fr.o.m. 2018. Statsbidraget syftar till att främja tillgången till telefon- och webbaserade stödinsatser till personer med denna problematik samt erbjuda stödinsatser till dessa personers närstående. Regeringen avsatte 15 miljoner kronor under 2018 för detta ändamål.

Stärkt stöd till barn som anhöriga

Risken att behöva vårdas för eget missbruk är 4-7 gånger högre för flickor och pojkar med förälder som har sjukhusvårdats för missbruk. Regeringen har, med bl.a. detta som bakgrund, gett Socialstyrelsen i uppdrag att stärka stödet till barn som anhöriga. Uppdraget sträcker sig över strategiperioden, dvs. t.o.m. 2020.

Åtgärder mot narkotikarelaterad dödlighet

Regeringen gav i april 2017 i uppdrag till Läke- medelsverket att tillsammans med Socialstyrelsen utreda förutsättningarna för att på ett säkert och effektivt sätt minska dödligheten vid opioidöverdosering genom att öka tillgången till antidoter i form av naloxonläkemedel utanför hälso- och sjukvården. Av redovisningen 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.

Regeringen beslutade i oktober 2017 att ge Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen uppdrag avseende insatser för att minska narkotikarelaterad dödlighet. Uppdragen bestod bl.a. i att utreda förutsättningarna för ökad samverkan mellan myndigheter i syfte att genom ett varningssystem tidigt upptäcka substanser som plötsligt kan öka antalet dödsfall, utveckla riktad hälsoinformation om drogmarknaden och akuta risker m.m. till personer som brukar narkotika och att utveckla och ta fram kunskapsstöd om läkemedelsbehandling vid opiatberoende.

Tidigt fånga upp barn och unga med narkotikabruk

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en pilotstudie om de insatser som socialtjänsten ger för att erbjuda vård och behandling till barn och unga under 20 år som lagförts för brott till en påföljd som saknar vårdinslag. Studien bekräftar att det behövs mer

kunskap på området och föreslår vidare studier för att öka kunskapen om faktorer som har betydelse för att nå barn och unga med tidiga insatser.

Klassificering av nya psykoaktiva substanser

Regeringen har i propositionen Klassificering av nya psykoaktiva substanser (prop. 2017/18:221) föreslagit att Polismyndigheten får, på Folkhälsomyndighetens eller Läkemedelsverkets uppdrag, göra anonyma inköp av nya psykoaktiva substanser för att regeringen snabbare ska kunna klassificera sådana hälsofarliga substanser som förekommer på den svenska marknaden. Regeringen föreslår också att den som av grov oaktsamhet hanterar varor som omfattas av lagen (1999:58) om förbud mot vissa hälsofarliga varor ska kunna dömas till ansvar.

Regeringen gjorde i samma proposition bedömningen att regleringen av narkotika eller hälsofarliga varor inte bör ske genom generiska definitioner i den betydelsen att substanserna klassificeras utifrån deras kemiska grundstruktur. Regleringen av narkotika eller hälsofarliga varor bör heller inte ske genom verkansbaserade eller analoga definitioner. I propositionen föreslogs också att en ny bred analys av frågan bör initieras om vilka åtgärder som kan vidtas för att mer effektivt möta problemet med nya psykoaktiva substanser som inte utgör narkotika eller hälsofarliga varor. Analysen föreslogs innefatta möjligheterna att införa förbud mot hela grupper av likartade substanser.

Förebygga dopning inom motionsidrotten

Användningen av anabola androgena steroider (AAS) har legat på en relativt konstant och låg nivå under en följd av år. Olika studier visar att den typiska användaren är en man mellan 18 och 34 år som regelbundet styrketränar på gym. Regeringen har sedan 2016 årligen gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att stödja Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) i det dopningsförebyggande arbetet genom att vidareutveckla arbetsmetoden 100 % ren hårdträning. Fler än 600 gym- och träningsanläggningar arbetar enligt denna metod. Bland dessa finns såväl privata gym som föreningsdrivna gym inom Riksidrottsförbundet.

Ny lag om tobak och liknande produkter

Regeringen beslutade den 8 mars 2018 om propositionen Ny lag om tobak och liknande produkter (prop. 2017/18:156). I propositionen

lämnades förslag till lagändringar för att öka överskådligheten och förenkla tillämpningen i syfte att minska bruket av tobak samt motverka illegal handel med tobak. Rökförbud föreslås på fler allmänna platser för att avnormalisera rökning, framför allt för att skydda barn och unga från exponering av tobak, och bidra till att målen i regeringens ANDT-strategi uppnås. Vidare föreslås tillståndsplikt för försäljning av tobak, begränsningar i marknadsföringen av tobaksvaror på försäljningsställen, en minimireglering av antal portioner i snusförpackningar, förslag till genomförande av EU:s tobaksprodukt direktiv (2014/40/EU) samt förtydliganden av Folkhälsomyndighetens, Arbetsmiljöverkets och Konsumentverkets tillsynsansvar.

Genomförandet av EU:s tobaksprodukt direktiv

Sverige är skyldigt att genomföra tobaksprodukt direktivets (2014/40/EU) regler om spårbarhet och märkning av tobaksprodukter som syftar till att främja folkhälsan genom minskad tillgång till billiga och illegala tobaksvaror.

Regeringen beslutade i juni 2017 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att förstärka sin tillsyn med anledning av genomförandet av EU:s tobaksprodukt direktiv samt förbereda för genomförandet av tobaksprodukt direktivets bestämmelser om spårbarhet och märkning av tobaksprodukter (S2017/03738/FS).

Folkhälsomyndigheten lämnade i februari 2018 en delredovisning av uppdraget i vilken myndigheten gjorde en analys av hur kommissionens genomförandeakter och delegerade akter om säkerhetsmärkning och spårbarhet påverkar det svenska genomförandet. Folkhälsomyndigheten fick i mars 2018 ett utvidgat uppdrag att säkerställa att Sverige uppfyller direktivets krav på en nationell ID-utfärdare av identifieringskoder och unika identitetsmärken på tobaksprodukter samt ett nationellt system för säkerhetsmärkning av tobaksprodukter.

Uppdrag om tillsyn m.m. på tobaksområdet

Regeringen beslutade i juni 2017 att ge länsstyrelserna i uppdrag att förstärka sin tillsyn med anledning av genomförandet av EU:s tobaksprodukt direktiv och för att stärka tillsynen av rökfria skolgårdar (S2017/03738/FS).

Utöver uppdragen kring genomförandet av EU:s tobaksprodukt direktiv har regeringen även gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela

bidrag till tobaksförebyggande arbete och insatser som riktar sig till barn och ungdomar, samt att anordna en nationell tobakskonferens. I juli 2018 gav regeringen vidare Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela ytterligare 3 miljoner kronor i förstärkt organisationsbidrag till ideella organisationer som arbetar för att minska tobaksbruket i samhället.

Spel

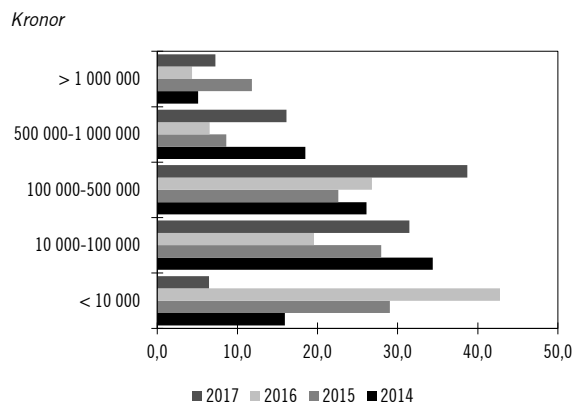
Målet för spelmarknaden är en sund och säker spelmarknad där sociala skyddsintressen och efterfrågan på spel tillgodoses under kontrollerade former. Cirka två procent av befolkningen mellan 16 och 84 år har ett problemspelande och ytterligare fyra procent har viss risk för spelproblem. Det är ofta redan utsatta grupper som drabbas. Särskilt utsatta är personer utan högskoleutbildning, personer som inte har hög inkomst och personer födda utanför Norden. Den totala spelmarknaden fortsätter samtidigt att växa och en tydlig trend är att spelbolag utan svenskt tillstånd tar marknadsandelar. Andelen personer som spelar fortsätter att minska men de som spelar spenderar mer pengar.

Nya spelbolag utan svenskt tillstånd etablerar sig på den svenska marknaden. Kasinospel online är ett spelområde som visar fortsatt stark tillväxt och som också understöds av kraftfull marknadsföring. Främjandeförbudet har prövats av Högsta förvaltningsdomstolen men avgörandet tycks inte ha fått någon märkbar effekt på mängden reklam. Den omreglering av spelmarknaden som träder i kraft 2019 innebär att alla som agerar på den svenska spelmarknaden ska göra det med behöriga licenser. Aktörer utan licens ska stängas ute. Spelen ska ha ett starkt konsumentskydd och de negativa effekterna av spelandet ska begränsas.

Stödlinjen som drivs av Centrum för psykiatrforskning med statligt stöd hade 5 610 inkommande kontakter under 2017, huvudsakligen från spelare och anhöriga. Av dessa besvarades 3 203 kontakter personligen av rådgivarna vilket var 9,2 procent fler än 2016. Mellan 2012 och 2017 har andelen som anger kasinospel online som sitt primära problemspel ökat från 25 procent till 65 procent. Av de spelare som ringde till Stödlinjen under 2017 uppgav 15 procent storleken på sin spelrelaterade

skuld. Bland dessa hade den största andelen, 39 procent, skulder mellan 100 000 och 500 000 kronor (diagram 4.26). I uppgifter som lämnades under 2016 framgick att drygt 92 procent av spelarna upplevde sitt psykiska mående som dåligt.

Diagram 4.26 Spelrelaterade skulder i kronor bland inringande spelare i procent



Källa: Stödlinjen för spelare och anhöriga, centrum för psykiatrforskning, Stödlinjens årsrapport 2017.

Den 1 januari 2018 trädde ändringar i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i kraft som bl.a. ger socialnämnden ansvar för att förebygga och motverka spelmissbruk samt ger hälso- och sjukvården ansvar för att ge råd och stöd till de barn som har föräldrar eller andra vuxna i hemmet som är spelmissbrukare.

Folkhälsomyndigheten verkar för samordning och kunskapsstöd på nationell nivå när det gäller insatser för att förebygga spelproblem. Myndigheten har även fördelat medel till förebyggande av spelproblem och dess sociala konsekvenser. Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd med rekommendationer som gäller stöd, vård och behandling av personer med spelmissbruk eller spelberoende.

4.5 Budgetförslag

4.5.1 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tabell 4.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

År	Utfall	379 206	Anslags-sparande	8 413
2017	Utfall	379 206	Anslags-sparande	8 413
2018	Anslag	383 014 ¹	Utgifts-prognos	386 729
2019	Förslag	389 209		
2020	Beräknat	394 564 ²		
2021	Beräknat	399 260 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 389 210 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 389 209 tkr i 2019 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 2017	27 800	27 400	400
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2018	26 600	28 900	-2 300
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2019	27 100	27 400	-300
(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

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2017		2 000	2 000	0
Prognos 2018		20 500	19 000	1 500
Budget 2019		20 000	20 500	-500

Folkhälsomyndigheten bedriver verksamhet i enlighet med förordningen (2014:425) om bekämpningsmedel. 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). Myndigheten ska ta ut avgifter från tillverkare och importörer av tobaksvaror samt elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare. Avgifterna regleras i förordning och disponeras av Folkhälsomyndigheten.

Regeringens överväganden

Tabell 4.5 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	383 014	383 014	383 014
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	6 195	11 550	16 246
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	389 209	394 564	399 260

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 389 209 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 394 564 000 kronor respektive 399 260 000 kronor.

4.5.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tabell 4.6 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	År	Slagslag	Belopp
2017	Utfall	85 723		Anslags-sparande	2 777
2018	Anslag	88 500 ¹		Utgifts-prognos	88 500
2019	Förslag	88 500			
2020	Beräknat	88 500			
2021	Beräknat	88 500			

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för insatser för vaccinberedskap för att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2019 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 368 000 000 kronor 2020–2024.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att säkerställa tillgång till vaccinbehandling för hela befolkningen vid en pandemi. Det innebär att staten genom avtal med en eller flera vaccintillverkare svarar för de årliga kostnaderna för att Sverige vid en pandemi ska ges möjlighet att få vaccin levererat.

I budgetpropositionen för 2016 bemyndigades regeringen 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. Folkhälsomyndigheten tecknade 2016 avtal med två vaccintillverkare till en kostnad av 85 miljoner kronor per år. De nuvarande avtalen är giltiga till och med april 2020. Under 2019 bör arbete genomföras i syfte att teckna ett eventuellt nytt avtal. Ett eventuellt nytt avtal beräknas löpa över fyra år dvs. från maj 2020 till och med april 2024.

Regeringen bör därför bemyndigas att under 2019 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 368 000 000 kronor 2020–2024.

En framtida vaccination kan ge följder som inte är möjliga att förutsäga i dagsläget, vilket skulle kunna leda till vissa åtaganden i framtiden. Regeringen kan behöva återkomma till riksdagen avseende dylika framtida åtaganden.

Tabell 4.7 Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021	Beräknat 2022–2024
Ingående åtaganden	198 000	113 000			
Nya åtaganden	0	340 000			
Infriade åtaganden	-85 000	-85 000	-85 000	-85 000	-198 000
Utestående åtaganden	113 000	368 000			
Erhållet/föreslaget bemyndigande	113 000	368 000			

Regeringens överväganden

Anslaget kommer utöver avtalskostnader på grund av betalningar till vaccintillverkare också att belastas för att täcka kostnader som Folkhälsomyndigheten har för att hantera vaccinavtalet och för förberedande åtgärder för att ta emot vaccin vid en influensapandemi.

Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	88 500	88 500	88 500
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	88 500	88 500	88 500

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18: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 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 88 500 000 kronor respektive år.

4.5.3 2:3 Bidrag till WHO

Tabell 4.9 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2017		38 933	-3 443
2018	Anslag	43 665 ¹	38 025
2019	Förslag	38 665	
2020	Beräknat	35 665	
2021	Beräknat	35 665	

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 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 till WHO påverkas även av valutakursen för den svenska kronan. Sveriges medlemsavgift till WHO för 2019 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 uppgår till ca 56 000 amerikanska dollar för 2019.

Regeringens överväganden

Till följd av en försämrad valutakurs för den svenska kronan 2018 ökades anslaget engångsvis med 8 miljoner kronor 2018. Därtill ökades anslaget permanent med ytterligare 1 miljon kronor med anledning av att WHO:s medlemsstater beslutade att höja medlemsavgiften med tre procent.

Med anledning av den nuvarande valutakursen för den svenska kronan föreslås anslaget öka med 3 miljoner kronor 2019 jämfört med tidigare beräkning i budgetpropositionen för 2018, för att möjliggöra inbetalning av den svenska medlemsavgiften till WHO.

Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:3 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	43 665	43 665	43 665
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-5 000	-8 000	-8 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	38 665	35 665	35 665

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 38 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 35 665 000 kronor respektive år.

4.5.4 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tabell 4.11 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2017	Utfall	74 135		1 367
2018	Anslag	75 502 ¹	Utgifts-prognos	74 596
2019	Förslag	75 502		
2020	Beräknat	75 502		
2021	Beräknat	75 502		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

4.5.5 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tabell 4.13 Anslagsutveckling 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2017	Utfall	195 611		18 018
2018	Anslag	195 629 ¹	Utgifts-prognos	193 281
2019	Förslag	195 629		
2020	Beräknat	95 629		
2021	Beräknat	95 629		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 4.12 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	75 502	75 502	75 502
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	75 502	75 502	75 502

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18: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 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 75 502 000 kronor respektive år.

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

Den samlade strategin för alkohol-, narkotika-, dopning- och tobakspolitiken pågår sedan 2016 och sträcker sig till och med 2020. I enlighet med denna tidsperiod sker en succesiv nedtrappning och i budgetpropositionen för 2018 aviserades att anslaget skulle minska med 30 miljoner kronor 2019 jämfört med 2018. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att tidigare beräknad minskning uteblir, se avsnitt 2. Under 2020 beräknas anslaget minska med 100 miljoner kronor jämfört med 2018 och under 2021 beräknas oförändrad anslagsnivå jämfört med 2020.

Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 6:1 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	195 629	195 629	195 629
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut		-100 000	-100 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	195 629	95 629	95 629

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 195 629 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 95 629 000 kronor respektive år.

5 Funktionshinderspolitik

5.1 Omfattning

Funktionshinderspolitiken är tvärspektoriell och finansieras främst 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 det nationella funktionshinderspolitiska målet. Vidare omfattar området bidrag till funktionshindersorganisationer.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom funktionshinderspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2017	Budget 2018 ¹	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
<i>Funktionshinderspolitik</i>						
3:1 Myndigheten för delaktighet	58	59	60	60	61	62
3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	189	189	189	189	189	189
Summa Funktionshinderspolitik	246	248	249	249	250	250

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anm: Summan av utgifterna i tabellen kan skilja sig från totalen på grund av avrundningsfel.

5.3 Mål för området

Funktionshinderspolitiken omfattar det mål som anges i propositionen Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

Genomförandet av funktionshinderspolitiken ska inriktas mot de fyra områdena:

- principen om universell utformning,
- befintliga brister i tillgängligheten,
- individuella stöd och lösningar för individens självständighet och
- att förebygga och motverka diskriminering.

5.4 Resultatredovisning

Regeringens funktionshinderspolitik utgår från Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter. Funktionshinderspolitiken är 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.

Funktionshinderspolitiken är tvärssektoriell och stöd och insatser för tillgänglighet och del-

aktighet för personer med funktionsnedsättning, redovisas närmre inom respektive utgiftsområde.

5.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Regeringen beslutade i december 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av styrningen inom funktionshinderspolitiken (dir. 2017:133). Utgångspunkten ska vara det nya nationella målet och den nya inriktningen för funktionshinderspolitiken som utgår från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Utredaren ska bl.a. beskriva tillämpningen av principen om universell utformning, föreslå effekt- och resultatmål för samhällsområden, se över de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av funktionshinderspolitiken och föreslå hur långsiktig uppföljning för målen inom funktionshinderspolitiken bör utformas. Utredningen har antagit namnet Styretredningen för funktionshinderspolitiken (S 2017:09). Uppdraget ska redovisas senast den 31 januari 2019.

Eftersom effekt- och resultatmål för samhällsområden och långsiktig uppföljning för målen inom funktionshinderspolitiken är under beredning, har Myndigheten för delaktighet (MFD) inte lämnat sedvanlig redovisning av utvecklingen inom 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, sysselsättning) och
- antal diskrimineringsärenden hos Diskrimineringsombudsmannen (DO).

5.4.2 Resultat

Riksdagen beslutade i november 2017 om nytt nationellt mål för funktionshinderspolitiken med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt. Vidare beslutades om en ny inriktning för genomförandet av funktionshinderspolitiken. Regeringen aviserade i detta

sammanhang även en kommande utredning som borde ges i uppdrag att se över styrningen av funktionshinderspolitiken. Som nämns tidigare har regeringen enligt detta beslutat att en särskild utredare bl.a. ska se över styrningen inom funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

Stor andel utanför arbetskraften

Av tabell 5.2 framgår att sysselsättningen är lägre bland kvinnor och män med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen. Vidare har personer med funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga en lägre sysselsättningsgrad än övriga personer med funktionsnedsättning. Mönstret har varit detsamma sedan 2013. På grund av låg tillförlitlighet i statistik som avser skillnader mellan kvinnor och män redovisas inte denna.

Tabell 5.2 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
2017	62,3	56,2	74,2	80,9	78,2

Källa: SCB/AKU

*) Statistiken är inte helt tillräcklig för samtliga delgrupper för att kunna redovisas efter kön.

Som framgår av tabell 5.3 tillhör en mindre andel personer med funktionsnedsättning arbetskraften i jämförelse med befolkningen som helhet. Kvinnor med funktionsnedsättning har i högre utsträckning nedsatt arbetsförmåga än vad män med funktionsnedsättning har. 84 procent av den totala befolkningen mellan 16 och 64 år ingår i arbetskraften och bland samtliga personer med funktionsnedsättning är motsvarande andel 68 procent. Bland personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga är det 62 procent som ingår i arbetskraften. I denna grupp finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan män och kvinnor.

Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan män och kvinnor med funktionsnedsättning när det gäller andel sysselsatta. En majoritet av kvinnor och män med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga uppger att de skulle kunna utföra ett arbete om de fick tillgång till stöd eller anpassning. På grund av låg tillförlitlighet i statistik som avser skillnader mellan kvinnor och män redovisas inte denna. (SCB/AKU).

Tabell 5.3 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
2017	68,2	62,4	79,7	86,7	83,9

Källa: SCB/AKU

*) Statistiken är inte helt tillräcklig för samtliga delgrupper för att kunna redovisas efter kön.

Utbildningsnivån fortfarande lägre

Av tabell 5.4 framgår att kvinnor och män med funktionsnedsättning i genomsnitt har 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. Motsvarande statistik från tidigare år visar att utbildningsnivån inom respektive grupp har ökat sedan 2013 men att skillnaderna kvarstår. En mindre andel män (ca 24 procent) än kvinnor (35 procent) med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga har eftergymnasial utbildning (SCB/AKU). Detta gäller även för kvinnor och män med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga (män 26 procent, kvinnor 46 procent). En större andel män (48 procent) än kvinnor (29 procent) med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga, har gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå.

Tabell 5.4 Högsta utbildningsnivå *

Procent			
	Förgymnasial nivå	Gymnasial nivå	Eftergymnasial nivå**
Personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga	16,3	53,3	30,1
Personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga	24,3	40,4	34,7
Övriga	13,1	39,3	46,3

Källa: SCB/AKU

*) Statistiken är inte tillräcklig för samtliga delgrupper för att kunna redovisas efter kön.

**) Eftergymnasial utbildning kan t.ex. vara utbildning inom högskola, folkhögskola, yrkeshögskola m.m.

Antalet anmälningar avseende diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning har ökat

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. År 2016 inkom 613 anmälningar om diskriminering som har samband med funktionsnedsättning medan antalet har ökat till 681 år 2017. Anmälningarna som rör funktionsnedsättning har främst handlat om diskriminering inom arbetslivet, utbildningsområdet samt tillgången till varor och tjänster. Ett betydande 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 tillträdet till lokaler eller tillgång till tjänster. Anmälningarna som handlade om bristande tillgänglighet steg från 198 år 2016 till 259 år 2017 (dessa uppgifter särredovisas dock inte i tabellen). Det finns inga uppgifter om hur stor andel av anmälningarna som gäller kvinnor respektive män.

Tabell 5.5 Inkomna anmälningar avseende diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning*, **

Samhällsområde	2014	2015	2016	2017
Arbetslivet	117	88	118	116
Arbetsförmedling m.m.	12	24	20	24
Medlemskap i arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer m.m.	3	1	6	3
Näringsverksamhet samt yrkesbehörighet	0	1	2	0
Utbildning	82	135	146	129
Hälsa- och sjukvård	42	77	75	84
Socialtjänst	62	102	55	76
Varor, tjänster och bostäder	111	203	139	185
Socialförsäkring m.m.	12	16	18	27
Offentlig anställning	20	33	31	35
Värnplikt	0	0	3	2
Totalt	461	680	613	681

*) Totalen anger inte unika anmälningar eftersom fler diskrimineringsgrunder kan anges i en och samma anmälan och i vissa anmälningar anges inte diskrimineringsgrund alls.

**) Statistiken är inte tillräckligt tillförlitlig för att kunna särredovisas efter kön.

Källa: Diskrimineringsombudsmannen

Barn med funktionsnedsättning

Stiftelsen Allmänna Barnhuset har ett pågående regeringsuppdrag som handlar om att kartlägga våld mot barn. Kartläggningen visar att barn med funktionsnedsättning är en särskilt utsatt grupp. Regeringens handlingsplan 2016–2018 till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp antogs i juni 2016 och är en av regeringens åtgärder i arbetet mot våld mot barn. Inom ramen för handlingsplanen har regeringen tilldelat Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för att genom ett utvecklingsprojekt ta fram en modell för stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp, sexuellt våld och annat fysiskt våld. Utvecklingsprojektet ska genomföras med ett tydligt fokus på jämställdhetsperspektiv. Även barn med funktionsnedsättning bör beaktas. Projektet ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

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 uppfylla de rättigheter som slås fast i konventionen. För att stödja funktionshindersonsorganisationerna i deras arbete för full delaktighet och jämlikhet i samhället för personer med funktionsnedsätt-

ning har funktionshindersorganisationerna 2017 beviljats ca 189 miljoner kronor i statsbidrag i enlighet med förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. Socialstyrelsen fick i november 2016 i uppdrag av regeringen att göra en översyn av regelverket och inriktning av förordningen i samråd med representanter från funktionshinderrörelsen. Översynen slutredovisades den 15 december 2017.

Hjälpmedel

Hjälpmedelsutredningens betänkande På lika villkor! – delaktighet, självständighet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen (SOU 2017:43) har remitterats. För att belysa eventuella oskäliga skillnader i hjälpmedelsförsörjning gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att under 2018 kartlägga och sprida exempel på systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2019.

Välfärdsteknik i funktionshinderspolitiken

Regeringen beslutade 2018 att Myndigheten för delaktighet (MFD) skulle fortsätta att stödja kommunernas arbete att införa välfärdsteknik för att ge personer med funktionsnedsättning möjlighet till ökad delaktighet och självständighet (S2017/07302/FST). MFD redovisar i rapporten Digital teknik som verktyg för ökad delaktighet och inkludering, redovisning av ett regeringsuppdrag om stöd till kommuner 2017 (MFD 2018:3), att kännedomen om många produkter och tjänster som redan finns inom välfärdsteknikområdet skulle behöva öka och att verksamheter som arbetar med att främja innovation behöver samordnas på ett bättre sätt.

Förbättrad tolktjänst inom arbetslivet

Regeringen beslutade den 20 juni 2018 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att administrera och fördela medel till landstingen till ökade möjligheter till tolktjänst i arbetslivet 2018–2020 för personer med dövhet, dövblindhet eller som har nedsatt hörsel. I uppdraget ingår även att löpande följa upp utnyttjandet av medlen (S2016/02162/FST, S2018/03798/FST). Regeringen beslutade samma dag att ge Myndigheten för delaktighet (MFD) i uppdrag att under 2018–2020 informera arbetsgivare samt andra berörda aktörer om ansvar och insatser för att tillhandahålla tolk och andra stöd. I uppdraget ingår även att informera om teknik och tjänster, främja utveckling och innovation samt redovisa

goda exempel (S2016/02162/FST, S2018/03798/FST). För närmare redovisning av åtgärder avseende funktionshinder inom arbetsmarknadsområdet och om utredningen om flexibla insatser (exempelvis flexjobb) för att förbättra möjligheten för personer med funktionsnedsättning att få och behålla ett arbete, se utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv.

Statistiska centralbyrån (SCB) har 2018 getts i uppdrag att med utgångspunkt i det nationella målet för funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188), samt målen för Agenda 2030, redovisa data för att möjliggöra uppföljning av levnadsvillkoren för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning. I uppdraget ges SCB möjlighet att bl.a. lämna förslag till hur befintliga data i större utsträckning kan användas för att följa upp funktionshinderspolitiken samt kostnader för detta.

5.5 Budgetförslag

5.5.1 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tabell 5.6 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tusental kronor

2017	Utfall	57 587	Anslags- sparande	2 011
2018	Anslag	59 348 ¹	Utgifts- prognos	60 351
2019	Förslag	59 951		
2020	Beräknat	60 786 ²		
2021	Beräknat	61 527 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 59 951 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 59 951 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas av Myndigheten för delaktighets (MFD) förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	59 348	59 348	59 348
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	603	1 438	2 179
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	59 951	60 786	61 527

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 59 951 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 60 786 000 kronor respektive 61 527 000 kronor.

5.5.2 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tabell 5.8 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2017		188 742	
2018	Anslag	188 742 ¹	188 742
2019	Förslag	188 742	
2020	Beräknat	188 742	
2021	Beräknat	188 742	

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 2019–2021 för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	188 742	188 742	188 742
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	188 742	188 742	188 742

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18: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 2019. För 2020 och 2021 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), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, 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

Staten har ett övergripande ansvar för verksamheten och utför 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 landsting. 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 2019 till 2021 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster minska med ca 1 454 miljoner kronor. Utgifterna för statlig assistansersättning som är den största utgiftsposten beräknas öka med ca 1 430 miljoner kronor.

Regeringens tidsbegränsade satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen skulle ha upphört 2019 men med de principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att denna satsning fortsätter även under 2019. Därför beräknas anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och andra åtgärder inom äldreområdet* minska med 2 000 miljoner kronor mellan 2019 och 2020. 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 Politik för sociala tjänster beräknas 2018 till 30 610 miljoner kronor. Det understiger anvisade medel med 1 630 miljoner kronor. Detta förklaras huvudsakligen av lägre kostnader i den statliga assistansersättningen än vad som beräknades 2017 och som låg till grund för anslagsnivån 2018.

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster

Miljoner kronor

	Utfall 2017	Budget 2018 ¹	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
<i>Politik för sociala tjänster</i>						
4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	24	24	25	25	25	25
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	389	768	757	768	768	753
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	162	263	163	263	263	263
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	23 310	25 693	24 432	24 487	25 183	25 917
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	2 302	2 877	2 744	2 517	517	505
4:6 Statens institutionsstyrelse	994	1 083	1 044	1 132	1 147	1 163
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	758	1 531	1 444	1 506	1 056	588
Summa Politik för sociala tjänster	27 940	32 240	30 610	30 698	28 960	29 215

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
Anm; Summan av utgifterna i tabellen kan skilja sig från totalen på grund av avrundningsfel.

6.3 Mål för området

Politiken för sociala tjänster omfattar följande övergripande av riksdagen beslutade mål:

Omsorg om äldre Äldre ska

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Individ- och familjeomsorg Mål är

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Personer med funktionsnedsättning

- Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet beaktas.

6.4 Resultatredovisning

För att bedöma utveckling och resultat inom området används ett antal resultat- och bakgrundsindikatorer. Vid de fall redovisningen inte uppdelas på kön finns ingen sådan information tillgänglig.

6.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Omsorg om äldre

Ansvar för att uppfylla målen för äldreomsorgen ligger främst hos kommunerna. Det är framför allt kommunala insatser som påverkar utveckling och resultat inom äldreomsorgen. Utveckling och resultat påverkas även av andra faktorer, som t.ex. den demografiska utvecklingen.

Staten kan bl.a. stödja kommunernas förutsättningar att bedriva och utveckla äldreomsorgen genom kunskapsstöd och ekonomiska bidrag, riktade till särskilda områden eller genom allmänna bidrag till kommunerna. Resultatredovisningen som följer är mot bakgrund av detta inte renodlade resultat av statliga åtgärder.

Redovisningen nedan bygger huvudsakligen på statistik samt resultat som redovisas i öppna jämförelser och rapporter från myndigheter och organisationer. De resultat- och bakgrundsindikatorer som används exemplifierar och följer utvecklingen inom äldreområdet samt kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre. Följande indikatorer används:

- medellivslängd i befolkningen,
- 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. Ansvar för verksamhetsområdet ligger främst hos kommunerna. En rad olika åtgärder, såväl statliga som kommunala påverkar måluppfyllelse.

Olika faktorer påverkar förutsättningarna för verksamhetsområdet såsom utvecklingen på arbets- och bostadsmarknaden.

De statliga insatserna syftar till att ge enskilda individer 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 17-åringar (flickor respektive 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 gymnasieskolan¹,
- antalet anställda handläggare med socionomexamen och

- a. minst ett års yrkeserfarenhet av socialt arbete med barnutredningar,
- b. minst tre års erfarenhet av barnutredningar,
- c. mer än fem års erfarenhet av barnutredningar,
- andel konsulthandläggare (årsarbete) inom social barn- och ungdomsvård den 1 februari 2018,

Ekonomiskt bistånd

- antal mottagare och utbetalningar av ekonomiskt bistånd,
- andel av biståndsmottagare som är långvariga mottagare,
- andel kommuner som har en aktuell överenskommelse om samverkan med Arbetsförmedlingen (indikatorn redovisades inte av Socialstyrelsen 2017),

Missbruks- och beroendevården

- hur tillgängligheten är till socialtjänstens missbruks- och beroendevård utifrån väntetider (indikatorn redovisades 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 åtgärder som åtgärder inom kommuner och landsting, påverkar måluppfyllelsen. Inom avsnittet Funktionshinderspolitik (avsnitt 5) redovisas främst det sektorsövergripande arbetet för att genomföra och följa upp funktionshinderspolitiken.

¹ Tidigare öppna jämförelser är inte helt jämförbart över tid. Indikatorn som mäter andelen placerade unga som fullföljt grundskola vid 17 års ålder är ett mått som möjliggör gymnasiebehörighet och är därmed ett mer stabilt mått över tid.

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 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortas LSS (vilket innefattar personlig assistans enligt LSS) och socialtjänstlagen (förkortas SoL). Kommunerna är huvudmän för stödinsatser enligt LSS och SoL och är ansvarig för insatsernas 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 resultaten 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

Övergripande insatser

Framtidens socialtjänst

Regeringen har tillsatt en särskild utredare som ska göra en översyn av socialtjänstlagen och vissa av socialtjänstens uppgifter. Utredningen har antagit namnet Framtidens socialtjänst (S2017:03). Utredningen lämnade i april 2018 ett delbetänkande Ju förr desto bättre (SOU 2018:32) med fokus på förbyggande arbete. Syftet med betänkandet är att fördjupa kunskapen om vikten av det förebyggande arbetet och vilka möjligheter det ger. Målet är att sätta fokus på frågorna bland beslutsfattare, professioner och brukarföreträdare. Betänkandet utgör en grund för utredningens fortsatta arbete. Regeringen beslutade i juli att utvidga utredningens uppdrag och

förlängd utredningstiden till den 1 juni 2020. Utredaren ska därmed även analysera och beakta vilken funktion en särreglering för äldre skulle ha, förtydliga barnrättsperspektivet i lagen samt utreda socialnämnders möjligheter att delegera beslutanderätt (dir. 2018:69).

En sammanhållen statlig styrning

Under 2017 har Rådet för styrning med kunskap bedrivit olika utvecklingsarbeten för att stärka en samordnad, effektiv och behovsanpassad kunskapsstyrning. Rådet har tagit fram en policy för patient- och brukarorganisationers delaktighet i den statliga styrningen med kunskap. Rådet arbetar även med att göra det enklare att söka i den gemensamma författningssamlingen om hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa och i olika kunskapsstöd. Det sker genom samverkan i rådet om att så långt det är möjligt använda samma begrepp och vara enhetliga i klassificeringar samt digitalisering. Huvudmannagruppen har som uppgift att informera rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas. De har identifierat ett antal fokusområden för rådet:

- hälso- och sjukvård som finansieras av kommunerna,
- förändring på systemnivå – Nära vård,
- informationshantering för att bidra till kunskapsutveckling,
- förvaltning av Kunskapsguiden.se och
- samordnad statlig kunskapsstyrning inom området folkhälsa.

Som ett första svar på Huvudmannagruppens utpekade områden har myndigheterna i rådet inventerat pågående arbete på respektive myndighet. Rådet har också inlett dialoger med andra parter inom kommuner, landsting och regioner såsom de regionala samverkans- och stödstrukturerna för socialtjänsten och den nya strukturen för kunskapsstyrning i landsting och kommuner. Rådet genomför varje år en gemensam omvärldsanalys. Inom rådets gemensamma satsning för psykisk ohälsa hos äldre pågår flera gemensamma projekt där flertalet av myndigheterna i rådet är involverade (Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst, Socialstyrelsen 2017).

På Kunskapsguiden – en nationell webbplats som Socialstyrelsen ansvarar för tillsammans

med andra myndigheter och aktörer samlas kunskap inom områdena evidensbaserad praktik, psykisk ohälsa, äldre, missbruk och beroende, barn och unga, funktionshinder samt ekonomiskt bistånd sedan 2011. Syftet är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapspridning och kunskapsinhämtning. Kunskapsguiden har idag ca 80 000 användare i snitt per månad.

Stöd till evidensbaserad praktik och praktikenära forskning inom socialtjänsten

I den forskningspolitiska propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) bedömde regeringen att det behövs en satsning på forskning inom socialtjänstens område för att stärka kunskapsbasen av den praktikenära 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). Enligt uppdraget ska Forte i samverkan med berörda aktörer utveckla ett system för att identifiera och prioritera forskningsbehov som grund för finansiering av forskning inom det området.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har på regeringens uppdrag under 2017 gett stöd och handledning för att identifiera och värdera kunskap inom socialtjänsten (S2016/07779/RS). De genomförda aktiviteterna inom ramen för regeringsuppdraget visar enligt SBU att det är möjligt att utbilda centrala målgrupper i kunskaper som är relevanta för en evidensbaserad praktik inom socialtjänst och området funktionshinder. Detta bidrar till att lägga en grund till en infrastruktur för ett kunskapsbaserat arbete.

Öppna jämförelser fortsätter att utvecklas

Öppna jämförelser fortsätter att vara en del i att stärka och utveckla kunskapsbasen inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen har i samarbete med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna tagit fram en handlingsplan för inriktningen av öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården för perioden 2015–2018.

De aktiviteter som har genomförts under 2017 ligger i linje med handlingsplanens målsättningar, önskemål från användarna och med utvecklingen generellt inom socialtjänsten.

Det fortsatta arbetet sker nu med fokus på att indikatorerna ska belysa kvalitet i de insatser som ges till brukarna, jämställdhet, användarvänligheten samt att ge stöd till kommunerna att tolka och analysera resultaten.

Vision för e-hälsoarbetet

Arbetet inom ramen för Vision e-hälsa 2025 har fortsatt, bl.a. inom den styr- och samverkansorganisation som beskrivits i Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025 (S2017/00379/FS). En samordningsplan för 2018 har arbetats fram där initiativ inom de tre utpekade insatsområdena regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standarder redovisas (se även avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik).

E-hälsa och välfärdsteknik – digitalisering

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp hela områdets, både kommuner och privata utförare utvecklingsarbete med e-hälsa och trygghetslarm. Socialstyrelsens rapport E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018 visar att användningen av välfärdsteknik har ökat i kommunerna och en majoritet av dessa använder passiva larm och sensorer samt vårdplanering med video. Socialstyrelsen har också publicerat ett metodstöd för personal inom socialtjänsten som de kan använda vid bl.a. myndighetsutövning och erbjudande av välfärdstekniska lösningar till äldre med helt eller delvis nedsatt beslutsförmåga.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har haft flera 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 och vidareutveckling av den s.k. välfärdsteknologisnuran. Välfärdsteknologisnuran är det digitala verktyg för kommuner att kalkylera investeringskostnader och effektivitet vid införande av digital teknik som togs fram redan 2016. Myndigheten för delaktighet har också, efter regeringens uppdrag, lämnat en rapport med underlag om hur ett samordnat stöd för genomförande av e-hälsa bör utformas. Utifrån Myndigheten för delaktighets underlag har regeringen gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att utforma ett sådant nationellt stöd.

Hjälpmedel

Hjälpmedelsutredningens betänkande På lika villkor! – delaktighet, självständighet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen (SOU 2017:43) har remitterats. För att belysa eventuella oskäligen skillnader i hjälpmedelsförskrivning gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att under 2018 kartlägga och sprida exempel på systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2019.

Ökade tillståndskrav införs

Riksdagen beslutade i juni 2018 att anta regeringens förslag att tillståndsplikt införs för verksamhet som avser hemtjänst enligt socialtjänstlagen (SoL) samt för verksamhet som avser led-sagarservice, biträde av kontaktperson eller avlösarservice i hemmet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (prop. 2017/18:158, bet. 2017/18:FiU43). Riksdagen beslutade även enligt propositionen om nya krav på insikt, lämplighet och ekonomiska förutsättningar för att beviljas tillstånd att bedriva verksamhet enligt SoL och LSS. Lagändringarna syftar till att säkerställa att privata utförare har tillräckliga förutsättningar att bedriva verksamhet med god kvalitet och stärka allmänhetens tilltro till sektorn. Ändringarna träder i kraft den 1 januari 2019.

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 i stödet till anhöriga. Verksamhetsområdet har successivt utvidgats från fokus på anhöriga till äldre personer till att nu omfatta alla anhöriga oberoende av den närstående personens ålder, sjukdom, diagnos eller funktionsnedsättning. I uppdraget ingår att kunna ge kunskapsstöd direkt till föräldrar och anhöriga till personer, företrädesvis barn och unga, med kombination av flera omfattande funktionsnedsättningar och omfattande medicinska behov. Regeringen avsatte 9,5 miljoner kronor till centrumet för 2018. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp verksamheten.

Nka:s produktion och verksamhet är omfattande och växande. Nka har bl.a. arbetat med att bidra till ökad medvetenhet om barn som anhöriga och att erbjuda kunskapsstöd till föräldrar och anhöriga till personer med flera omfattande

funktionsnedsättningar. En utvärdering av verksamheten visar en genomgående positiv bild. Av dem som svarat på en enkät om centrumets arbete svarar 96 procent att verksamheten fungerar väl och 80 procent anser att Nka:s aktiviteter bidrar till långsiktiga effekter. Om det finns skillnader mellan kvinnor och mäns uppfattning framgår inte.

Hbtq-personers villkor inom socialtjänsten

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsstöd för socialtjänsten avseende hbtq-frågor. Stödet skapar förutsättningar för ett bättre bemötande. På Kunskapsguiden finns en webbutbildning tillgänglig, med filmer, fakta och övningar för personalen med syfte att öka kunskapen om hbtq-personers situation och därigenom öka deras förtroende för socialtjänsten.

Våldsbejakande extremism

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen utarbetat stöd för de anställda inom socialtjänsten som kan komma i kontakt med dem som är, har varit eller riskerar att bli involverade i våldsbejakande extremism. Fokus ligger på socialtjänstens möjligheter att ge stöd och förebygga att människor dras in i destruktiva miljöer. Där ingår stödmaterial för arbetet med återvändare från våldsbejakande extremistiska grupper i utlandet och andra personer involverade i extremistiska miljöer i Sverige, samt deras närstående. Där ingår också ett utbildningspaket i sju delar som tydliggör hur socialtjänsten kan arbeta för att förebygga, upptäcka, utreda och ge insatser till barn och unga vuxna som involverats, eller riskerar att involveras i våldsbejakande extremism. Materialet tydliggör även regelverket på området, samt ansvarsfördelning och samverkansformer mellan socialtjänsten och andra relevanta aktörer. Regeringen har vidare uppdragit åt Barnombudsmannen att öka kunskapen om barns upplevelser av våldsbejakande extremism och terrorism (Ku2016/02294/D). I juli 2018 publicerade myndigheten rapporten Barn och unga som involveras i våldsbejakande extremism. En kunskapsöversikt om barn inom höger-, vänster- och islamistisk extremism.

Statsbidrag till lovaktiviteter och simskola

Från 2016 fram till 2019 finns ett statsbidrag om 200 miljoner kronor försommarlovsaktiviteter

som är kostnadsfria för barn i åldern 6–15 år. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) har t.o.m. 2017 haft i uppdrag att administrera, fördela och följa upp medlen. Deltagande i aktiviteterna är inte behovsprövat utan öppet för alla. Under 2017 har samtliga kommuner rekvirerat medel. MUCF:s samlade bedömning är att medlen bidragit till att uppnå syftet med bidraget; ge stimulans och personlig utveckling, likabehandling, integrationsfrämjande och skapande av nya kontaktytor. Under 2018 och 2019 har uppdraget att administrera statsbidraget flyttats till Socialstyrelsen.

Utöver statsbidrag för sommarlovsaktiviteter tillförs 250 miljoner kronor årligen under åren 2018–2020 till kommunerna för att tillhandahålla avgiftsfria aktiviteter under övriga skollov för barn i åldern 6–15 år. Från och med 2018 anslås 300 miljoner kronor årligen, för att göra det möjligt för kommunerna att erbjuda avgiftsfri simskola för elever i förskoleklass. Samtliga statsbidrag administreras och följs upp av Socialstyrelsen.

EU och internationella aktiviteter

Rättigheter för äldre inom FN-systemet

I september 2017 ägde en ministerkonferens rum i Lissabon där den tredje uppföljningen av MIPAA (Madrid International Plan of Action on Ageing) behandlades. På konferensen antogs den s.k. Lissabonstrategin som lyfter fram tre olika teman vilka kommer att vara vägledande för arbetet inom FN under de nästkommande fem åren när det gäller att stärka efterlevnaden av äldres rättigheter: 1. Recognizing the potential of older persons, 2. Encouraging longer working life and ability to work samt 3. Ensuring ageing with dignity.

Sociala utvecklingskommissionens (CScocD) 56:e session hölls i New York mellan 29 januari–7 februari 2018. Mötets huvudtema var Strategies for eradicating poverty to achieve sustainable development for all. Sverige höll ett anförande under debatten på huvudtemat. Fyra resolutioner antogs, bl.a. om åldrande.

Nordiska samarbetet – ordförandeskap 2018

Under 2018 är Sverige ordförande i nordiska ministerrådet. Inom sektorprogrammet för social- och hälsopolitik fokuserar Sverige på

temat äldre och en åldrande befolkning. Aktiviteter inom ramen för detta tema är en konferens med kunskapsutbyte mellan de nordiska länderna om arbetsmiljö inom äldreomsorgen och uppstart för projekt om nordiskt nätverk för åldervänliga städer.

En strategisk genomlysning av det nordiska samarbetet på det sociala området kommer att presenteras under året. Nordiskt välfärdsforum inrättas som ett pilotprojekt under 2018, som ett återkommande evenemang med fokus på sociala förhållanden och utsatta grupper befolkningen i Norden (Program för social- och hälsopolitik, Sveriges ordförandeskap 2018).

Omsorg om äldre

En åldrande befolkning

Antalet och andelen äldre i befolkningen ökar och kommer att fortsätta att göra det många år framöver. En anledning till det är att det föddes många på 1940-talet och de är nu omkring 70 år. En annan anledning är att den svenska befolkningens livslängd ökar. År 2050 beräknas antalet äldre som är 75 år eller äldre att ha fördubblats jämfört med 2015 (Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2018).

Den förväntade medellivslängden för nyfödda i Sverige under 2017 var 84 år för kvinnor och 80 år för män. Det är en liten ökning jämfört med året innan. Männens livslängd ökar lite mer än kvinnornas, vilket är en del i en lång trend. (SCB, Folkmängd och befolkningsförändringar 2017).

Det finns även geografiska skillnader i medellivslängd. Bjurholm har högst förväntad medellivslängd för kvinnor, medan Danderyd har högst förväntad medellivslängd för män. I Sverige är antalet förväntade friska levnadsår vid 65 års ålder bland de högsta i Europa. För kvinnor var det 2015 ca 17 år och för män 16 år, att jämföra med EU-genomsnittet som är drygt 9 år (Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2018).

Kostnadsutvecklingen

Under 2017 var kommunernas sammanlagda kostnader för vård och omsorg om äldre 121,6 miljarder kronor. Den största delen, 69,3 miljarder kronor, avsåg vård och omsorg i särskilt boende. För vård och omsorg i ordinärt boende uppgick kostnaderna till 50,6 miljarder

kronor och för öppenverksamhet till 1,7 miljarder kronor. Vid en jämförelse med 2016 kan konstateras att kommunernas sammanlagda kostnader har ökat med 4,1 miljarder kronor.

Tabell 6.2 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre

Miljarder kronor

	2014	2015	2016	2017
Vård och omsorg i ordinärt boende	44,8	47,6	49,0	50,6
Vård och omsorg i särskilt boende	62,7	64,4	66,9	69,3
Öppen verksamhet	1,6	1,6	1,6	1,7
Totalt	109,1	113,6	117,5	121,6

Källa: Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut, 2017, Rikstotal, RS för kommuner

Äldreomsorgens omfattning

Under 2010–2016 minskade andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg. Andelen kvinnor med hemtjänst minskade med nästan en procentenhet mellan 2010 och 2016 och andelen män med 0,4 procentenheter. Cirka tio procent av kvinnorna och sex procent av männen i åldersgruppen fick hemtjänst 2016. Andelen kvinnor i särskilt boende minskade med 1,2 procentenheter under samma period och andelen män minskade med 0,6 procentenheter. Drygt fem procent av kvinnorna och ca tre procent av männen bodde i särskilt boende 2016 (Socialstyrelsen, lägesrapport 2018).

Den insatsform som minskat mest är dagverksamhet. Andelen kvinnor som fick insatsen dagverksamhet minskade med 25 procent mellan 2010 och 2016. Andelen män minskade med 17 procent. Totalt fick 0,6 procent av kvinnorna och 0,5 procent av männen i åldersgruppen denna insats 2016. (Socialstyrelsen, lägesrapport 2018).

Allt fler personer 65 år och äldre med stora behov av vård och omsorg bor kvar i det ordinarie boendet. Denna ökning har dock stannat av de senaste åren. Att fler bor kvar i ordinärt boende med stora vård- och omsorgsbehov har bidragit till att den kommunala hemsjukvården ökat i omfattning (Socialstyrelsen, lägesrapport 2018).

Skrivelse Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan

Regeringen beslutade i juni om skrivelsen Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan till riksdagen (skr. 2017/18:280).

I skrivelsen redovisas hur äldreomsorgen kan anpassas till den demografiska och tekniska utvecklingen. För att bibehålla en äldreomsorg av god kvalitet måste tillgången till personal med rätt kompetens också tillförsäkras.

Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom

Årligen insjuknar mellan 20 000 och 25 000 personer i en demenssjukdom. Det finns inga säkra uppgifter om omfattningen bland kvinnor respektive män, men bland de mer än 65 000 personer som inkluderats registrerats i Svenska Demensregistret sedan 2007 är 59 procent kvinnor och 41 procent män. Demens är en folksjukdom som inte bara berör de äldre som insjuknar, utan även deras anhöriga och närstående (Socialstyrelsen, Vård och omsorg vid demenssjukdom, 2018). Under 2018 har en nationell strategi tagits fram för omsorg om personer med demenssjukdom. Syftet är att förbättra kvaliteten i omsorgen om och öka tryggheten för kvinnor och män med demenssjukdom och deras anhöriga.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp frågor inom ramen för den nationella strategin för demenssjukdom. Socialstyrelsen ska ta initiativ till att genomföra utvärderingar av nationella satsningar som görs inom demensområdet.

Socialstyrelsen har även fått ett särskilt uppdrag att utveckla och sprida en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom, riktat till kommuner och landsting. Modellen kan bidra till kontinuitet i vården och omsorgen och innebära att en person med en demenssjukdom sammanhållet erbjuds rätt stöd och rätt insatser vid rätt tidpunkt under hela sjukdomsförloppet.

Fortsatt stöd till kvalitetsregister och Svenskt Demenscentrum

Regeringen har under 2018 fortsatt att bidra till förstärkt utveckling av kvalitetsregistren svenska demensregistret (SveDem) och BPSD (beteendemässiga störningar och psykologiska symptom vid demenssjukdom). SveDem tilldelades 1,5 miljoner kronor för förbättring och utveckling av registret, för att detta ska passa bättre för hemtjänst och för att kunna följa kvinnor och män genom hela vårdkedjan. Minneskliniken vid Skånes universitetssjukhus fick 1,5 miljoner kronor för att genomföra utbildningar för alla certifierade utbildare inom BPSD-registret.

Vidare har regeringen fortsatt att stödja arbetet med att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för kvinnor och män med demenssjukdom samt för att öka kunskapen om demenssjukdomar. Svenskt Demenscentrum följer upp sin utbildningsåtgärdsplan Nollvision, som handlar om att motverka tvång och begränsningar och fortsätter att stödja de nationella webbutbildningarna Demens ABC, Demens ABC Plus, Jobba säkert med läkemedel och Nollvision. Regeringen har även beviljat Svenskt Demenscentrum två miljoner kronor för att främja samverkan och stärka samordningen mellan vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Medlen ska användas till att ta fram informations- och handledningsmaterial (S2018/03751/FST).

Tillgänglighet till särskilda boendeformer

För att alla äldre oavsett kön ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende är tillgången till insatser inom äldreomsorgen och däribland bostäder för äldre är en central fråga. Socialstyrelsen uppger att väntetiden till särskilt boende har minskat med en dag mellan 2016 och 2017 och ligger i genomsnitt på 56 dagar. Det är stora skillnader mellan kommunerna och de skillnaderna har ökat de senaste tio åren. Mellan 2015 och 2017 fick kvinnor i genomsnitt vänta 59 dagar i jämförelse med 56 dagar för män (Vård och omsorg lägesrapport 2018, Socialstyrelsen).

Färre kommuner än föregående år bedömer att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. Totalt bedömer 116 kommuner 2018 att de har underskott på särskilda boendeformer. Det är 9 kommuner färre än föregående år (Bostadsmarknadsenkäten, 2018, Boverket).

Under perioden från 2007 då investeringsstödet till äldreboendebostäder infördes och fram till 2016 har stödet bidragit enligt Boverket till att drygt 12 700 bostäder i särskilt boende och ca 3 280 i trygghetsboenden tillkommit.

I november 2016 trädde förordningen (2016:848) om statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder för äldre personer, en förordningen reglerar ett nytt investeringsstöd för bostäder för äldre. 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 år 2017 300 miljoner kronor. För 2018 är 400 miljoner kronor avsatta vilket är den permanenta nivån av stödet framöver. Enligt Boverket beviljades under 2017 ansökningar motsvarande ett värde av drygt 580 miljoner kronor.

Från det att den nya förordningen trädde i kraft i november 2016 till den 1 mars 2018 har subvention enligt Boverket utbetalats för 4 470 nya bostäder för äldre och för ombyggnation av 690 bostäder som ska användas som särskilt boende eller trygghetsboende.

Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre

Dagens utbud av särskilda boende har allt mer anpassats till de äldre som har omfattande vårdbehov, vilket innebär att många äldre kvinnor och män som inte är i behov av heldygnsvård utan i stället främst behöver stöd och hjälp i boendet samt annan lättåtkomlig service, har fått allt svårare att få plats i ett särskilt boende.

I juni beslutade regeringen propositionen Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre (prop. 2017/18:273) som tydliggör kommunens möjlighet att inrätta biståndsbedömt trygghetsboende, en särskild boendeform, för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. Målgruppen för denna boendeform utgörs av äldre som har ett vårdbehov som understiger heldygnsvård, men där kvarboende i det egna hemmet inte längre upplevs tryggt. Ett ytterligare syfte med förslaget är att bryta den isolering som många av de äldre som bor kvar hemma lider av.

Skillnaden mellan ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende är att den äldre får möjlighet att komma till ett boende som t.ex. kan erbjuda gemensamma måltider, kulturella aktiviteter och umgänge. Stöd och hjälp i form av hemtjänst ska kunna erbjudas efter sedvanlig biståndsprovning. Socialtjänstförordningens (2001:937) bestämmelser med krav på tillgång till personal dygnet runt utifrån den enskildes aktuella behov, bör inte gälla för biståndsbedömt trygghetsboende. Om behoven efter en tid blir mer omfattande bör personen i fråga motiveras till att flytta till en boendeform som bättre svarar mot de behov han eller hon har.

Vidare föreslås att det ska krävas tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att

yrkesmässigt få bedriva verksamhet i form av biståndsbedömt trygghetsboende.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 2 april 2019.

De flesta nöjda med hemtjänst och äldreboende

De flesta äldre är fortsatt nöjda med både hemtjänst och särskilt boende. Det framkommer av Öppna jämförelser 2017, Vård och omsorg av äldre (Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2018). De svarande ger generellt goda omdömen om äldreomsorgen i sin helhet. Resultatet för riket har varit detsamma under åren 2013–2017.

Inom hemtjänsten är 89 procent nöjda. Det finns ingen skillnad mellan kvinnor och män. Däremot är skillnaderna mellan kommuner stora, andelen som är nöjda varierar mellan 75 och 100 procent. I särskilt boende svarade kvinnor 83 procent och män 82 procent att de är nöjda med sitt boende år 2017. Liksom 2016 är andelen kvinnor som är nöjda något större än andelen män.

Bemötande, förtroende och trygghet

För att få en mer djupgående bild av hur äldre upplever äldreomsorgen används en sammanvägd indikator som mäter bemötande, förtroende och trygghet. Resultaten redovisas i öppna jämförelser 2017.

För hemtjänsten 2017 svarade 35 procent av kvinnorna och 37 procent av männen genomgående positivt på de tre frågorna. Andelen som svarade positivt har minskat med ca tre procentenheter sedan 2015 och 2016, bland både kvinnor och män.

Inom särskilda boenden svarade 38 procent av kvinnorna och 37 procent av männen positivt. Även här har andelen för båda könen minskat med ca tre procentenheter sedan med 2016. Andelen som svarade positivt varierar stort mellan kommunerna, från 17 till 58 procent år 2017. Året innan varierade andelen mellan 20 och 68 procent (Vård och omsorg om äldre, Jämförelser mellan kommuner och län 2017, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2018).

Brister i personalkontinuitet och möjligheten att påverka

Kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid vård och omsorg om äldre. En äldre person med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod i genomsnitt 15 olika personer från hemtjänsten. Det finns ingen skillnad mellan kvinnor och män.

Medeltalet varierar mycket mellan kommunerna, från sex till 24 personer. Medelantalet på riksnivå har ökat från 12 till 15 personer mellan 2007 och 2017, men det har stabiliserats de senaste fyra åren.

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. Män upplever i något högre grad att det är möjligt att påverka hemtjänstens utförande, 50 procent, jämfört med 48 procent bland kvinnorna. På riksnivå har det skett en marginell förbättring jämfört med 2016 men det är stora skillnader mellan kommunerna (Vård och omsorg om äldre, Jämförelser mellan kommuner och län 2017, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2018).

Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre

Många äldre tycker inte att de har självbestämmande eller känner sig delaktiga i beslut om äldreomsorg. För att ge de kommuner som vill möjlighet att bevilja äldre kvinnor och män insatser inom äldreomsorgen på ett enklare sätt och med större utrymme för delaktighet och självbestämmande beslutade regeringen i mars 2018 om propositionen Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre (prop. 2017/18:106). I propositionen föreslås att det i socialtjänstlagen, SoL ska införas en ny bestämmelse med innebörden att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer. Kommunerna ska följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas kvalitet enligt 3 kap. 3 § och värdegrunden i 5 kap. 4 § socialtjänstlagen.

Den nya bestämmelsen möjliggör för kommuner att förenkla ett resurskrävande inledande utredningsarbete till förmån för att utveckla uppföljning av kvalitet, nöjdhet och effektivitet. Förslaget bedöms även kunna förstärka inslagen av förebyggande insatser genom att generella hemtjänstinsatser tillgängliggörs i ett tidigare skede, vilket kan minska eller skjuta upp behovet av mer omfattande äldreomsorg. Den nya bestämmelsen bedöms även kunna stärka självbestämmande, delaktighet och medinflytande för äldre när det gäller insatsernas utförande. Lagändringen trädde i kraft den 1 juli 2018.

Personal och bemanning

Regeringen har avsatt 7 miljarder kronor för ökad bemanning under perioden 2015–2018, i syfte att öka trygghet och kvalitet för den enskilde inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen redovisar hur medlen för 2017 har använts i november 2018. Sedan satsningen påbörjades i juli 2015 har den finansierat ungefär 5 000 årsarbetare, hos både kommunala och enskilda utförare av äldreomsorg. Av dessa är ca 9 av 10 kvinnor, vilket motsvarar fördelningen mellan kvinnor och män som arbetar inom äldreomsorgen totalt.

Stimulansmedlen har åstadkommit förbättrad kontinuitet i bemanningen, bättre nattbemanning, team för trygg hemgång efter sjukhusvistelse och förbättrat arbete med aktiviteter för en meningsfull tillvaro för äldre med omsorgsinsatser. Medlen har bidragit till ökad trygghet och kvalitet för den enskilde, samt utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde, enligt Socialstyrelsens uppföljning.

Uppföljningen visar att det behövs lösningar på strukturella problem i äldreomsorgen, framförallt när det gäller hur arbetet i hemtjänsten organiseras, vilket också har betydelse för hur bemanningen inom äldreomsorgen ska räckas till de behov som finns (Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen, Uppföljning av 2016 års medel, Socialstyrelsen 2017).

Kunskaperna är begränsade när det gäller hur mycket personal som arbetar i äldreomsorgen. Socialstyrelsen bedömer att bättre personalstatistik skulle bidra till att på ett långsiktigt sätt kunna följa och synliggöra personalen och få en bättre personalplanering. Det är av betydelse för förbättringar i vården och omsorgen av äldre personer (Socialstyrelsen, Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen Uppföljning av 2016 års medel).

Arbetsmiljön inom äldreomsorgen

Det finns betydande brister i arbetsmiljön i den kvinnodominerade äldreomsorgen. Regeringen har gett tillsynsmyndigheten Arbetsmiljöverket i uppdrag att genomföra en nationell tillsyn av den psykosociala arbetsmiljön i äldreomsorgen. Tillsynsinsatsen pågår 2017–2019. Särskilt fokus är på organisatorisk och social arbetsmiljö, stress och arbetstagarnas möjligheter till inflytande och delaktighet inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

En starkare yrkesprofession

Regeringen har utsett en särskild utredare med uppdrag att överväga och lämna förslag till hur yrket undersköterska kan regleras, i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen (dir 2017:103). Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2019.

Regeringen har även gett Statens skolverk i uppdrag att utforma förslag till sammanhållna yrkesutbildningar, så kallade nationella yrkespaket, för både vuxenutbildning och gymnasieskolans introduktionsprogram. Syftet är att göra utbildningarna mer likvärdiga och säkerställa att de som genomför utbildningen har de yrkeskunskaper som efterfrågas på arbetsmarknaden. Skolverket publicerade i maj 2018 yrkespaketet för vårdbiträde och undersköterska. Yrkespaketen kan underlätta för personer som arbetar inom vården att uppnå yrkesexamen.

Regeringen tillsatte i juni 2016 Tillitsdelegationen i syfte att långsiktigt bidra till förbättrade förutsättningar för kommuner och landsting att vidareutveckla sin förvaltning. En grundläggande utgångspunkt är att en mer tillitsbaserad styrning och ledning kan öka kvaliteten i offentligt finansierade tjänster. Delegationen fokuserar bl.a. på den outnyttjade potential som kan finnas hos medarbetarna i välfärdssektorn och hur den bäst kan tas tillvara, till nytta för brukare, patienter, elever och andra intressenter.

Stärkta möjligheter till äldreomsorg på jiddisch och romani chib

I mars 2018 beslutade regeringen propositionen En stärkt minoritetspolitik (prop. 2017/18:199) där det bl.a. föreslås att rätten till äldreomsorg på minoritetsspråk ska avse en större del av verksamheten och att den ska omfatta den äldres behov av att upprätthålla sin kulturella identitet. Vidare föreslås stärkta möjligheter till äldreomsorg på jiddisch och romani chib. I ovan nämnda proposition föreslås ett tillägg i 5 kap. 6 § socialtjänstlagen med innebörden att kommunen ska verka för att det ska finnas tillgång till personal med kunskaper i jiddisch och romani chib där detta behövs i omvårdnaden av äldre människor. I dag gäller det endast för finska, meänkieli och samiska. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2019. Under uppgiftsområde 1 finns mer om innehållet i ovan nämnda proposition.

Samordnad vård och omsorg

Vården och omsorgen om äldre behöver vara samordnad för att vara trygg och säker. Mellan

2013 och 2016 ökade antalet personer 65 år och äldre inom den kommunala hälso- och sjukvården, från 308 400 till 325 500 personer varav 63 procent var kvinnor och 37 procent var män. Eftersom den kommunala hemsjukvården inte omfattar läkarinsatser har de flesta i denna grupp även behov av landstingets vård, vilket ställer krav på samverkan.

Tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har lyft fram samordning av vårdinsatser för multisjuka äldre som en utmaning. Kommuner och landsting samverkar på olika sätt utifrån den enskildes vårdbehov. Detta kan enligt IVO:s bedömning komma att förbättras i och med lagen (2017:62) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft den 1 januari 2018, (Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att analysera effekterna av den nya lagstiftningen både ur huvudmännens och patienterna/brukarnas synvinkel.

Regeringen har gett ett tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (S2017:01) om att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut (dir. 2017:97). Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019.

Regeringen beslutade i mars 2018 att bevilja 12 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting för att stödja samverkan och införande av nya rutiner och arbetssätt. Målet är att kommuner och landsting ska öka sin förmåga att tillhandahålla en sammanhållen vård och omsorg. Regeringen har även beslutat om ytterligare tio miljoner kronor under 2018 för att främja samverkan. Merparten av dessa medel, 8 miljoner kronor, har regeringen beviljat SKL för att stödja användningen av samordnad individuell plan (SIP) samt för att stödja kvalitetsregistret Senior Alert med 2 miljoner (S2018/03724/FST).

Fallolyckor

Antalet fallolyckor bland äldre har ökat de senaste tio åren. Mellan 2007 och 2016 dog 9 200 personer till följd av fallolyckor, varav 8 300 var äldre än 65 år. Av de äldre än 65 år var 49

procent kvinnor och 51 procent män. Under 2016 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 31 000 kvinnor och 17 300 män 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 Vård och omsorg om äldre framkommer att variationen är stor mellan kommunerna. Lägst antal inrapporterade fallolyckor bland personer som är 80 år och äldre är 29 personer som drabbats per 1 000 invånare, medan de med högst antal fallolyckor redovisar att 84 personer av 1 000 invånare drabbats (Socialstyrelsen, 2018).

Med syfte att minska antalet fallolyckor gav regeringen 2017 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram och tillgängliggöra ett samlat stöd till hälso- och sjukvården och sociala omsorgen kring fallprevention. Socialstyrelsen ska efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting sprida kunskap om systematiskt arbete med fallprevention. För att komplettera den utbildning om fallprevention riktad till verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg som publicerades i januari 2018 ska myndigheten även ta fram ett kunskapsstöd om hur personal inom vård och omsorg kan stötta goda levnadsvanor hos äldre.

Regeringen har även gett Livsmedelsverket i uppdrag att ta fram och sprida kunskapsstöd kring mat och måltider som fallprevention till personal och chefer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Livsmedelsverket ska även ta fram informationsmaterial till äldre kvinnor och män om maten och måltidens betydelse för att minska risken för fallolyckor.

Regeringen gav även Socialstyrelsen fortsatt uppdrag att i dialog med Sveriges Kommuner och Landsting att under 2018–2020 genomföra en utbildningssatsning riktad till äldre om hur äldre själva kan skydda sig mot fallolyckor. Socialstyrelsen arrangerade kampanjen ”Balansera mera! Tips och råd för att förhindra fallolyckor 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 fallolyckor i den äldre gruppen, 75 till 84 år.

RisKFörebyggande åtgärder i särskilda boenden

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 t.ex. fall och undernäring är en blandning av omsorg och hälso- och sjukvård. På riksnivå är det 56 procent av kommunerna som arbetar systematiskt med att identifiera och åtgärda risker för de boende 2017. Det är sex procentenheter lägre än året innan. Det är en något högre andel kvinnor än män som får förebyggande åtgärder, enligt öppna jämförelser inom området vård och omsorg om äldre avseende 2017 (Öppna jämförelser 2017, vård och omsorg om äldre).

Olämplig läkemedelsanvändning

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 nästan 14 procent, tio eller fler läkemedel. Det är vanligare att kvinnor har fler än tio läkemedel än att män har det. Knappt tio procent av personer över 75 år med hemtjänst har en förskrivning med minst ett av fyra olämpliga läkemedel, vilket är en marginell förbättring jämfört med föregående år. Kvinnor förskrivs olämpliga läkemedel i något större utsträckning än män. Drygt 10 procent av kvinnor med hemtjänst, 75 år och äldre, förskrivs olämpliga medel medan knappt 9 procent av män i samma kategori förskrivs olämpliga läkemedel.

Skillnaderna mellan kommuner är fortsatt stora. Av kvinnor och män över 75 år som bor i särskilt boende har ca åtta procent en förskrivning på minst ett av fyra olämpliga läkemedel, vilket är en liten minskning jämfört med föregående år. Skillnaden mellan könen är mindre än en procent, där männen något oftare än kvinnor har förskrivet olämpliga läkemedel.

Individ och familjeomsorg

Den sociala barn- och ungdomsvården

Utvecklingen av placeringar av barn och unga

År 2016 fick ca 30 500 barn och unga (18 174 pojkar och 12 336 flickor) vård enligt socialtjänstlagen, förkortad SoL, eller insats enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU någon gång under året. Det är en ökning med ca 600 barn och unga jämfört med 2015 varav pojkar står för hela ökningen. Från och med år 2014 redovisas enbart heldygnsinsatser för barn och unga med ett fullständigt personnummer. Detta innebär att asylsökande barn, framförallt ensamkommande barn, inte ingår i de redovisade heldygnsinsatserna.

Den vanligaste placeringsformen oavsett kön är familjehem och det är framförallt barn över 15 år som får en insats (Socialstyrelsens faktablad, Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016).

Den 1 november 2016 var 13 735 barn och unga, (6 352 flickor och 7 383 pojkar) placerade i familjehem enligt SoL eller LVU. Antalet barn och unga placerade i hem för vård eller boende (HVB) den 1 november 2016 var 6 023 varav pojkarna var i majoritet (Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2016, Socialstyrelsen).

Placeringsformer för barn och unga förändras

Familjehem har under lång tid varit den vanligaste placeringsformen för barn och unga i Sverige, men på senare tid har bilden börjat förändras bl.a. i takt med att ensamkommande barn har sökt asyl i Sverige och då vanligtvis placerats i hem för vård eller boende (HVB).

Det har också skett en ökning av placeringar i stödboende, som är en ny placeringsform sedan januari 2016 för barn och unga 16–20 år. Stödboende är en mindre ingripande insats jämfört med familjehem och HVB och infördes då det fanns behov av fler placeringsalternativ. Det fanns den 30 april 2018 totalt 523 stödboenden i Sverige med sammanlagt 7 256 platser. Det är en liten minskning mot 2017 men fortfarande en kraftig ökning jämfört med 2016 då det fanns 311 boenden och 4 486 platser. Statistiken finns inte uppdelad på kön (Inspektionen för vård och omsorg).

Sedan 2009 har det blivit allt vanligare med s.k. konsulentstödda familjehem, ca 400 stycken, där privata aktörer förmedlar ett familjehem till kommunernas socialtjänst. Sedan 2017 krävs det tillstånd via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för konsulentstödd verksamhet till familjehem och jourhem.

Nationell tillsyn - uppföljningen av placerade barn

Under 2017 har IVO granskat socialtjänstens uppföljning i 456 (382 pojkar och 74 flickor) ärenden som rör placerade barn i hem för vård eller boende (HVB) i sammanlagt 50 kommuner. Granskningen visar att socialtjänstens uppföljning brister i flera avseenden. Bland annat är det endast ca hälften av barnen som får regelbundna besök i hemmet. En omprövning av vården som enligt lag ska ske var sjätte månad förekommer endast i hälften av de granskade ärendena.

Granskningen omfattar en stor andel ensamkommande barn och unga men flyktingsituationen 2015 är inte den enda orsaken till förekommande brister. Samma och liknande brister noterades även innan flyktingsituationen. Det förekommer även stora skillnader mellan kommuner runt om i landet.

Öppenvårdsinsatser varierar

Öppenvårdsinsatser inom den sociala barn- och ungdomsvården kan variera i sin utformning. Det kan handla om stöd för att förebygga psykosociala svårigheter längre fram eller rikta sig till en viss målgrupp utifrån en redan identifierad och påtaglig problematik. Insatsen är oftast frivillig och kan riktas direkt till barnet eller den unge eller till vårdnadshavare utifrån tanken att insatsen därigenom gynnar barnet. Den 1 november 2016 hade knappt 31 700 barn och unga (13 865 flickor och 17 827 pojkar) minst en behovsprövad öppenvårdsinsats. Detta är en minskning med 70 personer sedan 2014 men sett över tid har förändringen varit marginell. (Socialstyrelsens Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016).

Utvecklingen inom den statligt bedrivna ungdomsvården

Statens institutionsstyrelse (SiS) hade 24 ungdomshem 2017, varav sex hade särskilda platser avsatta för slutna ungdomsvård. Inför 2017 beslutade SiS att öka antalet platser inom ungdomsvården från 649 till 701 med anledning

av fortsatt stor efterfrågan. Av SiS 701 platser var 204 avsedda för flickor, 464 för pojkar och 56 platser var avsedda för verkställighet av slutna ungdomsvård.

Regeringen beslutade i september 2017 att bevilja SiS rätt att ingå nya hyresavtal som möjliggjorde en fortsatt utbyggnad med ett åttiotal platser. Det har det under året varit hög beläggning och platsbrist inom SiS ungdomsvård, särskild avseende äldre pojkar. Den höga efterfrågan på vårdplatser bidrog till svårigheter för SiS att anvisa plats omedelbart vid akuta behov. Sett över en femårsperiod har andelen pojkar som anvisats plats omedelbart minskat från 88 procent 2013 till 13 procent 2017. Under samma tidsperiod minskade andelen flickor som kunde placeras omedelbart från 93 procent till 67 procent.

Vad gäller antalet ensamkommande barn och unga som vårdades på SiS så uppgick de 2017 till 259 ungdomar varav fem procent var flickor. Både sett till antal och andel av de vårdade ungdomarna är förändringarna små jämfört med tidigare år. Ungefär var tredje nyintagen pojke på SiS är ensamkommande.

Vårdtiderna på SiS har ökat för varje år under perioden 2013–2017. För flickor är dock det genomsnittliga antalet vårddygn i stort oförändrat och uppgick 2017 till 164 dygn. För pojkar har däremot det genomsnittliga antalet vårddygn ökat stadigt under perioden, från 132 vårddygn 2013 till 195 vårddygn 2017, vilket är en ökning på 48 procent. Orsaken till att vårdtiderna ökat när det gäller pojkar återstår enligt SiS att utreda, men genomströmningen på institutionerna har påverkan.

Under året frigavs 69 ungdomar, varav två flickor, efter att ha avtjänat slutna ungdomsvård (LSU), vilket är 22 fler än föregående år eller en ökning med 47 procent. Det genomsnittliga antalet ungdomar som avtjänade slutna ungdomsvård uppvisar också en ökning, från i genomsnitt 45 ungdomar 2016 till 57 ungdomar 2017, vilket är en ökning med 27 procent. Sett över en femårsperiod har det genomsnittliga antalet intagna ökat med ca 110 procent mellan 2013 och 2017.

SiS har under året fortsatt det förebyggande arbetet mot extremism på de särskilda ungdomshemmen utifrån regeringens uppdrag. SiS har vidtagit en rad åtgärder, bl.a. har myndigheten tagit fram en webbutbildning för att ge personal grundläggande kunskap om våldsbejakande extremism samt utvecklat ett samtalsstöd för

personal som ska hålla strukturerade samtal med ungdomar med denna form av problematik. Syftet med åtgärderna är att personalen ska få kunskap och verktyg för att arbeta förebyggande och åtgärdande.

SiS ingår även i regeringens treåriga kunskaps-satsning av tillämpningen av barnets rättigheter i verksamheten med stöd av Barnombudsmannen (S2016/07875/FST). SiS har under året tagit fram trygghetsplaner som ett verktyg för att i ökad utsträckning involvera ungdomarna i att förebygga och hantera aggression och våld. SiS har också utvecklat arbetet med brukarforum på institutionerna i syfte att stärka barns och ungas möjlighet att komma till tals och få sina synpunkter beaktade.

Stärkt rättssäkerhet på Statens institutionsstyrelse

I syfte att stärka rättssäkerheten och barnrättsperspektivet i vården på SiS har nya bestämmelser trätt i kraft den 1 oktober 2018. Det handlar bl.a. om utökad rätt att överklaga tvångsåtgärder men också om inskränkningar i nuvarande tvångsbefogenheter, exempelvis kortas den maximala tiden som en ungdom får hållas avskild från 24 timmar till som längst fyra timmar.

Barn och unga i behov av vård ska bereds sådan vård skyndsamt. Den 1 oktober 2018 trädde därför en bestämmelse i kraft som förtydligar SiS skyldighet att omedelbart anvisa plats i akuta situationer.

Nationella samordnarens arbete och erfarenheter

Den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården har från hösten 2014 till och med 2017 haft i uppdrag av regeringen att stärka och stödja socialtjänsten i deras arbete. Under 2017 har samordnaren arrangerat regionala konferenser runtom i Sverige. I december slutförde samordnaren sitt uppdrag och lämnade i samband med detta en slutrapport avseende arbetet.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag (S2018/00535/FST) att under 2018 och 2019 stödja huvudmän samt yrkesverksamma inom den sociala barn- och ungdomsvården genom insatser för att främja kompetens och stabilitet samt kvalitetsutveckling inom området. Uppdraget till Socialstyrelsen är en fortsättning på den nationella samordnarens arbete och det förbättringsarbete som påbörjats i många kommuner. Socialstyrelsen ska fortsätta att utveckla, ta tillvara och sprida de erfarenheter som har

gjorts inom regeringens tidigare satsningar inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården i en majoritet av kommunerna

Regeringen har för perioden 2016–2020 avsatt medel för stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården (S2016/04469/FST). Medelstillelningen omfattar sammanlagt 360 miljoner kronor per år under perioden 2017–2019, samt 150 miljoner kronor avseende 2020 att fördelas av Socialstyrelsen i syfte att stärka bemanningen. Medlen för att stärka bemanningen och till kompetens- och kvalitetsutveckling syftar till att stärka både verksamheten och förutsättningarna för de flickor och pojkar som befinner sig i den sociala barn- och ungdomsvården. Medlen bedöms också kunna bidra till en bättre arbetsmiljö för de kvinnor som är i majoritet bland personalen. Slutredovisningen ska lämnas till Regeringskansliet senast den 1 juni 2021.

År 2017 har samtliga 290 kommuner rekviderat sammantaget 360 miljoner kronor enligt en fördelningsnyckel från bemannings-satsningen. Det högsta fördelade beloppet var ca 8 075 000 kronor och det lägsta beloppet ca 367 000 kronor. Av kommunernas återrapporteringar framgår att de med hjälp av stimulans-medlen har anställt olika typer av yrkesgrupper, 246 av kommunerna anställde socialsekreterare, 128 anställde arbetsledare och 204 anställde administratörer. Enligt kommunerna har förstärkningen inneburit minskad arbetsbelastning för såväl socialsekreterare som chefer med färre ärenden per handläggare och mindre administration. Tid har frigjorts för arbete med myndighetsutövning till barn och unga, stöd och arbetsledning till personal, kvalitetsutveckling av verksamheten och förebyggande arbete. Kommunerna anser att myndighetsutövningen har stärkts och blivit mer rättssäker. Vidare anser de att arbetsmiljön har påverkats positivt. Personalen upplever en större grad av trygghet, trivsel och minskad stress. Det är inte tillåtet att använda medlen till personal från bemannings-företag.

Statsbidrag psykisk ohälsa

Att under uppväxten utsättas för till exempel våld och övergrepp ökar risken för att barnet utvecklar psykisk ohälsa. Undersökningar visar att psykisk ohälsa bland barn och unga, både flickor och pojkar, ökar i Sverige.

Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 100 miljoner kronor i statsbidrag till kommuner under 2018 för att stärka socialtjänstens insatser för barn och unga med psykisk ohälsa (S2018/00368/FST).

Handläggarnas kompetens är en angelägen fråga

Att personalen besitter rätt kompetens är en viktig komponent för att kunna ge en god vård. Flera nationella satsningar på kompetensutveckling har gjorts under de senaste åren. För vissa kommuner har det varit svårt att genomföra satsningar och dra nytta av dem, med anledning av en pressad personalsituation. Flera kommuner framhåller att kompetenssatsningen lett till ökad kompetens och förbättrad kvalitet i arbetet genom att handläggarna känner sig stärkta i sin yrkesroll. Introduktionsprogram för nyanställda socialsekreterare har haft en positiv utveckling genom ett nationellt stöd och läns gemensamma program på flera håll runt om i landet.

Under hösten 2017 hade sammanlagt 14 län byggt upp läns gemensamma introduktionsprogram. Det har medfört ökad kompetens hos arbetsledare och handläggare (Socialstyrelsens lägesrapport för individ- och familjeomsorgen 2018). I början av 2018 uppgav 27 procent av kommunerna att de hade en aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling, vilket är en liten uppgång 25 procent jämfört med året innan (Socialstyrelsens öppna jämförelser).

Uppdragsutbildningar för socialsekreterare, arbetsledare och chefer

Sedan 2016 har Socialstyrelsen, på uppdrag av regeringen, anordnat uppdragsutbildningar för socialsekreterare och arbetsledare inom den sociala barn- och ungdomsvården (S2015/06908/FST). Sammanlagt 469 chefer, varav 27 män, och 499 socialsekreterare, varav 10 män, har deltagit i utbildningar i olika delar av landet. Kursen innehåller organisations- och ledarskapsteorier, konflikthantering och gruppprocesser. Den sista kursen inom ramen för regeringsuppdraget gavs på våren 2018.

Ensamkommande barn och unga

Mottagandet av asylsökande barn medförde stora utmaningar för myndigheter, kommuner och civilsamhället under 2015 och 2016. År 2017 ansökte 1 336 (1 043 pojkar och 293 flickor) ensamkommande barn om asyl i Sverige, jämfört med ca 35 000 (32 522 pojkar och 2 847 flickor)

år 2015 och 2 199 (1 764 pojkar och 435 flickor) år 2016.

Socialstyrelsen har i tre delrapporter analyserat hur flyktingsituationen sedan hösten 2015 påverkat socialtjänstens arbete. All information som rör ensamkommande barn och unga publiceras på webbplatsen Kunskapsguiden.se

I lägesrapporten från Socialstyrelsen 2017 framkom att kommunernas representanter ansåg att det framför allt var myndighetsutövningen som påverkades av det stora antalet ensamkommande barn som kom 2015.

På uppdrag av regeringen inrättade Socialstyrelsen i april 2017 ett kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga, vilket omfattar ensamkommande barn och unga upp till 21 års ålder som söker asyl och som fått tillfälligt eller permanent uppehållstillstånd eller avslag på sin asylansökan. Även ensamkommande barn och unga som vistats i Sverige utan tillstånd omfattas. Centrumet vänder sig till yrkesverksamma inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Syftet är att stärka det nationella arbetet med att utveckla och sprida relevant kunskap, tydliggöra hur rådande regelverk ska tillämpas och belysa utvecklingen på området, bl.a. utvecklingen av samverkan mellan skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsens särskilda svarsfunktion med uppgift att besvara frågor och ge stöd till kommunernas socialtjänst med koppling till flyktingsituationen är sedan april 2017 också en ingång för frågor riktade till kunskapscentrum för ensamkommande barn. Centrumets uppdrag sträcker sig t.o.m. 2020.

Nationellt kunskapscentrum främjar kunskapsutveckling om våld mot barn

Sedan 2015 har Linköpings universitet regeringens uppdrag att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Universitetet har inrättat centret Barnafriid – Nationellt kunskapscentrum för att arbeta med frågorna. Regeringen har årligen stött Linköpings universitet med fem miljoner kronor.

I januari 2018 beslutade regeringen att ge Linköpings universitet i uppdrag att utvärdera barnahusverksamheterna i Sverige (S2018/00212/FST). Barnahus är samlingsnamnet på verksamheter där polis, åklagare, socialtjänst och hälso- och sjukvård samverkar i

gemensamma lokaler i utredningsprocessen vid misstanke om vålds- eller sexualbrott mot barn. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 31 mars 2019.

Barn i skyddat boende

Regeringen tillsatte hösten 2016 en särskild utredare med uppdrag att bl.a. föreslå åtgärder för att stärka barnrättsperspektivet för barn som vistas i skyddat boende tillsammans med en av vårdnadshavarna. Utredningen lämnade sitt betänkande i januari 2018 (Ett fönster av möjligheter SOU 2017:112) med förslag som syftar till att barn som vistas i skyddat boende ska få sina rättigheter tillgodosedda. Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

Ökat stöd och skydd för barn som riskerar att giftas bort

Utgångspunkten är att barn inte ska leva i äktenskap och att alla barn har samma rätt till stöd och skydd. I februari 2017 fick därför Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att analysera socialtjänstens handläggning i ärenden som rör barn som kommer till Sverige och som uppges vara gifta (S2017/01011/FST). I uppdraget ingick också att ta fram en vägledning till kommunerna om handläggningen av dessa ärenden och sprida kunskapen till kommunernas socialtjänst. Uppdraget slutredovisades i november 2017.

Utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga

Under våren 2017 gav regeringen 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. En slutredovisning med resultatet av uppföljningen, utvärderingen och hur slutsatserna av arbetet har spridits ska lämnas till Regeringskansliet senast den 31 januari 2021.

Stor variation i frågan om socialsekreterares utbildning och yrkeserfarenhet

Handläggarens kompetens och erfarenhet är betydelsefullt för kvaliteten i den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsens öppna jämförelser 2018 visar att det finns stora variationer i kompetens hos personalen. Vid en jämförelse mellan 2018 och 2015 av resultatet

från öppna jämförelser vad gäller hur stor andel av personal som utreder barns behov av skydd, stöd, vård- och behandling och som har socionomutbildning samt minst tre års erfarenhet av barnutredningar så är andelen lägre 2018 med 57 procent mot 70 procent 2015.

Av handläggarna har 34 procent socionomutbildning och minst fem års erfarenhet av barnutredningar 2018, vilket också är en nedgång jämfört med 2015 då andelen var 49 procent. Socialstyrelsens öppna jämförelser från 2018 visar också att 78 procent av handläggarna hade socionomutbildning och ett års erfarenhet av barnutredningar vid kartläggningen. Andelen konsulthandläggare var 5,8 procent i 2018 års öppna jämförelser men skillnaderna mellan kommunerna är stora. Det skiljer sig mellan att uppgå till 85 procent och ner till 0 procent av den totala årsarbetskraften.

Placerade barn har sämre skolresultat och får därför sämre möjligheter senare i livet

En fungerande skolgång är en viktig faktor för alla barn och har stor betydelse för deras möjligheter i framtiden och för deras hälso-utveckling. När det gäller utbildning visar de öppna jämförelserna att en majoritet av de placerade barnen inte fullföljt en gymnasieutbildning. År 2016 hade 38 procent av 20-åringarna som varit placerade under hela årskurs nio slutfört treårig gymnasieutbildning (inklusive de som har examensbevis och studiebevis). Motsvarande andel bland övriga jämnåriga var 74,5 procent. Något fler flickor än pojkar som varit placerade avslutar gymnasiet. Resultatet har sett ungefär likadant ut de senaste tio åren.

SiSAM-modell för skolsamverkan

Regeringen gav Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) och Socialstyrelsen i uppdrag (U2017/00617/S) under våren 2017 att anpassa en modell för skolsamverkan (den s.k. SiSam-modellen för elever som placeras på särskilda ungdomshem) till att omfatta barn och unga som är placerade i familjehem, jourhem, i andra hem för vård eller boende (HVB) och stödboende. Modellen benämns SAMS och ska kunna tillämpas för alla placerade barn och unga vilket innebär bl. a. att mångdubbelt fler barn och unga omfattas, fler och olika placeringsformer med olika huvudmän berörs, skilda huvudmän för boende och skola ska samverka. SAMS-modellen är anpassad för

att möta dessa mer komplicerade förutsättningar. SAMS-modellen innehåller konkreta anvisningar för vad berörda befattningshavare bör göra för att samverka för en obruten skolgång ska kunna fungera.

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.

Statistiken för 2017 visar att antalet biståndsmottagare liksom utbetalningarna legat relativt stabila de senaste åren. Antalet personer (barn och vuxna) som någon gång under året tagit emot ekonomiskt bistånd uppgick år 2017 till cirka 405 000 (4,1 procent av befolkningen). Fördelningen mellan män och kvinnor är relativt jämn (3,6 procent av männen och 3,2 procent kvinnorna). Antalet barn som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd uppgick till 142 000 (6,8 procent av samtliga barn).

Skillnaden är stor mellan inrikes och utrikes födda. Bland utrikes födda uppgick andelen biståndsmottagare i befolkningen till ca elva procent (kvinnor 11 procent och män 11 procent) medan andelen bland inrikes födda uppgick till knappt två procent (kvinnor en procent och män två procent). Andelen biståndsmottagare i befolkningen varierar i kommunerna, mellan tio och en procent av befolkningen. Sammantaget utbetalades 10,7 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd under 2017, vilket är i det närmaste oförändrat mätt i fasta priser jämfört med 2016.

Ekonomiskt bistånd är det yttersta skydds nätet inom det sociala trygghetssystemet och är avsett att vara ett tillfälligt stöd vid akuta försörjningskriser. Andelen långvariga biståndsmottagare (10 månader eller mer per kalenderår) av samtliga mottagare av ekonomiskt bistånd har dock visat en uppgående trend sedan lång tid och nådde en topp på 40 procent under 2012. Därefter har andelen minskat och uppgick under 2017 till 35 procent.

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 2016 hade 48 procent av biståndsmottagarna arbetslöshet som huvudsakliga skäl till sitt försörjningshinder. Av dessa saknade hälften arbetslöshetsersättning, medan 40 procent hade otillräcklig ersättning och tio procent väntade på ersättning. Arbetshinder på grund av sociala skäl var det näst vanligaste försörjningshindret, elva procent, och sjukskrivning med läkarintyg det tredje mest förekommande, nio procent. Med sociala skäl menas att personen saknar arbetsförmåga och är i behov av t.ex. arbetsträning eller annan social eller medicinsk rehabilitering. Majoriteten, 81 procent, av de som var sjukskrivna med läkarintyg och uppbar försörjningsstöd saknade sjukpenning. Endast ca tre procent av biståndsmottagarna hade arbete, men otillräcklig arbetsinkomst för att klara sin försörjning.

Det är vanligare med arbetslöshet som försörjningshinder bland män (52 procent av samtliga män med ekonomiskt bistånd) än bland kvinnor (43 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. Bland utrikes födda var arbetslöshet vanligare som försörjningshinder än bland inrikes födda. Skillnaderna i biståndsmottagande är stora mellan både kommuner och mellan stadsdelar.

Formaliserad extern samverkan minskar

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 socialtjänstlagen få sina insatser samordnade av berörda aktörer. Av Socialstyrelsens öppna jämförelser 2018 framgår att den formaliserade samverkan i enskilda ärenden med externa aktörer har minskat inom många områden. Exempelvis minskade samverkan med Arbetsförmedlingen från 50 procent av kommunerna 2016 till 47 procent 2017 och ytterligare ned till 41 procent 2018.

Merparten av kommunerna erbjuder arbetsmarknadsinsatser

Det ekonomiska biståndet ska stärka den enskildes förmåga till självständigt liv. Den som kan arbeta ska enligt socialtjänstlagen stå till arbetsmarknadens förfogande för att ha rätt till försörjningsstöd. Det kan innebära att vara inskriven hos Arbetsförmedlingen, att vara aktivt arbetsökande och att delta i Arbetsförmedlingens arbetsmarknadspolitiska program. Majoriteten av kommunerna erbjuder även biståndsmottagare arbetsmarknadsinsatser i egen regi. Av resultatet från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2018 framgår att merparten av kommunerna erbjuder någon form av 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 vilket är oförändrat jämfört med 2017. För personer över 24 år är motsvarande siffra 27 procent 2018 vilket var oförändrat jämfört med 2017.

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. Andelen kommuner som uppger att de använder en utredningsmall där barns situation finns med har ökat och uppgick under 2018 till 62 procent jämfört med 57 procent 2017.

Standardiserade bedömningsmetoder och systematiska uppföljningar ökar

Andelen kommuner som uppger att de använder en standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna inom ekonomiskt bistånd uppgick till 68 procent 2018 att jämföra med 67 procent 2017. Andelen kommuner som uppger att de följer upp individer systematiskt, sammanställer på gruppnivå och använder resultaten för verksamhets-

utveckling inom ekonomiskt bistånd är 22 procent 2018 att jämföra med 19 procent under 2017.

Jämställdhetsperspektiv inom ekonomiskt bistånd

Biståndsmottagande är något högre bland män än kvinnor. Skillnaderna är dock betydligt större mellan inrikes och utrikes födda än mellan könen. Bland utrikes födda uppgick andelen biståndsmottagare (i relation till befolkningsgruppen storlek) till ca elva procent och bland inrikes födda uppgick den till ca två procent. Andelen biståndsmottagare bland utrikesfödda kvinnor är drygt en procentenhet högre än bland utrikes födda män.

Socialstyrelsen har i uppdrag att kartlägga arbetet med ekonomiskt bistånd ur ett jämställdhetsperspektiv. Utifrån resultatet av kartläggningen kommer Socialstyrelsen bl.a. att utveckla ett tema om jämställdhet och ekonomiskt bistånd på Kunskapsguiden.se och förtydliga jämställdhetsperspektivet i Handboken för ekonomiskt bistånd. En slutredovisning ska lämnas till Regeringskansliet senast den 1 december 2018.

Missbruk och beroende

Förändringar inom vårdsystemet

Andelen personer i befolkningen som vårdats inom hälso- och sjukvårdens slutenvård² eller den specialiserade öppenvården, med en diagnos som indikerar ett pågående beroende ökar, medan frivilliga insatser enligt socialtjänsten minskar (Individ- och familjeomsorgen, lägesrapport, Socialstyrelsen 2018).

En annan utvecklingstrend är att andelen av hela befolkningen som fått vård med en diagnos som indikerar pågående alkoholberoende ökade under perioden 2006–2016 inom hälso- och sjukvårdens öppenvård men den minskade inom den slutenvård som drivs inom hälso- och sjukvården. Utvecklingstrenden under perioden gäller för både kvinnor och män.

² Definition enligt Socialstyrelsens termbank, hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård

Andelen äldre har ökat bland dem som får vård på grund av alkoholdiagnos

Andelen i befolkningen som vårdats inom hälso- och sjukvården för alkoholberoende har ökat i de äldsta åldersgrupperna, dvs. kvinnor och män som är 65 år eller äldre. Inom slutenvården har andelen i åldern 75–84 år ökat under 10 års perioden 2006–2016 (kvinnor 73 procent och män 63 procent).

Inom den specialiserade öppenvården syns ökning för alla åldersgrupper. Störst är ökningen i åldersgruppen över 75 år för både kvinnor och män (kvinnor 89 procent och män 58 procent) under samma period 2006–2016 (Individ- och familjeomsorg, lägesrapporten 2018, Socialstyrelsen).

Andelen unga med drogberoende ökar

Statistiken för 2006–2016 visar även en stor ökning av andelen kvinnor och män som har haft en vårdkontakt inom hälso- och sjukvården med diagnos som är relaterad till drogberoende, särskilt inom den specialiserade öppenvården. Ökningen är störst i de yngsta åldersgrupperna. I såväl den specialiserade öppenvården som i slutenvården (inom hälso- och sjukvården) är andelen i befolkningen som vårdats högst i åldersgruppen 15–34 år. Bland kvinnor inom slutenvården har ökningen varit störst i åldersgruppen 25–34 år och bland män har den varit störst inom åldersgruppen 15–19 år (Individ- och familjeomsorg, lägesrapporten 2018, Socialstyrelsen).

Utvecklingen av socialtjänstens missbruks- och beroendevård – mål 4 i ANDT-strategin

Mellan 2007 och 2017 minskade de frivilliga vård- och behandlingsinsatserna enligt socialtjänstlagen till vuxna personer (21 år och äldre) med missbruksproblem. Antalet som fick individuellt behovsprövade öppna insatser minskade från drygt 11 580 till 10 900 personer (2017, 7 390 män och 3 500 kvinnor)³. Den största förändringen gäller den frivilliga institutionsvården, där antalet personer med denna insats har minskat med 26 procent, från omkring 2 590 personer 2007 till ca 1 920 varav

480 kvinnor och 1 440 män 2017. Siffrorna från 2017 visar på en förändring där det nu sker en ökning av individuellt behovsprövade öppna insatser jämfört med 2016. Ökningen har skett för så väl kvinnor som män.

Antalet personer som får boende som insats⁴ varierade under tidsperioden, och en liten ökning syns mellan 2007 och 2017 från ca 5 780 personer till ca 6 100 (4 620 män och 1 480 kvinnor 2017) motsvarande en ökning med fem procent (under samma period ökade befolkningen 21 år och äldre med elva procent). Ökningen mellan 2007 och 2017 gäller för både kvinnor som män men i större utsträckning för kvinnor.

De frivilliga insatserna minskade alltså för båda könen främst frivillig institutionsvård som minskade för kvinnor med 27 procent och för männen 25 procent mellan 2007–2017.

Den vanligaste insatsen inom socialtjänsten för både kvinnor och män är individuellt behovsprövade öppna insatser, följt av boende som bistånd (Individ- och familjeomsorg, lägesrapporten 2018, Socialstyrelsen, Socialstyrelsens statistikrapporter 2007 och 2017). Se vidare utgiftsområde 9 avsnitt 4 Folkhälsa.

Inspektionen för vård och omsorg uppmärksammar i sin tillsynsrapport att personer med svår beroendeproblematik placeras i boendeformer som inte erbjuder en behandling som motsvarar den enskildes behov. Det medför en ökad risk för att personer får en insats som inte är individuellt anpassad och som inte ges av personer med rätt kompetens (IVO:s tillsynsrapport 2018).

Ökat behov inom statligt bedrivna missbruksvård

Den statliga missbruksvården bedrivs på 11 LVM-hem med 383 platser 2017, vilket är samma platsantal som 2016. Av dessa platser var 29 procent avsatta för enbart kvinnor och 69 procent för enbart män.

De frivilliga vård- och behandlingsinsatserna enligt socialtjänstlagen har minskat samtidigt har

³ Statistik redovisar antal personer som den 1 november 2016 fick individuellt behovsprövade öppna insatser. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/vuxnamedmissbruksberoende>

⁴ I statistiken innefattar bistånd till boende enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen, SoL följande boendeformer: gruppboende, kategoriboende, inackorderingshem, korttidshem, jourlägenhet, härbärge, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell samt hyreskontrakt där socialtjänsten är kontraktssinnehavare, det vill säga "sociala kontrakt" eller liknande.

antalet personer som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, ökat med 33 procent sedan 2006. Den kraftigaste ökningen syns från 2012 och framåt (Individ- och familjeomsorg, lägesrapport 2018, Socialstyrelsen).

Efterfrågan på Statens institutionsstyrelse (SiS) tjänster är fortsatt hög och enligt SiS egen rapportering har myndigheten haft svårt att möta den fullt ut. Inom missbruksvården har myndigheten påbörjat ett utvecklingsarbete som syftar till att uppnå en större flexibilitet och därmed förmåga att kunna anvisa plats utifrån förändringar av efterfrågan.

Personer som vårdas enligt LVM blir allt yngre och kvinnor som vårdats enligt LVM har under hela tidsperioden varit yngre än männen. År 2010 var medianåldern för kvinnor 41 år och för män 44 år. År 2016 var medianåldern 31 år för kvinnor och 35 år för män. Bland vårdade på LVM-hem är narkotika det vanligaste missbruksmedlet, och därefter kommer missbruk av flera substanser (narkotika och alkohol) (lägesrapporten 2018).

Jämfört med tidigare år är det en något lägre andel klienter, 72 procent, som uppger att de har fått en ökad motivation till alkohol-/drogfrihet. För kvinnor har andelen minskat med sju procentenheter jämfört med föregående år medan det för män skiljer en procentenhet (SiS årsrapport).

Flera överenskommelser mellan kommun och landsting

Sedan den 1 juli 2013 är landsting och kommuner ålagda att ingå överenskommelser om samarbete när det gäller personer med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning samt spel.

Det sker en positiv utveckling och i februari 2018 rapporterade 64 procent av landets kommuner till öppna jämförelser att de fanns en aktuell överenskommelse med landstinget. Överenskommelserna innehåller gemensamma mål, en resurs- och ansvarsfördelning och rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingens personal. Siffran kan jämföras med 56 procent 2017.

Samverkan – fortfarande ett utvecklingsområde

Det är 47 procent 2018 av kommunerna som rapporterar att de har rutiner för att delge information om möjligheten att få en samordnad individuell plan (SIP) vid samsjuklighet. Detta är en ökning jämfört med 2017 då andelen var 43 procent.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har även i år lyft fram samverkan som ett utvecklingsområde. Tillsynen visar på olika typer av samverkansbrister när det gäller vård och omsorg för personer med missbruk och beroende, både inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården, och mellan kommuner och landsting.

Unga personer med samsjuklighet är precis som i förra årets rapport en särskilt utsatt grupp. Ensamkommande ungdomar med missbruksproblem är en växande grupp och dessa ungdomar lider inte sällan av samsjuklighet - ett missbruk i kombination med psykisk ohälsa. Ingen aktör tar här ett helhetsansvar rapporterar IVO (IVO:s tillsynsrapport, 2018).

Positiva effekter av regeringens LOB-satsning

Regeringen beslutade 2014 om en treårig satsning för att förbättra den medicinska säkerheten och omvårdnaden i samband med ett omhändertagande enligt lagen om omhändertagande av berusad person (LOB). Satsningen har utvärderats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utvärderingen visar att femton län har tagit fram överenskommelser inom ramen för satsningen. De flesta överenskommelserna har ingåtts mellan polis och landstinget och i vissa fall även med kommunerna. Det finns en samsyn att satsningen har bidragit till ett påbörjat och utvecklat samarbete mellan parterna. I flera län har satsningen inneburit att polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten för första gången samarbetar med varandra när det gäller omhändertaganden enligt LOB. Alternativ till arrest för tillnyktring har börjat utvecklas på en del platser och på vissa håll har också förändringar av rutiner och processer skett. Brister i rutiner har blivit tydliga och även den övergripande frågan om vilken part som ska ansvara för vad i praktiken kvarstår på sina håll. (En LOB i mål? Vård och omsorgsanalys 2018).

Användning av systematisk uppföljning

En majoritet av kommunerna använder standardiserade bedömningsmetoder, men inte alls i lika hög grad standardiserade metoder för uppföljning.

I den senaste inrapporteringen av öppna jämförelser uppgav 24 procent 2018 av kommunerna att de använder standardiserade bedömningsmetoder vid uppföljning av insatserna, att jämföra med 26 procent 2017. För att utveckla verksamheten och för att tydliggöra könsskillnader mellan kvinnor och män används systematisk uppföljning i 18 procent av kommunerna 2018 och 16 procent 2017, vilket visar en liten ökning.

Tillgänglighet till vård- mål 4 i ANDT-strategin

När det gäller att få tillgång till kommunens missbruks- och beroendevård redovisar Socialstyrelsen uppgifter om genomsnittstid innan en enskild får tid för ett personligt besök (nybesök) efter att denne tagit en första kontakt med socialtjänsten. Utvecklingen är positiv och visar allt kortare väntetider jämfört med senaste mätningen 2016. För ca 57 procent av kommunerna tar det fyra–sju dagar, 25 procent uppger mellan 8–14 dagar och för 17 procent endast tre dagar. (Statistikbearbetning av Socialstyrelsen perioden 1 november 2016–31 januari 2017 statistiken finns ej könsuppdelad). Se vidare utgiftsområde 9 avsnitt 4 Folkhälsa.

Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk

Ungefär två procent av Sveriges befolkning i åldern 18–84 år har spelproblem, och ca 30 000 personer bedöms ha allvarliga spelproblem.

Under 2011–2016 vårdades 1 540 personer med diagnosen spelberoende, varav 1 198 män (78 procent) och 342 kvinnor (22 procent).

Kravet på överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting om personer som missbrukar substanser ska nu enligt en lagändring i socialtjänstlagen (2001:453) och i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som trädde i kraft den 1 januari 2018 även omfatta personer som missbrukar spel om pengar. Landstingens ansvar för behandling grundad i hälso- och sjukvårdslagstiftningen förändras inte.

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen tagit fram behandlingsrekommendationer som riktas till både socialtjänst och hälso- och sjukvård vid behandling vid spelmissbruk (Behandling av spelmissbruk och spelberoende – Kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten, Socialstyrelsen 2017). Socialstyrelsen har även publicerat ett omfattande kunskapsstöd om spelproblem för huvudmännen på Kunskapsguiden.

Hemlöshet*Utvecklingen av hemlöshet*

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät för 2018 bedömer 243 av landets 290 kommuner att det råder underskott på bostäder på marknaden, vilket är 12 kommuner färre än i 2017 års bostadsmarknadsenkät. Vid brist på bostäder söker sig personer i allt större utsträckning till socialtjänsten för att få hjälp att lösa sin bostadsituation när de inte själv klarar det.

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en nationell kartläggning av hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden under 2017 för att öka kunskapen. Socialstyrelsen använder sig av en bred definition av begreppet hemlöshet. Sammanlagt inrapporterades ca 33 000 individer (varav 62 procent män och 38 procent kvinnor) under mätveckan. Ungefär samma antal personer som år 2011 men då var svarsfrekvensen från kommunerna högre. Resultatet visar bl.a. att den akuta hemlösheten har ökat sedan 2011 då den senaste kartläggningen genomfördes. Framför allt gäller det antalet personer som sov utomhus eller i offentliga utrymmen och antalet personer som bodde på vandrarhem eller hotell.

Närmare 16 000 personer (varav 55 procent män och 45 procent kvinnor), nästan hälften i kartläggningen, hade långsiktiga boendelösningar som socialtjänsten ordnat. Detta är också en ökning jämfört med 2011. Nästan hälften hade ekonomiskt bistånd, samma för kvinnor och män. Få hade lön från arbete, kvinnor 16 procent och män 13 procent. Var

femte bedömdes dock inte ha andra behov än en bostad. Här föreligger ingen skillnad mellan kvinnor och män. Fler än var tredje person var förälder till barn under 18 år – varav 58 procent av dessa var kvinnor och 29 procent män (Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2017).

Socialstyrelsen publicerade i samband med kartläggningen 2017 ett stöd till kommunerna i deras förebyggande arbete (Stöd för socialtjänsten i arbetet att förebygga avhysning, Socialstyrelsen 2017).

Satsningar för att motverka hemlöshet

För att stödja kommunerna i deras arbete att motverka den akuta hemlösheten har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 25 miljoner per år under perioden 2018–2021 till de kommuner som har flest personer i akut hemlöshet.

Regeringen har också avsatt 120 miljoner under 2018 och gett Kammarkollegiet i uppdrag att betala ut medel till Svenska Rädda barnen, Stockholms stadsmision, Svenska Röda korset, Svenska kyrkan, Skånes stadsmision och Göteborgs räddningsmission med syfte att stärka de ideella organisationernas insatser mot hemlöshet bland unga vuxna. Medlen ska användas till åtgärder mot hemlöshet bland unga vuxna där psykisk ohälsa kan vara en bidragande orsak till hemlösheten.

Utsatta EU/EES-medborgare

Länsstyrelsen utvecklar samverkan

Länsstyrelsen i Stockholms län hade i uppdrag att under åren 2016–2017 utveckla samverkan och samordna det arbete som bedrivs i landet avseende medborgare inom EU/EES-området som vistas tillfälligt i Sverige utan uppehållsrätt (S2016/02758/FST). Regeringen beslutade i oktober 2017 att förlänga uppdraget till och med 2019 då det finns ett fortsatt behov av samordning och rådgivning hos kommuner, myndigheter och civila samhället som möter målgruppen. Uppdraget har även breddats. Det innebär att Länsstyrelsen i Stockholm också ska ansvara för att främja och underlätta samverkan på lokal nivå mellan Sverige och hemländerna genom att upprätta kontaktnät, ge information och rådgivning till olika berörda parter. Syftet är att kunna bidra

till alternativa, mer långsiktiga lösningar på hemorten i hemländerna.

För att stärka det nationella uppdraget har regeringen fattat beslut om att samtliga landets länsstyrelser ska bidra med lägesbilder under 2018 angående utsatta EU/EES-medborgare som vistas inom ansvarsområdet. Länsstyrelserna ska även genomföra kompetensutvecklingsinsatser riktade mot relevanta aktörer genom spridning av nationellt metodstöd. Insatserna ska göras i samverkan med den nationella samordningen av uppdraget, myndigheter, kommuner, vårdgivare samt det civila samhället.

Fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt (FEAD)

Fonden FEAD omfattar ca 13 miljoner kronor årligen under åren 2014–2020. Rådet för Europeiska Socialfonden i Sverige (Svenska ESF-rådet) är förvaltande myndighet för det svenska programmet. Målgruppen för insatserna i Sverige är socialt och ekonomiskt utsatta EU/EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige. Fem projekt pågår och kommer att avslutas under 2018. En ny utlysning har genomförts av ESF-rådet och den avslutades under oktober 2018.

Samarbetsavtal med Rumänien och Bulgarien

Socialdepartementet har haft samarbetsavtal med Rumänien sedan 2015 och med Bulgarien sedan 2016 på det sociala området. Avtalen syftar till att utbyta erfarenheter och goda exempel mellan länderna och underlätta samarbete mellan frivilligorganisationer i respektive land. Avtalen implementeras genom ömsesidiga studiebesök och utbyten på tjänstemannanivå inom avtalens tematiska områden (barnrätt, jämställdhet och social välfärd/trygghet).

Brottsutsatta

Utvecklingen av kvinnors och mäns våldsutsatthet

Enligt Brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökning (NTU) 2017 uppgår 15,6 procent av befolkningen i åldern 16–79 år att de under 2016 utsattes för något slags brott mot person. När det gäller misshandelsbrott har

utsattheten ökat från 2,5 till 3,3 procent bland män och från 1,5 till 2,0 procent bland kvinnor. Sett över en tioårsperiod har kvinnors utsatthet för misshandel varierat kring en stabil nivå medan mäns utsatthet varit svagt nedåtgående. Det återstår att se om det senaste årets ökning är ett trendbrott. Utsatthet för våld skiljer sig mellan olika åldersgrupper. Mest utsatt är åldersgruppen 16–24. Bland unga män i gruppen har utsattheten i jämförelse med föregående år ökat från 5 till 7 procent och bland unga kvinnor från drygt 2 till 4 procent. Andelen våldsutsatta sjunker sedan med stigande ålder. Utsattheten för våld bland äldre kan dock i större utsträckning antas vara underrapporterad även om det förekommer för alla grupper.

En nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld

För att förebygga våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor inklusive hedersrelaterat våld och förtryck har regeringen antagit en tioårig nationell strategi som började gälla den 1 januari 2017. Socialstyrelsen ska stödja genomförandet av strategin och har fått ett flertal uppdrag som fokuserar på att förbättra kunskapen om förekomsten av våld och om våldsrelaterade insatser, att förstärka kompetensstödet till vård och omsorgspersonal samt vidareutveckla metoder inom bl.a. socialtjänstens område (S2017/01221/JÄM). I mars 2018 redovisade uppdraget, däribland uppdraget att ta fram en vägledning som gör det möjligt för kommuner och landsting att göra enhetliga beräkningar av kostnaden för insatser som orsakas av våld i nära relationer och att genomföra en kartläggning av förekomsten av rutinmässiga frågor om våld inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården (Se vidare utgiftsområde 13 avsnitt 5).

Kommunernas arbete med våldsutsatthet

Socialstyrelsen har under det senaste året verkat för att stärka socialtjänstens arbete med att upptäcka och identifiera våldsutsatthet. Arbetet har i vissa avseenden varit framgångsrikt. När det gäller kommunernas arbete visar Socialstyrelsens öppna jämförelser 2018 att 95 procent av kommunerna använder standardiserade bedömningsinstrument för att utreda våldsutsatthet och bedöma risk, stöd- och skyddsbehov vilket är en ökning jämfört med 2017 då andelen var 91 procent. Andelen kommuner som har en skriftlig rutin vid indikation på våld har också

ökat och varierar mellan 41 och 57 procent inom olika verksamhetsområden.

Ny lagstiftning om Socialstyrelsens skade- och dödsfallsutredningar

Riksdagen antog i juni 2018 regeringens proposition Utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall (2017/18:215). Socialstyrelsen ska utreda fall då ett barn avlidit till följd av brott och när en kvinna eller man avlidit till följd av brott av en närstående eller tidigare närstående. Regeringen har lämnat ett flertal förslag för att göra utredningsverksamheten mer ändamålsenlig och effektiv, bl.a. genom att verksamhetens omfattning breddas och analyserna fördjupas. Så ska t.ex. fler fall än där barn eller vuxna avlider kunna omfattas av en utredning och uppgiftsskyldigheten ska utökas till att även gälla gärningspersonen. Lagens namn ändras till lagen om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall och förslagen träder i kraft den 1 januari 2019. Syftet med utredningarna är att ge underlag till förslag till förbättringar som förebygger att barn far illa eller att vuxna utsätts för våld av närstående eller tidigare närstående person. På sikt ska kunskapen öka om vilka förebyggande insatser som behöver göras i hela samhällsorganisationen.

Sedan utredningsverksamheten startade 2008 när det gäller barn, och 2012 när det gäller vuxna har Socialstyrelsen sammanlagt utrett 46 barnärenden (varav 45 procent var flickor och 55 procent var pojkar) och 52 vuxenärenden (varav 95 procent kvinnor och 5 procent män). Resultaten har redovisats i fem rapporter till regeringen. Majoriteten av utredningarna rör således kvinnor. Den senaste rapporten om Socialstyrelsens dödsfallsutredningar 2016–2017 publicerades i januari 2018.

Det mest omfattande problemet enligt Socialstyrelsens dödsfallsrapport 2016–2017, som publicerades i januari 2018, är att våld i nära relationer sällan upptäcks. Inte i något av de totalt 52 vuxenärenden som Socialstyrelsen utrett sedan 2012, då lagen om dödsfallsutredningar ändrades till att även omfatta vuxna, hade någon av de involverade samhällsaktörerna ställt frågor om våldsutsatthet. De flesta av brottsoffren hade utsatt för våld av gärningspersonen före gärningen, haft kontakt med två eller fler samhällsaktörer, och den senaste kontakten hade ofta varit en kort tid före gärningen. Ändå upptäcktes inte våldsutsatt-

heten. Frågor om våld ställdes varken rutinmässigt eller då det fanns tecken på våld. Om inte brottsoffret på eget initiativ berättar om sin utsatthet är det sällan som våldet upptäcks. Vid en studie som genomförts av Uppsala universitet (Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK) framkommer att tre landsting fullt ut och 14 landsting delvis har implementerat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) enligt vilka vårdgivare bl.a. bör bestämma när och hur frågor om våld ska ställas i verksamheterna.

Att ställa frågor om våldsutsatthet och våldsutövande

Flertalet kommuner har infört metoden FREDA för att identifiera våldsutsatthet hos vuxna. Socialstyrelsen uppföljningar visar dock att långt ifrån alla berörda verksamheter använder metoden.

Socialstyrelsen har nyligen avslutat ett uppdrag att kartlägga förekomsten av rutinmässiga frågor om våldsutsatthet och våldsutövande i socialtjänsten och hälso- och sjukvården (S2015/06821/JÄM) som senare utökats till att även omfatta standardiserade bedömningsmetoder inom relevanta delar av hälso- och sjukvården (S2017/01221/JÄM).

Kartläggningsresultaten visar att det vanligaste sättet att fråga om våldsutsatthet och våldsutövande är på indikation, dvs. vid misstanke om att våld förekommit. De flesta verksamheterna använder inte någon standardiserad metod när de frågar om våld. Resultatet för socialtjänstens del visar att det är ungefär lika vanligt att använda standardiserade metoder för att fråga om våldsutsatthet (41 procent) som att inte använda någon särskild metod (38 procent). Undersökningen visar också genomgående att verksamheter som rutinmässigt frågar om våld i högre utsträckning har en handlingsplan för hur personalen ska agera vid upptäckt. Det gäller både barn och vuxna.

Frågor om barns utsatthet för våld

Många verksamheter ställer varken frågor rutinmässigt eller på indikation om huruvida barn bevittnat eller utsatts för våld. Inom socialtjänsten ställer 20 procent av samtliga undersökta verksamheter frågor om barns utsatthet rutinmässigt. Av de verksamheter som frågar om barns utsatthet är det få (sju procent) som använder sig av standardiserade metoder.

Förekomst av rutinmässiga frågor om barn har utsatts för eller bevittnat våld varierar mellan 4 och 38 procent i olika verksamhetsområden inom socialtjänsten. Lägst andel som ställer frågor om barns utsatthet finns inom LSS-verksamheter.

Socialstyrelsens dödsfallsrapport 2016–2017 visar att barn som anhöriga sällan uppmärksammas, trots att föräldrarnas problem var av sådan karaktär att vården hade skyldighet att beakta barnens behov av information, råd och stöd.

Utvecklingsmedel och kompetensstöd bidrar till kvalitetsutveckling

Regeringen har årligen avsatt 109 miljoner kronor i utvecklingsmedel och kompetensstöd till kommuner, landsting och ideella organisationer för att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor. Från och med 2016 omfattar utvecklingsmedlen även insatser för att utveckla arbetet mot prostitution och människohandel. Under 2016 fördelade Socialstyrelsen 50 miljoner kronor till 246 kommuner och totalt 20 miljoner till samtliga landsting. Medlen till kommunerna har använts främst för att utveckla det långsiktiga, strukturerade och samordnade arbetet mot våld i nära relationer och stöd till våldsutsatta kvinnor och barn, kartläggningar av våldets omfattning, informationsspridning och att utveckla rutiner för uppföljningsarbete.

En webbkurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer har även tagits fram i samverkan mellan Uppsala universitet, (Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK), länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Den lanserades i september 2016 och har fått ett stort genomslag; i slutet av december 2017 hade nästan 19 000 personer använt den. Av användarna kommer 52 procent från socialtjänsten.

Utbildningsinsats i socialtjänsten

Att utveckla våldsförebyggande insatser utgör en del av regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Socialtjänsten har en viktig roll i detta arbete och 25 miljoner kronor har avsatts i en särskild satsning kopplad till metoo-rörelsen för att under 2018 genomföra utbildningsinsatser för att öka kunskapen och beredskapen inom socialtjänsten i syfte att motverka våldsproblematik framför allt i utsatta grupper. Socialstyrelsen har fått ett uppdrag att tillsammans med Jämställdhetsmyn-

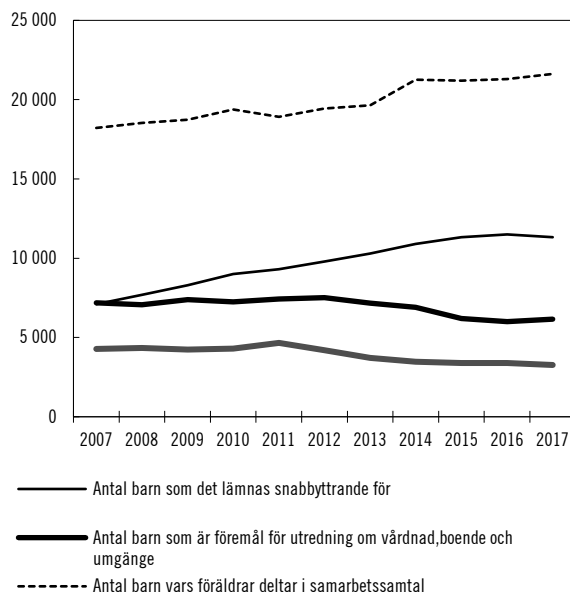
digheten, Uppsala universitet (Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK) och länsstyrelserna samordna utbildningsinsatserna. Av de metoo-upprop som några av de mest utsatta grupperna gjort framkommer t.ex. behov av särskild kunskap hos socialtjänstens personal när det gäller bemötandefrågor och funktionshindersfrågor. Frågor om våld, och inte minst sexuellt våld, är ofta ett tabu- och skambelagt område som gör att både de utsatta kvinnorna och de berörda yrkesgrupperna kan ha svårt att prata om övergreppen.

Familjerätt

Familjerätt

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.

Diagram 6.1 Antal barn som varit föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten under åren 2007–2017



Källa. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, statistiken finns inte uppdelad på kön.

Antalet vårdnadsmål

Varje år berörs ca 50 000 barn av föräldrars separation. Över 90 procent av alla föräldrar som separerar har fortsatt gemensam vårdnad. Under 2017 var knappt 6 200 barn i åldern 0–17 år

aktuella för utredning om vårdnad, boende eller umgänge. Under perioden 2013–2016 har andelen minskat, däremot är det ingen förändring mellan 2016 och 2017. Forskningen visar att såväl en hög konfliktnivå mellan föräldrarna som vårdnadsprocesser ofta har mycket negativa konsekvenser för barnet.

2014 års vårdnadsutredning bedömer i sitt betänkande (Se barnet! SOU 2017:6) att antalet vårdnadsmål ökat med nästan 50 procent under de senaste tio åren. Utredningen konstaterade bl.a. mot den bakgrunden, att det finns ett behov av en satsning på arbetet med att förebygga föräldrars konflikter. Föräldrar och barn har ofta behov av hjälp och stöd som en domstolsprocess inte kan erbjuda och att det är vanligt att föräldrarna inte har genomgått samarbetsamtal innan processen inleds.

Satsningar på förebyggande insatser

Stiftelsen Allmänna Barnhusets har på regeringens uppdrag bedrivit försöksverksamhet med s.k. samverkansteam 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. En viktig del av teamens arbete har handlat om att förstärka barnets delaktighet (S2014/3297/FST). Utvärderingen visar på en positiv utvecklingstendens över tid när det gäller såväl barns som föräldrars hälsa och välbefinnande.

Utvärderingarna bekräftar också tidigare forskning om att konflikter mellan föräldrar riskerar att medföra allvarliga konsekvenser för alla involverade.

Självskattningarna som har gjorts indikerar även tecken på partnervåld för majoriteten av föräldrarna som deltagit i försöksverksamheten. I regleringsbrevet för 2017 har Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) 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). Mot bakgrund av att myndighetens kartläggning av samarbetsamtal visar att ett stort antal samtalsledare saknade utbildning för att arbeta med samarbetsamtal avser MFoF att ta fram ett kunskapsbaserat och, i den mån det är möjligt, evidensbaserat utbildningsmaterial som alla samtalsledare bör

genomgå innan de självständigt leder samarbetsamtal.

MFoF fick i regleringsbrevet för 2017 i uppdrag att ta fram ett handläggningsstöd för socialnämndernas arbete med riskbedömningar i ärenden om vårdnad, boende och umgänge. Handläggningsstödet redogör bl.a. för det juridiska regelverket och forskning inom området samt en konkret modell för riskbedömning (Riskbedömning i utredningar om vårdnad, boende och umgänge, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, 2018).

Internationella adoptioner

Antalet internationella adoptioner fortsätter att minska

Antalet barn som adopteras till Sverige från andra länder fortsätter att minska. Under 2017 minskade antalet med 7 procent jämfört med föregående år. Under 2017 kom 240 barn, varav 93 flickor och 147 pojkar, och under 2016 kom 259 barn, varav 97 flickor och 162 pojkar. För att ge en bild av utvecklingen kan nämnas att det under 2008–2012 kom i genomsnitt 604 barn per år och under 2013–2017 endast 304. I takt med att den ekonomiska och sociala situationen förbättras i ursprungsländerna har öppenheten för nationell adoption ökat och möjligheterna för familjer att själv sörja för sina barn har förbättrats, bl.a. genom en större acceptans för ensamstående mödrar.

Föräldraskapsstöd

Stöd till alla föräldrar

Flera insatser har under året genomförts i syfte att bidra till att uppnå målet om att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet och i sin relation till varandra under barnets hela uppväxt.

Socialstyrelsen har i enlighet med sitt regleringsuppdrag (S2015/07318/FST) tagit fram ett utbildningspaket till barnhälsovården som handlar om att möta föräldrar till barn med funktionsnedsättning. De har också tagit fram ett kunskapsstöd för att samordna insatser för barn med funktionsnedsättning

Under 2017 fortsatte Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) att etablera sig som nationell kunskapsmyndighet på föräldraskapsstödsområdet. Vidare bedöms förutsättningar för kompetensutveckling ha ökat hos huvudmän och andra aktörer som arbetar med föräldraskapsstöd under året bl.a. genom den utbildning i föräldraskapsstödjande arbete vid Örebro universitet som Länsstyrelsen i Örebro uppdragits av regeringen att anordna (S2016/05697/FST).

Under året lämnade länsstyrelserna sin slutrapport gällande det uppdrag de haft under åren 2014–2017 att stödja kommuner, landsting och andra föräldraskapsstödjande aktörer i sitt arbete med stöd till föräldrar i föräldraskapet (Länsstyrelsernas regleringsbrev). En förstärkt struktur på regional och lokal nivå inom området föräldrastöd till föräldrar med barn i tonåren har skapats. En viktig framgångsfaktor för länsstyrelsernas arbete inom ramen för uppdraget har varit möjligheten att samverka med landsting. Precis som tidigare år har kontakterna med huvudmännen varit omfattande. Under året har 19 av 21 länsstyrelser haft kontakt med samtliga kommuner i länet, motsvarande 98 procent av alla kommuner i landet. Vidare rapporterar 14 länsstyrelser att alla kommuner i deras län har nåtts av länsstyrelsens insatser under året i form av exempelvis konferenser och nätverksträffar.

Det saknas dock fortfarande en helhetsbild i många kommuner och län över antal föräldrar som erbjuds stöd och vilket stöd de erbjuds. Således saknas könsuppdelad statistik.

Insatser för personer med funktionsnedsättning

Delaktigheten kan öka

De flesta personer ca 87 procent med funktionsnedsättning som bor i bostad med särskild service eller är i daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, har genomförandeplaner. Det finns inga uppgifter om det är några skillnader mellan kvinnor och män. Men alla planer innehåller inte individuella mål och

det framgår inte alltid heller hur den enskilde är delaktig i insatsens genomförande (Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättningen – lägesrapport 2018, Socialstyrelsen). Enligt brukarundersökningar bedömer många brukare inom särskilda boendeformer och daglig verksamhet enligt LSS att de har möjlighet att bestämma över sådant som är viktigt. Det finns skillnader mellan mindre och större orter samt mellan kvinnor och män. Exempelvis upplever 79 procent av kvinnorna och 86 procent av männen i storstäder och 81 procent av kvinnorna och 89 procent av männen som bor i mindre städer och landsbygdskommuner att de har inflytande. Samtidigt uppger knappt hälften av verksamheterna att de använder metoder för brukarinflytande vilket Socialstyrelsen menar kan indikera att förutsättningarna för inflytande kan stärkas ytterligare.

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag om metoder för ökad delaktighet och självständighet för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Stödet ger vägledning samt samlar verk samma metoder inom området. Kunskapsstöd ger också socialtjänsten stöd för ett systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete för ökad delaktighet för personer i alla åldrar med de funktionsnedsättningar som anges i beskrivningen av grupp 1 och 2 i personkretsen enligt LSS (Vägar till ökad delaktighet, Socialstyrelsen 2017).

Ny lag om bostadsanpassningsbidrag

En ny lag om bostadsanpassningsbidrag trädde i kraft den 1 juli 2018. Syftet med den nya lagen är att dels sätta personen som ansöker om bidraget i centrum för processen, dels förenkla kommunernas handläggning genom tydligare

bestämmelser och att ge kommunerna bättre möjlighet att utnyttja sina resurser. Lagen ersätter lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m.

Den nya lagen om bostadsanpassningsbidrag innehåller bestämmelser om rätten för enskilda personer med funktionsnedsättning att få bidrag för anpassning av sin permanentbostad. Lagen ger också flerbostadshusägare rätt att i vissa fall få bidrag för återställning av en anpassningsåtgärd som tidigare utförts med stöd av bidrag. Till skillnad från tidigare lagstiftning så är det nu alltid personen med funktionsnedsättning som ska kunna ansöka om bostadsanpassningsbidrag, oavsett om det är denne som äger bostaden eller innehar den med nyttjanderätt. Lagen ger även kommunerna att bevilja bostadsanpassningsbidrag i andra former som t.ex. ett åtagande att utföra åtgärden, och även regler om handläggning.

Fler personer med insatser enligt LSS

Insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. År 2017 fick fler personer insatser och antalet insatser enligt LSS fortsatte att öka jämfört med 2016 (Sveriges officiella statistik 2018). Den 1 oktober 2017 hade ca 72 900 personer insatser enligt LSS från kommunerna. Det var 1 500 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 118 800 insatser från kommunerna till dessa personer. Det var ca 200 insatser fler än året innan.

Tabell 6.3 Kvinnor och män med insats enligt LSS 2008–2017

Antal personer med olika insatser enligt LSS 2008–2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Råd och stöd	6 700	5 800	5 100	4 700	4 500	4 300	4 300	4 400	4 100	3 000
Kvinnor	2 979	2 582	2 282	2 104	2 031	1 886	1 905	1 961	1 825	1 339
Män	3 683	3 211	2 796	2 576	2 516	2 384	2 439	2 390	2 290	1 617
2. Personlig assistans	3 500	3 400	3 600	3 800	3 900	3 900	4 100	4 300	4 600	4 900
Kvinnor	1 682	1 596	1 700	1 818	1 860	1 825	1 950	1 996	2 099	2 226
Män	1 819	1 761	1 860	1 942	2 016	2 071	2 144	2 299	2 476	2 679
3. Ledsagarservice	9 700	9 600	9 300	9 200	8 700	8 500	8 400	8 300	8 000	7 700
Kvinnor	4 349	4 322	4 139	3 994	3 802	3 672	3 626	3 600	3 457	3 333
Män	5 307	5 313	5 148	5 169	4 899	4 785	4 801	4 706	4 581	4 368
4. Kontaktperson	18 400	19 200	19 500	19 500	19 600	19 400	19 500	19 500	19 400	19 300
Kvinnor	8 705	8 902	9 106	8 960	8 980	8 801	8 861	8 777	8 756	8 636
Män	9 718	10 251	10 389	10 497	10 595	10 566	10 654	10 717	10 665	10 662
5. Avlösarservice	3 300	3 400	3 400	3 400	3 400	3 500	3 600	3 800	3 800	3 900
Kvinnor	1 206	1 195	1 151	1 146	1 134	1 170	1 183	1 210	1 206	1 226
Män	2 143	2 185	2 239	2 248	2 274	2 337	2 464	2 552	2 585	2 646
6. Korttidsvistelse	10 200	10 000	10 000	9 900	9 700	9 600	9 600	9 700	9 600	9 400
Kvinnor	3 915	3 766	3 706	3 641	3 552	3 516	3 499	3 525	3 412	3 324
Män	6 315	6 208	6 304	6 239	6 100	6 085	6 141	6 170	6 181	6 123
7. Korttidstillsyn	5 200	5 100	5 200	5 000	4 800	4 500	4 500	4 400	4 400	4 400
Kvinnor	1 984	1 949	1 931	1 865	1 775	1 642	1 672	1 634	1 644	1 649
Män	3 184	3 193	3 231	3 144	2 976	2 879	2 829	2 743	2 778	2 740
8. Boende, barn	1 400	1 400	1 400	1 300	1 200	1 100	1 000	1 000	1 000	1 000
Kvinnor	489	517	533	481	442	411	375	382	364	356
Män	909	917	910	847	774	697	657	666	622	612
9. Boende, vuxna	22 300	22 900	23 400	23 900	24 400	25 000	25 800	26 500	27 100	27 800
Kvinnor	9 691	9 911	10 101	10 278	10 427	10 678	10 926	11 164	11 411	11 668
Män	12 632	12 954	13 332	13 645	13 942	14 366	14 916	15 320	15 687	16 164
10. Daglig verksamhet	28 100	29 000	30 200	31 100	32 000	32 400	33 800	35 300	36 600	37 500
Kvinnor	12 266	15 813	12 623	13 478	13 764	13 954	14 457	15 004	15 520	15 780
Män	15 813	16 348	17 126	17 668	18 213	18 414	19 343	20 336	21 078	21 700
Totalt antal insatser	108 800	109 800	111 100	111 800	112 200	112 200	114 600	117 200	118 600	118 800

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen. (Kvinnor och män redovisas utan avrundning)

Under den senaste tioårsperioden från 2008 har insatserna ökat från 108 800 till 118 800 vilket motsvarar ca nio procent. Insatsen personlig assistans har ökat mest med 40 procent, följt av daglig verksamhet med ca 33 procent enligt LSS. En faktor som delvis kan förklara ökningen är befolkningsutvecklingen under perioden. Det största antalet insatser rörde kontaktperson, boende för vuxna och daglig verksamhet. Stödinsatsen personlig assistans har även ökat mest sedan 2016 med sju procent varav sex procent för kvinnor och åtta procent för män. Insatserna boende för vuxna, daglig verksamhet

och avlösarservice ökade med omkring två procent under samma period varav drygt två procent för män och 1,7 procent för kvinnor.

Barn eller ungdomar gavs under 2017 omkring 30 000 LSS-insatser och det har inte förändrats sedan 2016. 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 med omkring 2 600 flickor och 5 400 pojkar och i den yngre gruppen var det avlösarservice som gavs till 730 flickor och 840 pojkar. Den insats som ökat mest för barn upp till 12 år var personlig

assistans, från 590 till 720, dvs. en ökning med 22 procent. Insatsen ökade mer bland pojkar än flickor, 25 respektive 17 procents ökning.

Pojkar och män får stöd oftare än flickor och kvinnor

Det skiljer sig markant mellan könen i hur stor andel som får minst en av tio insatser enligt LSS, framför allt i de yngre åldrarna. Bland 0–6-åringarna är det mer än dubbelt så många pojkar som flickor som får stöd och det är fortsatt så även i åldersgruppen 7–12 år. Skillnaderna minskar vid 30 års ålder och därefter är könsskillnaderna små. Vissa könsskillnader kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser. Vissa diagnoser är vanligare bland män än kvinnor och är kopplade till personkretsarna i LSS. Samtidigt visar forskningen att flickor många gånger får diagnoser senare än pojkar vilket kan förklara varför könsskillnaderna minskar i de högre åldersgrupperna (lägesrapport Socialstyrelsen 2017).

Kommunalt beslutad assistans ökar

Sedan 2007 har antalet personer med kommunalt beslutad assistans ökat med 39 procent från 3 500 till 4 900 varav 46 procent är kvinnor och 54 procent är män. Fördelningen av antalet beviljade timmar med personlig assistans per vecka har också förändrats. År 2008 fick 45 procent av personerna med insatsen upp till 20 timmar personlig assistans per vecka och 55 procent fick mer än 20 timmar per vecka. År 2017 fick 15 procent upp till 20 timmars personlig assistans per vecka och 85 procent fick mer. År 2017 har nästan 600 personer beslut om 100 timmar per vecka eller mer vilket ska jämföras med 2008 då 117 personer hade det antalet timmar eller mer. Det finns vissa könsskillnader. Pojkar i ålder 0 – 12 år beviljas närmare 50 timmar i veckan och flickor 37 timmar i veckan. Kvinnor beviljas 56 timmar och män 55 timmar i veckan. Socialstyrelsen har i lägesrapport för 2018 analyserat inflödet till kommunal personlig assistans mellan 2015 och 2016. Deras analys visar att inflödet framförallt kommer från den statliga assistanssättningen och hemtjänst, men även från olika boendeformer.

Insatser enligt socialtjänstlagen – boendestödet ökar
Personer med funktionsnedsättning kan även få insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Enligt Socialstyrelsens statistik hade

under 2016 närmare 53 000 personer med funktionsnedsättning insatser enligt denna lagstiftning varav 51 procent kvinnor och 49 procent män och tillsammans fick de 72 200 insatser vilket är 1000 fler jämfört med 2015. Vanligast var stöd i hemmet i form av boendestöd. Omkring 22 700 personer hade denna insats, varav kvinnorna utgjorde 51 procent. Antalet insatser enligt SoL har ökat med 35 procent sedan 2007 och ökningen förklaras framförallt med att boendestödet fördubblats. Drygt 1 400 insatser beviljades till åldersgruppen 0–19 år varav flickor utgjorde 32 procent och pojkar 68 procent. I åldersgruppen 55–64 år var det 23 800 insatser varav kvinnor utgjorde 58 procent och män 48 procent. 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 boendestödet i särklass vanligaste insatsen, och i den äldsta åldersgruppen 55–64 år dominerar hemtjänst. Detta gäller för både flickor och pojkar respektive kvinnor och män. Stöd enligt SoL ges med andra ord framför allt i det ordinarie boendet, och särskilt boende är genomgående relativt ovanligt. Även dagverksamhet enligt SoL fortsätter att öka, sedan 2007 har insatsen ökat med 14 procent. Hemtjänst har i sin tur minskat med fyra procent.

Kostnader för LSS och insatser enligt SoL ökar

Kommunens kostnader för insatser enligt LSS för 2017 var 52,8 miljarder kronor vilket är en ökning med 2,7 miljarder sedan 2016. Kostnaden för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt SoL för 2017 var 14 miljarder vilket är en ökning med 0,4 miljard kronor sedan 2016. Sett över femårsperioden 2013–2017 har kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning som andel av socialtjänstens kostnader ökat från 27,7 procent till 28,5 procent. Mellan 2013 och 2017 har kostnaderna för bostad med särskild service för vuxna ökat mest bland LSS insatser, från ca 21,4 miljarder kronor till drygt 26,6 miljarder kronor vilket motsvarar en ökning med 24 procent. Kommunernas kostnader för personlig assistans har ökat med 27 procent under samma period och uppgick till 11,3 miljarder kronor 2017 (Statistiska centralbyrån, statistikdatabasen. Kommunerna och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2017, Rikstotal, RS för kommuner).

Den statliga assistansersättningen och kostnader

Enligt Försäkringskassan minskade antalet assistansberättigade personer mellan 2016 och 2017 med ca 640 personer, av dem var ca 290 kvinnor och 355 män. Antalet timmar per vecka och person steg med en timme under 2017. Kvinnor beviljades då i genomsnitt 126 timmar per vecka och männen 130 timmar.

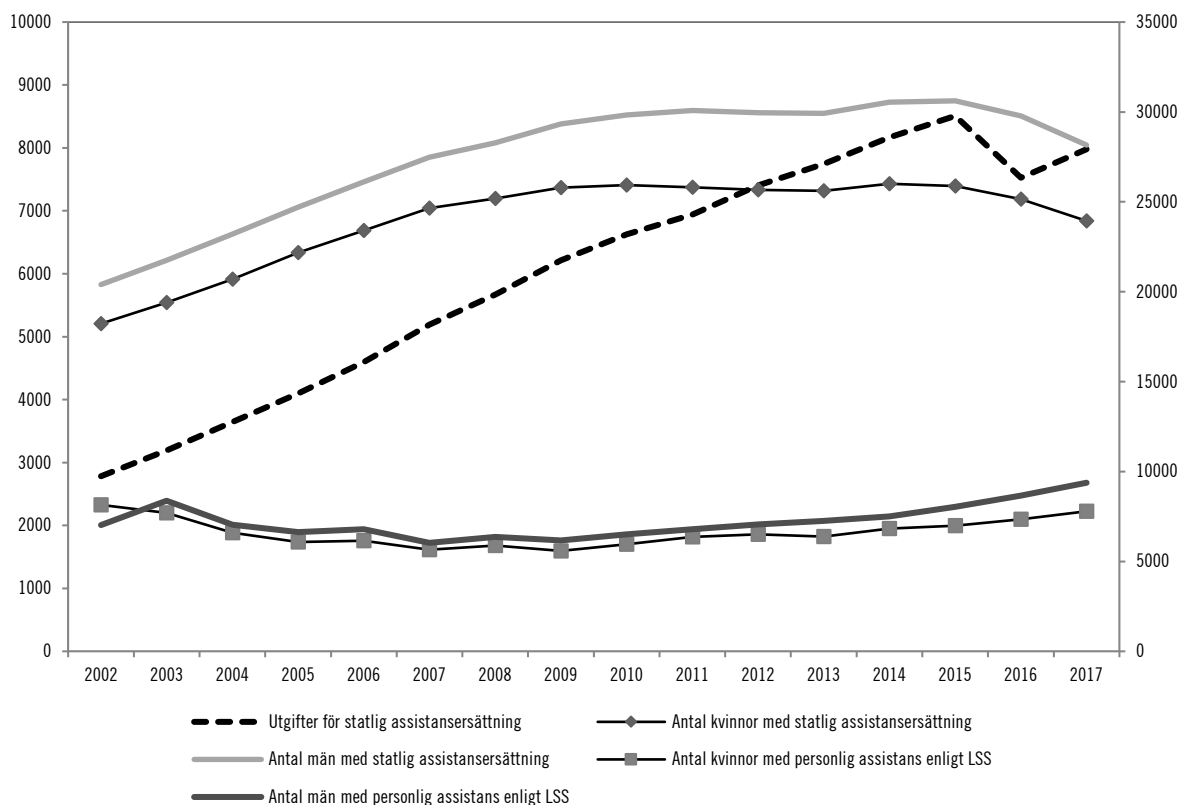
År 2017 ökade kostnaderna för assistansersättning med drygt 1,7 miljarder kronor från föregående år och uppgick till totalt 23,3 miljarder kronor. Det beror på att antal timmar i genomsnitt per person ökat och att timbeloppet för den statliga assistansersättningen höjts. En dämpande effekt på kostnadsökningen har varit att färre personer beviljades assistansersättning under året och personer som fick sin ersättning indragen ökade. En annan orsak till minskade kostnader är att utbetalningsgraden blev lägre än

väntat. Det innebar att antalet utbetalade timmar till de ersättningsberättigade blev lägre än beslutade antalet timmar. Det förklaras av att Försäkringskassan införde efterskottsbetalning av assistansersättning från och med den 1 oktober 2016. Det har påverkat utgifterna även under 2017 (Socialförsäkringsrapport 2017:14).

Kommunernas kostnader för assistansersättningen uppgick 2017 till drygt 4,6 miljarder kronor. Som framgår av diagram 6.2 har kostnaderna för den statliga assistansersättningen minskat sedan 2016 efter kraftiga ökningarna sedan 2007. Antalet personer som omfattas av assistansersättningen har fram till 2016 varit relativt stabil men därefter minskat i antal. Däremot ökar antalet timmar i genomsnitt per vecka och person men ökningstakten är lägre.

Diagram 6.2 Statlig assistansersättning från Försäkringskassan och personlig assistans enligt LSS 2002–2017. Antal personer på vänster axel och utgifter i miljoner kronor på höger axel.

Antal personer miljoner kronor



Källa: Försäkringskassan.

Anm: Minskade utgifter 2016 förklaras av försäkringskassans ändrade rutiner med efterskottsbetalning

Orsaker till utvecklingen av assistansersättningen
Försäkringskassan har på regeringens uppdrag analyserat utvecklingen av assistansersättningen. Resultatet redovisades i Socialförsäkringsrapport 2017:14 – Inflöde, utflöde och konsekvenser av rättspraxis. Redovisningen sträcker sig fram till och med november 2017. En slutsats i rapporten är att statlig och kommunal assistans i någon mån fungerar som kommuniserande kärn. När antalet assistansberättigade minskar i den statliga ersättningen ökar den i antalet mottagare i kommunal assistans men inte i lika stor utsträckning.

Antalet brukare har mellan 2009 och 2016 legat relativt stabilt kring 16 000. Därefter har antalet assistansberättigade minskat och uppgick i december 2017 till 14 886 personer varav 6 840 kvinnor och 8 046 män, vilket är en minskning med 5,4 procent jämfört med 2016. Antalet personer som tillkommer fortsätter att minska och det beror enligt Försäkringskassan på att sökande som får avslag har ökat. Den vanligaste orsaken till att människor lämnar ersättningen är att de avlider men att fler lämnar 2017 jämfört med tidigare år kan enligt Försäkringskassan delvis förklaras av vissa domar från Högsta förvaltningsdomstolen som varit vägledande för myndighetens tillämpning av regelverket.

Genomsnittligt antal beviljade timmar per mottagare har ökat kontinuerligt över tid. År 2017 var det genomsnittliga antalet beviljade timmar drygt 128, för kvinnor 126 och för män 130 timmar. Ökningstakten har emellertid bromsats upp och beror enligt Försäkringskassan sannolikt på att assistansmottagare i mindre utsträckning ansöker om fler timmar eftersom det finns en medvetenhet om den förändrade tillämpningen som skett på området med anledning av tidigare domar.

Socialstyrelsen (2017) har haft i uppdrag att utreda konsekvenserna av domar från Högsta förvaltningsdomstolen som rör det femte grundläggande behovet i LSS ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshinderade”. Socialstyrelsen redovisar att de personer som har fått sin assistansersättning indragen eller som har fått avslag på ansökan om assistansersättning i de flesta fall har fått insatser av kommunerna istället.

Åtgärder för god rättstillämpning

Regeringen beslutade om ett nytt mål för assistansersättningen i Försäkringskassans regle-

ringsbrev för 2017. Förändringen var 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 likvärdiga 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.

Försäkringskassan har under 2017 vidtagit flera åtgärder för hög kvalitet i försäkringsmedicinska utredningar och läkarutlåtanden. Myndigheten har bl.a. genomfört en organisationsförändring med innebörd att det nu finns försäkringsmedicinska rådgivare som är specialiserade på assistansersättning och som kan ge bättre stöd till handläggarna. Försäkringskassan har också förtydligat i stödjande dokument vad en försäkringsmedicinsk analys innebär. Användningen av läkarutlåtandet för assistansersättning som myndigheten tog fram 2016 har också ökat.

Under 2017 har Försäkringskassan genomfört ett antal aktiviteter inom ramen för den handlingsplan myndigheten tog fram 2016 i syfte att dels förbättra kvaliteten i utredningar, beslut och utbetalningar, dels förbättra myndighetens kontroll och förmåga att motverka brottslighet.

Under 2017 har Försäkringskassan tydliggjort tillämpningen av regelverket i styrande och stödjande dokument. Försäkringskassan har också tagit fram stöd för utredning, analys och bedömning av assistansersättningen.

Åtgärds paket för assistansersättningen

I januari överlämnade regeringen propositionen Vissa förslag om personlig assistans (prop. 2017/18:78) till riksdagen. Propositionen innehåller förslag till ändringar i socialförsäkringsbalken som innebär bl.a. att personlig assistans, väntetid, beredskap och tid mellan insatser ska införas i lagen. Lagändringarna trädde i kraft den 1 april 2018.

I mars 2018 överlämnade regeringen propositionen Vissa förslag på assistansområdet (prop. 2017/18:175) till riksdagen med förslag om lagändringar som innebar att det högre timbeloppet inom assistansersättningen skulle kunna fördelas över en längre tidsperiod samt att kommunen skulle få en förtydligad informationskyldighet gentemot enskilda som fått avslag på ansökan

eller indragen assistansersättning. Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2018.

I maj 2018 beslutade regeringen även om ett tilläggsdirektiv till LSS-utredningen om förlängd utredningstid till den 15 december 2018.

Tillsynen visar att det pågår ett positivt arbete i kommunerna för att utveckla verksamheterna

Inom funktionshinderområdet berör de flesta ärenden som kommer till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) personer som får insatser enligt LSS. Under 2017 har IVO fått in 770 anmälningar när det gäller insatser enligt LSS och 215 när det gäller socialtjänstlagen, förkortad SoL. Av dessa anmälningar har myndigheten bedömt att tillsyn ska inledas i 187 ärenden inom LSS och 30 inom SoL. Sammanlagt har IVO under 2017 genomfört ca 700 tillsynsändren inom LSS och 60 inom SoL, vilket är en ökning med drygt 200 tillsynsändren jämfört med föregående år. (Vad har IVO sett 2017).

IVO:s sammanfattande iakttagelser av 2017 års tillsynsarbete är att det pågår ett positivt arbete i kommunerna för att utveckla verksamheterna. På LSS-boendena får barn och ungdomar överlag goda möjligheter till både individuella och gemensamma fritids- och kulturaktiviteter. Daglig verksamhet har ofta fått en annan form för att anpassa verksamheten efter målgruppens behov. De flesta kommunerna ställer krav på personalens utbildning och erbjuder personalutbildning.

Brottslighet i assistansersättningen

Försäkringskassan har under 2017 vidareutvecklat arbetet med 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. Genom ett nytt IT-stöd upptäckts avvikelser lättare. Försäkringskassan har också påbörjat ett antal åtgärder för att utveckla och effektivisera arbetet med riskbaserade kontroller. Arbetet har också utvidgats till att även omfatta utredning av assistansanordnarnas ekonomi.

Inom ramen för IVO:s tillsyn har myndigheten intensifierat arbetet med lämplighetsprövning av assistansanordnare. Myndigheten har granskat närmare 200 företag som erbjuder personlig assistans och av dem har 16 företag inte visat sig vara lämpliga att bedriva verksamhet och därmed förlorat sitt tillstånd. Det motsvarar knappt tio procent av de beslutade ärendena. Det vanligaste

skälet till indraget tillstånd är ekonomiskt misskötsamhet och i fyra fall är grunderna för återkallelserna mer sammansatta och har kopplingar till brott eller misstanke om brott. IVO betonar samtidigt att de flesta av granskningarna avslutas utan åtgärd.

Habiliteringsersättning

I förarbetena till lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) rekommenderas att kommunen lämnar viss ersättning till deltagare i daglig verksamhet (habiliteringsersättning). Regeringen har infört ett bidrag om 350 miljoner kronor per år i syfte att stödja kommunerna i deras arbete med att stimulera deltagande i daglig verksamhet. Bidraget får användas av kommunerna för att införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fördela medlen till kommunerna.

Bilstödet

Det statliga bilstödet syftar till att möjliggöra ett aktivt och självständigt liv för personer med funktionsnedsättning och skapa ökad delaktighet för dem som inte kan använda allmänna kommunikationer. Den 1 januari 2017 trädde det nya lagstiftningen om bilstöd i kraft. Reformen genomfördes 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.

Syftet var också att omfördela medel så att bilstödet i högre grad riktades mot dem med bristande ekonomiska förutsättningar att köpa bil, samt dem med behov av en bil med fördyrande egenskaper. Reformen syftade även till att främja trafiksäkerheten på området, samt stärka konkurrensen mellan företag som utför anpassningsåtgärder. En förklaring till det lägre anslagsutfallet är att handlägningsprocessen förändrades till följd av lagändringarna vilket har inneburit fördröjningar i olika skeden i handläggningen. Antalet ansökningar om bilstöd har också minskat under 2017.

Personligt ombud

Verksamhet med personligt ombud har funnits sedan år 2000. Flest antal verksamheter och ombud finns i Stockholms län och i Västra Götaland. Under 2017 hade 243 kommuner verksamhet med personligt ombud vilket är en

ökning med tre kommuner jämfört med föregående år. Det har under 2017 funnits 313 heltids-tjänster fördelade på 328 personliga ombud i landet varav 230 är kvinnor och 98 är män. Sammanlagt arbetade ombuden med ca 9 130 klienter, varav 5 306 kvinnor och 3 805 män. Den största åldersgruppen är 30–49 år. Yngre klienter i åldern 18–29 år står för 25 procent vilket är en minskning med fyra procentenheter jämfört med föregående år. Ombuden har uppgett att 2 129 klienter har helt eller delvis hemmaboende barn, vilket är en ökning jämfört med föregående år. Av dessa klienter var över 70 procent kvinnor. Kommunerna har noterat en ökning av antalet klienter som söker hjälp med frågor som är relaterade till Försäkringskassan. Det rör sig huvudsakligen om klienter som önskar hjälp med att överklaga beslut om avslag på ansökningar om sjukpenning, aktivitets- och sjukersättning. Många kommuner lyfter även fram att fler klienter söker kontakt på grund av problem med bostadssituationen.

Årligen avsätts ca 105 miljoner kronor till insatsen varav ca 99 miljoner kronor för att subventionera kostnaderna för personliga ombud.

Tabell 6.4 Antal personliga ombud (PO) och kommuner som inte erbjuder PO

	Antal PO helårstjänster	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
2017	313	47	803

Källa: Länsstyrelserna 2018

Tolkservice till förtroendevalda

Stiftelsen Rikstolktjänst har efter upphandling ansvar för att tillhandahålla tolkservice för förtroendevalda. Nuvarande uppdrag sträcker sig t.o.m. 2019.

Tabell 6.5 Antal tolktimmar och tolkdagar till förtroendevalda

	Inrikes (timmar)	Utrikes (dagar 2013–15, timmar 2016–2017)
2013	5 965	296
2014	6 741	156
2015	6 709	103
2016	6 561	1062
2017	7 164	2 362

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. År 2018 höjdes statsbidraget till verksamheten med 2 miljoner kronor från 23,9 miljoner kronor till 25,9 miljoner kronor i för att kunna placera fler ledarhundar.

Tabell 6.6 Antal ledarhundar

	Nya placerad e hundar	Hundar tagna ur tjänst ¹	Totalt antal ledar- hundar 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
2017	36	46	260	56

Källa: Synskadades riksförbund, 2018

¹ Ledarhundar tas vanligen ur tjänst på grund av hög ålder.

6.5 Tillkännagivanden

Tillkännagivande om förenklad biståndsprövning

Riksdagen beslutade den 21 mars 2018 om ett tillkännagivande (bet. 2017/18:SoU14 punkt 7, rskr. 2017/18:308) med innebörden att regeringen bör föreslå enklare biståndsprövning för äldre. Regeringen beslutade den 15 mars 2018 om propositionen Förenklad beslutsfattande om hemtjänst för äldre (prop. 2017/18:106). I propositionen föreslås att det i socialtjänstlagen (2001:453) ska införas en ny bestämmelse med

innebörden att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer. Syftet är att ge de kommuner som så önskar möjlighet att bevilja äldre kvinnor och män insatser inom äldreomsorg på ett enklare sätt och med större utrymme för delaktighet och självbestämmande. Lagändringen trädde i kraft den 1 juli 2018. Tillkännagivandet är därmed tillgodosett och slutbehandlat.

6.6 Budgetförslag

6.6.1 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tabell 6.7 Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tusental kronor

År	Utfall	2017	Anslags-sparande	456
2018	Anslag	24 333 ¹	Utgifts-prognos	25 212
2019	Förslag	24 737		
2020	Beräknat	25 093 ²		
2021	Beräknat	25 416 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 24 737 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 24 737 tkr i 2019 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 adoptionsammanslutningar och till de adopterades organisationer.

Kompletterande information

I förordningen (2008:1239) finns bestämmelser om statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och riksorganisationer för adopterade.

Regeringens överväganden

Regeringen beslutade den 15 juni 2017 att ge i uppdrag åt Myndigheten för familjerätt och

föräldraskapsstöd (MFoF) att genomföra en ändrad lokalisering av myndigheten från Stockholm till Skellefteå den 1 september 2018.

Tabell 6.8 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	24 333	24 333	24 333
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	404	760	1 083
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	24 737	25 093	25 416

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 24 737 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 25 093 000 kronor respektive 25 416 000 kronor.

6.6.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tabell 6.9 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tusental kronor

År	Utfall	2017	Anslags-sparande	22 014
2018	Anslag	767 514 ¹	Utgifts-prognos	757 310
2019	Förslag	767 514		
2020	Beräknat	767 514		
2021	Beräknat	752 514		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder,
- statsbidrag för viss verksamhet inom funktionshindringsområdet,
- 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.

Tabell 6.10 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindringsområdet

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	767 514	767 514	767 514
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			-15 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	767 514	767 514	752 514

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18: 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 funktionshindringsområdet* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 767 514 000 kronor respektive 752 514 000 kronor.

6.6.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tabell 6.11 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2017	Utfall	162 445		104 550
2018	Anslag	263 395 ¹	Utgifts-prognos	163 111
2019	Förslag	263 395		
2020	Beräknat	263 395		
2021	Beräknat	263 395		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 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

Utgifterna för bilstödet ligger sedan införandet av en ny lagstiftning den första januari 2017 lägre än anvisat anslag. De minskade utgifterna beror på färre ansökningar under 2017 och 2018 men också på fördröjningar i handläggningen.

Tabell 6.12 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	263 395	263 395	263 395
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	263 395	263 395	263 395

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18: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 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 263 395 000 kronor för respektive år.

6.6.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 6.13 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

År	Utfall	2017	Anslags-sparande	2018
2017	Utfall	23 309 662		2 621 338
2018	Anslag	25 693 300 ¹	Utgifts-prognos	24 432 233
2019	Förslag	24 486 588		
2020	Beräknat	25 183 119		
2021	Beräknat	25 917 194		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 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. Schablonbeloppet för timsättning 2018 är 295 kronor och 40 öre kronor per timme.

Regeringens överväganden

För 2018 prognostiseras anslagsbelastningen att bli 24,4 miljarder kronor, vilket är 1,3 miljarder kronor lägre än vad riksdagen anvisade i budgetpropositionen för 2018. Denna minskning beror bl.a. på att antalet brukare med assistansersättning beräknas minska under året med ca 800 personer jämfört med 2017. Även om antalet timmar i genomsnitt med assistansersättning per brukare bedöms fortsätta öka under 2018 samt att timschablonen höjs är effekten av det minskade antalet brukare dominerande för utgiftsutvecklingen för 2018–2019. För åren därefter är effekten av ökningen i antalet timmar starkare. Försäkringskassan införde efterskottsbetalning av assistansersättning från och med den 1 oktober 2016. Efterskottsbetalningen hade en sänkande effekt på utgiften och denna effekt bedöms till viss del kvarstå, och även påverka utgiften under 2018.

Enligt socialförsäkringsbalken ska assistansersättning varje år bestämmas som schablonbelopp och beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen utfärdar föreskrifter om beloppet i förordningen om assistansersättning.

De budgetprinciper som tillämpas vid utformning av denna proposition innebär att uppräknings av schablonbeloppet bör vara densamma som för 2018, dvs. 1,5 procent. Schablonbeloppet för assistansersättning blir då 299 kronor och 80 öre per timme för 2019, en höjning med 4 kronor och 40 öre.

Tabell 6.14 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	25 693 300	25 693 300	25 693 300
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	270 200	391 078	418 964
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 087 400	1 470 200	1 331 100
Volymer	-2 389 263	-2 196 401	-1 359 136
<i>Överföring till/från andra anslag</i>			
Övrigt	-175 049	-175 058	-167 034
Förslag/beräknat anslag	24 486 588	25 183 119	25 917 194

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 24 486 588 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 25 183 119 000 kronor respektive 25 917 194 000 kronor.

6.6.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tabell 6.15 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

2017	Utfall	2 301 861	Anslags-sparande	141 997
2018	Anslag	2 877 490 ¹	Utgifts-prognos	2 744 025
2019	Förslag	2 517 490		
2020	Beräknat	517 490		
2021	Beräknat	505 490		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 2019 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 670 000 000 kronor 2020–2022.

Skälen för regeringens förslag: För att kunna förbättra pågående forskning inom området och fortsätta stimulera till framtagandet av fler bostäder för äldre bör regeringen bemyndigas att ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 670 000 000 kronor 2020–2022.

Tabell 6.16 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

	Utfall 2017	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021	Beräknat 2022
Ingående åtaganden	145 526	471 065	645 000			
Nya åtaganden	401 069	509 935	455 000			
Infriade åtaganden	-75 530	-336 000	-431 000	-336 000	-233 000	-100 000
Utestående åtaganden	471 065	645 000	669 000			
Erhållet/föreslaget bemyndigande	583 000	670 000	670 000			

Regeringens överväganden

Under åren 2015–2018 har det pågått en satsning på ökad bemanning i omsorgen. Denna satsning skulle ha upphört 2019 men med de principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att satsningen fortsätter även under 2019.

Sammantaget innebär regeringens förslag att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* är det samma för 2019 jämfört med 2018.

Tabell 6.17 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	2 517 490	2 517 490	2 517 490
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut		-2 000 000	-2 012 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	2 517 490	517 490	505 490

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18: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 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 517 490 000 kronor respektive 505 490 000 kronor.

6.6.6 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tabell 6.18 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

År	Utfall	993 971	Anslags-sparande	24 042
2017				
2018	Anslag	1 082 555 ¹	Utgifts-prognos	1 043 917
2019	Förslag	1 132 192		
2020	Beräknat	1 147 498 ²		
2021	Beräknat	1 162 735 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 1 132 193 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 1 134 099 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Statens institutionsstyrelsens förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för utgifter för Statens institutionsstyrelsens (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 6.19 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2017		1 876 360	1 871 605	4 755
Prognos 2018		1 967 000	1 947 658	19 342
Budget 2019		1 992 000	1 965 000	27 000

Källa: SiS

Regeringens överväganden

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att anslaget ökas för att kunna upprätthålla nödvändiga samhällsfunktioner. Behovet för Statens institutionsstyrelse att erbjuda platser enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall beräknas öka jämfört med 2018, och med oförändrad anslagsnivå kan nödvändig verksamhet inte upprätthållas. Anslaget ökas därför med 40 miljoner kronor från och med 2019.

Tabell 6.20 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	1 082 555	1 082 555	1 082 555
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	9 637	24 402	37 214
Beslut	40 000	40 541	42 966
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	1 132 192	1 147 498	1 162 735

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FIU10).

Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 1 132 192 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 1 147 498 000 kronor respektive 1 162 735 000 kronor.

6.6.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 6.21 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2017	Utfall	758 252		114 049
2018	Anslag	1 531 040 ¹	Utgifts-prognos	1 444 308
2019	Förslag	1 505 951		
2020	Beräknat	1 055 951		
2021	Beräknat	587 951		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 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 avvecklingen av Ersättningsnämnden. De administrativa utgifterna och utgifterna för avvecklingen 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.

Bemyndigande och ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2019 för anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete* ingå ekonomiska åtaganden som medför behov av framtida anslag på högst 30 850 000 kronor 2020–2021

Skälen för regeringens förslag: Enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 223/2014 av den 11 mars 2014 om fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt ska samtliga europeiska medlemsländer införa en fond för att minska fattigdomen. Fonden finns tillgänglig 2015–2021 och kostnaderna belastar detta anslag. Kommuner och organisationer kan ansöka om projektmedel ur fonden. Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige (Svenska ESF-rådet) administrerar fonden och planerar en andra utlysning av projektmedel. För att kunna göra en utlysning av och fatta fleråriga beslut om bidrag finns behov av ett bemyndigande från riksdagen. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2019 för anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ingå ekonomiska åtaganden som medför behov av framtida anslag på högst 30 850 000 kronor 2020–2021.

Tabell 6.22 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	Utfall 2017	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
Ingående åtaganden	46 622	30 247	11 355		
Nya åtaganden	0	0	3 1600		
Infriade åtaganden	-16 376	-18 892	-12 200	-9 796	-21 054
Utestående åtaganden	3 0247	11 355	30 755		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	0	0	30 850		

Regeringens överväganden

De principer som tillämpas vid utformningen av denna proposition innebär att anslaget ändras till följd av att riksdagen har beslutat om ändringar i nedanstående lagar.

Riksdagen har beslutat om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (prop. 2017/18:169, bet. 2017/18: SoU30, rskr. 2017/18:307) som innebär ökade åtaganden inom utgiftsområde 4 Rättsväsendet, anslagen 1:5 Sveriges Domstolar och 1:12 Rättsliga biträden m.m. Finansieringen av de ökande åtagandena hämtas från detta anslag som därmed minskas.

Riksdagen har beslutat om ändring i Socialtjänstlagen (2001:453) som bland annat innebar att det för 2018 tillfälligt överfördes medel till Inspektionen för vård och omsorg för tillståndsprövning (prop. 2016/17:59, bet. 2016/17:SoU11, rskr. 2016/17:156). Denna tillfälliga överföring återgår till detta anslag som därmed ökas.

Riksdagen har beslutat om ändringar i lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall (prop. 2017/18:215, bet. 2017/18: SOU36, rskr. 2017/18:146). I syfte att uppnå bättre dödsfallsutredningar tillförs Social

styrelsen, Inspektionen för vård och omsorg Statens skolinspektion, Polismyndigheten, Åklagarmyndigheten Kriminalvården och Migrationsverket extra resurser i enlighet med beräkningar i lagens förarbeten. Delar av finansieringen hämtas från detta anslag som därmed minskas.

Tabell 6.23 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	1 508 915	1 508 915	1 508 915
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-5 600	-455 600	-923 600
Överföring till/från andra anslag	2 636	2 636	2 636
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	1 505 951	1 055 951	587 951

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18: FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 505 951 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 1 055 951 000 kronor respektive 587 951 000 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 2017	Budget 2018 ¹	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
<i>Barnrättspolitik</i>						
5:1 Barnombudsmannen	24	25	25	26	26	27
5:2 Barnets rättigheter	23	22	20	22	22	22
Summa Barnrättspolitik	48	47	45	48	49	49

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.
Anm: Summan av utgifterna i tabellen kan skilja sig från totalen på grund av avrundningsfel.

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 2.5). Målet för regeringens barnrättspolitik har fastställts av riksdagen (prop. 2008/09:1).

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 målet som riksdagen slagit fast och för att uppnå målet är den av riksdagen godkända Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige central (prop. 2009/10:232, bet. 2010/11SoU3, rskr. 2010/11:35). Regeringen har utifrån strategin valt att särskilt fokusera på (prop. 2017/18:1):

- Ett strategiskt och systematiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Ett strategiskt och systematiskt arbete inom EU och inom övriga internationella forum för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Förebyggande av ekonomisk utsatthet bland barn.
- Skydd för barn mot våld, människohandel, exploatering och sexuella övergrepp.

I den digitala statistiktjänsten Max18 redovisas samlad statistik om barn och ungas levnadsförhållanden. Statistiken har delats upp i sju områden som ska täcka in innehållet i barnkonventionen: Lika värde och identitet, må bra, familj, skydd, inflytande och information, utbildning, lek, fritid och vila.

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. Ett viktigt underlag för regeringens resultatbedömning inom området är, även om de inte är juridiskt bindande, de slutsatser och rekommendationer som FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) enligt artiklarna 44 och 45 i barnkonventionen regelbundet tar fram om genomförandet av barnets rättigheter i Sverige. Ytterligare en bedömningsgrund vad gäller barnkonventionens genomförande är Barnombudsmannens arbete. Myndigheten ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen, driva på samt bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i enlighet med 1 och 2 §§ lagen (1993:335) om Barnombudsman. 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.

7.4.2 Resultat

Det strategiska barnrättsarbetet för att tillförsäkra barn deras rättigheter

Ett tydligt barnrättsperspektiv ska genomsyra det sektorsövergripande arbetet med att genomföra barnrättspolitikerna. I detta avsnitt redovisas regeringens samlade strategier och insatser för att förankra barnkonventionen. Resultat kopplade till barnrättspolitikernas mål redovisas inom respektive sakområde. Det samlade nationella arbetet för mänskliga rättigheter redovisas under utg.omr.1.

För att ett tydligt barnrättsperspektiv ska genomsyra all verksamhet som rör barn krävs bl.a. ett systematiskt och strategiskt arbete med utgångspunkt i Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige. 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.

För att få genomslag för arbetet med att främja och skydda barnets rättigheter finns en samordningsfunktion för barnkonventionsfrågor i Regeringskansliet. Samordningsfunktionens uppgift är att utveckla arbetet med barnets rättigheter inom Regeringskansliet. Arbetet syftar bl.a. till att initiera, stödja och samordna processer så att barnrättsperspektivet återspeglas i alla delar av samhällsverksamheter som rör barn och unga. Eftersom barnrättspolitikerna är sektorsövergripande och berör alla nivåer i samhället är samordning och dialog inom barnrättspolitikerna viktig.

Sverige ska vara ett tryggt och säkert land för barn att växa upp i. I det ligger att barnets rättigheter ska respekteras och att alla barn i Sverige ska kunna åtnjuta rättigheter som tillkommer dem. 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.

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 2016 sitt betänkande SOU 2016:19 och regeringen beslutade i juli 2017 om en lagrådsremiss med förslag till lag om inkorporering av barnkonventionen. I Strategin för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter framhålls även att det är grundläggande att svensk lagstiftning är utformad i enlighet med de konventionsåtaganden som gjorts (2016/17:29).

Den 15 mars 2018 beslutade regeringen om en proposition med förslag till lag om inkorporering av barnkonventionen (prop. 2017/18:186). I propositionen föreslås att artiklarna 1–42 i barnkonventionen i original-

texternas lydelse ska gälla som svensk lag. Den 13 juni 2018 fattade riksdagen beslut om att inkorporera barnkonventionen i svensk lag. Lagen träder i kraft den 1 januari 2020.

Genom inkorporering ges barnkonventionen ställning som svensk lag vilket innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. Vidare kommer inkorporeringen av barnkonventionen bidra till att synliggöra barnets rättigheter och skapa förutsättningar för ett barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet. En inkorporering innebär också att barnets roll som rättssubjekt med egna specifika rättigheter tydliggörs och kan därmed förväntas medverka till att barnet i högre grad hamnar i fokus i de situationer som gäller barnet.

För att barnets rättigheter ska få genomslag i praktiken krävs vid sidan av en inkorporering en fortsatt transformering av barnkonventionens bestämmelser i nationell rätt. Därutöver krävs en kombination av olika åtgärder såsom vägledning, utbildning och samordning mellan olika aktörer på olika nivåer i samhället. De samlade åtgärder som regeringen presenterat i propositionen i form av lag om FN:s konvention om barnets rättigheter, vägledning, kunskapslyft och ett fortsatt systematiskt transformeringsarbete ska ses som ett samlat paket för att konventionen ska få genomslag så att barnets rättigheter tydliggörs på alla nivåer i samhället.

En vägledning vid tolkning av barnkonventionen

Regeringen aviserade i propositionen att det i samband med en inkorporering behövs ökad kunskap om konventionen för att säkerställa att barnets rättigheter tas tillvara i rättstillämpningen. Regeringen fattade i maj 2018 beslut om att ta fram en vägledning som kan utgöra ett stöd vid tolkning och tillämpning av barnkonventionen.

Kartläggning av barnkonventionens bestämmelser

Eftersom ny kunskap utvecklas och samhället förändras är det av vikt att med jämna mellanrum följa upp hur lagstiftningen och dess tillämpning stämmer överens med barnets rättigheter enligt barnkonventionen. Regeringen beslutade i mars 2018 att ge en särskild utredare i uppdrag att genomföra en kartläggning för att belysa hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen (dir.

2018:20). Kartläggningen syftar till att ge ett stöd i det fortsatta arbetet med transformering av barnkonventionen inom olika rättsområden.

En reviderad svensk översättning av barnkonventionen

Med anledning av de brister som Barnrättighetsutredningen pekade på i den svenska översättningen av barnkonventionen beslutade regeringen om att göra en översyn av översättningen (S2018/01777/FST). Justeringar har skett bl.a. av artikel 3.1, artikel 4 och artikel 21. Den reviderade svenska översättningen av barnkonventionen finns intagen som bilaga till den föreslagna lagen om inkorporering av barnkonventionen tillsammans med konventionens engelska och franska originaltexter (prop. 2017/18:186). I arbetet med att revidera den svenska översättningen har en språklig modernisering skett. Vidare har en jämförelse gjorts mot originaltexternas lydelse där vissa brister i den tidigare svenska översättningen identifierats, varpå ändringar gjorts för att få en ökad samstämmighet med originaltexterna.

Ett kunskapslyft för barnets rättigheter

Barnrättighetsutredningen (SOU 2016:19) visade på att ökad kunskap bland statliga myndigheter, kommuner och landsting är av betydelse för att barnkonventionen ska få genomslag i praktiken och för att stärka barnets rättigheter och ge varje barn möjlighet att utveckla sin fulla potential. För att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter pågår därför ett kunskapslyft under perioden 2017–2019. Barnombudsmannen har fått i uppdrag att stödja särskilt berörda statliga myndigheter samt kommuner och landsting i arbetet med att säkerställa tillämpningen av bestämmelserna i barnkonventionen (S2016/07875/FST och S2016/07874/FST). De myndigheter som under 2017 har ingått i kunskapslyftet är Socialstyrelsen, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Statens skolverk, Migrationsverket samt Statens institutionsstyrelse.

Myndigheternas redovisningar av arbetet med kunskapslyftet visar att myndigheterna under 2017 har analyserat sina utvecklingsbehov, identifierat utvecklingsområden samt beskrivit hur arbetet fortsatt kommer att genomföras. Barnombudsmannens aktiviteter har under året syftat till att stödja myndigheterna i deras arbete med att analysera sina utvecklingsbehov.

En viktig målgrupp för kunskapslyftet är kommuner och landsting. Inom socialtjänst, utbildning och barnomsorg, fysisk planering, hälso- och sjukvård och kultur och fritid fattas beslut som har direkt inverkan på barns vardag och deras livssituation. Under 2017 har Barnombudsmannen genomfört utbildnings- och informationsinsatser för relevanta målgrupper bl.a. genom ett webbsänt lanseringsseminarium.

Inom ramen för regeringsuppdraget har Barnombudsmannen under året genomfört en rad insatser som syftar till att stödja tillämpningen av barnets rättigheter. Bl.a. har myndighetens webbplats utvecklats i syfte att samla och sprida redan existerande metoder och modeller. Myndigheten har även påbörjat ett arbete med att ta fram nya verktyg för hur barnkonventionen kan implementeras i verksamheterna, samt en webbutbildning.

I december 2017 utökades kunskapslyftet till att omfatta fler myndigheter och myndigheter av olika karaktär, däribland ett antal tillsynsmyndigheter. De myndigheter som tillkommit 2018 är Specialpedagogiska skolmyndigheten, Statens skolinspektion, Inspektionen för vård och omsorg och Inspektionen för socialförsäkringen.

På regeringens uppdrag har Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) och Barnombudsmannen haft i uppdrag 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). Myndigheterna slutredovisade arbetet i februari 2018. Under uppdragets sista år har insatserna koordinerats med insatserna i Barnombudsmannens regeringsuppdrag om ett kunskapslyft för barnets rättigheter. Myndigheterna har anordnat konferenser och utbildningsinsatser i samverkan med kommuner och landsting, bl.a. om hur man kan stärka barns och ungas möjligheter till inflytande och delaktighet genom att använda både kvantitativa och kvalitativa metoder. Under 2017 har myndigheterna nått cirka 800 personer i ett 60-tal kommuner och landsting. Barnrättighetsutredningen (SOU 2016:19) visade att samordning mellan statliga, regionala och lokala

aktörer förutsätter en struktur för ett långsiktigt stöd och kunskapsutbyte mellan aktörer på olika nivåer.

Barn ska få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken

För att barn ska kunna tillvarata sina rättigheter är det nödvändigt att barn känner till sina rättigheter och får möjlighet till delaktighet och inflytande, vilket också är en av målsättningarna i Strategin för att stärka barnets rättigheter. Mot den bakgrunden gav regeringen Barnombudsmannen i uppdrag att under 2015–2018 vidta kunskapshöjande 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. En webbplats, minarattigheter.se, har tagits fram som består av två huvuddelar, en del för pedagoger och en del för barn och unga. Under 2017 har webbplatsen fortsatt att utvecklas och testats av både pedagoger och barn och unga. Av testerna framkom bl.a. att barn vill kunna söka information om sina rättigheter när de är ostörda vilket resulterade i framtagande av en chatt-bot.

Barnrättsdelegation

Den 14 april 2016 beslutade regeringen om att inrätta en barnrättsdelegation för att kunna föra en kontinuerlig dialog med civilsamhällesorganisationerna inom barnrättsområdet. Under 2017 har tre möten skett inom ramen för delegationen. Barnrättsdelegationen har även varit delaktig i planeringen av högnivåkonferensen inom Globala partnerskapet mot våld mot barn, se mer under rubriken Det globala partnerskapet och internationellt arbete mot våld mot barn.

Barn och unga inom kulturområdet

Regeringen har genomfört en rad olika kulturpolitiska satsningar som bidrar till att alla barn oavsett bakgrund får tillgång till en mer tillgänglig och jämlik kultur. Detta bidrar i sin tur till att utveckla egna skapande förmågor. Här är inte minst de statliga insatserna på kommunala kulturskolor och stödet till Skapande skola viktiga (se mer under utg.omr. 17).

Utveckling av statistiktjänsten Max18

Barnombudsmannen arbetade under 2017 med att öka tillgängligheten till och användarvänlig-

heten för Max18, bl.a. genom att förbättra sidans utformning och informationen om statistiken.

Under året uppdaterade Barnombudsmannen indikatorerna i Max18 vid tre tillfällen samt arbetade löpande med kvalitetssäkring av statistiken. Barnombudsmannen arbetade också med att öka samverkan med andra statistikproducerande myndigheter och deltog i flertalet diskussioner kring utvecklingen av olika undersökningar och statistikällor som kan komma att bidra till Max18. Under 2017 har Max18 haft 6 626 användare enligt Barnombudsmannen.

Strategiska insatser på internationell nivå

Det globala partnerskapet och internationellt arbete mot våld mot barn

Sedan 2015 deltar Sverige i det internationella arbetet med det Globala Partnerskapet mot våld mot barn, som en del av arbetet för att uppnå flera av hållbarhetsmålen i Agenda 2030 (se utg.omr. 2 avsnitt 8). 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.

I februari 2018 stod Sverige i egenskap av föregångsland (pathfinding country) värd för den första högnivåkonferensen inom Globala partnerskapet mot våld mot barn – *Agenda 2030 for Children: End Violence Solutions Summit* i samarbete med Globala partnerskapet och WePROTECT Global Alliance. Sammanlagt deltog över 400 personer från 68 länder. Deltagarna kom från såväl hög politisk nivå som från hovet, näringslivet och civilsamhället. På plats fanns också 16 ungdomsdelegater representerade för att ge sina perspektiv. Under konferensen framkom bl.a. behov av att fortsätta arbeta med att utveckla och stödja evidensbaserade program kring förebyggande av våld mot barn samt att främja bättre rapporteringssystem och säkerställa jämförbarhet av data.

Vid sidan av deltagandet i Globala partnerskapet har Sverige 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 (CBSS) och finansieras av EU. Projektet kommer att ha sin slutkonferens i Stockholm den 15 och 16 november 2018.

Den fjärde globala konferensen mot barnarbete ägde rum i november 2017 i Buenos Aires, Argentina. Arbetsmarknadsdepartementet närvarade från regeringen. Målet är att stärka det globala åtagandet att utrota barnarbete i alla dess former till 2025 i enlighet med Agenda 2030 (mål 8 Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt).

Säkerhetsrådet

En viktig del av svensk utrikes- och biståndspolitik är att alla barn ska få sina rättigheter tillgodosedda. Under åren 2017–2018 leder Sverige den arbetsgrupp i FN:s säkerhetsråd som strävar efter att barns rättigheter i väpnad konflikt belyses och tillgodoses. Arbetsgruppens huvuduppgift är att följa upp och lämna landspecifika rekommendationer samt anta slutsatser avseende barns situation i länder i väpnad konflikt. 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 väpnad konflikt och för att möta flickors och pojkars skydds- och humanitära behov. Sverige arbetar även för att främja barns möjlighet till inflytande, bekämpa straffrihet samt främja ansvarsutkrävande för våld och överträdelse mot barn vid väpnad konflikt. Att göra barns röster hörda är en annan viktig svensk prioritering, liksom barns rätt till utbildning och hälsa.

Under året har Utrikesdepartementet arrangerat barnkonsultationer i flera länder, inklusive i Sverige. I samarbete med Fryshuset arbetade ett 60-tal barn från Sverige med frågor om barn och väpnad konflikt. Ett barnforum arbetade fram 15 rekommendationer som regeringen förde vidare till FN:s säkerhetsråd. Detta skedde genom statsminister Stefan Löfven då Sverige ledde den öppna debatten i Säkerhetsrådet om barn och väpnad konflikt i juli under svenskt ordförandeskap. I augusti genomfördes också en uppföljning av barnforum där barnen fick återkoppling på vad som hade hänt med rekommendationerna. Barnens arbete samt

övriga barnkonsultationer runt om i världen lyftes således fram under den årliga öppna debatten om barn och väpnad konflikt under svenskt ordförandeskap i Säkerhetsrådet i juli i år. Under nämnda debatt lade Sverige också fram resolution 2427 om barn och väpnad konflikt, som antogs enhälligt av rådet och endosserades av inte mindre än 98 länder. Resolutionen betonar bl.a. vikten av säkerställande av barnets rättigheter, och skydd av barn såväl under konflikt, i fredsprocesser och i post-konflikt-situationer. Den framhåller också vikten av ansvarsutkrävande gällande brott som begås mot barn i väpnad konflikt samt vikten att lyssna på barn (se utg.omr. 5 avsnitt 2).

Strategiska insatser för att stärka barnets rättigheter i Europa

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-hockommitté, CAHENF (Ad-Hoc Committee for the rights of the Child), inrättats i vilken Sverige bidrar med en representant. Inom ramen för kommitténs arbete utarbetas rekommendationer för medlemsstaterna i frågor som rör bl.a. barnets rättigheter i migrationssituationer 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 genomförandet av konventionen i Europa, bl.a. genom att delta i Lanzarotekommitténs arbete. Kommittén presenterar sina slutsatser till ministerkommittén i tematiska rapporter.

Samarbetsavtal med Rumänien, Bulgarien, Chile och Uruguay

Regeringen har fortsatt uppmärksamma situationen för utsatta EU-medborgare och deras barn som vistas tillfälligt, dvs. mindre än tre månader, och de som stannar längre men som saknar uppehållsrätt i Sverige.

Socialdepartementet har under 2015 och 2016 undertecknat bilaterala samarbetsavtal med

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.

Samarbetsavtal har även upprättats med Chile under 2016 och med Uruguay 2017. En svensk delegation besökte Chile och Uruguay i oktober 2017. Den svenska delegationen informerade bl.a. om arbetet med barnkonventionen i Sverige och om hur Sverige arbetar för att skapa generella skyddssystem som inkluderar alla barn.

Stöd till barn i särskilt utsatta situationer

Enligt målet för barnrättspolitikerna ska alla barn få sina rättigheter tillgodosedda. Särskilt angeläget är att uppmärksamma grupper av barn vars rättigheter riskerar att åsidosättas.

Genom statistikverket 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 fås på så sätt kunskap om huruvida vissa grupper av barn inte får sina rättigheter tillgodosedda.

Ojämlika uppväxtvillkor

Barnombudsmannens årsrapport 2018 Utanförskap, våld och kärlek till orten, handlar om hur barns rättigheter tillgodoses när de växer upp i utsatta kommuner och förorter till storstäder. I Max18 finns ett flertal indikatorer som gör det möjligt att identifiera grupper som lever under olika former av ekonomisk utsatthet. Barnombudsmannen har identifierat ett antal utsatta kommuner och förorter till storstäder där barn statistiskt sett har sämre ekonomi, hälsa och skolresultat än barn i andra delar av landet. Barnombudsmannen har genomfört samtal med 88 barn och unga (45 pojkar och 43 flickor)

mellan 4 och 20 år i tre av förorterna och i två av kommunerna. Barnombudsmannen har även samlat in uppgifter om barns levnadsvillkor genom en enkät som besvarats av 849 barn (424 pojkar, 386 flickor, 6 icke-binära och 33 som inte uppgav könsidentitet) i 27 kommuner och förorter. Totalt bygger rapporten på uppgifter från drygt 900 barn.

Barnombudsmannen konstaterar i sin rapport att barn i Sverige växer upp under mycket olika villkor och att offentlig statistik och olika undersökningar visar att ojämlikheten bland barn i Sverige ökar. Granskningen visade att samtliga barn svarar nej på frågan om de anser att de har samma möjligheter som andra barn i Sverige. De beskriver en känsla av utanförskap, en skolmiljö präglad av stök och otrygghet och en vuxenvärld med låga förväntningar på dem – vilket påverkar deras framtidstro negativt. Många barn berättade om att de upplever våld i sin vardag – både i sitt närområde och i skolan, samtidigt som många barn säger att de trivs där de bor. I rapporten framkommer att det finns ett samband mellan otrygghet och rädsla för våld och sämre mående hos barnen, ett samband som är lika starkt hos pojkar som flickor. Däremot har pojkar och flickor olika strategier för hur de bemöter hot om våld där flickor ”undviker” och pojkar ”erövrar”. Resultatet av Barnombudsmannens årsrapport visar att våld och otrygghet i närområdet får konsekvenser för barns uppväxt och möjlighet att utvecklas. Av studien framkommer att förekomst av våld i närområdet och upplevd otrygghet påverkar flickor och pojkars hälsa och framtidstro. Det är tydligt att både flickor och pojkar upplever att de inte har samma möjligheter som andra barn som växer upp i Sverige i områden utan våld och otrygghet. Resultatet visar att barns möjligheter att få sina rättigheter enligt barnkonventionen tillgodosedda varierar beroende på var i Sverige de bor.

Segregation, hälsa och ekonomisk utsatthet

Barnombudsmannens årsrapport 2018 visar att det finns tecken på en ökad segregation i framförallt städer och stora skillnader mellan olika bostadsområden vad gäller t.ex. inkomst, skolresultat, boende och hälsa. I juni 2018 antogs regeringens långsiktiga strategi för att minska och motverka segregation för perioden 2018–2028, bl.a. har en särskild utredare fått i uppgift att analysera och föreslå åtgärder för att minska skolsegregationen och förbättra resurstilldel-

ningen till förskoleklass och grundskola. (se vidare utg.omr. 13, avsnitt Åtgärder mot segregation). Undersökningar, däribland Socialstyrelsens Utveckling av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna från december 2017, visar att psykisk ohälsa bland flickor och pojkar ökat från 4 procent 2006 till 10 procent 2016. Av resultat från Max 18 och SCB från undersökningar om barns levnadsförhållande framkommer att det också finns tydliga könskillnader när det gäller barns psykiska hälsa: 29 procent av flickorna och fem procent av pojkarna i åldern 16–18 år svarade 2016–2017 ja på frågan om de ofta känner sig ledsna eller nere. Motsvarande siffror i åldern 12–15 år är 12 respektive åtta procent. Regeringen ser allvarligt på utvecklingen och har bl.a. satsat på en förstärkt och utvecklad elevhälsa och den sociala barn- och ungdomsvården (se utg.omr. 9 avsnitt 6 och utg.omr. 16 avsnitt 10).

Regeringen har även under året tagit initiativ för att utjämna ekonomiska skillnader för barnfamiljer vilka sammantaget ska skapa förutsättningar för mer jämlika uppväxtvillkor. Bland annat har barnbidraget och underhållsstödet höjts och även försörjningsstödet för barn upp till 18 år och för ungdomar 19 till 20 år som går på gymnasiet har höjts. Regeringen har också förstärkt bostadsbidraget genom att införa ett nytt särskilt bidrag för barn som bor växelvis samt genom höjningar av inkomstgränserna och höjning av umgängesbidraget (prop.2017/18:1, utg.omr. 12 avsnitt 2).

Asylsökande och nyanlända barn

År 2017 ansökte 1 336 ensamkommande barn om asyl i Sverige, varav 293 flickor och 1043 pojkar, jämfört med 35 369 (2 847 flickor och 32 522 pojkar) år 2015 och 2 199 (435 flickor och 1 764 pojkar) år 2016.

Ensamkommande barn är en särskilt utsatt grupp och på uppdrag av regeringen inrättade Socialstyrelsen i april 2017 ett kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga. Bakgrunden till inrättandet var det stora antalet ensamkommande barn och unga som kommit till Sverige de senaste åren och deras behov av stöd från socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Med ensamkommande barn och unga avses här 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 ensam-

kommande barn och unga som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Centrumet vänder sig till yrkesverksamma inom socialtjänst och hälso- och sjukvård och syftet är att stärka det nationella arbetet med att utveckla och sprida relevant kunskap, tydliggöra hur rådande regelverk ska tillämpas och belysa utvecklingen på området. Första delredovisningen presenterades i juni 2018 (se utg.omr. 9 avsnitt 6).

Kunskapen kring varför ensamkommande barn försvinner brister. Regeringen gav därför Länsstyrelserna fortsatt uppdrag att ta fram enhetliga regionala rutiner för arbetet med ensamkommande barn som försvinner, samt att förvalta och sprida det metodstöd som tidigare tagits fram (S2016/00634/FST) till berörda aktörer (se utg.omr. 9 avsnitt 6). Regeringen gav även Barnombudsmannen i uppdrag att ta reda på varför ensamkommande barn försvinner. Inom ramen för uppdraget träffade Barnombudsmannen ensamkommande barn, varav 37 pojkar och fyra flickor, med erfarenhet av att avvika från familjehem, nätverkshem, HVB eller statliga ungdomshem. Det framkom att barnen ofta hamnar i ett skuggsamhälle med kriminalitet och droger där de utnyttjas. Barnombudsmannens analys visar också att ensamkommande barns behov vid placering inte har utretts tillräckligt och att placeringarna ofta inte har matchat barnens behov samt att de barn som avviker inte eftersöks på samma sätt som andra barn i Sverige. Barnombudsmannen presenterade ett antal förslag som för närvarande bereds internt inom Regeringskansliet.

Stärkt stöd och skydd för barn mot våld, människohandel, exploatering och sexuella övergrepp

Människohandel, i alla dess former, är ett mycket allvarligt brott och utgör ett allvarligt hinder för att individer ska kunna åtnjuta sina mänskliga rättigheter. Att motverka människohandel, liksom exploatering och sexuella övergrepp, mot alla barn oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck är en prioriterad fråga. 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 har även beslutat om en handlingsplan mot prostitution och människohandel (S2018/00905/JÄM) där barn är en målgrupp (se utg.omr 13 avsnitt 5).

Uppdrag om barn som är särskilt utsatta för människohandel och exploatering

Länsstyrelsen i Stockholms län har haft regeringens uppdrag att vara nationell samordnare för frågor som rör människohandel för samtliga ändamål. Inom ramen för samordningsuppdraget har bl.a. en manual tagits fram för att stötta yrkesverksamma som kan komma i kontakt med personer som utsatts för prostitution och människohandel. Under 2018 har den webbaserade utbildningen som tagits fram fortsatt att spridas. 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 Handlingsplanen 2016–2018 till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp har Länsstyrelsen i Stockholms län genomfört en fördjupad studie om barngrupper som anses vara särskilt utsatta för människohandel/exploatering. Rapporten redovisades i mars 2018.

Från och med den 1 januari 2018 permanentades de nationella uppdrag mot prostitution och människohandel för sexuella och andra ändamål som Länsstyrelsen i Stockholms län haft genom att uppdragen fördes över till Jämställdhetsmyndigheten (skr. 2016/17:10, dir. 2016:108).

Sexuella övergrepp

I den studie som Stiftelsen Allmänna Barnhuset överlämnade till regeringen 2017 med fokus på barn och ungas erfarenheter av sexuella övergrepp på nätet framkom att utsatta 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 enligt samma studie angeläget att redan anställd personal inom rättsväsende, socialt arbete, hälso- och sjukvård och skola fortbildas om våld och sexuella övergrepp mot barn (se utg.omr.13 avsnitt 5).

ANOVA (f.d Centrum för Andrologi och Sexualmedicin) vid Karolinska sjukhuset bedriver arbete med att förebygga sexualbrott mot barn. Centrumet arbetar för att förhindra sexuella övergrepp genom behandling av och stöd till personer som riskerar att begå sexuella övergrepp, bl. a genom den nationella hjälplinjen PrevenTell. Särskilt prioriterade är personer med sexuellt intresse för barn och impulser att tvinga någon till sex. I november 2017 lämnade ANOVA en redovisning av det arbete som regeringen finansierat som bl.a. klargjorde att under perioden mars 2012 t.o.m. oktober 2017 har 2 416 samtal inkommit och dokumenterats (se utg.omr. 13 avsnitt 5).

Polismyndigheten har sedan 2016 haft i uppdrag att förstärka förmågan att bekämpa sexualbrott mot barn, vilket aviserades i Handlingsplanen 2016–2018 till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp. Det har bl.a. handlat om internetrelaterade sexualbrott mot barn och dokumentation av sexuella övergrepp via internet, barn som säljer sex samt om sexuell utpressning till följd av vuxnas kontakter med barn i sexuellt syfte. Uppdraget återrapporterades i april 2018. Genom åtgärderna har Polismyndigheten utvecklat och stärkt samarbetet med andra aktörer, såsom Åklagarmyndigheten, och förstärkt det internationella samarbetet. Metoder och åtgärder för utredning av den internetrelaterade brottsligheten har också utvecklats.

Inom ramen för handlingsplanen har regeringen vidare gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en informationsskrift till socialtjänsten om utredning av barns behov av stöd och skydd i transnationella ärenden där barn utsatts för människohandel och/eller sexuella övergrepp. Informationsskriften har under 2018 spridits till professionen. Uppdraget ska slutredovisas i december 2018. Socialstyrelsen har även under året tagit fram ett kunskapsstöd till socialtjänsten och hälso- och sjukvården för svåra samtal med barn. Kunskapsstödet som implementeras under 2018 sprids till berörda professioner och slutredovisas i december 2018.

Utsatthet för våld

Regeringen har beviljat Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för ett utvecklingsprojekt med utgångspunkt i att alla barn som har utsatts för sexuella övergrepp eller fysiskt våld har rätt till bedömning och till rätt stöd och rehabilitering efter behov. Modellen ska stödja god information till barn och föräldrar, en fungerande vårdkedja och möjlighet för barn och föräldrar att söka och få stöd och behandling när behov uppstår. Projektet ska slutredovisas i december 2018.

Regeringen beslutade i mars 2016 att bevilja Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för en undersökning om förekomst av kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. Undersökningen slutredovisades i juni 2018. Resultaten kommer att fortsätta att spridas till berörda aktörer under 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 Barnafriid – Nationellt kunskapscentrum. Barnafriid ska främja tvärprofessionell kunskapsutveckling och stimulera och stödja samverkan samt årligen lämna förslag på insatser till regeringen. I januari 2018 beslutade regeringen att ge Linköpings universitet i uppdrag att utvärdera barnahusverksamheterna i Sverige. Barnahus är samlingsnamnet på verksamheter där polis, åklagare, socialtjänst och hälso- och sjukvård samverkar i gemensamma lokaler i utredningsprocessen vid misstanke om vålds- eller sexualbrott mot barn. Utvärderingen ska främja ett kvalitativt och likvärdigt bemötande för brottsutsatta barn, oavsett bostadsort. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 mars 2019 (se utg.omr. 9 avsnitt 6).

Inom ramen för handlingsplanen till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp har samtal med svenska trossamfund om skydd för barn genomförts under året. Åtgärden ska identifiera erfarenheter från, och potential hos, trossamfunden i arbetet med att öka skyddet för barn. Likaså har temadialoger för att motverka exploatering av barn i samband med turism och resande genomförts med berörda aktörer för att bidra till ökad kunskap och större samordning. Även strategin för att förebygga mäns våld mot kvinnor (skr. 2016/17:10) innehåller flera åtgärder som bl.a. syftar till att stärka utsatta

barns situation. Det gäller bl.a. barn som riskerar att utsättas för våld och sexuell exploatering.

Ambassadör mot människohandel

Regeringen tillsatte i maj 2016 en särskild ambassadör 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 och har under året bl.a. fokuserat särskilt på påverkansarbete mot regeringar i länder, bl.a. Sydkorea, där barn i prostitution straffas. Ett flertal möten har även ägt rum med svenska myndigheter och civilsamhällsorganisationer (se utg.omr. 13 avsnitt 5).

7.5 Budgetförslag

7.5.1 5:1 Barnombudsmannen

Tabell 7.2 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor				
2017	Utfall	24 278	Anslags-sparande	272
2018	Anslag	24 923 ¹	Utgifts-prognos	24 893
2019	Förslag	25 851		
2020	Beräknat	26 256 ²		
2021	Beräknat	26 643 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 25 851 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 25 851 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Barnombudsmannens förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Tabell 7.3 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	24 923	24 923	24 923
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	928	1 333	1 720
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	25 851	26 256	26 643

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 25 851 000 kronor anvisas under anslag 5:1 *Barnombudsmannen* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 26 256 000 kronor respektive 26 643 000 kronor.

7.5.2 5:2 Barnets rättigheter

Tabell 7.4 Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter

Tusental kronor

2017	Utfall	23 243	Anslags-sparande	4 517
2018	Anslag	22 261 ¹	Utgifts-prognos	20 466
2019	Förslag	22 261		
2020	Beräknat	22 261		
2021	Beräknat	22 261		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen.

Regeringens överväganden

Tabell 7.5 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 5:2 Barnets rättigheter

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018¹	22 261	22 261	22 261
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	22 261	22 261	22 261

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 22 261 000 kronor anvisas under anslag 5:2 *Barnets rättigheter* för 2019. För 2020 och 2021 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

Miljoner kronor	Utfall 2017	Budget 2018 ¹	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021
<i>Forskningspolitik</i>						
7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	34	35	35	36	36	37
7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	533	607	599	602	602	602
Summa Forskningspolitik	567	641	634	637	638	638

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

8.3 Mål för området

I propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) presenterade regeringen ett nytt mål samt delmål för forskningspolitiken. Det nya 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 upp mot de samhällsutmaningar vi står inför, både i Sverige och globalt.

Uppföljningsbara delmål till det övergripande målet är följande:

- Sverige ska vara ett internationellt attraktivt land för investeringar i forskning och utveckling. De offentliga och privata investeringarna i forskning och utveckling bör även fortsatt överskrida EU:s mål.
- En övergripande kvalitetsförstärkning av forskningen ska ske och jämställdheten ska öka.
- Samverkan och samhällspåverkan ska öka.

8.4 Resultatredovisning

Regeringens uppföljning av forskningspolitikens mål redovisas främst i utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, under avsnitt 8 Forskning. I detta avsnitt redovisas resultat relaterade till anslagen 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning och 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.

8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De indikatorer för forskning som används för att redovisa resultaten inom verksamhetsområdet rör främst antalet publicerade artiklar och citering. (Se avsnitt 8.3). Bedömningsgrunder i detta avsnitt rör beviljade forskningsmedel, jämställdhet, samverkan och samhällspåverkan.

Underlagen för bedömning av hur Fortes verksamhet bidrar till att nå forskningspolitikens

mål är myndighetens resultatredovisning i årsredovisningen samt övriga rapporter myndigheten lämnat under 2017 och första halvåret 2018.

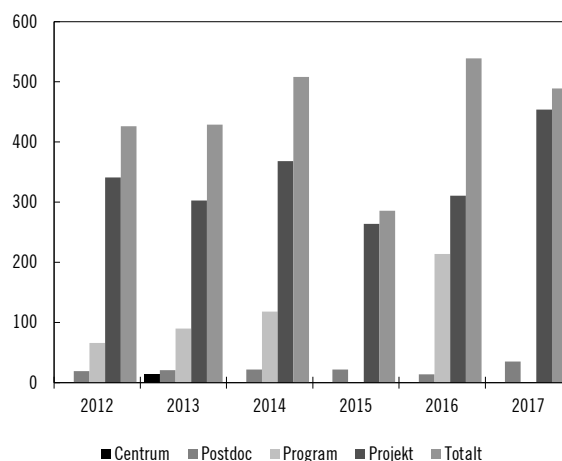
8.4.2 Resultat

Beviljade forskningsmedel totalt under 2017

Under 2017 inkom till Forskningsrådet för hälsa, arbete och välfärd (Forte) totalt 2 048 ansökningar genom 10 utlysningar. Av dessa beviljades 176 ansökningar, vilket ger en beviljandegrad på 8,6 procent. Det är 2,6 procentenheter lägre än 2016, vilket beror på att antalet ansökningar har ökat i större utsträckning än de medel Fortes har haft att fördela.

Under 2017 utbetalade Forte 618 miljoner kronor till forskning och beviljade nya forskningsstöd till ett belopp om knappt 495 miljoner kronor. Av dessa medel avsåg 92 procent (455 miljoner kronor) projektbidrag, inklusive juniorforskarbidrag, och 7 procent (35 miljoner kronor) avsåg postdok-bidrag. Gästforskarbidrag och konferensbidrag utgjorde 1 procent (5 miljoner kronor) av de medel som beviljades under året.

Diagram 8.1 Beviljade medel 2012–2017 per stödform, alla utlysningar (miljoner kronor)



Källa: Fortes årsredovisning 2017

Nationella forskningsprogram

Forte ansvarar för två av totalt sju tioåriga nationella forskningsprogram: tillämpad välfärdsforskning och arbetslivsforskning, som regeringen presenterade i den forskningspolitiska propositionen 2016.

Det nationella forskningsprogrammet inom tillämpad välfärd ska verka för att förbättra kunskapsläget inom socialtjänsten. I satsningen ingår också att öka kunskapen om psykisk ohälsa och sjukfrånvarons utveckling. Programmet om arbetslivsforskning ska stärka alla aspekter av arbetslivs utmaningar på ett tvärvetenskapligt sätt.

Den första utlysningen inom det nationella forskningsprogrammet om arbetsliv öppnades i maj 2017. Totalt inkom 204 projektansökningar och 47 postdok-ansökningar. Av dessa beviljades 13 projektbidrag och 8 postdok-bidrag.

För forskningsprogrammet inom tillämpad välfärdsforskning finns medel avsatta från 2018 och framåt. Under 2017 förberedde Forte två utlysningar som genomförts under första halvåret 2018.

På samma sätt har Vetenskapsrådet och Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggnad (Formas) arbetat med att bygga upp de nationella forskningsprogram som de ansvarar för (se vidare utg. omr. 16 avsnitt och utg. omr. 20 avsnitt 4 Miljöforskning).

Samverkan och delaktighet

Forte har en kontinuerlig och omfattande samverkan med övriga forskningsfinansiärer i landet. En annan viktig samverkansgrupp för Forte är Rådet för styrning med kunskap. Genom sitt deltagande i Rådet för styrning med kunskap är Forte en viktig länk mellan forskning och praktik inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rådet innefattar nio myndigheter, där Forte ingår som enda forskningsfinansiär. Forte har, genom sin medverkan i rådet, fått goda förutsättningar för en mer regelbunden dialog kring myndigheternas riktlinjer för verksamhet inom vård och socialtjänst när det gäller kunskapsluckor och forskningsbehov.

Sedan många år använder Forte allmänföretagare i beredningsarbetet av ansökningar. De bevakar allmänintresset och samhällsrelevansen i de forskningsprojekt som söker medel. Under 2017 har Forte påbörjat ett arbete med att ut-

värdera hur forskarna beskrivit samverkan i sina projektplaner, och kommer framgent också att i riktade utvärderingar följa upp hur samverkan fungerat.

Internationellt deltagande

Forte ingår i den svenska organisationen som regeringen har inrättat för att påverka och genomföra EU:s ramprogram för forskning och innovation, Horisont 2020. Under 2017 deltog Forte med en biträdande expert i programkommittéarbetet och en biträdande nationell kontaktperson i vardera av samhällsutmaningarna 1 (Hälsa, demografiförändringar och välbefinnande) respektive 6 (Inkluderande, innovativa och reflekterande samhällen).

Forte deltar i EU-projektet TO-REACH inom Horisont 2020 som arbetar med att förbereda ett europeiskt gemensamt forskningsprogram för ökad kunskap om hälso- och sjukvårdssystem, organisation och vårdmodeller.

Sedan flera år tillbaka deltar Forte i det nordiska programmet för hälsa och välfärd inom Nordforsk. Forte har bidragit till finansiering av nordiska projekt baserade på registerforskning inom området och har i år varit med att initiera nordiska forskarskolor för registerforskning. Ett nytt initiativ från Nordforsk är ett gemensamt forskningsprogram om migration och integration där Forte i samverkan med Vetenskapsrådet bidrar med 5 miljoner kronor var för att starta programmet.

Att sprida forskningsresultat

Fortes kommunikationsverksamhet syftar till att kommunicera myndighetens verksamhet, skapa kännedom om och intresse för Forte-finansierad forskning samt att främja en aktiv dialog kring myndighetens ansvarsområden.

Under 2017 har Forte lagt ett stort kommunikationsfokus på de två tioåriga nationella forskningsprogrammen om tillämpad välfärdsforskning och om arbetslivsforskning. Kommunikationen kring de nationella programmen sker också i samverkan med Formas och Vetenskapsrådet. Forte har under året arrangerat drygt tjugofem konferenser, seminarier och hearings i egen regi och i samverkan med andra aktörer. Konferenser,

seminarier och olika möten är den effektivaste formen för att nå målen att skapa dialog kring forskningsrådets ansvarsområden samt för att målgrupperna ska uppleva att de kan dra nytta av forskningen i sin verksamhet. Under året har Fortes webbplats haft 170 000 externa besök, vilket är en liten ökning från 2016 då antalet var 166 200. Avvisningsfrekvensen, dvs. antalet besök där personen lämnar webbplatsen direkt från ingångssidan, har minskat från 32,5 till 23,6 procent. Sedan 2015, då Forte lanserade en ny webbplats med ny design, har avvisningsfrekvensen minskat ytterligare, vilket kan ses som en indikation på att Fortes webbplats blivit mer relevant för besökarna.

Jämställdhet

Fortes utgångspunkt är att jämställdhet ska beaktas vid alla former av beslut, remissvar, analyser, utvärderingar och utredningar som tas fram, samt vid såväl intern som extern kommunikation. Målet är att ha en jämn könsfördelning i beredningsgrupperna, med åtminstone 40 procent representation av kvinnor respektive män. Den totala könsfördelningen för 2017 blev 46 procent kvinnor och 54 procent män. Forte har sedan 2016 krav på mångfalds- och genusperspektiv i ansökningarna och kraven har utvecklats inför utlysningen 2018.

8.5 Budgetförslag

8.5.1 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	Slagslag	Belopp	Anslags- sparande	Belopp
2017	Utfall	34 059		823
2018	Anslag	34 576 ¹	Utgifts- prognos	34 974
2019	Förslag	35 918		
2020	Beräknat	36 421 ²		
2021	Beräknat	36 865 ³		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2018 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 35 918 tkr i 2019 års prisnivå.

³ Motsvarar 35 918 tkr i 2019 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärds förvaltningsutgifter.

Regeringens överväganden

Anslaget har för perioden 2019–2021 beräknats enligt följande.

Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	34 576	34 576	34 576
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 342	1 845	2 289
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	35 918	36 421	36 865

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2018. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2020–2021 är preliminär.

Regeringen föreslår att 35 918 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 36 421 000 kronor respektive 36 865 000 kronor.

8.5.2 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	532 814	Anslags-sparande	14 184
2017	Utfall	532 814	Anslags-sparande	14 184
2018	Anslag	606 503 ¹	Utgifts-prognos	599 224
2019	Förslag	601 503		
2020	Beräknat	601 503		
2021	Beräknat	601 503		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2018 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

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att tidigare beräknad ökning avseende propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) uteblir. Principerna innebär också att den tidigare beräknade minskningen för att finansiera ökning av anslaget 2:6 *Myndigheten för arbetsmiljö-kunskap* under utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv genomförs. Minskningen bedöms inte påverka den verksamhet som finansieras under anslaget i någon större utsträckning.

Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2019–2021 för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

	2019	2020	2021
Anvisat 2018 ¹	606 503	606 503	606 503
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-5 000	-5 000	-5 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	601 503	601 503	601 503

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2017 (bet. 2017/18:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 601 503 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* för 2019. För 2020 och 2021 beräknas anslaget till 601 503 000 kronor respektive 601 503 000 kronor.

Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2019 för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 800 000 000 kronor 2020–2025.

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 2019 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 2 800 000 000 kronor 2020–2025.

Tabell 8.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

	Utfall 2017	Prognos 2018	Förslag 2019	Beräknat 2020	Beräknat 2021	Beräknat 2022–2025
Ingående åtaganden		952 074	1 280 000	2 800 000		
Nya åtaganden		869 926	1 987 000			
Infriade åtaganden		-542 000	-467 000	-467 000	-467 000	-1 866 000
Utestående åtaganden	952 074	1 280 000	2 800 000			
Erhållet/förslaget bemyndigande	1 280 000	1 280 000	2 800 000			