

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statens budget för 2013

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	15
2	Lagförslag.....	17
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	17
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.	20
2.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning	22
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik	23
2.5	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	24
2.6	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	30
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	39
3.1	Omfattning.....	39
3.2	Utgiftsutveckling	39
3.3	Skatteutgifter.....	40
3.4	Mål för utgiftsområdet	41
4	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	43
4.1	Omfattning.....	43
4.2	Utgiftsutveckling	46
4.3	Regeringens mål för hälso- och sjukvården utgår från patienten.....	46
4.4	Kunskapsbaserad vård.....	47
4.4.1	Kunskapsstöd och riktlinjer	48
4.4.2	Öppna jämförelser ger bättre resultat.....	49
4.4.3	Hälsofrämjande sjukvård.....	50
4.4.4	En mer kunskapsbaserad psykiatri.....	52
4.5	Tillgänglighet till sjukvård.....	53
4.5.1	Kortare värdköer genom vårdgaranti och Kömiljard.....	55
4.5.2	Psykiatrin – vårdgaranti och förbättrad första linjens vård.....	56
4.5.3	Apoteksomreglering har ökat tillgängligheten	57
4.5.4	Förbättrat tandvårdsstöd gör tandvården mer tillgänglig	59
4.5.5	Tillgången till personal i hälso- och sjukvården ökar	61
4.6	Valfrihet och delaktighet för patienten	62

4.6.1	Patienter kan välja vårdgivare i ökad utsträckning	62
4.6.2	Nya typer av vårdgivare och tjänster	63
4.6.3	Många använder möjligheten att välja vårdgivare	64
4.6.4	Patientens ställning i vården	65
4.7	Uppföljning av vårdens resultat.....	66
4.7.1	Ny myndighet följer upp och analyserar hälso- och sjukvården	68
4.7.2	Patienterna har ett fortsatt högt förtroende för vården.....	68
4.7.3	Internationell jämförelse	68
4.7.4	Vårdutveckling genom register.....	69
4.8	Kvalitetsutveckling och systematisk förbättring	70
4.8.1	Kraftfull satsning på bättre patientsäkerhet.....	71
4.8.2	En förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre	73
4.8.3	Stöd för en mer jämlik vård.....	74
4.8.4	Förbättrad cancervård genom en nationell cancerstrategi	75
4.8.5	Nationell eHälsa	77
4.8.6	Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle	78
4.8.7	Medicinteknik och speciallivsmedel	81
4.8.8	Bättre vård för personer med transsexualism m.m.	82
4.9	Politikens inriktning.....	82
4.9.1	Satsningar på ökad kvalitet, tillgänglighet och valfrihet för patienten.....	82
4.9.2	Investeringar i framtidens hälso- och sjukvård.....	87
4.10	Förslag till författningsändringar för indexreglering av högkostnadsskydden	91
4.10.1	Ärendet och dess beredning.....	91
4.10.2	Bakgrund	91
4.10.3	Nuvarande förhållanden.....	92
4.10.4	Indexreglering av högkostnadsskydden	93
4.10.5	Genomförande, information och uppföljning	96
4.10.6	Ekonomiska konsekvenser.....	97
4.10.7	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	97
4.10.8	Författningskommentar	98
4.11	Budgetförslag	100
4.11.1	1:1 Myndigheten för vårdanalys	100
4.11.2	1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	100
4.11.3	1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	101
4.11.4	1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	102
4.11.5	1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	103
4.11.6	1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	104
4.11.7	1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	106
4.11.8	1:8 Bidrag till psykiatri	107
4.11.9	1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	108
4.11.10	1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....	109
4.11.11	1:11 Läkemedelsverket	110
4.11.12	8:1 Socialstyrelsen.....	110
4.11.13	8:2 Inspektionen för vård och omsorg	112
4.12	Övrig verksamhet	113
4.12.1	Läkemedelsverket	113
4.12.2	Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn	115

5	Folkhälsopolitik.....	117
5.1	Omfattning.....	117
5.2	Utgiftsutveckling	118
5.3	Mål	118
5.4	Folkhälsans utveckling	119
5.5	Goda levnadsvillkor	122
5.6	Hälsofrämjande och säkra livsmiljöer.....	125
5.6.1	Hälsofrämjande samhällsplanering	125
5.6.2	Hälsofrämjande förskola och skola	126
5.6.3	Hälsofrämjande arbetsmiljö	127
5.6.4	Säkra miljöer och produkter.....	127
5.6.5	Nationella vaccinationsprogram	128
5.6.6	Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar.....	129
5.6.7	Antibiotikaresistens	131
5.6.8	Beredskap och hantering av hälsohot	133
5.7	Hälsofrämjande levnadsvanor	134
5.7.1	Fysisk aktivitet och bra matvanor.....	135
5.7.2	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	136
5.7.3	Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.....	136
5.8	Politikens inriktning	136
5.8.1	Start – barns och ungas uppväxtvillkor.....	137
5.8.2	Stöd – för att underlätta hälsosamma val.....	138
5.8.3	Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot.....	138
5.8.4	Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa	139
5.8.5	Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete.....	140
5.8.6	Samhällsekonomi – en god folkhälsa är en investering för Sverige.....	142
5.9	Budgetförslag	142
5.9.1	2:1 Statens folkhälsoinstitut	142
5.9.2	2:2 Smittskyddsinstitutet	143
5.9.3	2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV	144
5.9.4	2:4 Bidrag till WHO	144
5.9.5	2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	145
5.9.6	2:6 Insatser för vaccinberedskap	146
6	Funktionshinderspolitik	147
6.1	Omfattning.....	147
6.2	Utgiftsutveckling	147
6.3	Mål	148
6.4	Resultatredovisning	148
6.5	Politikens inriktning	152
6.6	Budgetförslag	156
6.6.1	3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	156
6.6.2	3:2 Bidrag till handikapporganisationer.....	156
7	Politik för sociala tjänster	159
7.1	Omfattning.....	159
7.1.1	Kostnader för verksamhet inom socialtjänsten och enligt LSS.....	159
7.1.2	Behovsprövade insatser.....	160
7.1.3	Statligt finansierad verksamhet för personer med funktionsnedsättning.....	161

7.2	Utgiftsutveckling.....	161
7.3	Mål.....	162
7.4	Främja kunskapsutveckling och kvalitet inom socialtjänsten.....	162
7.4.1	Ökad kvalitet	163
7.4.2	Ökad valfrihet	164
7.5	Omsorg om äldre människor	164
7.5.1	Utveckling.....	164
7.5.2	Statliga stimulansbidrag har gett positiva effekter	165
7.5.3	Inflytande, delaktighet och trygghet.....	165
7.5.4	Kunskapsbefrämjande insatser.....	167
7.5.5	Samordning och samverkan	169
7.5.6	Analys och slutsatser	170
7.6	Barn- och ungdomsvården	170
7.6.1	Den sociala barn- och ungdomsvården	170
7.6.2	Ensamkommande barn.....	175
7.6.3	Statligt bedriven ungdomsvård	176
7.6.4	Analys och slutsatser	177
7.7	Ekonomiskt bistånd	177
7.7.1	Prestationer och kostnader	178
7.7.2	Analys och slutsatser	179
7.8	Missbruks- och beroendevården.....	180
7.8.1	Insatser och kostnader inom socialtjänsten	180
7.8.2	Statligt bedriven missbruksvård.....	181
7.8.3	Analys och slutsatser	181
7.9	Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.....	181
7.9.1	Pågående insatser som avser hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	182
7.9.2	Analys och slutsatser	182
7.10	Stöd och hjälp till offer för brott och människohandel	183
7.10.1	Stöd och hjälp till brottsoffer och deras anhöriga	183
7.10.2	Prostitution och offer för människohandel.....	184
7.10.3	Analys och slutsatser	185
7.11	Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning.....	185
7.11.1	Utveckling av insatser och kostnader.....	185
7.11.2	Kunskaps- och metodutveckling	187
7.11.3	Inflytande, delaktighet och trygghet.....	188
7.11.4	Hjälpmiddel för personer med psykisk funktionsnedsättning	189
7.11.5	Utvecklingen av assistansersättning	189
7.11.6	Bilstödets utveckling	191
7.11.7	Övriga statliga stöd.....	192
7.11.8	Analys och slutsatser	192
7.12	Regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd.....	192
7.12.1	Analys och slutsatser	193
7.13	Internationella adoptioner	194
7.13.1	Analys och slutsatser	194
7.14	Internationellt och EU	194
7.15	Politikens inriktning.....	195
7.15.1	Ökat självbestämmande	196
7.15.2	Främja kunskapsutveckling och kvalitet	196
7.15.3	Omsorg om äldre människor	198
7.15.4	Fortsatt utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården.....	202

7.15.5	Upprättelseprocess	204
7.15.6	Personer med missbruksproblematik	204
7.15.7	Ekonomiskt bistånd.....	205
7.15.8	Hemlöshet	207
7.15.9	Stöd till brottsoffer	207
7.15.10	Insatser för att utveckla stöd till föräldrar	208
7.15.11	Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning.....	209
7.16	Förslag om ökad säkerhet vid beslut om och utbetalning av assistansersättning.....	213
7.16.1	Ärendet och dess beredning	213
7.16.2	Bakgrund	214
7.16.3	Förslag för att motverka fusk och överutnyttjande.....	215
7.16.4	Förbättra rutiner och kontroll hos Försäkringskassan.....	241
7.16.5	Utredning och uppföljning	245
7.16.6	Konsekvenser	249
7.16.7	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	254
7.16.8	Författningskommentar	255
7.17	Budgetförslag	259
7.17.1	4:1 Personligt ombud.....	259
7.17.2	4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersonrådet	260
7.17.3	4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	262
7.17.4	4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	263
7.17.5	4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	263
7.17.6	4:6 Statens institutionsstyrelse.....	265
7.17.7	4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	266
7.17.8	4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	267
7.17.9	4:9 Ersättningsnämnden	268
7.17.10	4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	269
8	Barnrättspolitik.....	271
8.1	Omfattning.....	271
8.2	Utgiftsutveckling	271
8.3	Mål	272
8.4	Resultatredovisning	272
8.4.1	Övergripande åtgärder för att stärka barnets rättigheter i Sverige ..	272
8.4.2	Särskilda åtgärder för att stärka barnets rättigheter i Sverige.....	274
8.4.3	Barnombudsmannens verksamhet	277
8.5	Politikens inriktning	277
8.5.1	Åtgärder för att stärka barnets rättigheter	279
8.5.2	Insatser för att stärka stödet till föräldrar	282
8.6	Budgetförslag	283
8.6.1	5:1 Barnombudsmannen	283
8.6.2	5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	284
9	Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel	287
9.1	Omfattning.....	287
9.2	Utgiftsutveckling	287
9.3	Mål	288
9.4	Resultatredovisning	288

9.5	Regeringens åtgärdsprogram.....	290
9.6	Analys.....	291
9.7	Politikens inriktning.....	291
9.8	Budgetförslag.....	294
9.8.1	6:1 Alkoholsortimentsnämnden.....	294
9.8.2	6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel.....	294
9.9	Övrig statlig verksamhet.....	295
10	Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....	297
10.1	Omfattning.....	297
10.2	Utgiftsutveckling.....	297
10.3	Mål.....	298
10.4	Resultatredovisning.....	298
10.5	Forskningsmedel.....	298
10.5.1	Internationellt forskningssamarbete.....	298
10.5.2	Ny kommunikationsstrategi för att nyttiggöra forskningsresultat.....	299
10.5.3	Årlig revision.....	299
10.6	Analys och slutsatser.....	299
10.7	Budgetförslag.....	300
10.7.1	7:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	300
10.7.2	7:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	300

Bilagor

Bilaga 1 Förslaget om indexreglering av högkostnadsskydden

Bilaga 2 Förslaget om ökad säkerhet vid beslut om och utbetalning av assistansersättning

Tabellförteckning

Anslagsbelopp.....	16
3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	39
3.2 Härledning av ramnivån 2013–2016. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	40
3.3 Ramnivå 2013 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	40
3.4 Skatteutgift	40
4.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2005–2010	44
4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2010.....	44
4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2007–2011	45
4.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet.....	46
4.5 Tandvårdens utgifter, 2005–2010.....	60
4.6 Kostnader för statligt tandvårdsstöd 2005–2011.....	60
4.7 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister i förhållande till Patientregistret, 2007/2008–2010.....	67
4.8 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vårdanalys.....	100
4.9 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:1 Myndigheten för vårdanalys.....	100
4.10 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	100
4.11 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	101
4.12 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	101
4.13 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	102
4.14 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	102
4.15 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	103
4.16 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	103
4.17 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	104
4.18 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	104
4.19 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	106
4.20 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	106
4.21 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	107
4.22 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri	107
4.23 Beställningsbemyndigande.....	108
4.24 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:8 Bidrag till psykiatri	108
4.25 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	108

4.26	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	109
4.27	Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....	109
4.28	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler	110
4.29	Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket	110
4.30	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:11 Läkemedelsverket	110
4.31	Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen	110
4.32	Offentligrättslig verksamhet	111
4.33	Uppdragsverksamhet	111
4.34	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 8:1 Socialstyrelsen.....	112
4.35	Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg.....	112
4.36	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg	113
4.37	Offentligrättslig verksamhet	114
5.1	Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik.....	118
5.2	Anslagsutveckling 2:1 Statens folkhälsoinstitut	142
5.3	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut	143
5.4	Anslagsutveckling 2:2 Smittskyddsinstitutet	143
5.5	Uppdragsverksamhet	143
5.6	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:2 Smittskyddsinstitutet	144
5.7	Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV.....	144
5.8	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV	144
5.9	Anslagsutveckling 2:4 Bidrag till WHO.....	144
5.10	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:4 Bidrag till WHO.....	145
5.11	Anslagsutveckling 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	145
5.12	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	145
5.13	Anslagsutveckling 2:6 Insatser för vaccinberedskap.....	146
5.14	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:6 Insatser för vaccinberedskap.....	146
6.1	Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitik.....	147
6.2	Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning.....	156
6.3	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	156
6.4	Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer	156
6.5	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer	157
7.1	Antal personer med insatser från socialtjänsten inom olika områden samt antal vårddygn i frivillig institutionsvård för missbruksvård 2006, 2009, 2010 och 2011.....	160
7.2	Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster.....	161
7.3	Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre, löpande priser	165
7.4	Kommunens kostnader för insatser till barn och unga, löpande priser.....	171
7.5	Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd 2007–2011	179
7.6	Kommunens kostnader för missbruksvård, löpande priser.....	180
7.7	Kommunens kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, löpande priser	186

7.8	Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2002–2011.....	190
7.9	Antal personer som beviljats bilstöd 2006–2011, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper....	191
7.10	Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud.....	259
7.11	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:1 Personligt ombud.....	260
7.12	Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	260
7.13	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	261
7.14	Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	262
7.15	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	262
7.15	Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	263
7.16	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	263
7.17	Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken....	263
7.18	Beställningsbemyndigande.....	264
7.19	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	265
7.20	Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse.....	265
7.21	Offentligrättslig verksamhet	266
7.22	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:6 Statens institutionsstyrelse	266
7.23	Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	266
7.24	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	267
7.25	Anslagsutveckling 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	268
7.26	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	268
7.27	Anslagsutveckling 4:9 Ersättningsnämnden.....	269
7.28	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:9 Ersättningsnämnden	269
7.29	Anslagsutveckling 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	269
7.30	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	270
8.1	Utgiftsutveckling inom område 8 Barnrättspolitik.....	271
8.2	Anslagsutveckling för 5:1 Barnombudsmannen.....	283
8.3	Uppdragsverksamhet	283
8.4	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 5:1 Barnombudsmannen.....	284
8.5	Anslagsutveckling för 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	284
8.6	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige.....	285
9.1	Utgiftsutveckling inom Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....	287
9.2	Anslagsutveckling 6:1 Alkoholsortimentsnämnden	294
9.3	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 6.1 Alkoholsortimentsnämnden.....	294
9.4	Anslagsutveckling 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....	294
9.5	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....	294

9.6	Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren.....	295
9.7	Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måluppfyllelse	296
10.1	Utgiftsutveckling inom forskning	297
10.2	Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	300
10.3	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 7:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	300
10.4	Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	300
10.5	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 7:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	301
10.6	Beställningsbemyndigande	301

Diagramförteckning

4.1	Landstingens inkomster 2011, procentuellt fördelade efter inkomstslag.....	43
4.2	Sjukvårdshuvudmännens kostnader för hälso- och sjukvård 2011, procentuellt fördelade på verksamhetsområde	44
4.3	Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2000–2011	45
4.4	Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2001–2010.....	48
4.5	Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, åldersgruppen >20 år, 1997–2010	48
4.6	Andel patienter som får besökstid i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2012	54
4.7	Andel patienter som erhåller behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2012.....	54
4.8	Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att väntetider till besök och behandling är rimliga, 2010–2011	54
4.9	Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2005–2011	55
4.10	Antal försäljningsställen för receptfria och receptbelagda läkemedel, 2008–2011	57
4.11	Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2009 till 30 juni 2012	59
4.12	Antalet vårdcentraler, 2005–2011	62
4.13	Andel privata vårdcentraler av samtliga vårdcentraler före och efter vårdval	62
4.14	Patientupplevd kvalitet i primärvård, 2009–2011	67
4.15	Patientupplevd kvalitet inom barnsjukvård, 2011	68
4.16	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, per 100 000 invånare, åldersgruppen 1–79 år, 1987–2010.....	71
4.17	Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, per 100 000 invånare	71
5.1	Medellivslängd, 1991–2011	119
5.2	Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, per 100 000 invånare, 1994–2010	120
5.3	Antal döda i olika dödsorsaker, per 100 000 invånare, 1990–2010.....	121
5.4	Valdeltagande i riksdagsval, 1960–2010.....	122
5.5	Andel arbetslösa i arbetskraften, åldersgruppen 15–74 år, 2001–2012.....	123
5.6	Ohälsotalet, 1998–2011.....	123
5.7	Andel av befolkningen med olika utbildningsnivåer, åldersgruppen 35–79 år, 1991–2010	124
5.8	Andel av sjukfrånvaron som uppges bero på arbetsorsakade besvär, 1996–2011	127
5.9	Antal fall av hivinfektion som anmälts, 2001–2011.....	130
5.10	Antal fall av klamydiainfektion som anmälts, 2001–2011.....	130
5.11	Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) som anmälts, 2001–2011.....	131

5.12	Antal antibiotikarecept per 1 000 invånare i olika åldersgrupper, 1999–2011	132
5.13	Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, åldersgruppen 16–84 år, 2004–2011	135
5.14	Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker, åldersgruppen 16–84 år, 2004–2011	135
7.1	Kommunens kostnader fördelat efter vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning 2011	159
7.2	Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1990–2011.....	178
7.3	Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 1990–2011.....	179
9.1	Andel konsumenter av alkohol, tobak och narkotika bland elever i årskurs 9, 1992–2011	288
9.2	Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder, 2011	289
	Figur 4.1 Aktuella utvecklingsområden i hälso- och sjukvården	47

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (avsnitt 2.1 och 4.10),
2. antar förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (avsnitt 2.2 och 4.10),
3. antar förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (avsnitt 2.3 och 4.10),
4. antar förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (avsnitt 2.4 och 4.10),
5. antar förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (avsnitt 2.5 och 7.16),
6. antar förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken (avsnitt 2.6 och 7.16),
7. bemyndigar regeringen att under 2013 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 30 000 000 kronor 2014–2018 (avsnitt 4.11.8),
8. godkänner att begreppet funktionshinder ersätts med funktionsnedsättning i målen för funktionshinderspolitiken (avsnitt 6.3),
9. bemyndigar regeringen att under 2013 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 670 000 000 kronor 2014–2016 (avsnitt 7.17.5),
10. godkänner de mål för alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitiken som regeringen föreslår (avsnitt 9.3),
11. bemyndigar regeringen att under 2013 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 818 000 000 kronor 2014–2016 (avsnitt 10.7.2),
12. för budgetåret 2013 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
1:1 Myndigheten för vårdanalys	Ramanslag	29 133
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	Ramanslag	57 062
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Ramanslag	113 333
1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	Ramanslag	6 206 660
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	Ramanslag	22 200 000
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	Ramanslag	1 711 507
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	Ramanslag	635 766
1:8 Bidrag till psykiatri	Ramanslag	863 263
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	Ramanslag	1 000 000
1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler	Ramanslag	74 000
1:11 Läkemedelsverket	Ramanslag	113 190
2:1 Statens folkhälsoinstitut	Ramanslag	137 451
2:2 Smittskyddsinstitutet	Ramanslag	191 580
2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV	Ramanslag	20 530
2:4 Bidrag till WHO	Ramanslag	34 665
2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	Ramanslag	145 502
2:6 Insatser för vaccinberedskap	Ramanslag	85 000
3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	Ramanslag	20 688
3:2 Bidrag till handikapporganisationer	Ramanslag	182 742
4:1 Personligt ombud	Ramanslag	104 460
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	Ramanslag	353 976
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	Ramanslag	299 995
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	Ramanslag	22 272 000
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	Ramanslag	1 772 630
4:6 Statens institutionsstyrelse	Ramanslag	843 929
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	Ramanslag	450 881
4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	Ramanslag	309 400
4:9 Ersättningsnämnden	Ramanslag	45 900
4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	Ramanslag	14 889
5:1 Barnombudsmannen	Ramanslag	23 250
5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	Ramanslag	22 261
6:1 Alkoholsortimentsnämnden	Ramanslag	224
6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel	Ramanslag	298 629
7:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	Ramanslag	25 859
7:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	Ramanslag	474 378
8:1 Socialstyrelsen	Ramanslag	741 246
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	Ramanslag	376 200
Summa		62 252 179

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 26 och 26 a §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska *därvid* behandlas lika. Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler

26 §²

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika. Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om ned-

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2010:245.

om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Högsta avgiftsbelopp* för sluten vård är 80 kronor för varje vård dag.

sättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för *sådan* långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för *sådan* långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrade ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrade ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet *enligt sjätte stycket* ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

26 a §³

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som

³ Senaste lydelse 2011:1576.

avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för *sådan* tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *sammanlagt 1 100* kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare avgifter för *sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar* under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även *fosterförälder*. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.

avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal* kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare *sådana* avgifter under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Avgiftsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även *familjehemsförälder*. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för avgiftsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

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

Härigenom föreskrivs att 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

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

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

Så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 1 100 kronor lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 1 100 kronor men inte 2 100 kronor,

2. 75 procent av den del som överstiger 2 100 kronor men inte 3 900 kronor,

3. 90 procent av den del som överstiger 3 900 kronor men inte 5 400 kronor, samt

4. hela den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 5 400 kronor.

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

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

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

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

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

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

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar

¹ Senaste lydelse 2011:1577.

Vad som sägs i andra och tredje styckena gäller inte för sådana varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.

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

2,454 gånger kostnadstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

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

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

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för kostnadsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

2.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs att 24 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

24 §¹

En patient som för en viss tid har uppnått *kostnadsbefrielse* enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

En patient som för en viss tid har uppnått *avgiftsbefrielse* enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

¹ Senaste lydelse 1996:1159.

2.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

Härigenom föreskrivs att 23 § lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

En patient som för en viss tid har uppnått *kostnadsbefrielse* enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

23 §¹

En patient som för en viss tid har uppnått *avgiftsbefrielse* enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

¹ Senaste lydelse 1996:1160.

2.5 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

dels att nuvarande 9 c § ska betecknas 9 e §,

dels att 9 a, 13, 15, 23, 26, 26 f, 26 g och 27 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas fyra nya paragrafer, 9 c, 9 d, 11 a och 24 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 a §¹

Med personlig assistans enligt 9 § 2 avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov).

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats enligt 9 § 2 för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Som kostnad för personlig assistans enligt 9 § 2 anses inte i något fall ersättning som den enskilde själv lämnar

1. till någon som han eller hon lever i hushållsgemenskap med, eller

2. till en personlig assistent för arbete som utförts på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete.

Den som har behov av mer än en personlig assistent samtidigt, har rätt till två eller flera assistenter endast om möjligheterna att få bidrag enligt lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m., eller hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), har utretts.

9 c §²

När ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 har beviljats och assistans utförs av någon som är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den insatsberättigade och som inte är anställd av kommunen, ska

1. kommunen få besöka den insatsberättigade när det behövs för bedömningen av rätten till eller behovet av insatsen eller i övrigt för tillämpningen av denna lag, och

¹ Senaste lydelse 2010:480.

² Senaste lydelse av tidigare 9 c § 2000:1441.

2. Socialstyrelsen få tillträde till bostaden för att inspektera assistansen enligt 26 d §.

Vid inspektion enligt första stycket 2 gäller inte 26 e §. Om en myndighet vid upprepade tillfällen utan giltig anledning vägras besök eller inspektion enligt första stycket, får det ekonomiska stödet enligt 9 § 2 dras in eller sättas ned. För att stödet ska få dras in eller sättas ned krävs att den insatsberättigade har informerats om denna påföljd.

Med närstående enligt första stycket avses make, sambo, barn, förälder och syskon samt deras makar, sambor och barn.

9 d §

Som kostnad för personlig assistans enligt 9 § 2 anses inte ersättning för assistans som utförs av någon

1. som inte har fyllt 18 år,
2. som är bosatt utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet,
3. som till följd av sjukdom, ålderdom eller liknande orsak saknar förmåga att utföra arbete som personlig assistent, eller
4. på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i hushållsarbete, 5–10 b §§ arbetstidslagen (1982:673) eller kollektivavtal som uppfyller kraven i 3 § arbetstidslagen.

11 a §

Den som är arbetsgivare för eller uppdragsgivare åt en personlig assistent ska lämna följande uppgifter till kommunen:

1. Uppgifter som visar om assistenten är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den insatsberättigade, om assistenten har fyllt 18 år och om assistenten är bosatt inom eller utanför EES-området. Uppgifterna ska lämnas innan assistansen börjar utföras och vid ändrade förhållanden.
2. Uppgifter som visar den arbetstid som assistenten har arbetat hos en insatsberättigad. Uppgifterna ska lämnas månadsvis i efterhand.

3. Uppgifter som visar att något förhållande som anges i 9 d § 3 inte föreligger. Uppgifterna ska lämnas på begäran av kommunen.

13 §³

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får i fråga om verksamhet enligt 9 § meddela föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om villkor för tillstånd enligt 23 §.

15 §⁴

Till kommunens uppgifter hör att

1. fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är,

2. verka för att personer som anges i 1 § får sina behov tillgodosedda,

3. informera om mål och medel för verksamheten enligt denna lag,

4. medverka till att personer som anges i 1 § får tillgång till arbete eller studier,

5. verka för att det allmänna fritids- och kulturutbudet blir tillgängligt för personer som anges i 1 §,

6. anmäla till överförmyndaren dels när en person som omfattas av 1 § kan antas behöva förmyndare, förvaltare eller god man, dels när ett *förmynderskap*, *förvaltarskap* eller *godmanskap* bör kunna upphöra,

7. samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder, *samt*

8. anmäla till Försäkringskassan när någon som har ansökt om biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans enligt 9 § 2 kan antas ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.

6. anmäla till överförmyndaren dels när en person som omfattas av 1 § kan antas behöva förmyndare, förvaltare eller god man, dels när ett *förmynderskap*, *förvaltarskap* eller *godmanskap* bör kunna upphöra,

7. samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder,

8. anmäla till Försäkringskassan när någon som har ansökt om biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans enligt 9 § 2 kan antas ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken,

9. underrätta Försäkringskassan när någon som får assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken beviljas boende med särskild service, daglig verksamhet, barnomsorg eller någon annan insats som kan påverka behovet av personlig assistans,

10. anmäla till Försäkringskassan

³ Senaste lydelse 2009:597.

⁴ Senaste lydelse 2010:480.

om det finns anledning att anta att assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken används för annat än köp av personlig assistans eller kostnader för personliga assistenter, och

11. anmäla till Socialstyrelsen om det finns anledning att anta att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas.

23 §⁵

En enskild person får inte utan tillstånd av Socialstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet med personlig assistans som avses i 9 § 2 eller *sådan* verksamhet som avses i 9 § 6–10.

En enskild person får inte utan tillstånd av Socialstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet med personlig assistans som avses i 9 § 2 eller verksamhet som avses i 9 § 6–10.

Tillstånd att bedriva verksamhet som avses i första stycket får meddelas endast den som med hänsyn till sina ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt visar sig lämplig att bedriva sådan verksamhet. I fråga om en juridisk person ska lämplighetsprövningen även avse

1. den verkställande direktören och annan som genom en ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten,

2. de styrelseledamöter och styrelsesuppleanter som till följd av eget eller närståendes ekonomiska intresse har en väsentlig gemenskap med den juridiska personen, som är grundad på andelsrätt eller därmed jämförligt ekonomiskt intresse, och

3. bolagsmännen i kommanditbolag eller andra handelsbolag.

Kommun och landsting som *driver* verksamhet som avses i 9 § 6–10 ska anmäla denna verksamhet till Socialstyrelsen innan verksamheten påbörjas.

Kommun och landsting som *ska bedriva* verksamhet som avses i första stycket ska anmäla denna verksamhet till Socialstyrelsen innan verksamheten påbörjas.

Den som har beviljats ekonomiskt stöd för personlig assistans enligt 9 § 2 eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, och som har

⁵ Senaste lydelse 2010:480.

anställt någon för sådan personlig assistans, ska göra en anmälan till Socialstyrelsen innan assistenten påbörjar sitt arbete.

24 §⁶

Den som har meddelats tillstånd enligt 23 § och som har anlitats för att utföra personlig assistans åt en enskild, är skyldig att tillhandahålla all den assistans för vilken den enskilde har beviljats ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Detta gäller dock inte om tillståndshavaren har särskilda skäl för att inte tillhandahålla all assistans.

26 §⁷

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g och 26 h §§ får användas endast när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. *Tillsynen innebär även granskning av att den som har meddelats tillstånd enligt 23 § fortlöpande uppfyller lämplighetskravet i 23 § andra stycket.*

Föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g § första och andra styckena och 26 h § får användas endast när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

26 f §⁸

Om Socialstyrelsen finner att det i verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, får Socialstyrelsen förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som Socialstyrelsen anser nödvändiga för att det påtalade missförhållandet ska kunna avhjälpas. Föreläggandet får förenas med vite.

Socialstyrelsen får även förelägga den kommun eller det landsting som inte har fullgjort sin anmälnings-skyldighet enligt 23 § *andra* stycket

Socialstyrelsen får även förelägga den kommun eller det landsting som inte har fullgjort sin anmälnings-skyldighet enligt 23 § *tredje* stycket

⁶ Tidigare 24 § upphävd genom 2009:597.

⁷ Senaste lydelse 2009:597.

⁸ Senaste lydelse 2009:597.

att fullgöra denna skyldighet. Föreläggandet får förenas med vite.

att fullgöra denna skyldighet. Föreläggandet får förenas med vite.

26 g §⁹

Om ett missförhållande enligt 26 f § första stycket är allvarligt och Socialstyrelsens föreläggande inte följts, får Socialstyrelsen helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten. Om verksamheten inte är tillståndspliktig får Socialstyrelsen i stället helt eller delvis förbjuda fortsatt verksamhet.

Om missförhållandet innebär fara för enskildas liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt, får Socialstyrelsen utan föregående föreläggande helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten. Om verksamheten inte är tillståndspliktig får Socialstyrelsen i stället helt eller delvis förbjuda fortsatt verksamhet.

Ett tillstånd att bedriva verksamhet får även återkallas om tillståndshavaren inte kan anses lämplig enligt 23 § andra stycket eller inte tillhandahåller assistans enligt 24 §.

27 §¹⁰

Beslut av en sådan nämnd som avses i 22 § eller av Socialstyrelsen får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet avser

- | | |
|---|---|
| 1. insatser för en enskild enligt 9 §, | |
| 2. utbetalning till någon annan enligt 11 §, | |
| 3. återbetalning enligt 12 §, | |
| 4. förhandsbesked om rätt till insatser enligt 16 § andra eller tredje stycket, | |
| 5. tillstånd till enskild verksamhet enligt 23 §, | |
| 6. omhändertagande av personakt enligt 23 d §, | |
| 7. föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, <i>eller</i> | 7. föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, |
| 8. återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g–26 i §§. | 8. återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g–26 i §§, <i>eller</i> |
| | 9. <i>indragning eller nedsättning av ekonomiskt stöd enligt 9 c § andra stycket.</i> |

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

I fråga om överklagande av Socialstyrelsens beslut enligt 23 c § gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 6 kap. 7–11 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Beslut i frågor som avses i första stycket gäller omedelbart.

Förvaltningsrätten eller kammarrätten får dock förordna att dess beslut ska gälla först sedan det vunnit laga kraft.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

2. Föreskrifterna i 9 d § 1 och 2 tillämpas inte när en personlig assistent har anställts före ikraftträdandet.

⁹ Senaste lydelse 2009:597.

¹⁰ Senaste lydelse 2011:329.

2.6 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 51 kap. 1, 7, 11, 16, 19 och 20 §§, 110 kap. 1, 5, 14, 31, 46 och 58 §§ samt 114 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det i balken ska införas sju nya paragrafer, 51 kap. 16 a och 24 §§, 108 kap. 9 a §, 110 kap. 34 a, 42 a och 57 a §§ och 114 kap. 26 a §, samt närmast före 51 kap. 24 §, 108 kap. 9 a §, 110 kap. 34 a och 57 a § nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

51 kap.

1 §

I detta kapitel finns bestämmelser om

- rätten till assistansersättning i 2–6 §§,
- förmånstiden i 7 och 8 §§,
- beräkning av assistansersättning i 9–11 §§,
- omprövning vid ändrade förhållanden i 12 och 13 §§,
- utbetalning av assistansersättning i 14–19 §§,
- återbetalning av assistansersättning i 20 §, *och*
- återbetalning av assistansersättning i 20 §,
- samverkan med kommunen i 21–23 §§.
- återbetalning av assistansersättning i 20 §,
- samverkan med kommunen i 21–23 §§, *och*
- *uppgiftsskyldighet i 24 §.*

7 §

Assistansersättning får inte lämnas för längre tid tillbaka än en månad före den månad när ansökan gjorts eller det kommit in en anmälan från kommunen att det kan antas att den enskilde har rätt till assistansersättning.

Assistansersättning får inte lämnas för längre tid tillbaka än en månad före den månad när ansökan gjorts eller det kommit in en anmälan från kommunen att det kan antas att den enskilde har rätt till assistansersättning. *Assistansersättning som avser assistans som utförs innan beslut har fattats i ett ärende lämnas endast om den enskilde månadsvis under handläggningstiden redovisar till Försäkringskassan att assistansen utförs i enlighet med kraven och förutsättningarna i denna balk.*

11 §

För varje år bestäms med vilket belopp per timme som assistansersättning lämnas. Beloppet ska bestämmas som ett schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om schablonbeloppet.

Om det finns särskilda skäl kan ersättning till en försäkrad efter ansökan lämnas med ett högre belopp än det årliga schablonbeloppet. Ersättningen får dock inte överstiga schablonbeloppet med mer än 12 procent.

Assistansersättning som betalas ut enligt 16 § andra stycket lämnas med skäligt belopp.

16 §

Som kostnad för personlig assistans anses inte ersättning som den försäkrade själv lämnar till

1. någon som han eller hon lever i hushållsgemenskap med, eller

2. en personlig assistent för arbete som utförts på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete.

Assistansersättning enligt 14 § betalas inte ut om assistansen har utförts av någon

1. som inte har fyllt 18 år,

2. på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete, 5–10 b §§ arbetstidslagen (1982:673) eller kollektivavtal som uppfyller kraven i 3 § arbetstidslagen, eller

3. som till följd av ålderdom, sjukdom eller liknande orsak saknar förmåga att utföra arbete som personlig assistent.

Om assistansen har utförts av någon som är bosatt utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, betalas assistansersättning ut enligt 14 § endast om det finns särskilda skäl.

16 a §

När assistansersättning har beviljats och assistansen utförs av någon som är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den försäkrade och som inte är anställd av kommunen ska Socialstyrelsen få tillträde till bostaden för att inspektera assistansen enligt 26 d § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vid sådan inspektion gäller inte 26 e § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Med närstående enligt första stycket avses make, sambo, barn, förälder och syskon samt deras makar, sambor och barn.

19 §

Utöver det som följer av 17 och 18 §§, får Försäkringskassan på begäran av den försäkrade besluta att assistansersättningen ska betalas ut till någon annan fysisk person, en juridisk person eller en kommun.

Utöver det som följer av 17 och 18 §§, får Försäkringskassan på begäran av den försäkrade besluta att assistansersättningen ska betalas ut till en kommun eller till någon annan som har tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och

service till vissa funktionshindrade att bedriva verksamhet med personlig assistans.

20 §

Den försäkrade ska utan uppmaning betala tillbaka sådan ersättning som inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter. Återbetalning ska göras senast i samband med slutavräkningen enligt 15 §.

Den försäkrade eller den som för den försäkrades räkning tagit emot assistansersättning ska utan uppmaning betala tillbaka sådan ersättning som inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter. Återbetalning ska göras senast i samband med slutavräkningen enligt 15 §. *Om det inte finns särskilda skäl, ska ersättningen betalas tillbaka av den försäkrades förmyndare i stället för av den försäkrade om denne är under 18 år. Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för skyldigheten.*

Om återbetalning inte görs får Försäkringskassan besluta om återbetalning enligt bestämmelserna i 108 kap.

Uppgiftsskyldighet

24 §

Den som är arbetsgivare för eller uppdragsgivare åt en personlig assistent ska lämna följande uppgifter till Försäkringskassan:

1. *Uppgifter som visar om assistenten är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den assistansberättigade, om assistenten har fyllt 18 år och om assistenten är bosatt inom eller utanför EES-området. Uppgifterna ska lämnas innan assistansen börjar utföras och vid ändrade förhållanden.*

2. *Uppgifter som visar den arbetstid som assistenten har arbetat hos en assistansberättigad. Uppgifterna ska lämnas månadsvis i efterhand.*

3. *Uppgifter som visar att något förhållande som anges i 16 § första stycket 3 inte föreligger. Uppgifterna ska lämnas på begäran av Försäkringskassan.*

108 kap.

Assistansersättning

9 a §

När det gäller beslut enligt 2 § om återbetalning av ersättning får Försäkringskassan besluta om återkrav av assistansersättning från den försäkrades förmyndare, annan ställföreträdare eller den till vilken ersättningen har betalats ut enligt 51 kap. 19 § i stället för från den försäkrade.

Återkrav mot någon annan än den försäkrade får uppgå till högst det belopp som denne tagit emot.

Om det inte finns särskilda skäl, ska hela beloppet återkrävas från den försäkrades förmyndare i stället för från den försäkrade, om denne är under 18 år. Om det finns flera förmyndare, svarar de solidariskt för återkravet.

110 kap.

1 §

- I detta kapitel finns bestämmelser om
- tillämpningsområdet i 2 och 3 §§,
 - ansökan och anmälan m.m. i 4–12 §§,
 - utredning och uppgiftsskyldighet i 13–30 §§,
 - uppgiftsskyldighet för andra än parter i 31–37 §§,
 - bevisupptagning rörande arbetsskada m.m. vid allmän domstol i 38 §,
 - undantag från sekretess i 39–42 §§,
 - undantag från sekretess i 39–42 a §§,
 - anmälan om bosättning eller arbete i Sverige i 43–45 §§,
 - skyldighet att anmäla ändrade förhållanden i 46–51 §§, och
 - indragning och nedsättning av ersättning i 52–58 §§.

*Lydelse enligt prop.2011/12:152**Föreslagen lydelse***5 §**

Ansökan om förlängt underhållsstöd enligt 18 kap. 6 § ska göras av den studerande själv, även om han eller hon ännu inte har fyllt 18 år. En sådan underårig studerande ska också själv lämna de uppgifter som behövs för att bedöma rätten till fortsatt barnpension, efterlevandestöd och barnlivränta enligt 78 kap. 5 §, 79 kap. 2 § respektive 88 kap. 4 §.

Beträffande äldre försörjningsstöd och bostadstillägg ska, om den försäkrade är gift, uppgifter om faktiska förhållanden lämnas på heder och samvete även av den försäkrades make.

När det gäller assistansersättning ska, i de fall uppgifter lämnas av ett ombud, uppgifter om faktiska förhållanden lämnas på heder och samvete även av ombudet.

När det gäller bostadsbidrag ska ett barn som avses i 96 kap. 4 § och som är över 18 år på ansökningshandlingen självt intyga de uppgifter som rör barnet, om det inte finns särskilda skäl mot det.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse***14 §**

När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk får den handläggande myndigheten

1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,

2. besöka den försäkrade,

3. begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt

4. begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, *anordnare av personlig assistans* eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,

4. begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, *behov av hjälp i den dagliga livsföringen* samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

31 §

Myndigheter, arbetsgivare och uppdragsgivare samt försäkringsinrättningar ska på begäran lämna Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av denna balk.

Arbetsgivare och uppdragsgivare är även skyldiga att lämna sådana uppgifter om arbetet och arbetsförhållandena som behövs i ett ärende om arbetskadeförsäkring.

Myndigheter, arbetsgivare och uppdragsgivare, *anordnare av personlig assistans* samt försäkringsinrättningar ska på begäran lämna Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av denna balk.

Skatteverket

34 a §

Skatteverket ska på Försäkringskassans begäran lämna sådana uppgifter om personliga assistenter och dem som bedriver yrkesmässig verksamhet med personlig assistans som behövs för Försäkringskassans kontroll av användningen av assistansersättning.

42 a §

Försäkringskassan ska anmäla till Socialstyrelsen om det finns anledning att anta att lämpligheten för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas när det gäller någon som har tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

46 §

Den som ansöker om, har rätt till eller annars får en förmån enligt denna balk ska anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen.

Det som anges i första stycket kan avse

1. bosättning i Sverige eller utlandsvistelse,
2. bostadsförhållanden,
3. civilstånd, vårdnad och sammanboende med vuxen eller barn,
4. hälsotillstånd,
5. förvärvsarbete i Sverige eller utomlands,
6. arbetsförmåga,
7. inkomstförhållanden,
8. förmögenhetsförhållanden, och
9. utländsk socialförsäkringsförmån.

Anmälan som gäller assistansersättning ska även göras av den till vilken assistansersättning har betalats ut enligt 51 kap. 19 §, om denne har kännedom om de ändrade förhållandena.

Anmälan behöver inte göras om den handläggande myndigheten har kännedom om ändringen och därför saknar behov av en anmälan.

Vägran att medverka till besök eller inspektion

57 a §

Assistansersättning får dras in eller sättas ned om den försäkrade vid upprepade tillfällen utan giltig anledning vägrar att medverka till

1. besök enligt 14 § 2 när assistansen utförs av någon som är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den försäkrade och som inte är anställd av kommunen, eller

2. inspektion av Socialstyrelsen enligt 51 kap. 16 a §.

58 §

För att ersättning ska få dras in eller sättas ned på grund av att den försäkrade vägrar att delta vid avstämningsmöte enligt 14 § 4 eller behandling eller rehabilitering enligt 57 §, krävs att den försäkrade har informerats om denna påföljd.

För att ersättning ska få dras in eller sättas ned på grund av att den försäkrade vägrar att delta vid avstämningsmöte enligt 14 § 4 eller behandling eller rehabilitering enligt 57 §, *eller vägrar att medverka till besök eller inspektion enligt 57 a §*, krävs att den försäkrade har informerats om denna påföljd.

114 kap.

1 §

I detta kapitel finns allmänna bestämmelser i 2–5 §§.

Vidare finns bestämmelser om

- personuppgiftslagen och personuppgiftsansvar i 6 §,
- ändamål för behandling av personuppgifter i 7–10 §§,
- behandling av känsliga personuppgifter m.m. i 11–13 §§,
- behandling av personuppgifter i socialförsäkringsdatabasen i 14–16 §§,
- tilldelning av behörighet i 17 §,
- direktåtkomst i 18–23 §§,
- utlämnande på medium för automatisk behandling i 24–26 §§,
- sökbegrepp i 27 och 28 §§,
- överföring av personuppgifter till tredje land i 29 §,
- information i 30 §,
- gallring i 31 §,
- avgifter i 32 §,
- utlämnande på medium för automatisk behandling i 24–26 a §§,

- rättelse och skadestånd i 33 §,
- kontrollverksamhet i 34 §,
- tystnadsplikt i 35 §, och
- överklagande i 36 §.

26 a §

Personuppgifter i socialförsäkringsdatabasen som behövs för att möjliggöra kontroll av användningen av assistansersättning får lämnas ut på medium för automatiserad behandling.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.
 2. Föreskrifterna i 51 kap. 16 § första stycket 1 och andra stycket ska inte tillämpas när en personlig assistent har anställts före ikraftträdandet.

3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

3.1 Omfattning

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

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

3.2 Utgiftsutveckling

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

Milljoner kronor

	Utfall 2011	Budget 2012 ¹	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
Hälsa- och sjukvårdspolitik	32 066	33 612	32 844	34 121	35 035	34 051	34 265
Folkhälsopolitik	510	637	550	615	621	627	635
Funktionshinderspolitik	203	203	203	203	204	204	205
Politik för sociala tjänster	22 994	25 002	24 734	26 468	28 071	29 101	29 992
Barnrättspolitik	31	52	51	46	46	46	47
Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitik	190	299	290	299	299	114	114
Forskningspolitik	416	440	432	500	551	562	574
Äldreanslag	128	10	11	0	0	0	0
Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	56 538	60 256	59 114	62 252	64 828	64 706	65 831

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2013–2016. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	60 078	60 078	60 078	60 078
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	17	101	171	254
Beslut	633	1 646	-193	-685
Övriga makroekonomiska förutsättningar	892	1 591	2 730	3 632
Volymer	881	1 673	2 190	2 835
Överföring till/från andra utgiftsområden	-254	-263	-274	-285
Övrigt	5	3	3	3
Ny ramnivå	62 252	64 828	64 706	65 831

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Tabell 3.3 Ramnivå 2013 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2013
Transfereringar ¹	57 290
Verksamhetskostnader ²	4 936
Investeringar ³	26
Summa ramnivå	62 252

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2011 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.

3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. Avvikelser från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en viss grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelättnad i förhållande till en likformig beskattning

och som en skattesanktion om det rör sig om ett överuttag av skatt.

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 2012 (skr. 2011/12:136). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till utgiftsområde 9.

Tabell 3.4 Skatteutgift

Miljoner kronor

	Prognos 2012	Prognos 2013
Läkemedel	1 700	1 820
Förmån av privat hälso- och sjukvård	–	–
Totalt för utgiftsområde 9	1 700	1 820

Ett "–" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

Läkemedel

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

Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård

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

3.4 Mål för utgiftsområdet

Följande mål gäller för Hälsovård, sjukvård och social omsorg:

Hälso- och sjukvårdspolitik (avsnitt 4)

- Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Folkhälsopolitik (avsnitt 5)

- Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Funktionshinderspolitik (avsnitt 6)

- En samhällsgemenskap med mångfald som grund (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).
- Att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).
- Jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning (avsnitt 7)

- Äldre ska
 - kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
 - kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
 - bemötas med respekt samt
 - ha tillgång till god vård och omsorg (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

- Att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

- Att stärka skyddet för utsatta barn (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Barnrättspolitik (avsnitt 8)

- Barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitik (avsnitt 9)

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

Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning (avsnitt 10)

Mål för Forskningspolitik redovisas under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Resultatredovisningarna presenteras under respektive avsnitt.

4 Hälsa- och sjukvårdspolitik

4.1 Omfattning

Hälsa- och sjukvårdspolitik omfattar statliga insatser riktade mot hälsa- och sjukvården. Området innefattar tandvårdsstödet, läkemedelsförmånerna, sjukvård i internationella förhållanden, prestationsbunden vårdgaranti, bidrag till folkhälsa och sjukvård, bidrag för mänskliga vävnader och celler samt bidrag till psykiatri.

Vidare omfattar området myndigheterna Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket, nämndmyndigheten Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Myndigheten för vårdanalys samt de statligt ägda bolagen Apotekens Service AB och Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL). Socialstyrelsen och den blivande myndigheten Inspektionen för vård och omsorg har av praktiska skäl placerats i detta avsnitt. Dessa myndigheters verksamhet rör många olika områden, framför allt inom utgiftsområde 9, och de har därför ingen självklar hemvist inom något speciellt verksamhetsområde.

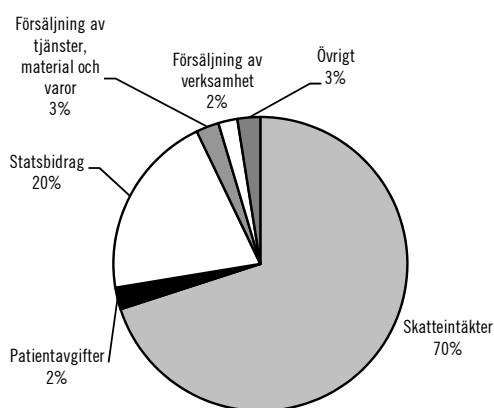
Landstingen och i viss utsträckning kommunerna har huvudansvaret för planering, finansiering och drift av hälsa- och sjukvården. Hälsa- och sjukvården utgör drygt 90 procent av landstingens verksamhet mätt som andel av landstingens totala kostnader.

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten omkring 70 procent 2011. Statens bidrag till landstingen utgörs av både generella och specialdestinerade statsbidrag, varav statens bidrag för läkemedelsförmånerna är ett exempel på ett specialdestinerat statsbidrag. Statens bidrag till landstingen uppgick till cirka 20 procent av landstingens inkomster och mot-

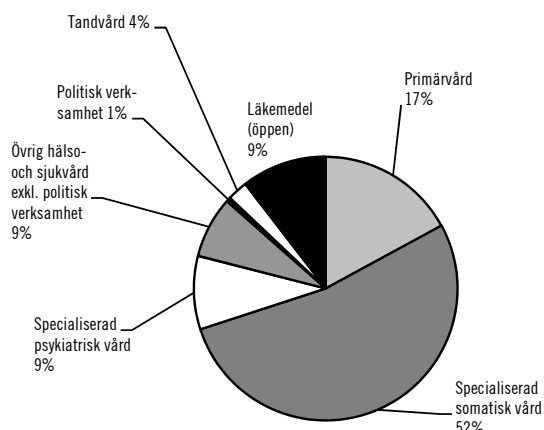
svarar 2011 drygt 53 miljarder kronor. Vidare erhåller landstingen inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster, viss verksamhet och av material och varor. I diagram 4.1 redovisas landstingens inkomster fördelade på inkomstslag.

Landstingens kostnader för hälsa- och sjukvård uppgick till närmare 234 miljarder kronor 2011. Drygt hälften av kostnaderna för hälsa- och sjukvård kan hänföras till den specialiserade somatiska vården. Kostnaderna för primärvården uppgick till drygt 17 procent och den specialiserade psykiatriska vården till knappt 9 procent. I diagram 4.2 redovisas landstingens kostnader för hälsa- och sjukvård fördelade på verksamhetsområde.

Diagram 4.1 Landstingens inkomster 2011, procentuellt fördelade efter inkomstslag



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Statistik inom hälsa- och sjukvård samt regional utveckling 2011).

Diagram 4.2 Sjukvårdshuvudmännens kostnader för hälso- och sjukvård 2011, procentuellt fördelade på verksamhetsområde

Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting

Tabell 4.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2005–2010

Miljarder kronor	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ¹
Hälso och sjukvårds-kostnader	250,9	263,5	278,8	295,7	308,7	318,3
Andel av BNP, procent	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,6

¹ Uppgifterna för 2010 baseras på preliminära årsberäkningar ur nationalräkenskaper.

Källa: SCB, De svenska hälsoräkenskaper tabell:1

År 2010 uppgick hälso- och sjukvårdsutgifterna preliminärt till drygt 318 miljarder kronor. Det innebär, i löpande priser, en ökning med 3 procent jämfört med 2009. Som andel av BNP uppgick hälso- och sjukvårdsutgifterna preliminärt till 9,6 procent 2010.

Av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna utgjordes knappt 258 miljarder kronor av offentliga utgifter, varav landstingen stod för cirka 228 miljarder kronor. Landstingens andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgick således till cirka 72 procent och landstingens andel av de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgick till 88 procent 2010.

Privata utgifter för hälso- och sjukvård uppgick 2010 till 60 miljarder kronor, varav hushållen stod för den allra största delen, knappt 54 miljarder kronor. Övriga utgifter stod privata försäkringsbolag, ideella organisationer och andra bolag för. Det har inte skett någon nämnvärd ökning av övriga privata utgifter under senare år. Utgifter som privata försäkringsbolag

stod för uppgick endast till 0,8 miljarder kronor 2010.

Av hälso- och sjukvårdsutgifterna utgjordes cirka 63 procent av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster vilket motsvarar knappt 200 miljarder kronor. Dessa utgifter kan i sin tur delas upp på slutenvård, dagsjukvård, öppenvård och hemsjukvård.

Andra utgifter inom hälso- och sjukvården inkluderar långtidsomvårdnadstjänster såsom hälso- och sjukvård inom äldreomsorg och stödinsatser till personer med funktionsnedsättning och s.k. tilläggstjänster inom sjukvården, exempelvis laboratorieverksamhet, sjukgymnastik samt ambulans- och sjuktransport.

I hälso- och sjukvårdsutgifterna ingår också utgifter för medicinska varor till öppenvårdspatienter. Under 2010 uppgick dessa utgifter till drygt 49 miljarder kronor varav närmare 28,5 miljarder kronor utgjordes av receptföreskrivna läkemedel dvs. i första hand läkemedelsförmånerna och patienters egenavgifter.

Folkhälso- och utgifter för prevention inom hälso- och sjukvården uppgick under 2010 till 10,9 miljarder kronor, vilket är en liten minskning jämfört med 2009. I dessa utgifter ingår bl.a. utgifter för mödrhälsovård, barnhälsovård samt prevention mot smittsamma och icke smittsamma sjukdomar.

Tabell 4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2010

Miljarder kronor	2010
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	199,9
Långtidsomvårdnadstjänster	22,7
Tilläggstjänster inom sjukvård¹	12,8
Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter	49,3
<i>Varav</i>	
Receptföreskrivna läkemedel inkl. egenavgifter	28,5
Prevention och folkhälso- och sjukvårdstjänster	10,9
Administration och övrigt	6,1
Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter	301,6
Hälso- och sjukvårdsproducenternas investeringar	16,7
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	318,3

¹ Inkluderar laboratorietjänster, bildiagnostik och patienttransporter.

Källa: Statistiska centralbyrån, De svenska hälsoräkenskaper tabell:2

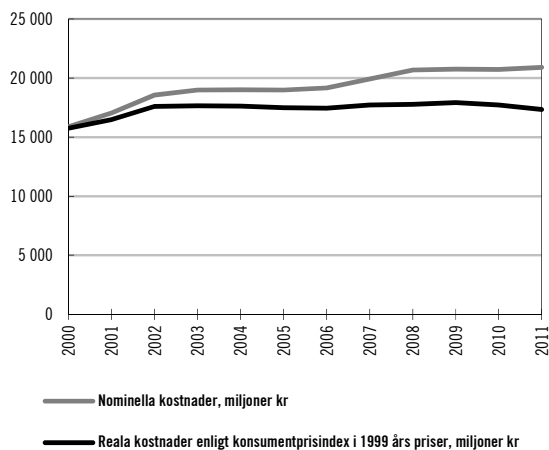
Kostnader för läkemedel

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick år 2011 till cirka 20,9 miljarder kronor medan kostnaderna för rekvisitionsläkemedel, dvs. läkemedel som i första hand används inom slutenvården, uppgick till cirka 7,2 miljarder kronor. De totala offentliga kostnaderna uppgick därmed till ca 28 miljarder kronor 2011, vilket innebar en ökning med cirka 1,6 procent jämfört med 2010. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna var i stort sett oförändrade mellan 2010 och 2011 medan kostnaderna för läkemedel på rekvisition ökade med fyra procent. Öknings-takten för rekvisitionsläkemedel har avtagit något jämfört med tidigare år.

Kostnaderna för läkemedel och förbruknings-artiklar m.m. på recept inom förmånerna och patienternas egenavgifter uppgick till cirka 25,9 miljarder kronor, varav patienterna stod för cirka 5,03 miljarder kronor vilket motsvarar en egenavgiftsandel på knappt 19,4 procent. De totala läkemedelskostnaderna, dvs. de offentliga kostnaderna samt patienternas egenavgifter och kostnader för receptfritt uppgick 2011 till 37,7 miljarder kronor, vilket innebar en ökning med 1,3 procent jämfört med 2010.

Diagram 4.3 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2000–2011 (inkl. moms)

Miljoner kronor



Källor: Apoteket AB och Apotekens Service AB.

Tabell 4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2007–2011 (inkl. moms)

Miljoner kronor

År	2007	2008	2009	2010	2011
Läkemedelsförmånerna	19 910	20 667	20 744	20 737	20 909
Egenavgift ¹	5 181	5 176	5 115	5 089	5 033
Andel egenavgift	20,6%	20,0%	19,8%	19,7%	19,4%
Slutenvård ²	5 671	6 255	6 713	6 902 ⁶	7 173
Receptfritt ³	3 639	3 879	4 182	4 521	4 623
Total	34 400	35 977	36 754	37 249	37 737
Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna	12,3%	12,2%	11,9%	11,7% ⁴	– ⁵

¹ Som andel av förmån + egenavgift.

² Avser humanläkemedel på rekvisition inom sluten och öppen vård.

³ Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk på apotek samt i detaljhandel.

⁴ Preliminära siffror.

⁵ Uppgift om totala hälso- och sjukvårdskostnader saknas enligt Nationalräkenskaperna.

⁶ För att göra kostnaderna för sluten vård 2010 jämförbara med tidigare år ska ca 400 miljoner kronor adderas.

Källor: Apoteket AB, Apotekens Service AB, Statistiska centralbyrån (Nationalräkenskaperna).

Enligt Socialstyrelsens prognos för läkemedelsförmånerna 2012 kommer kostnaderna att sjunka med 2,5 procent jämfört med 2011. Det skulle vara den största kostnadsminskningen inom förmånssystemet på flera år. De främsta anledningarna till detta är att patentutgångar får ett fortsatt stort genomslag och att effekterna av TLV:s omprövningar förväntas bli omfattande. Under 2013 förväntas kostnaderna för läkemedelsförmånerna öka måttligt, med ca 1 procent, för att sedan stiga till mellan 1,25 och 3,5 procent per år.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet

Miljoner kronor

	Utfall 2011	Budget 2012 ¹	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>							
1:1 Myndigheten för vårdanalys	11	27	27	29	29	30	31
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	56	57	55	57	58	62	63
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	103	113	111	113	115	117	120
1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	4 966	5 454	5 114	6 207	6 598	6 894	7 073
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	22 557	22 550	22 200	22 200	22 200	22 200	22 200
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	908	1 712	1 666	1 712	2 209	913	911
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	650	692	637	636	640	658	670
1:8 Bidrag till psykiatri	748	867	894	863	860	859	859
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
1:10 Bidrag för mänskliga väpnader och celler	74	74	72	74	74	74	74
1:11 Läkemedelsverket	113	113	110	113	113	113	113
8:1 Socialstyrelsen	881	953	956	741	486	495	506
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	0	0	0	376	651	635	645
Summa Hälso- och sjukvårdspolitik	32 066	33 612	32 844	34 121	35 035	34 051	34 265

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

4.3 Regeringens mål för hälso- och sjukvården utgår från patienten

Regeringens mål utgår från att hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så effektivt och med så gott utfall för patienterna att den åtnjuter ett högt förtroende bland allmänheten. Hälso- och sjukvården ska också vara hälsofrämjande genom att arbeta för att förebygga ohälsa.

För utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg finns följande mål som berör hälso- och sjukvårdsområdet: Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet ska särskilt inriktas på att:

- säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad
- säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare
- säkerställa att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande

- skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt
- tillvarata kunskap och erfarenheter för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården.

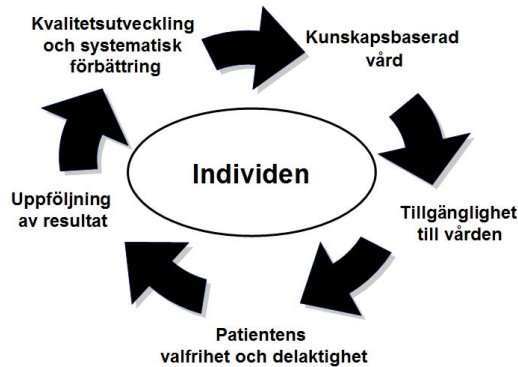
Ytterligare mål gäller för tandvården. Dessa är som följer.

Det statliga tandvårdsstödet ska

- stimulera den vuxna befolkningen till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte
- möjliggöra att patienterna med de största tandvårdsbehoven får en kostnadseffektiv vård efter vars och ens behov och till en rimlig kostnad.

Avsnittet hälso- och sjukvårdspolitik redovisas utifrån de prioriterade utvecklingsområden som regeringen har identifierat ovan och kapitelindelningen följer således därav. Dessa områden påverkas av varandra och hänger tätt samman. Detta kan illustreras genom figur 4.1.

Figur 4.1 Aktuella utvecklingsområden i hälso- och sjukvården



Syftet med denna redovisning är att regeringen ska presentera ett informativt underlag för beslut till riksdagen, där det framgår hur de statliga insatserna bidrar till utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet och till att uppnå de mål som riksdagen har beslutat om.

4.4 Kunskapsbaserad vård

Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv verksamhet. Forskning och innovationer förbättrar ständigt möjligheterna att förebygga, diagnostisera, bota och lindra sjukdom. Att tillämpa aktuell vetenskap i vården av patienter syftar till att tillhandahålla god, jämlik och effektiv vård. Staten arbetar tillsammans med landstingen för att skapa ett system för kunskapsbaserad vård. Landstingen anpassar och omsätter generell kunskap i sin specifika miljö. Arbetet syftar till att ge alla vårdgivare en likvärdig tillgång till bästa tillgängliga kunskap och därmed likvärdiga förutsättningar att ge en god och effektiv vård.

Den kunskapsbaserade vården omfattar flera olika delar som påverkar varandra och därmed skapar ett system. Myndigheter så som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen sammanställer bästa tillgängliga kunskap inom olika områden. Arbetet genomförs med experter från landsting och universitet och högskolor. Det tillgängliggörs i form av systematiska kunskapsöversikter, nationella riktlinjer, föreskrifter m.m. Staten stödjer landstingens arbete med att skapa system för att anpassa och omsätta kunskapsunderlag till var-

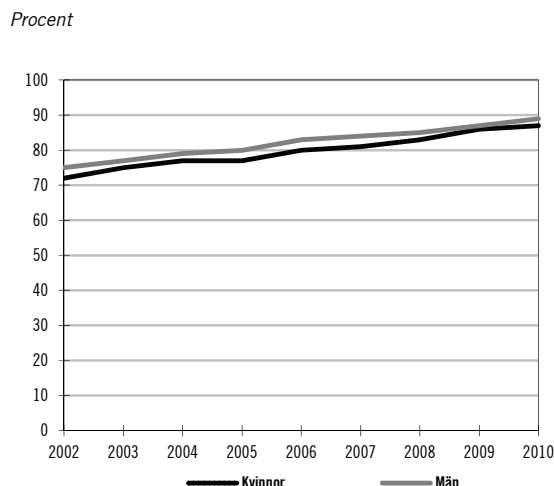
dagens praktik i syfte att förbättra vården till gagn för patienter och anhöriga.

Ett sätt att öka trycket på utveckling i vården är att öka transparensen av vårdens resultat och effektivitet. Regeringen gör detta i form av Öppna jämförelser som tillgängliggörs inom allt fler områden av hälso- och sjukvården. Att öppet redovisa resultaten skapar förutsättningar för en öppen diskussion om vårdens effektivitet och kvalitet, vad som är bra och vad som behöver förbättras. Det bidrar även till att stimulera lärande mellan landsting.

Regeringen arbetar aktivt på flera områden för att skapa förutsättningar för denna utveckling och ser med tillfredsställelse att vården har blivit allt mer kunskapsbaserad. Det har bl.a. åstadkommit genom systematiska kunskapssammanställningar, nationella riktlinjer och inte minst jämförelser av vårdens resultat. Betydande framsteg har gjorts för att skapa de nödvändiga strukturerna och processerna för en mer kunskapsbaserad vård.

I diagrammen nedan visas exempel på indikatorer som följs för att visa på hur vården utvecklas bl.a. genom arbetet för att göra vården mer kunskapsbaserad. Socialstyrelsen har dessutom under 2011 genomfört en nationell utvärdering av strokevården med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna. Resultatet från utvärderingen visar att följsamheten till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för strokevård på flera områden är god. Bland annat vårdas en ökande andel patienter på strokeenhet. Socialstyrelsen bedömer att cirka 90 procent av strokepatienterna bör vårdas på strokeenhet.

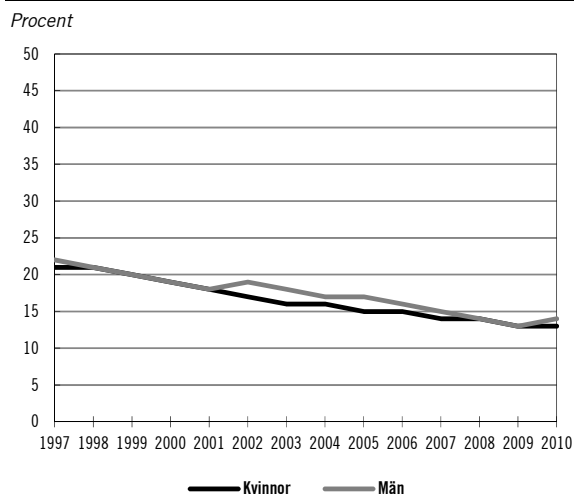
Diagram 4.4 visar andelen strokepatienter som vårdas på strokeenhet någon gång under det akuta sjukdomstillfället. Utvecklingen på nationell nivå för denna indikator ser positiv ut. Det finns dock påtagliga variationer mellan sjukhusen avseende andelen patienter som får vård på strokeenhet. År 2009 var variationen mellan bästa och sämsta resultat 42,5 procentenheter. Ingen påtaglig skillnad mellan andelen män och kvinnor kan ses.

Diagram 4.4 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2001–2010

Källa: Riks-Stroke, nationella kvalitetsregistret för stroke.

Socialstyrelsen publicerade 2009 en nationell utvärdering av hjärtsjukvården där det konstaterades att flera aspekter av vården med utgångspunkt i de nationella riktlinjernas rekommendationer fungerar väl, men att det inom ett flertal områden finns ytterligare förbättringsbehov.

Diagram 4.5 visar dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Utvecklingen är positiv mycket till följd av förbättrade behandlingsmetoder. Någon signifikant skillnad mellan kvinnors och mäns dödlighet finns inte.

Diagram 4.5 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, åldersgruppen >20 år, 1997–2010

Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret).

Anm.: Åldersstandardiserade värden.

4.4.1 Kunskapsstöd och riktlinjer

En viktig del av den kunskapsbaserade vården är tillgången på kvalitetssäkrad kunskap. Kunskap i detta sammanhang sträcker sig från lärande av enheter som har visat bättre resultat genom t.ex. Öppna jämförelser till vetenskapliga sammanställningar av aktuell forskning på ett område. Genom att på ett enkelt sätt tillgängliggöra det aktuella kunskapsläget tydliggörs gapet mellan det som görs i vården och vad som är möjligt att göra. Härigenom är kunskap både ett sätt att skapa förändringstryck på vårdgivare med sämre kvalitet och effektivitet och att ge handledning om hur resultaten kan förbättras.

Tillgång till kvalitetssäkrad kunskap

Tillgången på lättåtkomlig kvalitetssäkrad kunskap i hälso- och sjukvården kan förbättras. Enbart landstingens egna vårdgivare har i dag tillgång till flera av de viktigaste informationskällorna och databaserna med vetenskapliga tidskrifter.

Regeringen anser att alla vårdgivare, oavsett driftsform, samt patienter och anhöriga bör ges tillgång till kvalitetssäkrad och enkelt tillgänglig information om olika medicinska frågeställningar. Detta är viktigt för att ge alla vårdgivare samma möjligheter att bedriva en kunskapsbaserad vård och för att stärka patientens ställning. Det leder också till en mer jämlik vård i hela landet vilket är en prioriterad fråga för regeringen (se även avsnitt 4.8.3).

Hälsobibliotek

Regeringen gav under 2012 SBU i uppdrag att förbättra tillgången på kvalitetssäkrad kunskap för alla aktörer. SBU ska föreslå hur ett webbaserat nationellt hälsobibliotek som är tillgängligt för hela hälso- och sjukvården, tandvården och den kommunala vården och omsorgen ska inrättas. Hälsobiblioteket ska utformas så att det blir enkelt att använda och ska i ett första steg vända sig till personalen inom hälso- och sjukvården. SBU har uppdraget att föreslå hur den forskning som finns i de viktigaste vetenskapliga databaserna ska systematiseras, så att det blir enklare och går snabbare för hälso- och sjukvårdspersonalen att bedöma forskningens relevans. I uppdraget ingår också att undersöka möjlig-

heterna att inkludera forskningsresultat som handlar om hälsoförebyggande insatser.

Riktlinjer

Ett viktigt verktyg för den kunskapsbaserade vården är nationella riktlinjer. Under 2011 och 2012 har flera nya och uppdaterade riktlinjer publicerats av Socialstyrelsen tillsammans med huvudmännen. Att arbetet görs i samverkan innebär att professionerna står bakom riktlinjerna när de är klara. Det är en förutsättning för att de ska tillämpas i praktiken. I riktlinjerna beskrivs hur vården inom ett visst område bör bedrivas enligt bästa tillgängliga kunskap. Riktlinjerna omfattar även förslag på indikatorer och målnivåer som bör följas upp. Det finns riktlinjer för flertalet av folksjukdomarna så som t.ex. diabetes, stroke, hjärtsjukvård, bröst-, kolorektal- och prostatacancer. Inom dessa områden minskar variationer i praxis samtidigt som det sker en positiv utveckling av resultaten.

Krisberedskap inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och om krisberedskap inom styrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen upprätthåller kompetens på området genom att besluta om inriktning och finansiera verksamhet vid kunskapscentra. Dessutom stödjer Socialstyrelsen de medicinska expertgrupperna inom området vilket ger myndigheten nödvändigt kompetensstöd att verka vid allvarlig händelse.

Myndigheten har under 2011–2012 genomfört olika insatser för att stärka samhällets krisberedskap. Under 2012 arrangerade Socialstyrelsen tillsammans med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap en konferens på temat samverkan för att stärka skyddet av samhällsviktig verksamhet, informationssäkerhet och krishantering. Konferensen riktade sig främst landsting och kommuner. Under slutet av 2011 publicerade Socialstyrelsen sin s.k. risk- och sårbarhetsanalys. Här framgick bl.a. att hälso- och sjukvården har en god grund för att hantera allvarliga händelser, samtidigt som det finns förbättringsområden. Det gäller bl.a. kravställande vid upphandling, där de måste säkerställa att

verksamheten kan fortsätta fungera vid allvarlig händelse, samt att huvudmännen måste identifiera och analysera sina kritiska beroenden gentemot andra aktörer i samhället.

4.4.2 Öppna jämförelser ger bättre resultat

Regeringen har genom Öppna jämförelser arbetat för att öka transparensen av vårdens resultat och effektivitet. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visade i en rapport som kom i november 2011 att den svenska hälso- och sjukvården har förbättrats sedan 2006 samtidigt som skillnaderna mellan landstingen på flera områden har minskat. Det kan dock konstateras att det fortfarande finns ojämlikhet i form av skillnader mellan olika grupper i befolkningen och skillnader mellan kvinnor och män.

Enligt European Observatory on Health Care Systems and Policies tillhör arbetet med Öppna jämförelser ett av regeringens mest betydelsefulla reformområden. Även om svensk hälso- och sjukvård har goda resultat i internationella jämförelser så synliggör den förbättrade öppenheten att det finns variationer mellan landsting och mellan vårdgivare. Detta driver utvecklingen framåt.

Öppenhet skapar förändringstryck

Regeringens syfte med Öppna jämförelser är att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv hälso- och sjukvård och socialtjänst med god kvalitet. Detta sker genom att olika verksamheter jämförs med varandra, över tid och även utifrån mål som formulerats för verksamheterna. Synliggjorda variationer är föremål för nationella och lokala analyser. Analyserna är sedan en grund för att kunna prioritera och driva verksamhetsutvecklingen framåt. Genom att återkommande genomföra jämförelser skapas ett klimat som gör det besvärligt för organisationer med förhållandevis dåliga resultat att underlåta att åtgärda dessa. Utöver detta är det huvudsakliga syftet med Öppna jämförelser att bidra till att alla verksamheter förbättras, inte bara de med sämst resultat.

Variationer synliggörs

Samtidigt som Öppna jämförelser synliggör att vården blir allt bättre så framkommer även att det finns behov av fortsatt utveckling för att förbättra resultat och göra vården mer jämlik. Till exempel är dödligheten i stroke och hjärtinfarkt lägre hos personer med hög utbildningsnivå jämfört med personer med låg utbildningsnivå. Jämförelserna är även ett sätt att följa upp tillämpningen av bästa tillgängliga kunskap. Exempelvis når färre än hälften av patienterna inom diabetesvården behandlingsmålen i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Samtidigt syns betydande variationer mellan och inom landstingen. Därmed finns det goda möjligheter till lärande från de goda exemplen som tydliggörs genom jämförelserna.

Strategi för Öppna jämförelser

Arbetet på området följer den strategi för kvalitetsutveckling genom Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som regeringen fattat beslut om. Strategin bidrar till utveckling av en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Avsikten är att genom ökad transparens stimulera utvecklingen av en jämlik, säker och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Visionen för strategin är: aktuell kunskap när du vill ha den och som du vill ha den. För att nå visionen anger strategin fyra utvecklingsområden: fånga jämförbara och aktuella data, genomföra Öppna jämförelser, stimulera nationella och lokala analyser samt stärka det lokala förbättringsarbetet baserat på analyser och tillgänglig kunskap. Under 2011 och 2012 har regeringen fortsatt att tillsammans med SKL öka nyttiggörandet av de jämförelser som genomförs.

Under 2011 presenterade Socialstyrelsen och SKL den sjätte rapporten om Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. I den redovisas förbättringar av hälso- och sjukvården på flera områden. Enligt Socialstyrelsen har Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården bidragit till att uppnå huvudsyftet, ökad transparens. Öppna jämförelser driver även på utvecklingen för allt bättre indikatorer och uppföljningssystem. Vidare bidrar jämförelserna till att balansera den offentliga diskussionen mot kvalitet och resultat, i stället för enbart kostnader.

Arbetet med de fyra utvecklingsområden som anges i strategin för kvalitetsutveckling genom Öppna jämförelser har varit framgångsrikt.

Nya områden för Öppna jämförelser

Under 2012 har arbetet med att utveckla tillgången på jämförbara data fortgått. I takt med att data tillgängliggörs växer Öppna jämförelser fram inom allt fler områden. Arbeta med Öppna jämförelser har under 2012 påbörjats inom områden såsom läkemedel, folkhälsa och den hälsoinriktade hälso- och sjukvården.

Utöver dessa övergripande jämförelser har Socialstyrelsen genomfört fördjupande och värderande jämförelser inom områden där det finns riktlinjer. Vidare har Socialstyrelsen inom ramen för cancerarbetet börjat utveckla målnivåer för när resultaten kan anses vara goda (se vidare avsnitt 4.8.4).

Öppna jämförelser för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården

Genom Öppna jämförelser möjliggörs ett konkret lärande mellan landsting. Med syfte att stimulera till förbättringsarbete och ökad kvalitet har Socialstyrelsen därför getts i uppdrag att utveckla och redovisa Öppna jämförelser för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården. En första omgång av Öppna jämförelser på detta område ska genomföras och redovisas senast i december 2012.

4.4.3 Hälsofrämjande sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa och den som vänder sig dit ska, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar och skador. Det förebyggande arbetet har på senare tid kommit mer i fokus inom hälso- och sjukvården. Det finns dock fortfarande ingen enhetlig praxis och det råder stora variationer mellan landsting och mellan vårdenheter. Nationella patientenkäter visar exempelvis att det finns skillnader när det gäller hur ofta levnadsvanor diskuterades vid det senaste besöket. Den visar både skillnader mellan olika landsting och mellan vårdenheter inom respektive landsting.

Regeringen bedömer att ett strukturerat arbete, med ett fokus på att sammanställa och sprida kunskap om effektiva metoder och arbetssätt, utgör ett viktigt stöd för landstingens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Regeringen har därför vidtagit åtgärder för att stimulera ett förändringsarbete kring hälsofrämjande arbete i landstingen.

Införandet av riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Regeringen genomför flera utvecklingsarbeten för att stödja ett brett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Det kanske viktigaste arbetet bedrivs inom ramen för det uppdrag regeringen har gett Socialstyrelsen om att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna berör metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring vid tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. I uppdraget, som pågår till och med 2014, ingår att tillsammans med företrädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna. Det ingår även att kartlägga behovet av och stödja metodutveckling på området. Vidare ska Socialstyrelsen skapa en interaktiv utbildning samt utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av riktlinjerna. Av Socialstyrelsens delrapport från oktober 2011 framgår bland annat att ett viktigt mål med arbetet är att strukturer utvecklas hos vårdgivarna som stödjer ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i enlighet med riktlinjerna.

Fysisk aktivitet på recept utvecklas

Socialstyrelsen framhåller i sina riktlinjer att vid otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination eller stegräknare samt särskild uppföljning. Regeringens bedömning är att Socialstyrelsens arbete med att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder därför ytterligare stärker arbetet med fysisk aktivitet på recept (FaR). FaR innebär att man ordinerar fysisk aktivitet på motsvarande sätt som ett läkemedel, dvs. ger ordination på en receptblankett samt följer upp behandlingsresultatet.

Under 2012 har, på uppdrag från regeringen, en lärobok om metoden tagits fram med syfte att stödja och underlätta implementering. Metoden har utvecklats och spridits och i dag arbetar alla landsting med den.

Som en del i Socialstyrelsens uppdrag om att stödja införandet av de nationella riktlinjerna har Yrkesföreningen för fysisk aktivitet (YFA) getts bidrag för att genomföra en förstudie av en uppdatering av den manual som används för hälso- och sjukvårdens arbete med fysisk aktivitet för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd (FYSS, Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling).

Arbete för bra matvanor

För att hälso- och sjukvården ska kunna erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till personer med ohälsosamma matvanor, i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer, behöver det nationella stödet till berörda personalgrupper utvecklas. Regeringen gav därför under 2012 Livsmedelsverket i uppdrag att stödja ett aktivt och evidensbaserat arbete för bra matvanor. Livsmedelsverket ska praktiskt och konkret stödja, läkare, sjuksköterskor, dietister m.fl. i det rådgivande arbetet för bra matvanor. Uppdraget till Livsmedelsverket omfattar att samla in och till personalen i hälso- och sjukvården tillhandahålla den bästa tillgängliga kunskapen om bra matvanor.

Mat och måltider inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har haft ett uppdrag, i samverkan med Livsmedelsverket, kring måltider och mat-hållning inom hälso- och sjukvården. I slutrapporten framgår att det sker utvecklings- och förbättringsarbete på många håll inom hälso- och sjukvårdens kostverksamheter. Socialstyrelsen framhåller att det däremot kommit in få exempel från det patientnära vårdarbetet. Intresseföreningen Kost och näring, har haft i uppdrag att utse goda förebilder i form av sjukhus eller kliniker som arbetar med ett kvalitetssäkrat och patientcentrerat kost- och måltidsarbete. I sin rapport framhåller Kost och näring att utbildning och kommunikation mellan vårdavdelning och kök är viktigast för en positiv måltidsupplevelse för patienterna. Livsmedelsverkets nya kompetenscentrum för måltider inom vård, skola och omsorg kommer att fortsätta arbetet med måltidsfrågorna inom hälso- och sjukvården.

Framgång genom ett lokalt drivet utvecklingsarbete
För att utvecklingsarbetet ska bli effektivt måste det utformas utifrån den lokala kontexten. En aktör som har en viktig strategisk roll som stöd för ett lokalt förankrat utvecklingsarbete är nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. Nätverket, som under en uppbyggnads- och utvecklingsfas ekonomiskt stöds av regeringen, består i dag av ca 80 medlems-sjukhus och vårdorganisationer. Nätverket arbetar för att utveckla kunskap, kompetens och rutiner för en hälsoorientering av hälso- och sjukvården. Arbetet sker inom ett antal tema-grupper med fokus på att stödja ett praktiskt orienterat utvecklingsarbete. Nätverkets arbete är nära kopplat till Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder vilket innebär att nätverket utgör en viktig resurs som stöd för införandet av dessa riktlinjer.

Åtgärder som främjar barns och ungas hälsa

Grunden för hälsan läggs till stor del redan i barndomen. Förebyggande arbete och hälsofrämjande åtgärder bör därför sättas in tidigt i livet oavsett om det gäller att skapa goda upp-växtvillkor, hälsosamma levnadsvanor, stödjande miljöer eller att förebygga sjukdomar. De verksamheter som byggts upp inom mödravården, barnhälsovården och elevhälsan är viktiga i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Barn som far illa

En grupp barn och unga som behöver uppmärksammas särskilt inom hälso- och sjukvården är barn som far illa eller riskerar att fara illa. I dag saknas det nationella rekommendationer eller rutiner för att identifiera dessa barn och unga, ge adekvata insatser och fullgöra den lagstadgade anmälningsskyldigheten till socialnämnden. Det finns behov av rutiner när det gäller att tidigt kunna upptäcka tecken på försummelse eller andra problem för att kunna vårda de barn och unga som far illa. Kompetensen behöver också stärkas, både i det förebyggande arbetet och när det gäller det medicinska omhändertagandet av dessa barn. Socialstyrelsen har ett uppdrag att kartlägga, sammanställa och sprida kunskap som kan stödja och underlätta hälso- och sjukvårdens bemötande och omhändertagande av barn och unga som de misstänker far illa eller riskerar att

fara illa. Uppdraget pågår till och med september 2013.

Hälsofrämjande i mödravård, barnhälsovård och elevhälsan

Regeringen har gett Socialstyrelsen flera uppdrag i syfte att främja barns och ungas hälsa. Socialstyrelsen ska bl.a. stödja ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom mödravården, barnhälsovården och elevhälsan vad gäller goda matvanor och fysisk aktivitet. Detta arbete ska redovisas senast i september 2013. Socialstyrelsen har vidare regeringens uppdrag att se till att vägledning, rekommendationer och kunskapsöversikter för förlossnings-, nyföddhets-, barn- och elevhälsa finns utarbetade, tillgängliggörs och hålls uppdaterade. Socialstyrelsen har dessutom uppdraget att genomföra en kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamhet. I uppdraget ingår bl.a. att ta fram uppgifter om tillgänglighet till verksamheten för olika grupper bl.a. unga homosexuella, bisexuella och transpersoner.

Utöver Socialstyrelsens uppdrag på området har dessutom Statens folkhälsoinstitut haft i uppdrag att stödja mödra- och barnhälsovårdens arbete med att informera blivande föräldrar om riskerna med alkohol, narkotika, dopning och tobaksbruk under graviditeten. Arbetet ska bygga på evidens och tidigare erfarenhet samt ske i enlighet med den samlade strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47). Detta uppdrag avslutades i juni 2012.

4.4.4 En mer kunskapsbaserad psykiatri

Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning för 2007–2011 beslutade regeringen om en rad uppdrag som ska bidra till att psykiatrin som helhet arbetar mer kunskapsbaserat. Insatserna har varit inriktade på kompetensutveckling, kunskapsstöd och att stimulera tillgången på läkare som specialiserar sig inom psykiatri. Under 2011 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för psykosociala insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och under 2012 har myndigheten fått i uppdrag att stödja implementeringen av riktlinjerna.

På psykiatriområdet finns behov av att bättre kunna följa vårdens resultat och effekter. Social-

styrelsen har under 2012 slutrapporterat ett regeringsuppdrag om att utveckla kvalitetsindikatorer och grunddata inom området. Uppdraget har resulterat i ett stort antal indikatorer som används för Öppna jämförelser och uppföljning av nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har även utvecklat grunddata i hälsodataregistren, förbättrat åiterrapporteringen till verksamheterna och infört nya datakällor som underlag för uppföljning inom psykiatri. Uppdraget har skapat förutsättningar för att bättre kunna följa den psykiatriska tvångsvården. SBU har dessutom haft i uppdrag att ta fram kunskapsöversikter inom området psykiatrisk vård och behandling. Resultatet av SBU:s arbete presenterades i preliminär form i början av 2012.

Kompetensinsatser stärker psykiatri

Regeringen har under de senaste åren initierat flera insatser som syftar till att förstärka kompetensen bland personal som kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa. Det har t.ex. handlat om att utveckla en kunskapsbas som är gemensam mellan kommuner och landsting samt att öka personalens kunskaper inom olika områden, t.ex. vård och behandling, vardagsstöd och rehabilitering. Insatserna har bl.a. inriktats på att stödja utvecklingen av ökad kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling, utveckla baspersonalens kompetens och stödja utvecklingen av legitimerade psykoterapeuter och handledare inom psykoterapi. Socialstyrelsen, som har haft regeringens uppdrag att följa upp baspersonalens kompetens, har konstaterat att satsningen har skapat bättre förutsättningar för en evidensbaserad praktik, förbättrad samverkan mellan kommuner och landsting samt stärkt brukarinflytandet. Totalt har 78 620 utbildningsplatser inom sju projekt tillsatts av befintlig personal inom kommuner och landsting. Utbildningen har exempelvis avsett specialistkompetenskurser för ST-läkare (s.k. SK-kurser) och kommuner och landsting har tilldelats bidrag för att förstärka kompetensen bland personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk funktionsnedsättning m.m.

Kurser för specialistläkare inom psykiatri

Läkare som väljer att göra sin specialiserings-tjänstgöring inom vuxenpsykiatri och inom

barn- och ungdomspsykiatri har stadigt ökat de senaste åren. En bidragande orsak har varit det s.k. METIS-projektet som Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) ansvarar för och som staten finansierar. Projektet har pågått sedan 2007 och syftar till att utveckla och förstärka specialistkompetenskurser (SK-kurser) i psykiatri. Målet är att öka intresset hos nyutbildade läkare att bli psykiatriker. Under 2011 har lokala kursgivare hållit 30 kurser i 17 olika ämnen och METIS har utvecklat och kompletterat tidigare utbud med två nya kurser. Projektet har även påbörjat en översyn av behovet av att komplettera befintliga SK-kurser för ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri. Regeringen bedömer att METIS-projektet är ett värdefullt utbildningskoncept då det utformas i nära samarbete med professionen och utgår från det utbildningsbehov som professionen själva uppger att de har. Socialstyrelsen bedömer att IPULS under 2011 har uppfyllt den pedagogiska och teoretiska målsättningen för utvecklingen av SK-kurserna i psykiatri.

En långsiktig satsning på forskartjänster och forskarskolor

Vetenskapsrådet har regeringens uppdrag att inrätta cirka 30 forskartjänster för kliniskt verkssamma inom psykiatri. Satsningen är långsiktig och ska pågå t.o.m. 2018 och syftar till att höja kompetensnivån inom psykiatri och utforma goda forskningsmiljöer för forskare och doktorander. Åtta forskartjänster på deltid är igång och under 2012 kommer ytterligare tjänster att inrättas. Myndigheten har dessutom lämnat stöd till två nationella forskarskolor i klinisk psykiatri, en vid Karolinska institutet och en i samarbete mellan universiteten i Lund och Göteborg. Forskarskolorna ska bl.a. bidra till att öka antalet medarbetare med doktorsexamen inom psykiatri, genom att stärka ämnet och göra det attraktivt för professionella inom disciplinen.

4.5 Tillgänglighet till sjukvård

Tillgängligheten till sjukvård har länge beskrivits som ett problem. Tillgång till vård i rimlig tid är en viktig del av tillgängligheten, men tillgänglighet består av fler dimensioner. Det handlar t.ex. även om tillgång till information om vart man

ska vända sig för att få kontakt med vården på rätt nivå.

Tillgängligheten till sjukvård har under flera år varit en av regeringens högsta prioriteringar. Regeringen har gjort omfattande satsningar för att förbättra tillgängligheten utifrån flera olika aspekter i sjukvårdssystemet. Satsningar och reformer på området innefattar bl.a. vårdgaranti, Kömiljarden och apoteksomreglering för ökad tillgänglighet till läkemedel. Regeringen konstaterar nu att satsningarna har gett resultat. Kömiljarden har stimulerat till kortare väntetider och Sveriges patienter väntar allt kortare tid på att få vård. Utöver det har apoteksomregleringen lett till fler apotek och förbättrade öppettider.

Nedan redovisas indikatorer som har tagits fram för att följa utvecklingen kring tillgänglighet i vården. För en indikator för tillgängligheten på apoteksområdet se avsnitt 4.5.3. I diagram 4.6 redovisas utvecklingen av andel patienter som får besökstid i specialiserad vård inom 60 dagar och i diagram 4.7 utvecklingen av andelen patienter som får behandling i specialiserad vård inom 60 dagar. Båda diagrammen visar jämförelser mellan 3 år, 2010–2012.

Diagram 4.6 Andel patienter som får besökstid i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2012

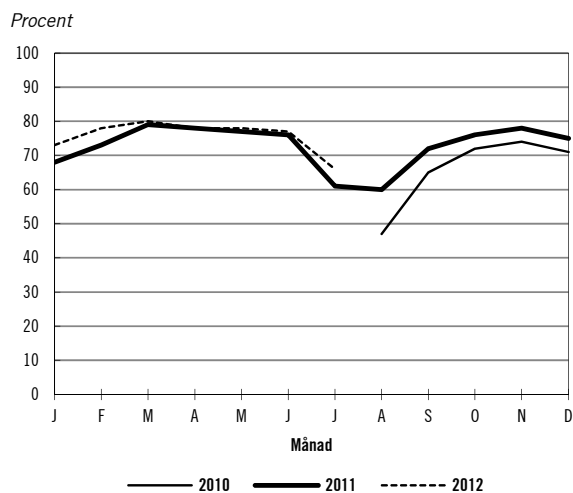


Diagram 4.7 Andel patienter som erhåller behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2012

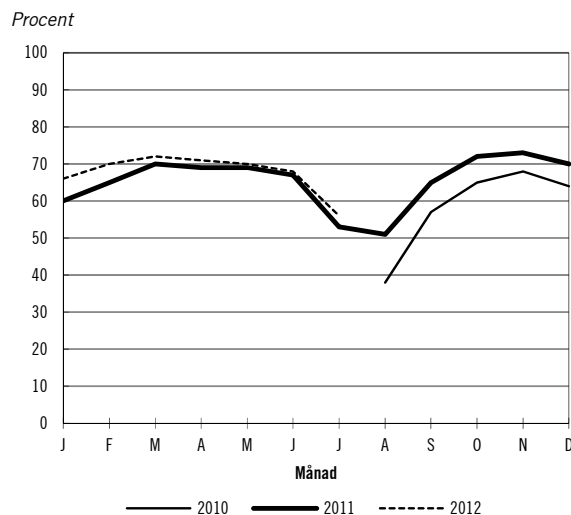


Diagram 4.8 visar en indikator på hur befolkningen uppfattar tillgängligheten till sjukvården. En högre andel av befolkningen anser att väntetiderna, både till besök på vårdcentral och på sjukhus, är rimliga 2011 jämfört med 2010. Det bör kunna antas att det avspeglar att väntetiderna faktiskt har blivit kortare. Befolkningen anser i högre grad att väntetiderna till vårdcentraler är rimliga jämfört med väntetiderna till sjukhus. Det är ingen märkbar skillnad mellan kvinnor och män på hur väntetiderna uppfattas.

Diagram 4.8 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att väntetider till besök och behandling är rimliga, 2010–2011

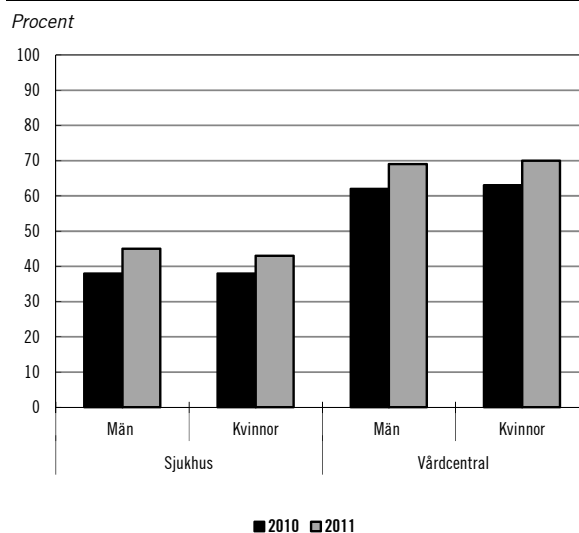
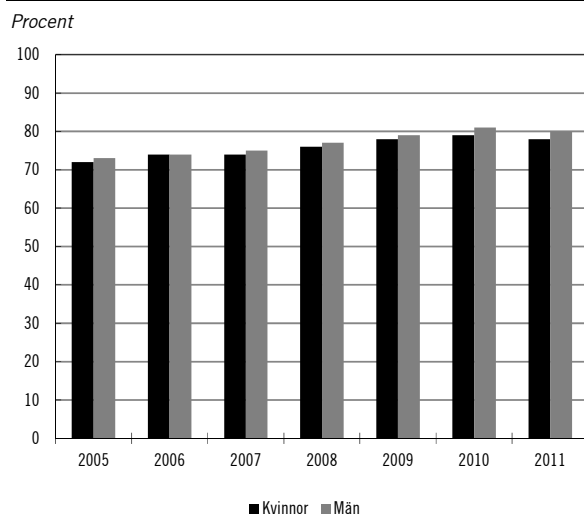


Diagram 4.9 visar en indikator på huruvida befolkningen instämmer i om de har tillgång till den sjukvård de behöver. Utvecklingen de senaste sju åren är svagt positiv. Närmare 80 procent instämmer 2011 helt eller delvis med att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Män instämmer i något högre utsträckning än kvinnor.

Diagram 4.9 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2005–2011



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

4.5.1 Kortare vårdköer genom vårdgaranti och Kömiljard

De senaste åren har ett antal åtgärder genomförts för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård, t.ex. den nationella vårdgarantin och den s.k. Kömiljarden. Socialstyrelsens lägesrapport från 2012 visar att fler patienter är nöjda med vårdens tillgänglighet. Regeringen bedömer att åtgärderna på området har fungerat väl.

Vårdgarantin ställer krav på landstingen

Den nationella vårdgarantin syftar till att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård. Vårdgarantin regleras sedan den 1 juli 2010 i hälso- och sjukvårdslagen och förordningen (2010:349) om vårdgaranti. Där framgår det att landstingen ska erbjuda kontakt med primärvården samma dag som man söker hjälp. Inom sju dagar ska primärvården erbjuda läkarbesök, om det behövs. Efter beslut om remiss ska besök

inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom 90 dagar från beslutsdatum och behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum. Vårdgarantin var tidigare en frivillig överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), men genom lagstiftningen är landstingen nu skyldiga att erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vård inom vårdgarantins tidsgränser. Om landstinget inte uppfyller vårdgarantin ska det se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne får vård hos en annan vårdgivare.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa hur landstingen arbetar för att uppnå målen i den nationella vårdgarantin. De ska även följa förekomsten av eventuella undanträngningseffekter, dvs. situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov). Socialstyrelsen visar att vårdgarantin har haft positiva effekter och ökat tillgängligheten för nytillkommande patienter. Det finns dock landsting som inte når upp till vårdgarantins krav och de måste förkorta sina väntetider.

Socialstyrelsen konstaterar i sin lägesrapport för hälso- och sjukvård och socialtjänst 2012 att det är få i befolkningen som känner till regelverket för vårdgarantin. Lägst kännedom har de allra äldsta, män, personer med endast grundskoleutbildning och personer som är födda utanför Sverige och Norden. Det är därför, enligt Socialstyrelsen, viktigt att öka kunskapen om vårdgarantin, både hos befolkningen och hos personalen inom vården. De flesta landsting uppger att vårdgarantin är en prioriterad kommunikationsfråga, men få har utvärderat effekterna av sina kommunikativa insatser.

Kömiljarden sätter fokus på tillgängligheten

Regeringen och SKL har under åren 2009–2012 slutit årliga överenskommelser för att förbättra patientens tillgänglighet till hälso- och sjukvården. En miljard kronor har avsatts årligen i statsbudgeten för denna prestationsbaserade överenskommelse, den s.k. Kömiljarden. Eftersom vårdgarantin är reglerad så ska överenskommelserna ses som en stimulansåtgärd för att landstingen ska uppnå en ytterligare förbättrad tillgänglighet. De landsting som uppnår de i överenskommelsen uppställda kraven får ta del av medlen. I årliga överenskommelser har kraven

för att få ta del av medlen stegvis höjts. Från och med 2011 måste landstingen klara av att ge patienter ett besök eller en behandling inom 60 dagar. År 2009–2010 fördelades medlen till de landsting som klarade vårdgarantins 90-dagarsgränser. En annan förändring i 2011 och 2012 års Kömiljard är att resultatet räknas för varje månad. Tidigare genomfördes enbart en avstämning som låg till grund för fördelningen av medlen. Avsikten med att mäta resultaten varje månad är att förtydliga att sjukvårdshuvudmännen kontinuerligt under året måste bedriva ett arbete för att upprätthålla eller korta väntetiderna. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp och utvärdera Kömiljarden och de anser att Kömiljarden har varit ett kraftfullt incitament för att få landstingen att fokusera på åtgärder mot långa väntetider. Tillgängligheten har ökat men den varierar dock något mellan de olika landstingen. Socialstyrelsen visar att patienterna i landsting med hög tillgänglighet är nöjdare med väntetiden.

God tillgänglighet till primärvård och specialiserad vård

Patienterna anser att väntetiderna är rimliga, enligt flera mätningar. Det gäller särskilt besök i primärvården. Ungefär nio av tio patienter får komma på ett läkarbesök inom sju dagar, vilket är gränsen för vårdgarantin. Vårdgarantins tidsgränser för telefonframkomlighet, dvs. att man ska komma fram samma dag, uppvisar liknande mönster. År 2011 fick 89 procent svar samma dag.

En förutsättning för att kunna följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården är att landstingen rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen. Under 2011 hade alla landsting en svarsfrekvens på över 95 procent för alla årets månader.

Under den tid Kömiljarden har funnits har det skett tydliga förbättringar. Enligt väntetidsdatabasen är det allt färre patienter som väntar på ett besök eller en behandling inom den specialiserade vården. Det förekommer dock skillnader mellan landstingen. År 2011 varierade, andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar på specialistbesök mellan 64 och 84 procent. Andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar på beslutad behandling varierade mellan 53 och 85 procent.

4.5.2 Psykiatri – vårdgaranti och förbättrad första linjens vård

God tillgänglighet till hälso- och sjukvård i form av såväl förebyggande insatser som bedömning och behandling i första linjen eller specialistnivå är en förutsättning för att barn och unga med psykisk ohälsa ska få tillgång till rätt insatser så tidigt som möjligt. Regeringen har gjort flera insatser på området och satsningen på en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri har varit särskilt framgångsrik.

Förstärkt vårdgaranti har bidragit till bättre tillgänglighet

Regeringen och SKL har sedan 2009 årligen ingått överenskommelser om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Målet är att öka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Alla landsting ska, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för en bedömning inom högst 30 dagar och därefter en beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. Den förstärkta vårdgarantin omfattar 214 miljoner kronor per år 2009–2012. Medlen fördelas i efterhand enligt en prestationsbaserad modell till de landsting som både uppfyllt kraven för väntetider och kraven på inrapportering till databasen Väntetider i vården.

För att nå målen med överenskommelsen bör landstingen se över hur insatser för barn och unga med psykisk ohälsa erbjuds och görs tillgängliga. Att ha en tillgänglig, kunskapsbaserad och väl utvecklad s.k. första linjens barn- och ungdomspsykiatri ger förutsättningar för den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri att erbjuda korta väntetider för barn och unga med svårare och mer komplicerade behov.

Under 2011 uppfyllde 19 landsting kraven för första besök och 14 landsting kraven för fördjupad utredning/behandling. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp och utvärdera satsningen och de visar att landstingen har utökad sina insatser för att förbättra vårdens tillgänglighet. Satsningen har medfört ett tydligt stöd och fokus och den har stimulerat till förbättringsarbeten och bidragit till verksamhetsutveckling. Uppföljningen visar dock på att det är få lands-

ting som har en landstingsövergripande strategi eller handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.

Tillgängligheten behöver förbättras ytterligare. Kraven för att få ta del av medlen 2012 har skärpts jämfört med 2011. Under 2012 kommer den faktiska väntetiden att mätas och det innebär att det kommer att gå att se hur många barn som fått insatser i respektive landsting och hur lång tid som de faktiskt väntat, dvs. antalet dagar som gått från beslut om insats till att den inleds.

En väl fungerande första linjens vård och omsorg

Tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri påverkas av hur första linjens vård och omsorg fungerar. Med första linjen avses den funktion eller verksamhet i kommuner och landsting som först möter ett barn eller ungdom med ett indikerat problem. Genom att erbjuda tidiga insatser kan första linjen förhindra utveckling av allvarlig psykiatrisk problematik. Regeringen och SKL ingick 2011 en överenskommelse om en fortsatt satsning på att förbättra och samordna insatserna för att främja psykisk hälsa och effektivt möta och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga. Målet är en förbättrad samverkan mellan landsting och kommuner, och därmed en bättre vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa.

Tillgången till hjälpmedel har ökat

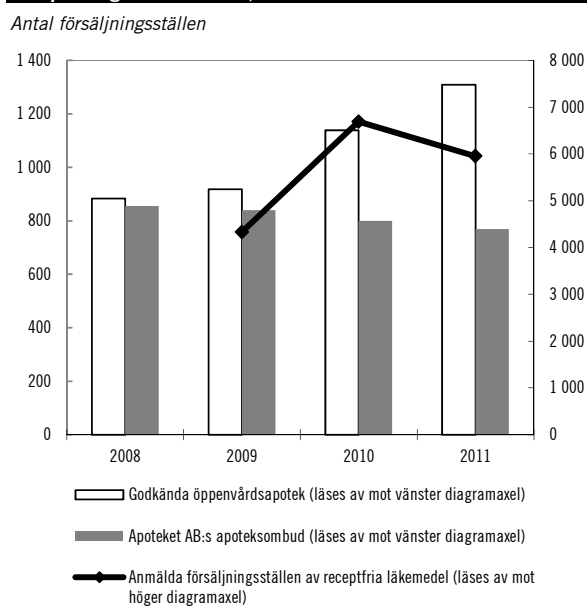
Det är av betydelse att tillgången till hjälpmedel är lika god för personer med psykisk funktionsnedsättning som för andra personer med funktionsnedsättningar. Förskrivningen av hjälpmedel har ökat de senaste åren och en orsak till detta är att Hjälpmedelsinstitutet har haft i uppdrag av regeringen att informera, utbilda och utveckla bra hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Genom att öka kunskapen om hjälpmedlen bland personalen i vården och omsorgen har personer som har behov av hjälpmedel lättare kunnat ta del av utbudet.

4.5.3 Apoteksomreglering har ökat tillgängligheten

Den 1 juli 2009 öppnades apoteksmonopolet upp. Regeringens mål med omregleringen av apoteksmarknaden är att konsumenterna ska få ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och större tjänsteutbud. Regeringen kan konstatera att tillgängligheten till läkemedel har förbättrats genom fler försäljningsställen och förbättrade öppettider.

Diagram 4.10 visar utvecklingen på apoteksmarknaden. Antalet apotek har sedan omregleringen av apoteksmarknaden ökat betydligt. I oktober 2011 fanns 1 242 godkända öppenvårdsapotek i landet, vilket är en ökning med 317 apotek eller cirka 34 procent sedan reformen infördes 2009. Antalet apoteksombud har minskat något samtidigt som försäljningsställen för receptfria läkemedel inledningsvis ökade markant för att sedan sjunka något under 2011.

Diagram 4.10 Antal försäljningsställen för receptfria och receptbelagda läkemedel, 2008–2011



Källor: Läkemedelsverket och Apoteket AB.

Fler apotek sedan apoteksmarknaden omreglerats

Omregleringen av apoteksmarknaden har lett till en omfattande ökning av antalet försäljningsställen för läkemedel. Enligt Tillväxtanalys rapport om omregleringen av apoteksmarknaden så har tillgängligheten, mätt som närhet till det närmaste apoteket, i ett nationellt perspektiv

förbättrats sedan tiden före apoteksreformens införande. Av befolkningen har 74 procent mindre än 5 minuter med bil till det närmaste apoteket och 89 procent av befolkningen når det närmaste apoteket inom 10 minuters bilfärd. Enbart cirka 1,4 procent av Sveriges befolkning har 20 minuter eller mer till sitt närmaste apotek, vilket är en minskning med 8 000 personer sedan 2009.

Förbättrade öppettider på apotek

Även öppethållandet har förbättrats sedan omregleringen. Enligt Sveriges Apoteks-förening har den genomsnittliga öppettiden under en normalvecka 2011 förbättrats sedan omregleringen från 45 timmar per vecka till 53 timmar per vecka. Enligt ytterligare uppgifter från Sveriges Apoteks-förening beträffande apotekstätheten låg denna under 2011 på 7 635 invånare per apotek jämfört med 10 000 invånare per apotek före omregleringen. Apotekstätheten per invånare är högre i Norrbotten än i Stockholms län. I en SIFO-undersökning som Sveriges Apoteks-förening har låtit göra bedömde 95 procent av svenskarna sin samlade besöksupplevelse på ett apotek som utomordentligt bra eller bra.

Många försäljningsställen för receptfria läkemedel

Sedan november 2009 är det möjligt att sälja vissa receptfria humanläkemedel på andra platser än apotek. Det är Läkemedelsverket som, utifrån vissa i lagen angivna kriterier, bestämmer vilka läkemedel som får säljas enligt regelverket. Rege-ringens mål med denna del av omregleringen var att ytterligare öka tillgängligheten till receptfria läkemedel för konsumenterna.

I april 2012 fanns ca 5 600 anmälda försäljningsställen för vissa receptfria läkemedel. Av Tillväxtanalys rapport om omregleringen av apoteksmarknaden framgår att försäljnings-ställena har en bra spridning över landet men närmare hälften av försäljningsställena har startats i områden nära tätorter. Drygt fyra procent av de nya försäljningsställena för receptfria läkemedel har etablerats i områden långt eller mycket långt från tätorter. För att underlätta för konsumenterna av receptfria läkemedel att välja produkt fick Läkemedelsverket i september 2011

uppdrag att utreda om det bör införas utbytes-listor över receptfria läkemedel samt hur dessa i så fall bör utformas och användas. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 oktober 2012.

Uppföljning av apoteksomregleringen

Statskontoret har fått i uppdrag att följa upp och utvärdera omregleringen av apoteksmarknaden utifrån målen med reformen. Uppföljningen och utvärderingen ska omfatta såväl receptfria som receptbelagda läkemedel. I juni 2012 inkom Statskontoret med en delrapport. Delrapporten visar på blandade resultat när det gäller de övergripande målen för omregleringen. Beträffande tillgängligheten i form av försäljningsställen och öppettider pekar Statskontoret på en positiv utveckling.

Lagerhållning på apotek

Samtidigt finns det indikationer på att apotekens lagerhållning och tillhandahållande av läkemedel på recept inom 24 timmar kan ha försämrats i viss utsträckning. Statskontoret lyfter dock fram att Läkemedelsverket bedömer att apoteken generellt sett följer de regelverk som styr apotekens verksamhet. Statskontoret ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 1 juni 2013.

Reformen kostnadsneutral

Tillväxtanalys har i uppdrag att följa prisutvecklingen på läkemedelsmarknaden med anledning av omregleringen av apoteksmarknaden. Tillväxtanalys följer dels vilka priseffekter de förändrade reglerna för utbyte av läkemedel lett till, dels hur prisutvecklingen beträffande receptfria läkemedel sett ut. Beträffande utbytbara läkemedel visar resultaten att på alla marknader, oavsett aktörer, ser reformen ut att vara kostnadsneutral vad gäller apotekens inköpspris för läkemedel. Sett till apotekens försäljningspris har reformen lett till en viss prisökning. Resultaten är preliminära och myndighetens slutliga redovisning kommer i slutet av 2012. I fråga om receptfria läkemedel har priset för dessa följt den allmänna prisökningstakten. Tillväxtanalys konstaterar att den förbättrade tillgängligheten till följd av fler försäljningsställen och längre öppettider innebär kostnader och har ett värde för konsumenterna. Då tillgängligheten har förbättrats i dessa dimensioner utan att priserna ökat kan detta tolkas som att målsättningen infriats vad gäller marknaden för receptfria läkemedel.

Läkemedel i rimlig tid

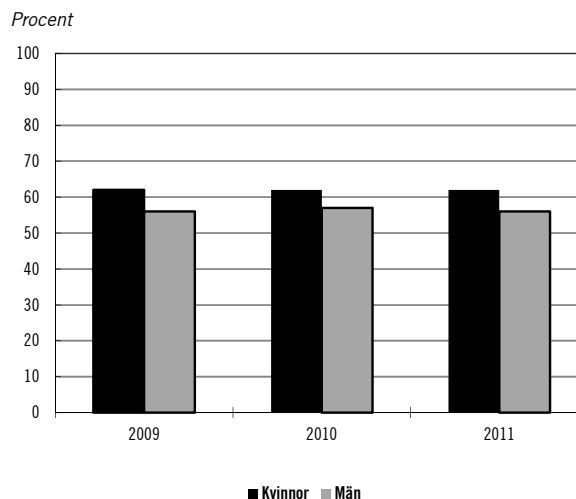
Andelen kunder som får sitt läkemedel vid första apoteksbesöket är ungefär lika stor som före omregleringen enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets rapport från 2011 om utbyte av läkemedel på apotek. I den allmänna debatten har dock anförts att omregleringen lett till svårigheter att få tag i rätt medicin. Till följd av detta gav regeringen Läkemedels- och apoteksutredningen (S 2011:07) i uppgift att kartlägga och analysera om och i så fall vilka problem det finns vad gäller leveranser och tillhållande av läkemedel. Vid behov ska utredningen lämna de författningsförslag och andra förslag som krävs för att patienter ska få läkemedel och varor inom rimlig tid.

4.5.4 Förbättrat tandvårdsstöd gör tandvården mer tillgänglig

Det gällande statliga tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 juli 2008 och består dels av ett allmänt tandvårdsbidrag i vårdförebyggande syfte, dels ett skydd mot höga kostnader. Regeringens ambition med reformen är att via det allmänna tandvårdsbidraget bibehålla en god tandhälsa generellt samt via högkostnadsskyddet möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att erhålla tandvård till en rimlig kostnad. Därigenom görs tandvården mer tillgänglig för dem som av ekonomiska skäl är mindre benägna att uppsöka tandvård och som därför får en försämrad tandhälsa. Målet med det allmänna tandvårdsbidraget är att stimulera en större andel människor till att besöka tandvården och speciellt i de åldersgrupper där besöksfrekvensen tidigare varit låg. Unga vuxna, dvs. personer mellan 20–29 år är en grupp som regeringen följer särskilt eftersom den gruppen har visat en lägre besöksfrekvens än övriga vuxna. Under 2011 besökte drygt 40 procent av unga vuxna tandvården. Den andelen har legat stilla under flera år.

Diagram 4.11 visar andelen vuxna som har besökt tandvården de senaste 3 åren. Drygt 60 procent av kvinnorna har varje år besökt tandläkare eller tandhygienist. För männen är andelen något lägre. Andelen av befolkningen som har besökt tandvården har under perioden legat konstant.

Diagram 4.11 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2009 till 30 juni 2012



Källa: Försäkringskassan.

I tabell 4.5 redovisas de totala utgifterna för tandvård under perioden 2005–2010 uppdelat på hushållens konsumtionsutgifter (patientavgifter) respektive offentliga utgifter (statens, landstingens och kommunernas utgifter). De totala tandvårdsutgifterna uppgick 2010 till drygt 23 miljarder kronor. Patienternas andel av de totala tandvårdsutgifterna har de senaste åren uppgått till cirka 60 procent. I tabell 4.6 redovisas kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet 2005–2011.

Tabell 4.5 Tandvårdens utgifter, 2005–2010

Miljoner kronor

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hushållens konsumtionsutgifter för tandvård						
Patientavgifter	12 061	12 039	12 445	13 100	13 539	14 085
Offentliga konsumtionsutgifter för tandvård						
Statens, landstingens och primärkommunernas utgifter	6 691	7 340	7 622	8 523	9 399	8 922
Summa utgifter	18 752	19 379	20 067	21 623	22 938	23 007
Andel patientavgifter %	64,3	62,1	62,0	60,6	59,0	61,2

Källa: Statistiska centralbyrån (De svenska hälsoräkenskaperna)

Tabell 4.6 Kostnader för statligt tandvårdsstöd 2005–2011

Miljoner kronor

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Statligt tandvårdsstöd	2 426	3 099	3 159	3 749	5 323	4 910	4 882
Administrationskostnader för försäkringen	186	168	234	205	221	206	195

Källa: Försäkringskassan

Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar

För många personer, särskilt de med stora tandvårdsbehov, har kostnaderna sjunkit i och med det nya statliga tandvårdsstödet. Det finns dock vissa patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av tandvård. Regeringen överlämnade i september 2011 propositionen Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar till riksdagen. Propositionen innehåller bland annat förslag om ett nytt stöd i form av ett särskilt tandvårdsbidrag. Bidraget ska kunna lämnas för tandvård till patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa och ska få användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder och abonnemangstandvård. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2013.

Prisjämförelsetjänst för tandvården

Regeringen har under flera år avsatt medel till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), dels för att utveckla en prisjämförelsetjänst för tandvården, dels för att utveckla en rådgivnings- och informationstjänst på webbplatsen 1177.se.

Under 2012 har regeringen fortsatt stödja SKL för driften av prisjämförelsetjänsten för tandvård hos Inera AB och för att marknadsföra prisjämförelsetjänsten på 1177. För att prisjämförelsetjänsten ska fungera som ett stöd för vårdtagare är det viktigt med en hög anslutningsnivå bland vårdgivarna. Av denna anledning har Socialdepartementet tillsammans med Privattandläkarna och SKL kommit överens om en ambitionsförklaring, bland annat för att främja och verka för en hög anslutningsnivå men också om vilka anslutningsnivåer man strävar efter att uppnå, såväl från offentliga som privata vårdgivares sida. Ambitionsförklaringen undertecknades i juni 2012.

Åtgärder för att förbättra kvaliteten i tandvården

Tandvårdsstöd ges endast för tandvård som bedöms uppfylla kriterierna för att vara ersättningsberättigande. Vid denna bedömning ska åtgärdernas kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna. För att ge bättre underlag för beslut om ersättningsberättigande tandvård har Socialstyrelsen utarbetat nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. Regeringen har tidigare även gett medel för utveckling av nationella kvalitetsregister för att kunna följa kvalitetsutvecklingen inom tandvårdsområdet.

De nationella kvalitetsregistren på tandvårdsområdet ingår fr.o.m. 2012 i den nya satsningen på nationella kvalitetsregister (se avsnitt 4.7.4).

Tydlig ekonomisk redovisning i folktandvården

Regeringen gav 2008, mot bakgrund av riksdagens tillkännagivande (bet.1997/98:SoU25, rskr.1997/98:289), Statskontoret i uppdrag att följa upp landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården och dess olika verksamheter i syfte att ge underlag för en bedömning av graden av transparens och risken för konkurrensnedvidande subventioner till folktandvården. Det fanns enligt Statskontorets bedömning, i delrapporten, inte en tillräcklig grad av transparens i landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården. Efter att Statskontorets delrapport överlämnats till Socialdepartementet har huvudmännen initierat ett utvecklingsarbete för att ta fram en gemensam redovisningsmodell för folktandvården, som uppfyller kraven på transparens. Huvudmännen har för avsikt att börja tillämpa den gemensamma redovisningsmodellen fr.o.m. 2012. I Statskontorets slutrapport, som lämnades i juni 2011 gjordes bedömningen att modellen lever upp till kraven på en transparent redovisning. Statskontoret föreslog dock att en uppföljning av huvudmännens ekonomiska redovisning av folktandvården genomförs under 2014. När en sådan uppföljning har genomförts avser regeringen att återkomma till riksdagen med anledning av tillkännagivandet.

4.5.5 Tillgången till personal i hälso- och sjukvården ökar

Personalen i hälso- och sjukvården har en avgörande betydelse för den dagliga verksamheten. Medarbetarnas arbetssituation och inflytande är en viktig del i arbetet för en säkrare vård av hög kvalitet, men har också betydelse för vilka möjligheter vården har att rekrytera personal med den utbildning och kompetens vården behöver. Att alla landsting har goda möjligheter att anställa den personal de behöver är nödvändigt för att kunna ge en god, säker och jämlik vård.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen följa tillgången och bedöma efterfrågan på några stora yrkesgrupper inom hälso- och sjuk-

vården och tandvården: barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Syftet är att ge en överblick och ett underlag för beslut om åtgärder behövs.

Möjlighet att rekrytera personal varierar över landet

Personaltätheten inom hälso- och sjukvården och landstingens möjligheter att rekrytera personal till hälso- och sjukvården varierar över landet, enligt Socialstyrelsens rapport (NPS) som lämnades 2012. Enligt rapporten har tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och specialisläkare samt tandhygienister ökat under perioden 1995–2009. Tandhygienisterna var den grupp som ökade mest, med 77 procent, medan ökningen av läkare var 39 procent och specialisläkare 34 procent. Däremot minskade tillgången på tandläkare och specialistsjuksköterskor under perioden.

Arbetsmarknaderna för tandhygienister och sjuksköterskor är i balans, men det finns geografiska skillnader mellan exempelvis stad och glesbygd. Nästan hälften av landstingen ansåg hösten 2011 att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor, vilket är fler än 2010. Landstingen ansåg också att det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor inom vissa inriktningar.

Trots att tillgången på läkare ökat överstiger efterfrågan fortfarande tillgången, framför allt gällande specialisläkare. Arbetslösheten för läkare är mycket låg, etableringsgraden efter examen är hög och inflödet av läkare från andra länder är högt.

Migrationsflödena viktiga för tillgången på läkare och tandläkare

Andelen personal med utländsk utbildning inom framför allt läkarkåren har ökat betydligt. Från 1995 till 2009 ökade andelen från 13 procent till 22 procent. Sedan 2003 beviljas fler legitimationer till utlandsutbildade läkare än svenskutbildade. Antalet personer med svensk bakgrund som har studerat till läkare utomlands och som fått svensk läkarlegitimation ökade också varje år under perioden 1995–2009. Även antalet personer med svensk bakgrund som studerat till tandläkare utomlands har ökat. År 2009 var ca 35 procent, ca 130 personer, av de som under

året fick svensk tandläkarlegitimation utbildade utomlands.

4.6 Valfrihet och delaktighet för patienten

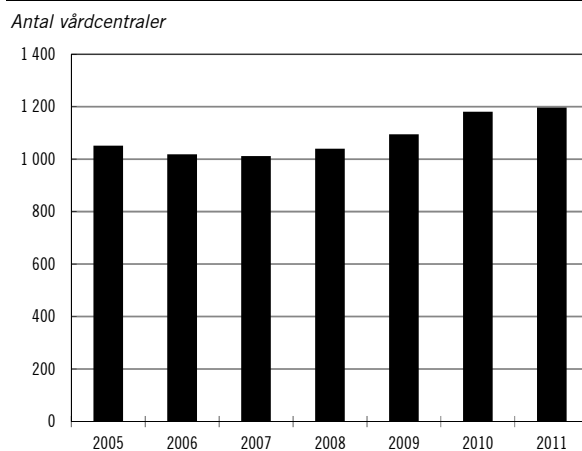
För att medborgaren ska ha en stark ställning i sjukvårdssystemet är det avgörande att ha kunskap om vad sjukvården kan erbjuda och om sin egen hälsa. Alla har rätt att bli respektfullt bemötta och få information som gör att de kan vara delaktiga i sin egen vård och behandling. Forskning har också visat att de medicinska resultaten förbättras av att patienten känner sig delaktig i sin egen vård. Delaktighet innebär också möjligheten att, utifrån sina egna förutsättningar, kunna välja den vård som passar den enskilde bäst.

Att vården ska utgå från den enskildes behov och önskemål har länge varit ett prioriterat område för regeringen. Regeringen har genom olika reformer drivit på utvecklingen för att medborgaren ska ha möjlighet att välja vård i ökad utsträckning. För att det ska bli ett reellt val måste det finnas alternativ att välja mellan och information om vilka valmöjligheter som finns. Regeringen har haft ett brett perspektiv i arbetet med att förbättra valfriheten och delaktigheten för den enskilde. Hälso- och sjukvården har under senare år genomgått stora förändringar, inte minst när det gäller möjligheterna för patienter och anhöriga att bli mer delaktiga i vården. Patientens rätt till valfrihet och delaktighet har stärkts dels genom lagförändringar, dels genom olika satsningar för att utveckla medborgartjänster och information till patienten.

Regeringen kan konstatera att det ur flera aspekter skett förbättringar vad gäller valfriheten av vård och tillgången till information. Nedan redovisas exempel på indikatorer som har betydelse för utvecklingen av patienternas valfrihet och som regeringen har valt att följa. Diagram 4.12 visar utvecklingen av antalet vårdcentraler sedan 2005. Sedan 2008 har antalet vårdcentraler stadigt ökat och uppgår 2011 till cirka 1 200. Regeringen bedömer att det utökade antalet vårdcentraler har en positiv effekt på patienternas valmöjligheter. Diagram 4.13 visar andelen privata vårdcentraler före och efter införandet av obligatoriskt vårdval för landstingen. En tydlig ökning av andelen privata vårdcentraler kan ses

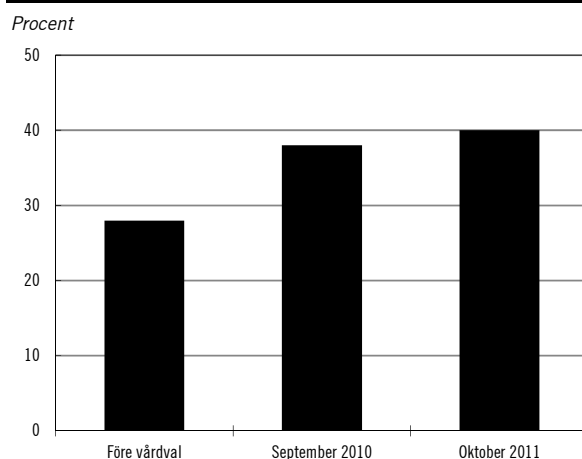
och 2011 uppgick andelen privata vårdcentraler till 40 procent. Fortfarande drivs dock fler vårdcentraler i offentlig regi.

Diagram 4.12 Antalet vårdcentraler, 2005–2011



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling).

Diagram 4.13 Andel privata vårdcentraler av samtliga vårdcentraler före och efter vårdval



Källa: Konkurrensverket.

4.6.1 Patienter kan välja vårdgivare i ökad utsträckning

Patienternas valfrihet har stärkts under de senaste åren. Ett ökat antal vårdcentraler, ökad tillgänglighet vad gäller bl.a. öppettider liksom god information om möjligheten att välja vårdgivare är avgörande faktorer för denna utveckling. En ökad valfrihet i vården ökar inte bara möjligheterna för patienter att själva, utifrån behov och önskemål, välja vårdgivare. Det driver även på utvecklingen inom hälso- och sjukvården genom att utförarna konkurrerar utifrån till-

gänglighet, bemötande och andra kvalitetsaspekter. En sådan utveckling ökar tydligt incitamenten att ytterligare förbättra bemötande av patienten och kvaliteten i vården.

Fler vårdcentraler efter införandet av vårdvalssystem

Sedan den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för landstingen att erbjuda vårdvalssystem inom primärvården och sådana system finns nu i hela landet. Syftet med införandet av vårdval inom primärvården är att stärka patienternas ställning, stimulera mångfald och kvalitetsutveckling och på så sätt göra hälso- och sjukvårdssystemet mer patientfokuserat.

Goda förutsättningar för kvalitetskonkurrens

Införandet av vårdvalssystem har haft tydliga positiva effekter främst för tillgängligheten till vården, enligt Konkurrensverkets rapport 2012 om val av vårdcentral. Myndigheten konstaterade i sin tidigare rapportering från 2010 att införandet av vårdvalet ur konkurrenssynpunkt har varit framgångsrikt. I sin senaste rapport gjorde Konkurrensverket den sammanfattande bedömningen att det har skapats goda förutsättningar för kvalitetskonkurrens mellan vårdcentraler i stora delar av landet.

Nyttillskott av vårdcentraler

Nyttillskottet av vårdcentraler, sedan vårdvalets införande, har inneburit att cirka 80 procent av befolkningen har en andra vårdmottagning inom fem minuters bilavstånd från bostaden. Nya etableringar har dock i huvudsak skett i områden där tillgängligheten till vård redan är god. Få etableringar har skett i glesbygdsområden.

Flera landsting har, enligt Konkurrensverket, uppgett att konkurrensen lett till högre patientfokus, ökad tillgänglighet och bättre patientbemötande. I likhet med tidigare uppföljningar tycks emellertid intresset vara lågt för att skapa särskilda inriktningar på verksamheten eller nya sätt att organisera och bedriva primärvård.

Valfribetssystem också inom den specialiserade vården

Vid sidan av vårdvalssystemen i primärvården har flera landsting infört eller påbörjat utredning av möjligheten att införa vårdval inom specialiserad vård. Hur många och vilka områden som omfattas varierar mellan landstingen. I flera fall

avses verksamheter som inom andra landsting ingår i uppdraget för det obligatoriska vårdvalet inom primärvården. Flest vårdvalssystem finns i Stockholms läns landsting där vårdval har införts inom drygt 20 områden.

Stöd till utveckling av vårdvalssystem

Det är angeläget att landstingen utvecklar vårdvalssystemen i primärvård och specialiserad vård, så att innovationer, en större mångfald av utförare och sammanhängande vårdkedjor stimuleras. Landstingens utformning av villkor, regelböcker och ersättningssystem har stor betydelse i detta sammanhang. Nya sätt att ersätta vård behöver prövas i syfte att skapa en mer sammanhållen vård med ökad kvalitet för t.ex. patienter med stora vårdbehov eller multisjuka äldre. Mot denna bakgrund beslutade regeringen under 2012 om en satsning för åren 2012–2014 för att stödja landstingen i utvecklingen av vårdvalssystem. I detta ingår också en satsning på att genom pilotverksamhet utveckla modeller för att ersätta vård. Vidare tillsattes en nationell vårdvalssamordnare med uppgift att bl.a. se över hur vårdvalet kan utvecklas i den öppna vården samt hur framväxten av sammanhållna vårdkedjor ska kunna utvecklas.

4.6.2 Nya typer av vårdgivare och tjänster

Förutom att det finns flera vårdgivare att välja mellan kan det också vara av betydelse att det finns olika typer av vårdgivare och olika typer av vårdtjänster att välja mellan. De insatser som regeringen har genomfört för att öka valfriheten för patienten har därför inriktats på att skapa förutsättningar för en mångfald av vårdgivare i form av privata eller ideella organisationer som verkar tillsammans med den landstingsdrivna hälso- och sjukvården. Regeringen kan konstatera att mycket har hänt sedan vårdvalets införande. Det finns dock fortfarande områden som kan utvecklas. Detta gäller bl.a. verksamheter med särskilda inriktningar och innovativa lösningar när det gäller processer och tjänster.

Nya vårdcentraler drivs i privat regi

Det finns stora skillnader vad gäller vårdcentralernas storlek. De flesta privata vårdgivarna är småskaliga och driver endast en vård-

central. Ett tiotal privata aktörer driver fler än fem vårdcentraler.

De minsta vårdcentralerna har färre än 3 000 listade invånare, medan de största har närmare 30 000 listade. Fortfarande drivs de flesta vårdcentralerna, 60 procent, i offentlig regi. Så gott som alla nya vårdcentraler som tillkommit drivs av privata vårdgivare. Konkurrensverket har i tidigare rapporter konstaterat att flera företagsformer finns representerade bland ägarna av de privata vårdcentralerna inom primärvården men att endast några få procentenheter består av frivilligorganisationer eller idéburna företag.

Nya tjänster har inte utvecklats som förväntat

Mångfalden i utbudet av tjänster inom primärvården har inte ökat i någon större utsträckning, enligt Konkurrensverkets rapport Val av vårdcentral (2012). Sedan vårdvalets införande har dock ett flertal vårdcentraler kvällsöppet och i vissa fall erbjuds drop-in-tider. Det finns ett fåtal exempel på vårdcentraler som riktar in sig mot vissa patientgrupper, t.ex. barnfamiljer, äldre eller kvinnor. Planer finns bland andra vårdcentraler att knyta fler specialister till enheterna. Ett flertal privata vårdcentraler erbjuder även sina patienter tjänster utanför vårdvalssystemet. Exempel på detta är främst företagshälsovård, hälsoundersökningar och resevaccinationer. Flera landsting hade önskat att fler vårdgivare skulle ha valt att nischa sig. Intresset hos vårdgivarna för att utveckla verksamhet med en särskild inriktning har, enligt Konkurrensverket, emellertid genomgående varit begränsat. En förklaring till detta kan vara att ersättningssystemen inte uppmuntrar en sådan utveckling.

Utvecklingscheckar för att stimulera innovativa idéer

Regeringen har genom flera satsningar tagit initiativ för att stimulera entreprenörskap, nyföretagande och innovationer inom vård och omsorg. Tillväxtverket har regeringens uppdrag under 2011–2013 att utarbeta och genomföra en pilotsatsning med s.k. utvecklingscheckar för att främja tillkomst av innovationer inom vård och omsorg. Utvecklingscheckarna ska kunna användas av mottagaren för finansiering av externa kostnader för utveckling, rådgivning eller

kommersialisering av innovativa idéer eller lösningar.

Entreprenörskap och stöd för att främja innovation i upphandling

Regeringen har gett Tillväxtverket och Skolverket i uppdrag att främja informations- och kunskapshöjande insatser för entreprenörskap inom vård- och omsorgsutbildningar under 2010–2012. Kammarkollegiet har på regeringens uppdrag utvecklat en vägledning för upphandling inom vård och omsorg. Syftet med vägledningen är att underlätta upphandlingsprocessen för kommuner och landsting samt leverantörer. Vägledningen ska bidra till att krav och villkor i ökad utsträckning anpassas efter den aktuella upphandlingen och ger utrymme för innovationer och en mångfald av leverantörer och lösningar.

4.6.3 Många använder möjligheten att välja vårdgivare

Drygt 90 procent av befolkningen vet att de kan välja vilken vårdcentral de vill gå till eller vara listad vid. Det är viktigt eftersom en av förutsättningarna för att ett vårdvalssystem ska leda till önskade effekter är att invånarna känner till att de har möjlighet att välja och att de har tillräcklig information om alternativen. Kännedomen om valmöjligheten är störst i Västra Götalands och Kronobergs läns landsting, där 99 procent av invånarna vet att de kan välja vårdcentral. Enligt Konkurrensverkets rapport om val av vårdcentral är det endast fyra procent som inte vet vilken vårdcentral de är listade vid.

En förutsättning för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen är att invånare väljer vårdcentral. Tre av fyra tillfrågade anser att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral. Knappt två av tre av de tillfrågade anser dock att de har haft tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt val av vårdcentral. Få personer gör omval av vårdgivare. Av Socialstyrelsens rapport Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv (2012) framgår att kontinuitet i kontakterna med vården skattas högt av patienterna, vilket kan minska viljan att välja om.

Jämförande information behöver utvecklas

Bristen på jämförande information om kvalitet vårdgivare emellan påverkar sannolikt befolkningens benägenhet att välja vårdcentral. Socialstyrelsen konstaterar att det i nuläget saknas kunskap om vad befolkning och patienter anser vara relevant information för att göra ett val av vårdgivare och hur de önskar få den presenterad. I nuläget tycks bemötande och närhet till bostaden vara avgörande faktorer för val av vårdgivare, vid sidan av kontinuitet. Om den enskilde vill välja är det dock ur administrativt hänseende enkelt för den enskilde att välja, enligt Socialstyrelsen.

Regeringen bedömer att utvecklingen inom vårdvalssystemen hittills i stort sett infriat målsättningarna med reformen. Fortsatt uppmärksamhet bör dock ägnas åt att skapa förutsättningar för att patienten ska få tillräcklig information för att kunna välja vårdgivare. Den nationella vårdvalssamordnaren har därför bl.a. uppdraget att ge stöd i arbetet med patientinformation som ett stöd för patientens fria val av vårdgivare.

Patientrörlighet inom Europeiska unionen

Rätten att välja vårdgivare över medlemsstatsgränserna och söka ersättning för denna utlandsvård från sitt bosättningsland är väl förankrad i fördraget om Europeiska unionens funktions sätt. Rätten grundar sig i rätten till fri rörlighet för tjänster och individer och kan ses som ett led i utvecklingen mot allt större valmöjligheter för patienterna.

Enhetlighet inom EU

Patientrörligheten har tidigare enbart reglerats genom Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen samt rättspraxis från EU-domstolen. Resultatet blev en mycket varierande tillämpning vilket i sin tur resulterade i otydlighet både för beslutsfattare och för patienter inom EU. Patientrörlighetsdirektivet som nu är antaget och håller på att genomföras i samtliga EU-medlemsstater syftar till att åstadkomma en mer enhetlig och korrekt tillämpning av EU-domstolens principer om vad som gäller för patientrörlighet i EU.

Patientrörlighet regleras i lag

I departementsskrivelsen Patientrörlighet i EU – förslag till ny lag (Ds 2012:6) föreslås hur patientrörlighetsdirektivet ska regleras i svensk lag. För närvarande finns i Sverige ingen nationell lagstiftning för patientrörligheten inom EU. I skrivelsen föreslås därför bl.a. ny lagstiftning som ska ange villkoren för rätt till ersättning samt hur en ersättnings storlek ska bestämmas. För att öka den ekonomiska tryggheten och förutsebarheten för den enskilde föreslås införandet av möjligheten att ansöka om förhandsbesked. Förhandsbeskedet syftar till att på förhand ge besked om vården kommer kunna ersättas av Försäkringskassan vid hemkomsten. Till skillnad från dagens system där staten betalar all gränsöverskridande vård, föreslås nu att landstingen ska överta kostnadsansvaret för den gränsöverskridande vård som söks av personer som är bosatta inom landstinget. För att skapa en ökad tydlighet för patienterna föreslås en så kallad nationell kontaktpunkt, vars syfte är att informera om och ge svar på frågor kopplade till patientrörlighet. Förslagen har varit på remiss och bereds inom Regeringskansliet.

4.6.4 Patientens ställning i vården

För att ytterligare stärka patientens ställning i vården tillsatte regeringen under 2011 utredningen Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning. Utredningen ska bl.a. lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården ytterligare kan stärkas. Utredningen ska föreslå hur patientens valmöjligheter i vården ytterligare kan förbättras, t.ex. genom vårdval över länsgränser, samt hur patientens behov av stöd, råd och information kan stärkas när det gäller vårdgarantin och det fria vårdvalet. Utredningen ska vidare ge förslag till hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor samt lämna förslag till en ny patientlag där bestämmelser med betydelse för patientens ställning samlas. Utredningen ska lämna sin slutredovisning i juni 2013.

Personliga e-tjänster ger stärkt inflytande för den enskilde

Alla invånare bör erbjudas välfungerande och användarvänliga e-tjänster för att stärka patient-

inflytandet och underlätta kontakterna med hälso- och sjukvårdens olika verksamheter. Det handlar dels om hälsofrämjande tjänster som stödjer patientens möjlighet att kunna dokumentera och aktivt följa sin hälsosituation, dels om att elektroniskt kunna dela med sig av denna information till berörd vårdpersonal. Därutöver behövs personliga e-tjänster för att invånarna bättre ska kunna planera, administrera och följa upp besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården. Målgruppsanpassad information och specialanpassade webbtjänster är ett komplement till generell information.

Sjukvårdsrådgivning via internet

Regeringen och landstingen samverkar sedan många år för att etablera en nationellt samordnad och kvalitetssäkrad sjukvårdsrådgivning via internet och telefon under namnet 1177. Regeringen gav under 2011 och 2012 medel för genomförandet av en kampanj för 1177 med syfte att öka kännedomen om tjänsten dess innehåll. Satsningen finansierade produktionen av gemensamt marknadsföringsmaterial som landstingen kunde använda koordinerat i etablerade kanaler. Mätningar i slutet av kampanjen visade att kännedomen ökat, om både telefonnumret och hemsidan. Liknande kampanjer pågår för att ytterligare öka kännedomen.

Säkra och enkla e-tjänster

Stockholms läns landsting har tillsammans med Center för eHälsa i samverkan (CeHis) och med stöd av regeringen, drivit ett projekt för att utveckla en nationell plattform för personliga e-tjänster inom hälso- och sjukvården. Målet är att ge bred tillgång till enkla och säkra e-tjänster för att patienten ska kunna planera sin egen vård och behandling. Det handlar exempelvis om att göra den egna journalen tillgänglig via en säker webblösning, samt att vidareutveckla existerande tjänster såsom Mina Vårdkontakter inom 1177.se. Projektet slutredovisades i juni 2012. Arbetet med e-tjänster fortsätter inom Regeringskansliet.

Regeringen tillsatte 2011 en utredning om rätt information i vård och omsorg (S 2011:13). Utredningen ska bl.a. se över de juridiska och praktiska förutsättningarna för att den enskilde på ett strukturerat sätt ska kunna dela med sig av sin dokumentation till vården och omsorgen.

Personligt hälsokonto stärker patientens inflytande
Regeringen har tagit initiativ till ett arbete som syftar till att utveckla ett personligt hälsokonto på internet. Ett hälsokonto innebär att medborgarna har samlad tillgång till information och andra tjänster som rör deras hälsa. Det kan t.ex. vara listor över förskrivna och uthämtade läkemedel, journaluppgifter, information om gjorda vaccinationer och en hälsodagbok där medborgarna kan föra in information kring friskvård, egenvård, kostvanor etc. Regeringen har tagit initiativ till ett utvecklingsprojekt som syftar till att etablera en teknisk grundplattform för att utveckla hälsokontot. I det ingår att skapa förutsättningar för offentliga vårdgivare, privata utförare och andra entreprenörer att kunna erbjuda nya interaktiva tjänster eller mobila plattformar. Regeringens bedömning är att ett personligt hälsokonto på nätet kommer att bli ett effektivt stöd för den enskilde vid planering, genomförande och uppföljning av livsstilsrelaterade förändringar liksom vid hälso- och sjukvårdsrelaterade händelser. Se även avsnitt 4.8.5 för fler insatser inom e-hälsoområdet.

4.7 Uppföljning av vårdens resultat

Det är grundläggande att vården utvecklas och förbättras. En förutsättning för detta är att det sker en kontinuerlig och systematisk uppföljning av vårdens resultat. Mätningar, uppföljning av resultat, Öppna jämförelser och analyser av olika förhållanden ur ett patientperspektiv är verktyg för att hälso- och sjukvården ska kunna vara en lärande organisation som utvecklas och förbättras. Det är därtill av vikt att den verksamhet som mäts och jämförs har förmågan att regionalt analysera resultaten och har kompetens att driva ett systematiskt förbättringsarbete baserat på resultaten.

Regeringens arbete inom området är inriktat mot att skapa goda förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat ska kunna följas upp på ett öppet och jämförbart sätt. För att följa upp den vård som utförs, identifiera förbättringsområden och följa upp att förändringarna leder till förbättringar så behöver olika typer av data användas. De nationella kvalitetsregistren är en unik datakälla för detta arbete. Regeringen har därför valt att satsa på att utveckla dessa. De nationella kvalitetsregistren är också den främsta

datakällan till Öppna jämförelser som är ett viktigt verktyg för att driva utvecklingsarbete i vården (se även avsnitt 4.4.2). Vidare är den nationella patientenkäten ett viktigt verktyg för att följa upp patienternas erfarenheter och synpunkter på vården. Myndigheten för vårdanalys inledde under 2011 sin verksamhet och är därmed en annan viktig del i regeringens arbete med att följa upp vårdens resultat. Regeringen bedömer att de samlade insatserna starkt har bidragit till att skapa effektiva verktyg för uppföljning av medicinska resultat och verksamhetsutveckling till nytta för den enskilda patienten.

Tabell 4.7 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister i förhållande till Patientregistret, 2007/2008–2010

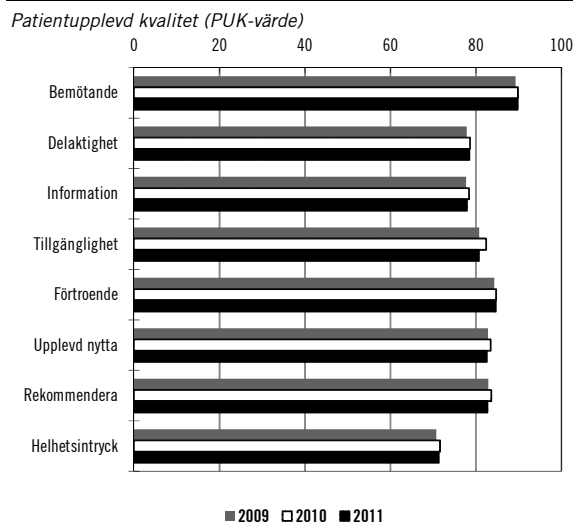
Nationellt kvalitetsregister	Täckningsgrad (%)		
	2007/2008	2009	2010
Svenska hjärtkirurgiregistret	98	94	96
Riks-Stroke förstagsfall	83	85	96
Svenska Höftprotesregistret	98	98	98
RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret	69	72	80
Nationella Kataraktregistret operationer	97	–	91
Nationella prostatacancerregistret	79	80	99
Nationella Diabetesregistret (läkemedelsbehandling)	50	67	70
Svenskt Bräckregister	77	–	73
Svenska Rektalcancerregistret	–	92	93
Svenska Knäprotesregistret	–	95	97
Svenska Coronar Angiografi- och Angioplastikregistret (SCAAR)	–	99	98
Svenskt Njurregister (njurtransplantationer)	–	99	–
RIKS-HIA	–	66	67
GallRiks ERCP	–	86	84
GallrRiks Kolecyktomier	–	89	86
Gynop Hysterektomier	–	–	62
Gynop Prolaps	–	–	81
Tonsillektomiregistret	–	–	63
Korsbandsregistret	–	–	84
KPP-databasen (slutenvård)	–	65	66

Källa: Socialstyrelsen (Nationella kvalitetsregister samt Patientregistret)
Anm.: I tabellen redovisas i vilken utsträckning kvalitetsregistrets fall återfinns i Patientregistret. För Nationella Diabetesregistret gäller jämförelsen i förhållande till Läkeemedelsregistret. För Nationella prostatacancerregistret, Nationella Diabetesregistret och GallRiks ERCP har jämförelsemetoden ändrats under de redovisade åren.

Regeringen anser att det är av vikt att följa utvecklingen vad gäller metoder och verktyg för uppföljning. Täckningsgraden i de nationella kvalitetsregistren kan ses som en indikator på hur aktiv en verksamhet är i att följa upp sina resultat. I tabell 4.7 redovisas täckningsgraden för ett antal nationella kvalitetsregister. Flera kvalitetsregister visar en högre täckningsgrad 2010 jämfört med 2009. Några register närmar sig full täckningsgrad.

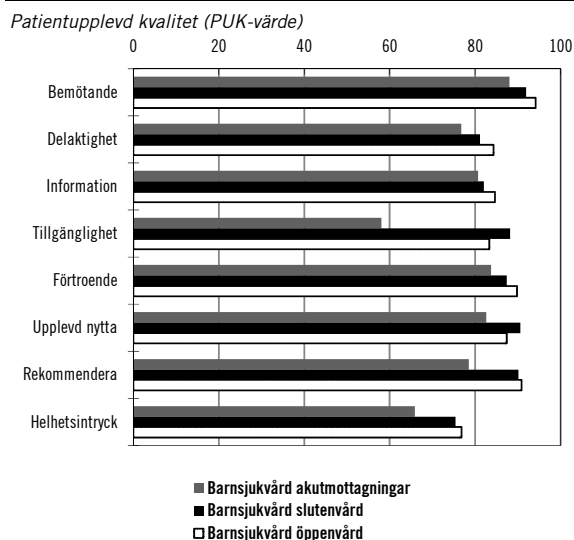
Nedan redovisas indikatorer som visar patienternas uppfattning av vården. Resultatet redovisas som ett värde 0–100, kallat patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Ju högre PUK-värden desto mer positiv inställning har patienterna. I diagram 4.14 visas patienternas uppfattning om primärvården. Bemötandet är patienterna mest nöjda med, medan information, delaktighet och helhetsintryck får lägre värden. Patienternas uppfattning har inte förändrats nämnvärt de senaste tre åren. Det finns inte heller några nämnvärda skillnader mellan hur män och kvinnor uppfattar primärvården.

Diagram 4.14 Patientupplevd kvalitet i primärvård, 2009–2011



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Nationell patientenkät primärvård).

Vad gäller barnsjukvården, som redovisas i diagram 4.15, är föräldrarna generellt sett mer nöjda med den öppna och slutna barnsjukvården och mindre nöjda med akutvården. Vad gäller akutvården får tillgängligheten ett lågt värde medan föräldrarna är mer nöjda med bemötandet.

Diagram 4.15 Patientupplevd kvalitet inom barnsjukvård, 2011

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Nationell patientenkät barnsjukvård).

Anm.: Den nationella patientenkäten för den specialiserade vården som helhet genomförs vartannat år. Mätningen under 2011 fokuserade på barnsjukvården.

4.7.1 Ny myndighet följer upp och analyserar hälso- och sjukvården

Uppföljning, analys och utvärdering av hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv är nödvändigt för att vården ska kunna förbättra sin kvalitet och effektivitet. Regeringen inrättade därför en ny myndighet, Myndigheten för vårdanalys, i januari 2011. Myndigheten har i uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Den första rapporten från myndigheten handlade om vad som påverkar patientvald kvalitet i primärvården. Under 2012 kommer Myndigheten för vårdanalys bl.a. att utvärdera i vilken utsträckning hälso- och sjukvården är patientfokuserad, om patienter och brukare har tillgång till den information de behöver och vilka konsekvenser valfrihetssystem får på olika patient- och brukargrupper.

4.7.2 Patienterna har ett fortsatt högt förtroende för vården

Patienternas erfarenheter av och synpunkter på vården är mycket viktiga underlag i sjukvårdens utvecklings- och förbättringsarbete. Nationell Patientenkät är en återkommande mätning av patientupplevd kvalitet som genomförs varje år

inom olika områden. Under uppstartsåren delfinansierade regeringen patientenkäten. Enligt enkäten är patienter positiva till bemötandet inom flera områden av hälso- och sjukvården. Samtidigt visar resultaten att vissa vårdområden behöver förbättras. Bäst omdöme får den öppna barnsjukvården och sämst får den psykiatriska slutenvården.

Under 2011 genomfördes den nationella patientenkäten inom barnsjukvården. Resultatet från undersökningen visar att föräldrarna tyckte att barnen blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. En skillnad mot vuxenvården är att föräldrarna upplever att barnen i högre utsträckning får tillräckligt med tid med läkaren och att det finns en plan för fortsatt vård.

Den nationella patientenkäten genomfördes även inom primärvården under 2011. Resultaten från enkäten visar att patienterna generellt är mycket nöjda med bemötandet och de har högt förtroende för läkaren. Det finns dock skillnader över landet och mellan vårdcentraler.

4.7.3 Internationell jämförelse

För att få kunskap om hur svensk hälso- och sjukvård står sig i förhållande till andra länder krävs internationella jämförelser. Regeringen har därför beslutat att Sverige ska ingå i den internationella jämförelsen som arrangeras årligen av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth fund. I undersökningen för 2012 studerades 11 jämförbara länder.

Jämfört med andra länder framkom det i undersökningen att relativt få patienter avstod från vård eller läkemedel i Sverige på grund av kostnader. Vidare framkom att svensk hälso- och sjukvård placerade sig relativt lågt jämfört med andra länder när det kommer till koordinering och information till patienter. Sex av tio patienter upplevde att läkaren inte förklarar så de förstår eller har tid med patienternas frågor. När det kommer till information vid utskrivning så uppgav hela 67 procent av patienterna att de inte fått information om vilka symtom de ska ha uppsikt över när de kommer hem och vem de kan kontakta vid problem. Sverige var vad gäller information till patienten det näst sämsta landet i jämförelsen. Endast hälften av patienterna angav att de fått en skriftlig plan för den fortsatta vården när de skrevs ut från sjukhuset. Sverige placerade sig här på en niondeplats. Under

sökningen pekade även på att 8 av 10 kroniker inte känner sig delaktiga i beslut om den egna vården.

Sammantaget pekade undersökningen på ett antal utvecklingsområden där det finns möjligheter att förbättra vården för patienterna. Inom flertalet av dessa områden har regeringen inlett reformer.

4.7.4 Vårdutveckling genom register

De svenska kvalitetsregistren är unika. Tillsammans med bl.a. hälsodataregister kan de besvara frågeställningar avseende klinikresultat, hälsoekonomi och patientsäkerhet som inte kan besvaras i andra länder. Att följa upp resultaten genom kvalitetsregister möjliggör att på ett effektivt sätt driva på ett förbättrings- och utvecklingsarbete i vården som ger patienterna tillgång till en vård av hög kvalitet. Kvalitetsregistren är också den främsta datakällan till Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården (se vidare avsnitt 4.4.2).

Regeringen avsatte i budgetpropositionen för 2012 medel till en stor satsning på utveckling av de nationella kvalitetsregistren. Det är en gemensam satsning tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Satsningen genomfördes på ett snabbt och effektivt sätt och nya strukturer kring de nationella kvalitetsregistren finns nu på plats. Det har skapats ett starkt engagemang och intresse i frågan hos alla berörda aktörer. En ny organisation är etablerad. Den kommer att driva processen vidare mot att de nationella kvalitetsregistrens potential för vårdens kvalitetsutveckling realiserar och att Sverige kan bli en ledande nation för klinisk forskning som utnyttjar register.

Överenskommelse om utveckling av de nationella kvalitetsregistren

Regeringen tillsatte under 2011 en nationell samordnare för utveckling av de nationella kvalitetsregistren. Arbetsformen var framgångsrik och möjliggjorde att de förslag som lämnades i rapporten Guldgruvan i hälso- och sjukvården på ett snabbt och effektivt sätt realiserades. Det gjordes bl.a. genom att regeringen och SKL under 2011 träffade en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella

kvalitetsregister för vård och omsorg. Överenskommelsen är femårig och sträcker sig över åren 2012–2016. Överenskommelsen skiljer sig från de flesta andra överenskommelser mellan staten och SKL i bemärkelsen att båda parter bidrar till finansieringen. Det är således en gemensam satsning både vad gäller finansieringen och den nationella besluts- och stödstrukturen för kvalitetsregistren. För 2012 avsattes 260 miljoner kronor och för de påföljande åren 320 miljoner kronor per år. Av dessa medel motsvarar statens andel 70 procent för respektive år.

Satsningen har som mål att leda till ökad kvalitet på data i registren, bättre analyser och återkoppling som stöd för förbättringsarbete i vården, bättre tillgång till och användning av kvalitetsregistren för forsknings- och innovationsändamål, ökad öppenhet och tillgång till data även för patienter och i slutändan en bättre och mer jämlik vård. Målet är slutligen att det ska leda till kvalitetsutveckling i vården till nytta för den enskilda patienten.

Ny organisation för de nationella kvalitetsregistren nu på plats

En ny organisation där finansierarna av de nationella kvalitetsregistren har inflytande inrättades under 2011. Organisationen består bl.a. av en styrgrupp och en beslutsgrupp. Styrgruppens huvuduppgift är att fatta strategiska beslut om den övergripande utvecklingen och inriktningen på kvalitetsregisterområdet samt den övergripande fördelningen av de avsatta medlen. Styrgruppen uppdrar därefter till beslutsgruppen att fatta de löpande besluten utifrån de ramar som styrgruppen fastställt. Det är således beslutsgruppen som fattar besluten om ekonomiskt stöd till de enskilda nationella kvalitetsregistren. För 2012 beviljade beslutsgruppen medel till 100 nationella kvalitetsregister och registerkandidater.

Som ett ytterligare led i stödstrukturen kring de nationella kvalitetsregistren beslutade regeringen under 2011 om ett uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla och driva en nationell registerservice som bl.a. ska vara ett stöd till forskare som vill använda sig av data ur hälsodataregistren och de nationella kvalitetsregistren.

Viktigt att kvalitetsregistren anpassas till enhetlig dokumentation

En viktig del i utvecklingen av de nationella kvalitetsregistren är att utveckla och implementera en teknisk integration mellan vårdens många

it-system och de nationella kvalitetsregistren. Stora vinster i form av tid, resurser och förbättrad datakvalitet skulle uppnås genom detta. I det arbetet är anpassning av kvalitetsregistren till nationellt fackspråk och nationell informationsstruktur som Socialstyrelsen har tagit fram avgörande (se även avsnitt 4.8.5).

Datinsamling i primärvården

Primärvården utgör cirka 17 procent av den totala nettokostnaden för hälso- och sjukvården. I de hälsodataregister som Socialstyrelsen i dagsläget för inkluderas dock inte primärvården. Det finns därför ingen fullständig bild av hälso- och sjukvårdens patientkontakter, diagnoser eller vårdåtgärder. Mot bakgrund av detta gav regeringen 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete avseende datainsamling i primärvården. Socialstyrelsen redovisade sitt uppdrag i mars 2012 och föreslog bl.a. att det befintliga patientregistret för sluten och öppen specialiserad vård utökas med uppgifter avseende läkarbesök i primärvården. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

4.8 Kvalitetsutveckling och systematisk förbättring

Kvalitetsutveckling och systematisk förbättring handlar ytterst om att vården för den enskilde ska bli bättre vad gäller medicinska resultat. Men det innefattar även att utveckla och förbättra processerna i vården så att vården kan utföras på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Det är därför viktigt att strukturer, processer och styrsystem inom vården uppmuntrar till kvalitetsutveckling i alla dess dimensioner. Det är även grundläggande att förbättringsarbete ses som en integrerad del i allas jobb, varje dag och i alla delar av sjukvårdssystemet.

Regeringen arbetar brett med insatser för att driva på kvalitetsutvecklingen i vården. Det handlar bl.a. om omfattande insatser för att förbättra patientsäkerheten i vården, där även insatser för att förbättra läkemedelsanvändningen ingår. Dessutom har regeringen satsat kraftfullt för att förbättra vården för de mest sjuka äldre samt att förbättra cancervården. Regeringen till-satte under 2011 Statens vård- och omsorgs-

utredning för att se över myndighetsstrukturen på området. Utredningen lämnade i maj 2012 betänkandet *Gör det enklare!* (SOU 2012:33). En ny myndighetsstruktur där 10 myndigheter, ett bolag och en ideell förening omorganiseras till fyra nya myndigheter föreslås. Regeringen har ännu inte tagit ställning till förslagen och betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Resultaten i hälso- och sjukvården skapas där patienter och professioner möts. Landstingen har ansvar för att detta kan ske på ett så effektivt och värdeskapande sätt som möjligt. Landstingen har därmed även en stor del i hur framgångsrika flera av regeringens reformer blir i praktiken. Under 2011 och 2012 har Socialdepartementets politiska ledning därför besökt alla landsting och träffat den högsta tjänstemannaledningen tillsammans med den politiska majoriteten och oppositionen.

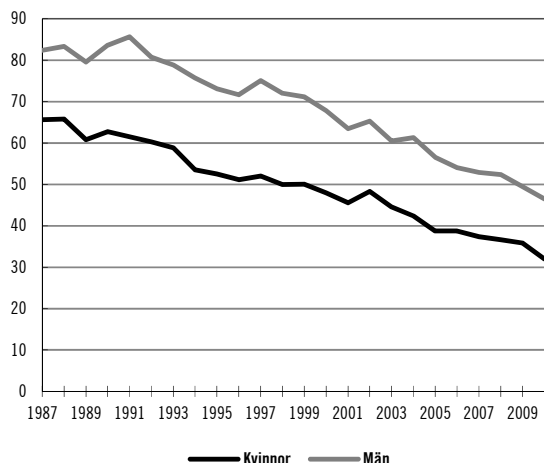
Syftet med besöken var att driva på arbetet inom de olika reformområdena, hämta in tankar och idéer om hur arbetet på områdena kan förbättras ytterligare samt ytterligare förbättra relationerna med landstingen.

Regeringen kan konstatera att reformerna får genomslag i landstingen och att det pågår ett aktivt arbete kring reformerna. Det är tydligt att inom reformområden där pengar fördelas baserat på resultat t.ex. Kömiljarden, så växer det fram robusta lednings- och uppföljningssystem inom landstingen och dessa frågor hamnar högt upp på landstingsledningarnas agenda.

Nedan redovisas några av de indikatorer som regeringen följer kring kvalitetsutvecklingen i vården. I diagram 4.16 redovisas sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Indikatoren avser att spegla huruvida den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet omsätts till handling. Indikatoren består av död i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Indikatoren visar att dödligheten kontinuerligt minskar. Män har under hela perioden en högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet än kvinnor.

Diagram 4.16 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, per 100 000 invånare, åldersgruppen 1–79 år, 1987–2010

Antal döda per 100 000



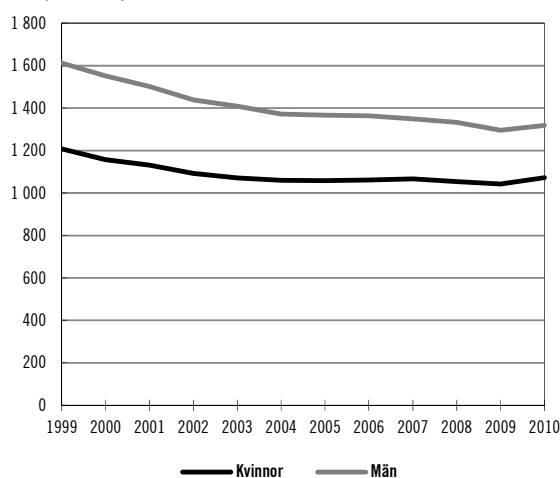
Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret).

Anm.: Åldersstandardiserade värden

I diagram 4.17 redovisas indikatorn undvikbara slutenvårdstillfällen. Indikatorn undvikbar slutenvård avser att belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, som till exempel förebyggande insatser och primärvård. Antagandet är att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra "onödiga" inläggningar på sjukhus. Den senaste tioårsperioden finns endast en svag minskning av antalet undvikbara slutenvårdstillfällen. Det är under hela perioden fler män än kvinnor med undvikbara slutenvårdstillfällen.

Diagram 4.17 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, per 100 000 invånare

Antal personer per 100 000



Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret).

Anm.: Åldersstandardiserade värden.

4.8.1 Kraftfull satsning på bättre patientsäkerhet

Regeringen har vidtagit kraftfulla åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Bland annat trädde en ny patientsäkerhetslag (2010:659) i kraft den 1 januari 2011 med syftet att skapa en säkrare vård. Genom lagen har patientsäkerhetsarbetet i vården främjats. Regeringen genomför också en omfattande, tidsbegränsad satsning där överenskommelser med Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL) för 2011 respektive 2012 har varit viktiga verktyg. Överenskommelserna syftar till att uppmuntra, stärka och intensifiera patient-säkerhetsarbetet i landstingen genom presta-tionsbaserade stimulansbidrag.

Många skadas i vården

Socialstyrelsens vårdskadestudie från 2008 visade att nästan nio procent av patienterna i den somatiska sjukhusvården drabbades av en vård-skada. Varje år inträffar cirka 100 000 vård-skador. Någon skillnad av antalet skador mellan kvinnor och män framkom inte i studien. Vård-skador är en bidragande orsak till cirka 3 000 dödsfall. Vårdrelaterade infektioner är ett stort patientsäkerhetsproblem, likaså skador till följd av felaktig läkemedelsbehandling. Skador är också vanliga i samband med operationer och andra ingrepp. Hälso- och sjukvården står därför inför stora utmaningar när det gäller att förbättra patientsäkerheten.

Studier som har genomförts av Socialstyrelsen visar på behov av förbättringar inom patient-säkerhetsområdet. Av bl.a. Socialstyrelsens lägesrapport om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2012, framgår att patienter och vårdpersonal anmäler allt fler skador i vården, men att det fortfarande bara är en mindre del av alla inträffade skador som anmäls.

Stimulans för att minska skadorna i vården

För att minska skadorna i vården genomförs en omfattande, tidsbegränsad patientsäkerhets-satsning under 2011–2014. Regeringen satsar totalt 2,5 miljarder kronor under perioden. Ut-gångspunkten för satsningen är en nollvision när

det gäller antalet undvikbara vårdskador. Målet är att gradvis minska antalet vårdskador.

Överenskommelser om patientsäkerhet

En viktig del av satsningen utgörs av överenskommelserna med SKL. Överenskommelserna är prestationsbaserade och innehåller krav och indikatorer som måste uppfyllas för att medlen ska komma landstingen till del. För 2012 handlar de bl.a. om att ha tagit steg för införande av Nationell Patientöversikt (NPÖ), att arbeta systematiskt med strukturerad journalgranskning, att motverka förekomsten av trycksår och att bedriva ett aktivt arbete för att uppnå en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaförskrivning. Ambitionen höjdes vad gäller vilka krav som landstingen måste uppfylla för att få ta del av medlen jämfört med överenskommelsen 2011.

Regeringen kan konstatera att överenskommelserna med SKL har haft positiva effekter vad gäller arbetet med patientsäkerhetskultur och arbetet med lokala Stramagrupper (Strategigrupp för rationell antibiotikaförskrivning och minskad antibiotikaresistens) i landstingen. Även för införandet av NPÖ och Infektionsverket har överenskommelserna haft en tydlig effekt. Överenskommelserna har också lett till att alla landsting nu använder sig av strukturerad journalgranskning.

Uppföljning av satsningen

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att ansvara för en samlad uppföljning av överenskommelsen samt för att lämna en rapport om tillståndet inom patientsäkerhetsområdet. Smittskyddsinstitutet har fått i uppdrag att specifikt följa upp den del som omfattar antibiotikaförskrivningen. Vidare har SKL fått bidrag för att stödja och stärka patientsäkerhetsarbetet.

Nationell strategi för patientsäkerhet

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen under 2012 arbetat med ett förslag till en nationell strategi för patientsäkerhet. Strategin ska utgöra en plattform i det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet och innehålla ett antal uppföljningsbara mål.

Vidare utarbetade Socialstyrelsen under 2011 en guide till en säkrare vård, som vänder sig till patienter. Med guiden ska patienten bättre kunna förbereda sig inför kontakten med vården

och därmed kunna medverka till att förebygga och minska risken att något blir fel. Guiden har löpande utvecklats och anpassats och bl.a. gjorts tillgänglig för mobiltelefoner, på olika språk och för personer med olika funktionsnedsättningar.

SKL har tillsammans med patientföreträdare och sjukvårdshuvudmän tagit fram olika verktyg för bättre patientmedverkan, som kommer komma såväl sjukvården som patienter och närstående till del.

En effektivare tillsyn

Tillsynens uppgift är att granska bristerna i vården och omsorgen. En väl fungerande tillsyn är därför avgörande för att säkerställa att vård- och omsorg är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med gällande lagar och förordningar. Tillsynen är också en viktig del för att säkerställa en god patientsäkerhet.

Socialstyrelsen ansvarar i dag för tillsynen för verksamhet som rör vård- och omsorg. Uppdraget utvidgades den 1 januari 2011 genom att ansvaret för hantering av enskildas klagomål av hälso- och sjukvård fördes över till Socialstyrelsen från Hälso- och sjukvårdens ansvarsmyndighet.

Flera skäl talar för att tillsynen inom vård- och omsorgssektorn behöver stärkas och bli mer kraftfull. Inte minst en ökad mångfald och förändringstakt gör det viktigt att kvaliteten följs noga och att eventuella problem åtgärdas effektivt. Vidare pekade Statskontoret i sin rapport om uppföljning och utvärdering av tillsynsreformer på en rad brister inom tillsynen som behöver åtgärdas.

Patientsäkerhetslagen innebar bl.a. att det blev enklare att anmäla fel som begås i vården samtidigt som bestämmelser om prövning och återkallelse av legitimation skärptes.

Säkerhetsövervakning av läkemedel och förfalskade läkemedel

Rådet och Europaparlamentet har antagit ny lagstiftning inom områdena säkerhetsövervakning av läkemedel och förfalskade läkemedel. Delen rörande säkerhetsövervakning av läkemedel har för avsikt att klargöra roller och samordna bi-verkningsrapporteringen i den europeiska unionen. Reglerna genomfördes i svensk lag-

stiftning i juli 2012. Arbetet mot fullt genomförande kommer att fortsätta de närmaste åren, särskilt då Eudravigilancedatabasen på central nivå i EU måste byggas ut och tekniskt förbättras för att kunna hantera central rapportering från EU:s medlemsstater.

Ett direktiv som handlar om att förhindra att förfalskade läkemedel kommer in i den lagliga försörjningskedjan har också antagits. Syftet med direktivet är bl.a. att införa säkerhetsdetaljer som kan användas för att säkerställa att ett läkemedel inte är förfalskat samt införa ansvar för alla som befattar sig med läkemedel i distributionskedjan. Arbetet med att införliva direktivet i svensk rätt pågår under hela 2012.

Kvalitet och säkerhet vid hanteringen av mänskliga organ

EU-direktivet om mänskliga organ avsedda för transplantation är genomfört i svensk rätt genom proposition (2011/12:95). Den nya lagen om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga organ trädde i kraft i augusti 2012. Lagen innebär bl.a. krav på vårdgivarna att anmäla misstänkta och konstaterade allvarliga avvikande händelser och allvarliga biverkningar som kan påverka organets säkerhet och kvalitet.

Bakgrunden till direktivet är att kvaliteten och säkerheten i hanteringen av mänskliga organ varierar inom EU. Dessutom finns det ett stort underskott på organ. Därför är det huvudsakliga syftet med direktivet att hanteringen av mänskliga organ för transplantation inom EU uppfyller gemensamma grundläggande kvalitets- och säkerhetskrav. En viktig komponent i ett väl fungerande transplantationssystem är en god infrastruktur och ansvarsfulla institutioner för tillvaratagande och transplantation av organ, vilket det därför ställs krav på i direktivet. I förlängningen förväntas en förbättrad säkerhet och effektivitet av transplantationssystemen i medlemsstaterna leda till en ökad tillgång på organ, bl.a. genom att förtroendet för varandras verksamheter ökar mellan medlemsstaterna och organutbyte mellan medlemsstaterna därmed underlättas.

4.8.2 En förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är en angelägen och högt prioriterad fråga för regeringen. Med åldern ökar ofta behovet av stöd och hjälp från olika utförare av vård och omsorg. Därmed ökar även behovet av samordning, helhetsperspektiv och kontinuitet. Studier visar emellertid på att de äldre själva allt för ofta upplever en avsaknad av fungerande informationsöverföring mellan olika vårdnivåer och mellan huvudmännen samt av hjälp med att koordinera sina olika vårdkontakter (bl.a. The 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey). En bristande helhetssyn inom vård och omsorg kan leda till sämre omvårdnad av den enskilde och till ökade kostnader för samhället. Utmaningen för kommuner och landsting är att både tillsammans och var för sig bidra till en vård och omsorg med ett helhetsperspektiv och hög kvalitet.

Kraftfull satsning på vård till äldre

Under mandatperioden uppgår regeringens arbete med att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre till sammanlagt 4,3 miljarder kronor. För 2012 har det avsatts 1,3 miljarder kronor för detta ändamål. Till regeringens hjälp finns en nationell äldresamordnare, vars uppgift är att stimulera och driva arbetet genom debatt och konkreta förslag (se även avsnitt 7.6.5).

Det övergripande målet med arbetet är att de äldre ska kunna åldras i trygghet och värdighet med tillgång till en god vård och omsorg. Målgruppen för regeringens insatser är personer som är 65 år eller äldre och har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom och därmed har ett omfattande behov av omsorg och vård.

Regeringens förbättringsarbete för de mest sjuka äldre påbörjades 2011 och har initialt ägnats åt probleminventering, driva debatt och förankra problembilden samt uppdraga åt myndigheter att ta fram kunskapsunderlag.

Överenskommelse om vård och omsorg för äldre

Som ett led i arbetet slöts en första överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i december 2011. Överenskommelsen syftar till att premiera landstingen och kommunerna efter i huvudsak prestation och resultat. De primära fokusområdena för 2012 års överenskommelse är en god vård i livets slutskede, preventivt arbetssätt, god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling och en sammanhållen vård och omsorg. Det är områden där det finns stor förbättringspotential och som har identifierats som särskilt angelägna för målgruppen.

I överenskommelsen premieras en ökad användning av några utvalda kvalitetsregister i syfte att förbättra den palliativa vården, det förebyggande arbetet och demensvården av de äldre. I syfte att förbättra läkemedelsanvändningen för målgruppen har ett läkemedelsindex tagits fram. Vad gäller sammanhållen vård och omsorg, vilket är själva kärnuppdraget i arbetet, mäts förbättringar i länen gentemot ett index. Indexet består av indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar. I syfte att förstå de bakomliggande orsakerna till slutenvårdsinläggningar av äldre har regeringen inom ramen för 2012 års överenskommelse avsatt medel för lokalt analysarbete.

Utöver överenskommelsen har regeringen även fattat beslut om myndighetsuppdrag, bl.a. till Socialstyrelsen. Uppdraget till Socialstyrelsen omfattar flera olika deluppdrag, varav kartläggningen av primärvårdens ansvar och insatser, anpassning av nationella riktlinjer till de mest sjuka äldres behov, förbättra läkemedelsanvändningen för äldre och utveckla Öppna jämförelser för äldre är några exempel.

Kunskapsstöd för den palliativa vården

Kvaliteten i den palliativa vården varierar över landet, vilket konstaterades bl.a. i Socialstyrelsens rapport *Vård i livets slutskede*. Mot denna bakgrund gav regeringen 2009 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd för den palliativa vården bestående av vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer för uppföljning. Uppdraget slutredovisades till regeringen i juni 2012. I vägledningen framgår det att

en god palliativ vård utgår från symptomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Riktlinjerna omfattar cirka 30 rekommendationer om specifika åtgärder, bl.a. rekommendationer om fortbildning och handledning av personal inom vård och omsorg, strukturerad bedömning av symptom och om vårdens innehåll och riktning. Arbeta pågår med att förankra kunskapsstödet ute i verksamheterna.

4.8.3 Stöd för en mer jämlik vård

Den vård som erbjuds ska ges efter behov och den ska vara jämlik, det innebär att vården ska vara anpassad efter vars och ens behov och förutsättningar. Regeringen ser allvarligt på att vården är ojämlig i flera avseenden. Det avspeglas i de insatser som regeringen sedan länge vidtagit och vidtar i syfte att bland annat öka jämlikheten i vården. Regeringens samlade bedömning av arbetet för en mer jämlik vård är att genomförda satsningar är rätt väg att gå och flera viktiga systemförändringar har genomförts som ger en god grund för att driva på arbetet för en ökad jämlikhet i vården. Exempel på regeringens insatser är utvecklingen av Öppna jämförelser som ett verktyg för att öppet redovisa och analysera ojämligheter. Öppna jämförelser bidrar till lärande och att driva kvalitets- och effektivitetsutvecklingen framåt. På detta sätt synliggörs skillnader i vården och det visar också tydligt var insatser kan behöva göras (se även avsnitt 4.4.2).

Andra exempel på genomförda åtgärder är den nationella läkemedelsstrategin som har ett mål för jämlik vård för uppföljning av läkemedelsanvändningen, samt Cancerstrategin som bl.a. har lett till utbyggnaden av regionala cancercentra. Satsningar på ökad tillgänglighet genom den årliga Kömiljarden och vårdvalsreformer är också exempel på satsningar som drivit på utvecklingen för en mer jämlik vård. Överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om insatser för en mer jämlik vård har dessutom tecknats både för 2011 och 2012.

Utveckling av metoder och arbetssätt i resurssvaga områden

Överenskommelsen med SKL omfattar bl.a. Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. Lärande-

projektet handlar om utveckling av metoder och arbetssätt för en mer jämlik vård inom första linjens vård i resurssvaga områden. Projektet omfattar alla aspekter av första linjens vård från bemötande, tillgänglighet, behandling, sammanhållna vårdprocesser till ledning och styrning. I projektet deltar flera vårdenheter. Arbetet följs och utvärderas av ett forskarteam. Projektet ska slutredovisas i maj 2014.

Överenskommelsen om en mer jämlik vård har bidragit till fortsatta satsningar på utveckling av arbetet med Öppna jämförelser. Utveckling av metoder och arbetssätt i första linjens vård i resurssvaga områden kommer att bidra till ökad kunskap om metoder och arbetssätt för en mer jämlik vård.

Ökad kunskap om skillnaderna i vården

Regeringen är angelägen om att öka kunskapen om vilka som är de stora skillnaderna i vården och avser att följa utvecklingen inom dessa områden. Kunskapen om dessa har ökat, bl.a. genom den rapport som Socialstyrelsen lämnat som svar på regeringsuppdraget om jämlik vård. Rapporten visar att vården trots en positiv utveckling fortfarande är ojämlig i flera avseenden. Det finns omotiverade skillnader i vården avseende exempelvis tillgänglighet, patientinflytande, avgifter, specialistkompetens och läkemedel. Det finns också omotiverade skillnader inom särskilda vårdområden som cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, missbruk och beroende samt tandvård. Vidare förekommer skillnader mellan kvinnor och män och olika grupper så som barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättning, nationella minoriteter, utlandsfödda, homo- och bisexuella samt transpersoner. Diskriminering är vanligare än väntat och det handlar om skillnader i behandling, bemötande, kommunikation, information och delaktighet.

Regeringen tar ojämlighet i vården på allvar och har vidtagit flera åtgärder. Utöver det som nämnts ovan är också en utvecklad och förnyad satsning på psykisk ohälsa, förbättrat tandvårdsstöd, hälsofrämjande hälso- och sjukvård exempel på åtgärder som vidtagits. Vidare har regeringen gett Socialstyrelsen flera uppdrag på området. Myndigheten ska ta fram ett kunskapsunderlag om verktyg för att öka överlevnad vid akut hjärt- och kärlsjukdom. Socialstyrelsen

ska även, i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen, ta fram ett utbildningspaket för vårdpersonal om olika aspekter av värdigt och professionellt bemötande och agerande inom vården och lämna förslag till pilotprojekt för att testa och utvärdera utbildningspaketet och testa metoder för att systematiskt arbeta med bemötande i vården.

Vård till nationella minoriteter

Målet för den svenska minoritetspolitiken är att ge skydd för de nationella minoriteterna och stärka deras möjligheter till inflytande, samt stödja de historiska minoritetsspråken så de hålls levande. Mot bakgrund av det och regeringens arbete med jämlik vård har regeringen avsatt medel till SKL för utveckling av information på de nationella minoritetsspråken på 1177.se och umo.se. som är de webbplatser där hälso- och sjukvårdens huvudmän informerar om hälso- och sjukvården samt ungdomsmottagningen på nätet. Vidare hade Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet under 2011 i uppdrag att följa och analysera den egna verksamheten utifrån det minoritetspolitiska målet. Europarådet välkomnar utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet i sin senaste rapport om Sveriges genomförande av den Europeiska stadgan om landsdels- eller minoritetsspråk (ECRML (2011) 4) men önskar i nästa periodiska rapport få mer information om hur rättigheterna och skyldigheterna inom hälso- och sjukvården utövas i praktiken.

4.8.4 Förbättrad cancervård genom en nationell cancerstrategi

Sverige har en cancervård i världsklass. Samtidigt står vi inför stora utmaningar på cancerområdet där antalet patienter med cancersjukdom förväntas öka. På regeringens initiativ genomförs därför en nationell cancerstrategi som syftar till att cancervården på ett resurseffektivt sätt ska kunna möta det ökade antalet cancerfall.

Den nationella cancerstrategin innebär satsningar inom en rad olika områden, bl.a. prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, kunskapsbildning och kunskapsstyrning. Arbetet med strategin involverar såväl SKL och landstingen som flera olika myndigheter.

De fem övergripande målen för den nationella cancerstrategin är att:

- minska risken för insjuknande i cancer,
- förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer,
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos,
- minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos,
- minska skillnader i insjuknande och överlevnadstid mellan befolkningsgrupper.

Regionala cancercentrum för bättre vårdresultat

Den strategiskt och långsiktigt viktigaste satsningen inom den nationella cancerstrategin är utvecklingen av regionala cancercentrum (RCC). Dessa RCC ska utgöra samlade cancerverksamheter som innehåller såväl befolkningsinriktad prevention, diagnostik och behandling som forskning och utbildning. Totalt sex RCC utvecklas och ett antal landsting är kopplade till respektive RCC.

RCC ska arbeta utifrån tio kriterier som tagits fram av regeringens nationella cancersamordnare. Bland kriterierna finns bl.a. att RCC ska ta fram en plan för arbetet med förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer. RCC ska också leda arbete med att effektivisera vårdprocesser inom cancervården samt utarbeta en plan som tillförsäkrar cancerpatienter tillgång till psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård. Till uppgifterna för RCC hör även att utforma en utbildnings- och kompetensförsörjningsplan för cancervården och att stärka cancerforskningen. Syftet med RCC är ytterst att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten samt effektivisera utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser. Arbetet med att utveckla sex RCC har pågått sedan 2010. Regeringen bidrog för perioden 2010 till 2012 med 101 miljoner kronor till stöd för detta arbete.

Insatser genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Som en del av den nationella cancerstrategin har regeringen ingått överenskommelser med SKL för åren 2010, 2011 och 2012. Överenskommelserna syftar till att precisera ansvar, tidplan och resurstilldelning för genomförandet av vissa insatser på cancerområdet. Bland insatserna finns

försöksverksamheter för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård, insatser mot tobaksrökning och åtgärder för tidig upptäckt av cancer genom ökat deltagande i screeningprogram. För att stärka patientens ställning i cancervården ingår även insatser om t.ex. användning av individuell vårdplan för cancerpatienter.

Preventiva insatser

Inom ramen för den nationella cancerstrategin genomförs preventiva insatser, bl.a. för att minska tobaksrökningen. Insatserna ska bidra till att alla delar av hälso- och sjukvården har och följer rutiner för att fråga alla patienter om rökning. Vidare ska hälso- och sjukvården kunna erbjuda rökavvänjning i tillräcklig omfattning samt se till att det finns system för att följa upp och återrapportera resultatet av insatserna (se även avsnitt 5.7.3 och kapitel 9).

Mer kunskapsbaserad cancervård

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen under 2012 arbetat med att ta fram målnivåer inom cancervården. Med hjälp av målnivåer kan måluppfyllelse inom cancervården ställas i relation till kostnader samtidigt som målnivåer stimulerar till utvecklingsarbete. Socialstyrelsen har också uppdraget att arbeta med att ta fram en modell för bedömning, införande och uppföljning av nationella screeningprogram på cancerområdet. Syftet med modellen är att nya screeningprogram ska kunna introduceras samordnat och strukturerat hos samtliga sjukvårdshuvudmän, när vetenskapligt och evidensbaserat underlag finns som stödjer ett införande.

Metoder för tidig upptäckt av cancer

En viktig del av den nationella cancerstrategin handlar om tidig upptäckt av cancer. Genom tidig upptäckt förbättras behandlingsmöjligheterna vid cancersjukdom och utsikterna att bota en tumör är större än om personen kommer i kontakt med vården först när sjukdomen är långt utvecklad. Under 2012 gav därför regeringen Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i uppdrag att beskriva vilka andra metoder än screening som kan användas

för att förbättra tidig upptäckt och omhändertagande av cancer. Regeringen har också, inom ramen för överenskommelsen, initierat insatser som ska bidra till ökat och mer jämlikt deltagande i de nationella screeningprogrammen för mammografi och gynekologisk cellprovskontroll.

Samordnande funktioner för cancerforskning

Det finns ett stort behov av ökad regional, nationell och internationell samverkan inom den kliniska cancerforskningen. Genom sådan samverkan blir det bl.a. möjligt att snabbare genomföra stora och högkvalitativa forskningsprojekt. Det förbättrar också förutsättningarna för att patienter med cancer snabbt ska få tillgång till nya diagnos- och behandlingsmetoder och att särskilt stora samordningsvinster kan uppnås för mindre vanliga cancersjukdomar. Som en särskild satsning på cancerforskningsområdet gav regeringen därför Socialstyrelsen i uppdrag att utbetala medel för att stimulera ett arbete med att bygga upp och utveckla en samordnande funktion för klinisk cancerforskning vid varje regionalt cancercentrum (RCC).

4.8.5 Nationell eHälsa

Nationell eHälsa handlar om hur framtidens vård och omsorg som helhet ska fungera och förbättras med hjälp av e-tjänster. Regeringen har under 2012 fortsatt att samordna Nationell eHälsa – strategin för säker och tillgänglig information inom vård och omsorg. Tillsammans med de aktörer som står bakom strategin har arbetet med att utveckla den fortsatt. Särskilt fokus har legat på e-tjänster för den enskilde (se avsnitt 4.6.4), elektroniska förskrivar- och expeditiönsstöd, informationsstruktur och fackspråk samt lagstiftningsfrågor. E-hälsofrågor utgör också ett viktigt område i regeringens Digitala Agenda.

Nya e-tjänster införs

Många av de tjänster som initierats inom ramen för strategin finns i dag tillgängliga och har börjat införas. Det gäller exempelvis anslutning till Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL)

och katalogtjänsten HSA men också införande av säkerhetstjänster och nationell patientöversikt (NPÖ). NPÖ har nu införts i sex landsting. Övriga beräknas ha infört NPÖ under 2012. Pilotverksamhet pågår även kring införandet av ett it-baserat Infektionsverktyg. Det är ett it-stöd som ska bidra till att minska antalet vårdrelaterade infektioner, vilket i dag är ett patient-säkerhetsproblem.

Nulägesbeskrivning av e-hälsoområdet

Regeringen har identifierat att takten på införandet av tjänster kan ökas. Det kan uppnås genom att bättre synliggöra den nytta, bl.a. i form av ökad patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet, som insatser inom ramen för Nationell eHälsa hittills har lett till. En förutsättning är att strategin innehåller konkreta mål, vilket i sin tur förutsätter en gemensam bild av nuläget. Under 2011 har regeringen därför initierat en diskussion i högnivågruppen och samrådsgruppen för Nationell eHälsa om dessa frågor. Det pågår också arbete med att ta fram en nulägesbeskrivning för hur långt eHälsoarbetet i Sverige har kommit, baserat på de sex insatsområden som identifierades när den första strategin skrevs 2006. Se även avsnitt 4.6.4 för e-hälsoinsatser rörande invånartjänster och avsnitt 4.8.6 för e-hälsoinsatser på läkemedelsområdet.

Ändamålsenlig och strukturerad vårdokumentation

Regeringen vill se att en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation används inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En säker och enkel tillgång till relevant information som rör en individ är en nyckel till att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna erbjuda insatser av hög kvalitet. Att informationen ska vara användbar förutsätter dock att en nationell informationsstruktur, enhetlig terminologi och standarder finns och tillämpas inom all vård- och omsorgsverksamhet.

Socialstyrelsen har sedan 2007 tilldelats rege- ringsuppdrag avseende nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk. Under 2011 hade myndigheten regeringens uppdrag att ta fram ett förslag på ett nationellt samordningsansvar för en ändamålsenlig och strukturerad -

dokumentation i svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att underlätta för vårdgivare och utförare inom socialtjänsten att införa och använda en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk. Socialstyrelsen slutredovisade uppdraget som bl.a. innehöll förslag på en samlad förvaltning av den nationella informationsstrukturen. Förslaget bereds inom Regeringskansliet.

Elektronisk tillgång till patientinformation över nationsgränser

EU-projektet Smart Open Services for European Patients (epSOS) syftar till att möjliggöra expedition av läkemedel via e-recept samt elektronisk tillgång till patientinformation över nationsgränser. Fem länder har nu inlett pilotdrift och fler väntas gå i drift under 2012. Ett intensivt arbete pågår för att få igång den svenska piloten så att svenska medborgare kan erbjudas möjligheten att t.ex. hämta ut förskrivna e-recept i annat EU-land.

E-Health Governance Initiative är ett samarbetsorgan inom EU för att främja samarbete mellan medlemsländer och andra organisationer. Fokus under 2011 var att ta fram riktlinjer för nationell e-legitimation som även fungerar för gränsöverskridande vård. Identifiering av patienter är nödvändig för att ha möjligheten att få åtkomst till information om patienten från dennes hemland.

4.8.6 Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle

Läkemedel är en resurs som, rätt använd, starkt bidrar till förbättrade medicinska resultat i vården och räddar därmed liv och ger ökad hälsa. I många fall är läkemedel den enda behandling som används i vården av patienter. I andra fall används läkemedel i kombination med annan behandling. Läkemedel är en del av många människors vardag och tillgången till effektiva läkemedel är en förutsättning för att kunna bedriva modern hälso- och sjukvård. Snabb medicinsk utveckling har kontinuerligt ökat nyttan av läkemedel för patienten och sjukvården. Det är följaktligen en av de allra vanligast förekommande och viktigaste insatserna som används i vården. Det finns dock en rad utman-

ingar på läkemedelsområdet. Utmaningarna består dels i att hantera de kostnader som läkemedel medför, men framför allt gäller det att tillse att läkemedel används på ett ändamålsenligt och patientsäkert sätt. Regeringen arbetar med en rad insatser på området inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin och läkemedelsavtalet.

Nationell läkemedelsstrategi

Regeringen presenterade 2010 en nationell läkemedelsstrategi i syfte att utveckla läkemedelsanvändningen till att bli effektivare och säkrare för patienterna. I strategin konstaterar regeringen att det finns behov av att samordna, koordinera och prioritera det nationella läkemedelsarbetet. Visionen för den nationella läkemedelsstrategin är Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. För att nå visionen krävs utveckling inom följande målområden:

- medicinska resultat och patientsäkerhet i världsklass,
- jämlik vård,
- kostnadseffektiv läkemedelsanvändning,
- attraktivitet för innovation av produkter och tjänster och
- minimal miljöpåverkan

Strategiarbetet leds av en högnivågrupp med representanter från berörda myndigheter, landsting, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), läkemedelsindustrin, apoteksbranschen och sjukvårdsprofessionerna. Högnivågruppen har träffats fem gånger och har lagt upp planerna för det framtida arbetet inom strategin. Centrum för bättre läkemedelsanvändning (CBL) vid Läke-medelsverket samordnar det operativa utvecklingsarbetet och har bland annat etablerat ett råd med representanter från olika aktörer inom läkemedelsområdet. Rådet syftar till att vara ett forum för strategisk diskussion om handlingsplanens befintliga insatsområden och dess framtida innehåll.

Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivning

I läkemedelsavtalet för 2011 kopplade regeringen medel till att Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) ska integreras i journal-systemen. SIL innehåller kvalitetssäkrad och

aktuell läkemedelsinformation från ett flertal olika källor och är en förutsättning för att förskrivarna i förskrivarögonblicket ska ha korrekt information om läkemedel. När SIL är integrerat i journalsystemen kommer det att underlätta för läkarna att fatta tillförlitliga och effektiva beslut i samband med förskrivning av läkemedel. Det innebär i sin tur att förskrivningen av läkemedel blir mer patientsäker. Kopplingen till medel i läkemedelsavtalet resulterade i att ytterligare fyra landsting integrerade SIL i sina journalsystem. Sammanlagt har 13 landsting nu integrerat SIL i sina relevanta journalsystem.

En annan viktig aspekt vid läkemedelsförskrivning är hantering av narkotiska läkemedel. I rapporten Överförskrivning av narkotiska läkemedel – En granskning i tre tillsynsregioner från juni 2011 presenterade Socialstyrelsen resultatet av en enkätstudie om sådan överförskrivning. Förutom förskrivning till patienter förekom i en stor del av Socialstyrelsens beslut förskrivning av narkotiska läkemedel för eget bruk. Socialstyrelsen angav i rapporten att resultatet ska ligga till grund för fortsatta tillsynsaktiviteter från myndighetens sida.

Förskrivar- och expeditionsstöd ger säkrare läkemedelsanvändning

Regeringens arbete med en nationell läkemedelsstrategi syftar till att skapa en mer effektiv och patientsäker läkemedelsanvändning, dvs. att rätt patient får rätt läkemedel vid varje enskilt tillfälle. Väl fungerande och anpassade förskrivar- och expeditionsstöd är en av de mest angelägna frågorna för att förbättra läkemedelsanvändningen.

Under 2011 inrättades en styrgrupp som under Socialdepartementets ledning har till uppgift att etablera en nationell ordinationsdatabas (NOD) för vården samt påskynda införandet av elektroniska ordinations- och expeditionsstöd inom hela hälso- och sjukvården och berörda delar av socialtjänsten. Styrgruppen fördelade under 2011 medel till Socialstyrelsen för ett projekt för dokumentation av ordinationsorsak och analys av samspel med närliggande kunskapsstöd, till SKL för införande av den nationella ordinationsdatabasen (NOD) och ordinationsverktyget Pascal samt till Läke- medelsverket för utvärdering av funktionerna i Elektroniskt Expertstöd (EES).

Därutöver har regeringen beviljat stöd till SKL för ett projekt om att färdigutveckla ett nationellt elektroniskt beslutsstöd i form av ett infektionsverktyg. Det handlar om ett nationellt stöd för att följa och förebygga vårdrelaterade infektioner.

Generisk förskrivning och utbytbarhet

Regeringen bedömer att ett införande av frivillig generisk förskrivning skulle vara värdefullt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Därför fick Läke- medelsverket i september 2011 uppdraget att utreda nödvändiga förutsättningar för ett införande av frivillig generisk förskrivning. Uppdraget ska slutredovisas i november 2012.

I juni 2011 gav regeringen Läke- medelsverket i uppdrag att inrätta ett nationellt substansregister. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 september 2012. Ett nationellt register över de substanser som ingår i olika läkemedel kan t.ex. kopplas till uppgifter om patienters överkänslighet mot vissa substanser. Ett nationellt substansregister kan vidare användas för att möjliggöra generisk förskrivning. Registret kommer att omfatta aktiva substanser i läkemedel, licensläkemedel och lagerberedningar inklusive rikslicenser, samt ett urval hjälpämnen med känd överkänslighetsproblematik. Registret bedöms vid starten innefatta omkring 4 000–5 000 kvalitetssäkrade substanser.

En grupp av läkemedel som Läke- medelsverket bedömt som ej utbytbara är biologiska läkemedel, s.k. biosimilarer. Dessa läkemedel är relativt dyra och kommer inte heller på samma sätt att förlora sitt patent som andra kemiska läkemedel gör. Detta gör att den prispress som uppstår när andra läkemedel förlorar sina patent kommer att utebli för denna grupp av läkemedel. Regeringen uppdrog därför under 2010 till Läke- medelsverket att, tillsammans med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) utreda förutsättningarna för utvidgad utbytbarhet av läkemedel. I rapporten konstaterar Läke- medelsverket bl.a. att det finns ett antal läkemedel som i dag inte omfattas av utbytbarhet men som skulle kunna omfattas av en modell för utbytbarhet.

Uppföljning av förskrivning i slutenvården

Sedan början av 2000-talet har det skett en förskjutning från att förskriva läkemedel på recept till att rekvirera läkemedlet inom den specialiserade öppenvården. Ordinationer som sker inom den specialiserade öppenvården och inom slutenvården går inte att följa på individnivå. Att

ha tillgång till individdata inom läkemedelsområden även för den specialiserade öppenvården och slutenvården är viktigt för att bl.a. kunna göra relevanta jämförelser mellan landstingen men också för att ha som underlag för att kunna följa vården över landet.

För att förbättra kvaliteten i läkemedelsanvändningen behöver ordination av läkemedel inom slutenvården kunna följas upp på individnivå. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i regleringsbrevet för 2012 uppdraget att i en förstudie redovisa vad som måste utredas vidare för att individdata för rekvisitionsläkemedel ska kunna göras tillgängliga från olika journalsystem. Socialstyrelsen föreslår i rapporten, Projekt för dokumentation av ordinationsorsak och analys av samspel med närliggande kunskapsstöd, att arbetet fortsätter bl.a. vad gäller utveckling av kodsystém för ordinationsorsaker och revidering av läkemedelsrelaterad terminologi. Uppdraget redovisades i april 2012. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

Internationell jämförelse av läkemedelspriser

Regeringen fortsätter arbetet med att säkerställa att vi i Sverige inte betalar mer för läkemedel än andra jämförbara länder. TLV fick i sitt regleringsbrev för 2011 i uppdrag att jämföra prisnivån för läkemedel i Sverige med andra länder. I uppdraget ingick även att följa prisutvecklingen på läkemedelsområdet i ett internationellt perspektiv. Jämförelserna skulle baseras på tillförlitliga och jämförbara prisuppgifter och för Sverige relevanta jämförelseländer. Uppdraget slutrapporterades i februari 2012. I rapporten konstateras att för receptbelagda läkemedel som introducerades mellan 2007 och 2011 ligger de svenska apotekens inköpspriser (AIP) ungefär på ett genomsnitt av övriga 15 länders priser. I rapporten finns också en analys av de receptbelagda läkemedel som har högst försäljning. Denna analys visar att de svenska apotekens inköpspriser överlag är något högre än när jämförelsen görs på nyintroducerade läkemedel.

Prissättning av läkemedel m.m. utreds

Snabb medicinsk utveckling har kontinuerligt ökat nyttan av läkemedel för patienter och sjukvård. Samhällets möjligheter att finansiera läkemedel är dock inte obegränsade. I syfte att föreslå en långsiktigt hållbar modell för prissättning av originalläkemedel utan generisk konkurrens gav regeringen utredningen om vissa frågor om prissättning, tillgänglighet och marknadsförut-

sättningar inom läkemedels- och apoteksområdet ett tilläggsdirektiv i september 2011. I utredningens uppdrag ingår bl.a. att föreslå en långsiktigt hållbar modell för prissättning av originalläkemedel utan generisk konkurrens. Den föreslagna modellen ska kunna möta de växande utmaningarna på läkemedelsområdet och ska också kunna korrigera höga priser för vissa grupper av originalläkemedel utan generisk konkurrens. En framtida prismodell ska också säkerställa en god tillgång till effektiva läkemedel. Utredaren har även i uppdrag att se över frågor kring leverans- och tillhandahållandeskyldighet, maskinell dosdispensering, hantering och prissättning av vissa grupper av läkemedel, läkemedelsförmånernas innehåll, miljöfrågor och försäkringsskydd m.m.

Hälsoekonomiska bedömningar av slutenvårdsläkemedel

I samband med ansökningar om att läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna måste läkemedelsföretagen bifoga hälsoekonomiska underlag. TLV beslutar sedan utifrån underlaget om läkemedlet kan bedömas som kostnadseffektivt. Motsvarande krav finns inte när det gäller läkemedel som används i slutenvården, s.k. rekvisitionsläkemedel. Det kan få konsekvenser för prioriteringar inom den kliniska användningen och riskerar att skapa ojämlig vård. Regeringen gav 2010 TLV i uppdrag att genomföra hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel som rekvireras till slutenvården. I uppdraget slogs fast att verksamheten skulle bedrivas i form av en försöksverksamhet under två år och föregås av en förberedande uppbyggnadsfas om sex månader. I uppdraget konstaterades också att verksamheten behöver utvärderas. Myndigheten för vårdanalys har fått i uppdrag att utvärdera TLV:s verksamhet kring hälsoekonomiska bedömningar av rekvisitionsläkemedel.

Läkemedelsavtalet med SKL

Landstingen har sedan 1998 ersatts för kostnaderna för läkemedelsförmånerna genom ett särskilt statsbidrag som reglerats i överenskommelser mellan staten och SKL. I avtalet ersätts landstingen inte bara för läkemedelsförmånernas kostnader utan parterna åtar sig också att vidta vissa åtgärder för att uppnå en kostnadseffektiv och rationell läkemedelsanvändning. Inom

ramen för 2011 års avtal kom parterna överens om att SKL skulle kartlägga användningen av s.k. sär läkemedel. I december 2011 inkom SKL med rapporten Sär läkemedel i Sverige till Socialdepartementet. I avtalet kom parterna också överens om att tillsätta en gemensam arbetsgrupp med uppgift att genomföra en översyn av bl.a. fördelningsmodellen. Arbetsgruppen presenterade i februari 2012 sitt arbete i en rapport (Ny behovsmodell för läkemedel?). Regeringen fortsätter arbetet med att, inom ramen för läkemedelsförhandlingarna för avtalsåret 2012, utveckla och effektivisera läkemedelsområdet.

Höjning av högkostnadsskydden

Under 2011 presenterades ett förslag om att höja högkostnadsskydden för hälso- och sjukvård samt för läkemedel (Ds 2011:23). Beloppen hade varit nominellt oförändrade för läkemedel sedan 1999 och för hälso- och sjukvård sedan 1997 vilket lett till att värdet av fribeloppen urholkats.

Höjningen av högkostnadsskydden baserades på en historisk indexering kopplad till prisbasbeloppet så att dess värde efter höjningen motsvarade värdet då högkostnadsskydden senast beslutades, 1999 respektive 1997. Detta gav en höjning av högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvård med 200 kronor, från 900 kronor till 1 100 kronor och en höjning av det för läkemedel med 400 kronor, från 1 800 kronor till 2 200 kronor. Syftet med förslaget var att stärka hälso- och sjukvården genom att tillföra landstingen mer resurser. Dessutom syftade förslaget till att genom höjt högkostnadsskydd för hälso- och sjukvården förbättra landstingens möjligheter att styra patienterna mot en ändamålsenlig vårdkonsumtion.

Förslaget remitterades och remissinstanserna var i stort positiva till förslaget. Flera remissinstanser lyfte dessutom fram att det finns behov av att införa ett system för löpande indexering (se avsnitt 4.10). Regeringen lade fram förslaget för riksdagen i budgetpropositionen för 2012 och den 1 januari 2012 trädde den nya lagstiftningen i kraft.

4.8.7 Medicinteknik och speciallivsmedel

Hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter

Det har under de senaste åren skett en snabb utveckling av medicintekniska produkter. Hälso- och sjukvården har tack vare utvecklingen på området möjlighet att erbjuda allt bättre vård. För att de nya produkterna ska komma patienterna till del krävs dock att de tillhandahålls av hälso- och sjukvården. Regeringen vill verka för en ökad kunskapsspridning om nya innovativa produkters kostnadseffektivitet och har därför gett Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att göra hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter.

De hälsoekonomiska bedömningarna avses vara ett underlag för landstingen vid kliniska beslut och upphandlingar. Förhoppningen är att kunskapsunderlagen, förutom att underlätta vid upphandlingar, även ska bidra till större transparens kring produkters kostnadseffektivitet och priser. Sammantaget väntas de hälsoekonomiska bedömningarna resultera i en mer kunskapsstyrd och likvärdig användning av medicintekniska produkter över landet och därmed en mer jämlik vård. De hälsoekonomiska bedömningarna hos TLV utgör en pilotverksamhet och pågår till oktober 2013.

Speciallivsmedel – ökad kunskap om utvecklingen inom området

För patienter med vissa diagnoser är livsmedel för särskilda näringsändamål, s.k. speciallivsmedel, ett viktigt behandlingsalternativ. Den som är under 16 år har rätt till reducering av sina kostnader för inköp av livsmedel för särskilda näringsändamål som förskrivits av läkare med vissa specialistkompetenser. Av förordningen om läkemedelsförmåner m.m. framgår vilka sjukdomar som berättigar till denna prisnedsättning. Läkemedelsverket upprättar årligen en förteckning över vilka livsmedel som får utlämnas till nedsatt pris.

Regeringen gav i regleringsbrevet för 2012 Läkemedelsverket och Livsmedelsverket uppdrag inom detta område. Läkemedelsverket ska genomföra en kartläggning av landstingens subventioner av speciallivsmedel för individer över 16 år. Verket ska vidare beskriva processen för

när ett livsmedel förs upp på förteckningen över livsmedel som omfattas av prisnedsättningen. Livsmedelsverket har fått i uppdrag att göra en översiktlig beskrivning av utvecklingen inom speciallivsmedelsområdet under de senaste åren. I uppdraget ingår att särskilt beskriva utvecklingen av och tillgången till speciallivsmedel för sådana sjukdomar som berättigar till prisnedsättning av livsmedel enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. Uppdragen ska redovisas till Regeringskansliet i december 2012.

4.8.8 Bättre vård för personer med transsexualism m.m.

Det finns brister inom hälso- och sjukvården när det gäller vård och behandling av personer med transsexualism och övriga personer med könsidentitetsstörningar, enligt Socialstyrelsens rapport *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar* (2010). De regionala skillnaderna när det gäller utredning och behandling är stora. Väntetiderna för att inleda en behandling och befintliga resurser för utredning och behandling skiljer sig åt mellan landstingen. Det finns betydande skillnader vad gäller möjligheten att få behandling under utredningstiden och innehållet i den behandling som erbjuds skiljer sig åt i väsentliga delar. Nationella kunskapsöversikter liksom mer omfattande vårdprogram saknas.

Regeringen beslutade i april 2012 propositionen *Ändrad könstillhörighet* (prop. 2011/12:142). I propositionen föreslås bl.a. ändringar i lagen (1972:119) om fastställande av ändrad könstillhörighet i vissa fall, när det gäller villkoren för beslut om fastställelse av ändrad könstillhörighet. I propositionen konstaterar regeringen, med utgångspunkt i Socialstyrelsens rapport, att det finns ett behov av nationellt kunskapsstöd för utredning, vård, behandling och stöd. Det finns även behov av insatser för att minska den administrativa bördan för personer som ändrat könstillhörighet. Regeringen har mot denna bakgrund avsatt 23 miljoner kronor under tre år för att stärka det nationella kunskapsstödet på området, förbättra information till patienter och vårdpersonal samt för att stimulera ökad regional samordning, t.ex. genom gemensamma utrednings- och behandlingsteam.

4.9 Politikens inriktning

Regeringens hälso- och sjukvårdspolitik syftar till en god vård för hela befolkningen och ett ökat inflytande för patienter och medborgare. I fokus finns patientens behov och önskemål om hög tillgänglighet, information och stöd för att bibehålla och förbättra hälsan. I avsnitt 4.4–4.8 om hälso- och sjukvårdspolitikens resultat redovisas vad regeringen gjort under tidigare år. Nedanstående avsnitt beskriver vad regeringen avser göra framöver, vilka politiska mål som finns och vilka satsningar som föreslås i denna proposition.

I den första delen (4.9.1) redogörs för hur regeringen vill utveckla kvaliteten i svensk vård med tonvikt på kvalitetsaspekter som är viktiga och märkbara, på kort och lång sikt, för den enskilda patienten.

I den andra delen av texten (4.9.2) beskrivs åtgärder som kan betraktas som investeringar i det framtida hälso- och sjukvårdssystemet och som ger effekt på längre sikt.

4.9.1 Satsningar på ökad kvalitet, tillgänglighet och valfrihet för patienten

Regeringen fortsätter att prioritera satsningar på att utveckla såväl kvaliteten i hälso- och sjukvården som tillgängligheten och valfriheten för patienten. Arbetet för att driva på kvalitetsutveckling i vården är omfattande. Det handlar bl. a. om insatser för att öka patientsäkerheten, samt för att förbättra vården för de mest sjuka äldre och cancervården. Ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården genom vårdgarantin och den s.k. Kömiljarden kommer även fortsättningsvis vara en prioriterad fråga för regeringen. Ambitionen är också att utöka patientens valmöjligheter i vården. Sammantaget bidrar detta till regeringens övergripande prioritering att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Ett uttryck för denna prioritering är också ambitionen att införa en ny patientlagstiftning.

En patientlag som förtydligar och stärker positionen för patienten

Regeringens ambition är att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården genom en ny patientlag. Utredningen Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning, tillsattes därför av regeringen 2011 (dir. 2011:25). Utgångspunkten för utredarens arbete ska vara att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård. Patientlagen ska på ett lättillgängligt sätt tydliggöra patientens ställning när det gäller bl.a. information, delaktighet och valfrihet.

Utredningen ska lämna ett delbetänkande med förslag till patientlag senast den 31 januari 2013.

Utökad valfrihet för patienten

Regeringen har infört fritt vårdval inom primärvården. Valfrihet ger den enskilde inflytande över vården. Makten att välja mellan olika utförare liksom makten att välja bort bidrar till att stärka patientens ställning. Under kommande år kommer valmöjligheterna att utökas till att även innefatta öppen specialiserad vård. Regeringens ambition är att alla landsting ska erbjuda en utökad valfrihet för den enskilde även i den specialiserade vården enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Regeringen har en pågående satsning för att stimulera och bistå landstingen i utbyggnaden av det fria vårdvalet. För inte patienterna via denna satsning utökade valmöjligheter inom den specialiserade vården kommer regeringen att överväga behovet av lagstiftning i likhet med situationen som i dag råder när det gäller LOV och primärvård.

Sammanhållna vårdkedjor och förbättrade ersättningsystem

En nationell vårdvalssamordnare har tillsatts med uppdrag att bidra till en utveckling av vårdvalen i den öppna vården och till framväxten av sammanhållna vårdkedjor. Stöd till och omhändertagande av patienter med omfattande och komplexa vårdbehov behöver förbättras inom primärvård och specialiserad vård, särskilt när det gäller samarbetet mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. Vårdvalssamordnaren har för det ändamålet bl.a. startat ett utvecklingsarbete avseende ersättningsystemen för hela vårdepisoder inom ramen för vårdval.

Nationella taxan

Vårdvalssystemen innebär inte endast stärkt valfrihet för patienten utan också en strävan mot system där utförare konkurrerar på mer likvärdiga villkor. Det är mot den bakgrunden angeläget med en översyn av det särskilda systemet med offentlig ersättning i vissa fall till privata läkare och sjukgymnaster, den så kallade nationella taxan. EU-kommissionen har påtalat att detta system strider mot bl.a. bestämmelser om transparens och icke-diskriminering i fördraget. Även patientens behov av en sammanhållen vård motiverar en sådan översyn.

Förbättrad information till patienten

I och med att möjligheterna till fria val finns, är det av vikt att förbättrad information tillhandahålls patienten. Det kan handla om information avseende kvalitet, resultat, resurser, öppettider, tillgänglighet m.m. för att möjliggöra informerade val. Regeringen har gjort satsningar på området bland annat genom att bidra till utbyggnaden och utvecklingen av sajten 1177. För att patienten ska kunna utnyttja sina möjligheter att välja utifrån egna behov och önskemål bör information som kan utgöra ett underlag för patienten vid val av vårdgivare utvecklas vidare. Det är viktigt att påpeka att landstingen, enligt hälso- och sjukvårdslagen, har ansvar för att patienten får god information som stöd för fritt vårdval inom primärvården.

Vårdval inom landet och EU

Utredningen Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (dir 2011:25) har i uppdrag att föreslå en reglering av fritt vårdval över hela Sverige, som skulle möjliggöra för patienten att välja vårdgivare inom andra landsting än det egna. Utredningen ska lämna delbetänkande i denna del senast 31 januari 2013.

Genom en ny lagstiftning, som baserar sig på patientrörlighetsdirektivet, vill regeringen underlätta valfriheten och säkerställa en patientsäker hantering av den gränsöverskridande vården. Valfrihet kräver beslutsunderlag, varför tydlig och enhetlig information är en nyckelfråga. En ökad valfrihet och därmed också rörlighet för Europas patienter förväntas förbättra transparensen i europeisk hälso- och sjukvård och intensifiera hälso- och sjukvårdssamarbetet mellan medlemsstaterna.

Patientrörligheten inom EU bidrar också till en positiv konkurrenssituation som gynnar förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården.

Förbättrad vård för de mest sjuka äldre

Regeringen satsar under mandatperioden 4,3 miljarder kronor för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Satsningen ska leda till att man som äldre ska ha lätt att få kontakt med vården och omsorgen. Som äldre ska man känna sig trygg i att man får den vård och omsorg man behöver, ett kompetent och gott bemötande, bra information och möjlighet till delaktighet. Dessutom ska hembesök och samordning av vård- och omsorgsinsatserna anordnas om behov finns. Frågor som berör palliativ vård och läkemedelsbehandling är andra områden som ska utvecklas med hjälp av denna satsning.

Primärvården, omsorgen och den öppna specialiserade vården är nyckelaktörer i detta förbättringsarbete. Vårdvalet kan vara ett verktyg för att stimulera fram ett nytänkande kring omhändertagandet av patienten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Genom att medvetandegöra och premiera ökad samordning mellan vården och omsorgens olika aktörer både på politisk och vårdgivarnivå vill regeringen att landsting och kommuner aktivt arbetar för ett bättre omhändertagande av de mest sjuka äldre. Regeringen anser att det behövs bättre samordning inom och mellan landstingen och kommunerna när det gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Ambitionen är att den årliga äldreöverenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting bl.a. ska bidra till en utveckling där den enskildes kontakter med olika delar av vården underlättas.

Personligt hälsokonto – stöd för att bibehålla och förbättra hälsan

Regeringen anser att patienter och medborgare bör ges elektronisk tillgång till sin vårdinformation och verktyg som underlättar för den enskilde att engagera sig i sin egen hälsa och hälsoutveckling. Regeringen avser därför att genomföra en satsning på att utveckla och erbjuda personliga hälsokonton.

Personligt hälsokonto ska kunna användas av den enskilde för att lagra egen information bl.a. om läkemedel, remisser, egen journalinformation och vaccinationer. Det personliga hälsokontot kan även innehålla en hälsodagbok där den enskilde kan föra in information om friskvård, egenvård, kostvanor etc. Slutligen kan det även vara ett sätt för den enskilde att ge dels information till vården om hälsa och biverkningar, dels omdömen som kan användas i kvalitetsregister och i uppföljning och kvalitets-säkring av vården.

Tjänsten ska kunna utnyttjas av alla som så önskar. Det är den enskilde som själv kommer att besluta om vilken information som ska finnas tillgänglig på hälsokontot. Det personliga hälsokontot bedöms bli särskilt viktigt för dem som har stora vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga.

Ett fullt utbyggt personligt hälsokonto ska finnas tillgängligt under 2014. Regeringen avser att under 2013 avsätta 40 miljoner kronor och därefter 100 miljoner kronor per år för detta ändamål.

Ökad tillgänglighet för patienten

Ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården bl.a. genom den nationella vårdgarantin och den s.k. Kömiljarden kommer även fortsättningsvis vara en prioriterad fråga för regeringen. Ansvaret vilar på landstingen, men genom Kömiljarden ger regeringen stöd för att den samlade väntetiden för patienten ska kunna kortas och patientens hela väg genom vårdkedjan ska kunna följas. De tidsgränser för besök och behandling som finns i Kömiljarden kommer att förkortas ytterligare. Regeringens ambition är att hela vårdkedjan på sikt ska stödjas av incitamentsstrukturen i Kömiljarden. Ökat fokus kommer även att läggas på primärvårdens förmåga att erbjuda hög tillgänglighet. Informationen till den enskilde bör dessutom förbättras så att det blir enkelt att välja hög tillgänglighet.

Ökad patientsäkerhet

Satsningen på ökad patientsäkerhet ska leda till en säkrare vård för patienten. Ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete leder till färre operationer, vård dygn och sjukskrivningar,

vilket i sin tur leder till minskat lidande. Regeringen har under den gångna mandatperioden initierat en genomgripande patientsäkerhetsreform där en ny patientsäkerhetslag är en viktig grund. Lagen slår bl.a. fast att vården är skyldig att förebygga vårdskador och involvera patienten i säkerhetsarbetet. I budgetpropositionen för 2011 föreslogs en särskild satsning på patientsäkerhet under 2011–2014. Regeringen avser att satsa totalt cirka 2,5 miljarder kronor på patientsäkerhet under perioden, varav 675 miljoner kronor per år 2013 och 2014. En viktig del i satsningen är den överenskommelse som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slutit där landstingen stimuleras till ett förbättrat patientsäkerhetsarbete. Viktiga frågor för regeringen framöver är bland andra adekvat läkemedelsanvändning inklusive antibiotikaförskrivning, god hygien och minskade överbeläggningar. Regeringens insatser för att främja utvecklingen av informationsteknologi erbjuder också nya möjligheter att stärka förutsättningarna för patientsäkerheten. Ett väl fungerande informationsutbyte mellan t.ex. olika vårdgivare är grundläggande för en god och säker vård. Regeringens satsningar inom andra områden, såsom satsningen på de mest sjuka äldre och läkemedelsstrategin, bidrar också till att förbättra patientsäkerheten.

Förbättrad cancervård

Regeringen avser att fortsätta arbetet med den nationella cancerstrategin. Syftet är att för patienten åstadkomma en mer jämlik cancervård, öka kvaliteten på vården och erbjuda ett snabbare omhändertagande. Fler ska botas och färre ska insjukna i cancer.

En av de enskilt viktigaste frågorna, strategiskt och långsiktigt, har varit etableringen av sex regionala cancercentrum (RCC). Enligt regeringen är det mot den bakgrunden angeläget att det arbete som inletts för att bygga upp RCC fortsätter. Regeringen har för avsikt att satsa 60 miljoner kronor per år 2013–2015 för fortsatt utveckling av den svenska cancervården, varav huvuddelen kommer att gå till RCC.

Regeringen har vidare gett Socialstyrelsen ett flerårigt uppdrag för att följa upp arbetet med uppbyggnaden av RCC bl.a. genom årliga platsbesök. Syftet med platsbesöken ska vara att genom dialog stödja och stimulera arbetet.

Vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa

Sedan 2007 har regeringen gjort en omfattande satsning på att åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk ohälsa. I maj 2012 presenterade regeringen den fortsatta inriktningen på satsningen genom att besluta om handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016. Handlingsplanen ska genom att lyfta fram ett antal strategiska prioriterade områden och därtill kopplade insatser utgöra en grund för regeringens arbete på området under de kommande fyra åren. En viktig utgångspunkt i det fortsatta arbetet är att bygga på den satsning som har varit och säkra hållbarheten i redan genomförda åtgärder. Regeringen avser att avsätta ca 870 miljoner kronor per år i syfte att förebygga psykisk ohälsa och att förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. Grupperna barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad problematik kommer att prioriteras. Myndigheten för vårdanalys har i uppdrag att följa upp och utvärdera satsningen. Regeringskansliet (Socialdepartementet) har även beslutat att under perioden 2012–2014 inrätta en nationell samordningsfunktion som ska skapa bästa möjliga förutsättningar för resursutnyttjande, implementering och kvalitetsutveckling inom området. I samordningsfunktionens uppdrag ingår bl.a. att stödja berörda huvudmän och andra aktörer i genomförandet av de insatser som omfattas av PRIO-handlingsplanen. Arbetet ska bedrivas i nära samarbete med anhörig-, patient- och brukarorganisationer.

Sedan 2009 har det varit möjligt för organisationer att ansöka om bidrag för att tillhandahålla meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Syftet med statsbidraget är att förstärka och komplettera kommunernas och landstingens insatser för denna målgrupp. Enligt Socialstyrelsens utvärdering har bidraget gett många personer med psykisk funktionsnedsättning möjlighet att delta i ett varierat utbud av sysselsättning vilket har haft stor betydelse både socialt och individuellt. Regeringen avser att även fortsättningsvis avsätta medel för denna satsning inom ramen för PRIO-handlingsplanen.

Vård för personer som vistas i landet utan tillstånd

Personer som har meddelats beslut om avvisning eller utvisning men som håller sig undan verkställighet av beslutet och personer som vistas i landet utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för detta ska få tillgång till subventionerad vård motsvarande den vård som asylsökande har i dag, dvs. vård som inte kan anstå, mödravård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort, hälsoundersökning, tandvård som inte kan anstå samt receptförskrivna läkemedel. Barn som vistas i landet utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för detta ska få tillgång till samma vård som asylsökande barn och barn som håller sig undan verkställighet av utvisnings- eller avvisningsbeslut, dvs. fullständig vård, regelbunden fullständig tandvård och läkemedel, precis som andra barn bosatta i Sverige. Landstingen ska även i fortsättningen ha möjlighet att erbjuda vård till vuxna upp till den nivå som gäller för bosatta inom landstinget. Denna möjlighet för landstingen ska kvarstå och tydliggöras i lag eller på det mest ändamålsenliga sättet. En departementspromemoria om ett förändrat regelverk kommer att tas fram inom Regeringskansliet och skickas ut på remiss under hösten. Förändringen ska träda i kraft den 1 juli 2013.

Jämlik vård

Regeringen avser att ta fram en samlad strategi för en jämlik vård. En jämlik vård är en vård som erbjuder alla invånare god kvalitet, hög tillgänglighet och möjlighet till delaktighet och inflytande. Vården ska ha hög kvalitet för alla oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, eller ålder, och oavsett vilken bostadsort, utbildning eller vilka ekonomiska förutsättningar man har. Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilde patientens behov och önskemål.

Regeringens inriktning för en mer jämlik vård handlar också om att verka för fortsatt synliggörande och analyser av skillnader i vårdens resultat. För att stärka och vidareutveckla detta arbete krävs fortsatta insatser som till exempel fortsatt utveckling av kvalitetsregister, Öppna jämförelser och utveckling av e-hälsoverktyg.

Även befolkningsundersökningar och uppföljningen av invånares och patienters erfarenheter och syn på vården bl.a. genom den nationella patientenkäten är en viktig del i arbetet med ökad kunskap om vården.

Socialdepartementet avser vidare att fortsätta dialogen och samverka med hälso- och sjukvårdens aktörer och företrädare för olika patientgrupper om utmaningar i arbetet för en jämlik vård. Bland annat förbereds en landstingsturné under 2013, då samtliga landsting ska besökas för bland annat diskussioner om arbetet för en mer jämlik vård.

För att förbättra beslutsoförmögna personers ställning har regeringen tillsatt en utredning som ska lämna förslag till en reglering i syfte att så långt möjligt se till att personer som är besluts- oförmögna får den vård eller tandvård som behövs samtidigt som individens integritet och värdighet tillgodoses. Uppdraget ska vara slutfört i april 2014. Sammantaget ska åtgärderna bidra till regeringens arbete för en mer jämlik vård.

Ökad tillgång på organ

Sveriges befolkning har den mest positiva inställningen till organdonation inom EU. Genom transplantation av organ donerade från en avliden eller levande givare kan många människor få ett förlängt liv och en bättre livskvalitet. Behovet av organ för transplantation är emellertid avsevärt större än tillgången. Regeringens avsikt är därför att tillsätta en utredning vars främsta uppgift är att göra en översyn av det regelverk som styr donation och transplantation i Sverige. Syftet med översynen är att skapa en så ändamålsenlig och patientsäker verksamhet som möjligt och därmed bidra till en ökad tillgång på organ.

Sammanhållen vårdinformation

Sverige har kommit långt när det gäller användning av it-system som stöd i den dagliga verksamheten och för utveckling samt när det gäller säkerhet och behörighet. Regeringen och huvudmännen har gjort stora investeringar för att skapa goda grundförutsättningar för en mer ändamålsenlig informationshantering. Satsningar har gjorts och görs på exempelvis it-infrastruktur, säkerhetslösningar och för att införa en

nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk.

En enskild som rör sig inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten möter allt fler vårdgivare och utförare. Därför är det viktigt att behörig personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har tillgång till personuppgifter om den enskilde och relevant information om de insatser som den enskilde fått tidigare. Utan rätt information ökar risken för att felaktiga beslutsunderlag leder till felbehandlingar eller allvarliga interaktioner mellan läkemedel och andra insatser. Samtidigt ska den enskildes integritet skyddas. Förutsättningen att ge vård av god kvalitet genom hög säkerhet med hjälp av information måste ständigt vägas mot individens behov av integritet och önskan att inte dela uppgifter. Dagens lagstiftning sätter integriteten i fokus och ställer långtgående krav på samtycke från den enskilde.

Regeringen har tillsatt en utredning som kommer att granska hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens behov av information i förhållande till den enskildes personliga integritet. Utredningen ska under 2013 lämna förslag på åtgärder som rör tillgången till nödvändiga uppgifter för behörig personal och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

4.9.2 Investeringar i framtidens hälso- och sjukvård

Regeringens ambition för hälso- och sjukvårdspolitikerna är en effektiv vård, som ger goda medicinska resultat, är evidensbaserad och där uppföljning och kunskapsstyrning ger möjlighet till kostnadseffektiv användning av resurser. Forskning och utveckling är viktigt för att nya bättre metoder för behandling, bemötande, omvårdnad och förebyggande insatser ska komma vården till del.

Forskning och innovation

Forskning och innovation har stor betydelse för att utveckla hälso- och sjukvården. Det leder till nya möjligheter att förebygga, diagnostisera och behandla ohälsa och sjukdomar.

Ett långsiktigt perspektiv är nödvändigt för att forskning och innovation ska ges goda förutsättningar. Samarbetet mellan vård och omsorg,

universitet och högskolor, näringsliv, statliga aktörer och patienter är viktigt både för att kunna bedriva klinisk forskning men också för att forskningsresultat ska kunna omsättas i praktisk hälso- och sjukvård samt för innovationsförmågan. Innovationsförmåga är att kunna omsätta kunskap, kompetens och idéer i nya lösningar för att möta behov och önskemål. För att få förnyelse genom innovation är det viktigt att huvudmännen utvecklar upphandlingskompetens, metoder för att mäta och definiera kvalitet och resultatuppfyllelse och ersättningsystem som stödjer och stimulerar utveckling. Det är också viktigt att huvudmännen avsätter tid och resurser inom hälso- och sjukvården för forsknings- och innovationsarbete som långsiktigt utvecklar vården.

Regeringen kommer under hösten att lämna förslag till åtgärder för att förbättra förutsättningarna för utveckling, forskning och innovation i en innovationsstrategi samt i forsknings- och innovationspropositionen som regeringen avser att överlämna under hösten 2012.

Innovationskraft hos nya aktörer

Genom ett utökat vårdval tillkommer nya vårdgivare. Det innebär en utökad valfrihet, men också ett tillfälle att ta till vara den utvecklingskraft som finns hos tillkommande vårdgivare. Ett syfte med vårdval är också att stimulera innovationer. Det kan handla om att vårdgivarna, offentligt som privat drivna, i utökad omfattning tar fram nya arbetssätt och erbjuder patienterna en större mångfald av tjänster. Valfriheten förväntas stimulera vårdgivare att utveckla nya sätt att erbjuda vård.

Genom att låta också privata aktörer, både företag och ideella aktörer, verka inom vården på samma villkor som offentliga skapas en vitaliserande förändringskultur. Med en mix av privat och offentligt drivna vårdcentraler, specialistklinik och sjukhus, och där patienten har valfrihet, stimuleras förbättringar. Resultaten för patienterna bör öppet redovisas, enhet för enhet och vara tillgängligt för alla.

Öppna jämförelser av vårdens resultat

Att öppet redovisa resultat är en förutsättning för att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet, effektivitet och jämlikhet. Regeringen kommer under 2013 att vidareutveckla den strategi för

kvalitetsutveckling genom Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som beslutades 2009.

Ett viktigt utvecklingsområde är att minska tidsspannet mellan det att data fångas i systemen till dess att den tillgängliggörs. Fram till i dag har Öppna jämförelser huvudsakligen publicerats i form av årliga rapporter som även finns tillgängliga på nätet. En av anledningarna till att jämförelser publiceras årsvis snarare än kontinuerligt handlar om att det saknas en infrastruktur för att hantera en kontinuerlig tillgång på data och jämförelser. Detta innebär att dagens Öppna jämförelser inte kan stödja den kontinuerliga utvecklingen av vården liksom att de inte kan användas för att stödja patienternas möjligheter att välja vårdgivare.

Avsikten är att skapa möjligheter att få ut resultat ur systemen på ett sådant sätt att olika leverantörer av applikationer för datorer eller mobiltelefoner, landsting eller andra intressenter på ett enkelt och likvärdigt sätt ges tillgång till vissa aggregerade data av allmän vikt och betydelse. Genom att skapa en infrastruktur som gör det möjligt att tillgängliggöra data med mindre fördröjning än i dagsläget så kommer även de Öppna jämförelserna att kunna automatiseras och genomföras med en kontinuerlig uppdatering över tid. Detta stödjer landstingens strategiska ledningsarbete samt tillgängliggör aktuella underlag för patienternas fria val.

På uppdrag av regeringen utarbetar Socialstyrelsen i samverkan med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting förslag om hur arbetet med Öppna jämförelser inom folkhälsoområdet bör läggas upp framöver. Nästa redovisning av Öppna jämförelser inom folkhälsoområdet förväntas hösten 2014.

Socialstyrelsen har även fått uppdraget att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla Öppna jämförelser för de mest sjuka äldre. Särskilt fokus ska bl.a. läggas på att utveckla indikatorer som beskriver vård och omsorgsprocesserna.

Internationella jämförelser och samarbete

Det är viktigt att öka transparensen vad gäller hälso- och sjukvårdens resultat inom landet. Det är också viktigt att jämföra det svenska hälso- och sjukvårdssystemet med andra länder. Sverige leder en EU-arbetsgrupp inom detta område och

avser lägga förslag under kommande år, som underlättar Öppna jämförelser mellan de europeiska ländernas hälso- och sjukvårdssystem samt förslag som innebär ett ökat samarbete mellan WHO, OECD och EU på området.

Sveriges engagemang för arbetet som syftar till att utveckla gränsöverskridande utbyte av patientinformation och e-recept på europeisk nivå kvarstår. Detta engagemang yttrar sig till stor del inom det europeiska epSOS-projektet (Smart Open Services for European Patients) som också bidrar till genomförandet av patientrörlighetsdirektivet. Inom detta område är Sverige aktivt som ett av de ledande länderna. Sverige driver frågan nationellt såväl som inom Europa för att stödja en utveckling mot användarvänliga tjänster som tillgodoser både medborgarnas och professionens behov.

Sverige medverkar tillsammans med 13 andra jämförbara länder i den internationella studien IHP (International Health Policy Study) som genomförs av Commonwealth Fund. Regeringen kommer även fortsättningsvis att medverka i denna studie som hittills bidragit med mycket intressanta jämförelsedata. Den är en unik jämförelse i så måtto att den utgår från patienternas upplevelse av vården.

Förbättringar för personer med långvarig eller kronisk sjukdom

Med utgångspunkt i regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en mer jämlik vård 2011 har regeringen gett stöd till landstingen för att de ska förtydliga strukturerna för kunskapsstyrning och utveckling av verksamheten. Detta har mynnat ut i ett försöksarbete, som bland annat syftar till att i större utsträckning följa nationella riktlinjer och mer systematiskt följa upp kvaliteten med hjälp av nationella kvalitetsregister.

Arbetet kommer under kommande år att utvecklas med sikte på att stödja huvudmännen med framtagandet av strategier för att förbättra vård och behandling av sjukdomar som drabbar många personer och som medför lidande och kostnader för den enskilde och för samhället i stort. Det handlar framför allt om kroniska sjukdomar såsom diabetes, schizofreni, astma och allergi, osteoporos samt reumatism m.m. Utgångspunkten för regeringens arbete med sjukvårdshuvudmännen är att verka för förbättringar

av hälso- och sjukvården inom ramen för rådande ansvarsfördelning mellan stat och kommunsektor.

En ny myndighetsstruktur som stödjer hälso- och sjukvårdens utveckling

Regeringen har under de senaste sex åren genomfört några angelägna organisationsförändringar inom den statliga verksamheten som stödjer hälso- och sjukvården. Till den hör den sammanslagna tillsynen av hälso- och sjukvård och socialtjänsten samt tillskapandet av en myndighet för oberoende granskning av vården ur ett patientperspektiv (Myndigheten för vårdanalys). Betänkandet Gör det enklare! (SOU 2012:33) med förslag till en ny myndighetsorganisation har överlämnats till regeringen och remissbehandlats. Regeringen har därefter tagit initiativ till en myndighetsförändring genom en ny myndighet för tillsyn och en ny myndighet för infrastruktur. Utredningens förslag kommer att beredas vidare. När det handlar om att stärka stödet för kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården har regeringen initierat ett arbete för att koordinera befintliga myndigheters insatser vad gäller att ta fram kunskapsunderlag och riktlinjer.

En myndighet för tillsyn

En väl fungerande tillsyn är viktig för att säkerställa att medborgarna får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med gällande lagar och andra föreskrifter. Tillsynen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver stärkas och bli mer kraftfull. Inte minst en ökad mångfald och förändringstakt gör det viktigt att kvaliteten följs noga och att eventuella problem åtgärdas effektivt.

Som ett led i att stärka tillsynen bildas den 1 juni 2013 en ny tillsynsmyndighet – Inspektionen för vård och omsorg – genom att delar av Socialstyrelsens verksamhet förs över till den nya myndigheten. Skälen till att bilda en renodlad tillsynsmyndighet är bl.a. att tillsynen bör ha en oberoende ställning i förhållande till normering, kunskapsutveckling och bidragsgivning. En fristående tillsynsmyndighet kan också bidra till att tillsynen utövas med mer långsiktig planering, tydligare prioriteringar, ett mer strategiskt inriktat arbete, dvs. möjliggör en effektivare tillsyn. Regeringen har gett en sär-

skild utredare (dir 2012:67) i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av den nya tillsynsmyndigheten. Tillsynen ska dessutom förstärkas genom att bl.a. utveckla metoder för riskanalyser, statistik och andra insatser för att öka effektiviteten i tillsynen, både vad avser privata och offentliga utförare. För att möjliggöra en effektiv styrning, prioritering och uppföljning av tillsynsärenden ska en förstärkning ske av it-system och rutiner. Vidare är strävan också att öka och utveckla kunskapsåterföringen av tillsynens iakttagelser och stimulera ett ökat lärande av genomförd tillsyn. För att förstärka tillsynen av hälso- och sjukvård och äldreomsorg avser regeringen sammantaget att satsa 175 miljoner kronor per år under 2013–2014 och 150 miljoner kronor per år 2015–2016. Av dessa medel är avsikten att 90 miljoner kronor ska vara en permanent resursförstärkning.

En myndighet för infrastruktur

I utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen är it ett viktigt stöd och verktyg. Det pågår i dag många olika projekt på såväl statligt som huvudmännens initiativ som handlar om att utveckla it-stöd och infrastruktur i vården och omsorgen. Regeringens långsiktiga ambition är att nationella tjänster, standarder, strukturer m.m. ska vara gemensamma för all hälso- och sjukvård (inklusive tandvård och apoteksområdet) och omsorgen, där det är möjligt.

Apotekens Service AB är ett av staten helägt bolag som ansvarar för den infrastruktur som används av samtliga aktörer på den omreglerade apoteksmarknaden. Apotekens Service AB fungerar i dag som ett informationsnav där olika intressenter kan hämta viktig läkemedelsinformation, som behövs bl.a. för elektronisk förskrivning av e-recept. Regeringen bedömer att det finns fördelar med att ombilda bolaget till en ny infrastrukturmyndighet för vård och apotek.

Regeringskansliet ska utifrån Ds 2012:21 Ny myndighet för infrastrukturfrågor för vård och apotek, arbeta vidare för att Myndigheten för infrastrukturfrågor för vård och apotek tillskapas med start 2014.

Ansvar för specialistkompetenskurser (SK-kurser)

Regeringen bedömer att det finns ett behov av att förändra ansvaret för verksamheten med specialistkompetenskurser (SK-kurser). Kurserna utgör en viktig del av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST). Sedan 2002 har

Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) haft uppgiften att ansvara för verksamheten med SK-kurser. Regeringen avser att återföra denna uppgift till en statlig myndighet.

Efterfrågan på kursplatser överstiger samtidigt tillgången på SK-kurser. Det försvårar för läkare att bli färdiga med sin ST-utbildning inom avsedd tid och påverkar därmed hälso- och sjukvårdens tillgång på specialistkompetens. Regeringen avser därför att, under perioden 2013–2014, genomföra en förstärkning på området som syftar till att fler läkare ska kunna gå sin ST-utbildning inom den tid som är avsedd. Genom förstärkningen ska ett kursutbud utvecklas som i större utsträckning motsvarar det behov av SK-kurser som finns.

Satsning på kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister spelar en viktig roll för den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling. Registren är också ett värdefullt verktyg för forskningen. Väl uppbyggda och använda kvalitetsregister medför en bättre sjukvård och minskat lidande för patienten, samtidigt som det kan innebära kostnadsbesparingar för samhället.

Regeringen och sjukvårdshuvudmännen kommer under 2013 fortsätta den långsiktiga gemensamma satsningen på utveckling och finansiering av kvalitetsregistren som inleddes 2012. Sammantaget avsätts ca 1,54 miljarder kronor för perioden 2012–2016. Staten står för 70 procent av finansieringen. Medlen ska på sikt underlätta uppföljning, verksamhetsutveckling, forskning och innovation.

Fortsatt översyn m.m. av apoteks- och läkemedelsområdet

Regeringen har i ett antal år genomfört flera förändringar på apoteksmarknaden med syfte att ge konsumenter ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och ett bättre tjänsteutbud. Som ett led i detta arbete har regeringen uppdragit åt en särskild utredare att göra en översyn av flera frågor rörande apoteksomregleringen.

Läkemedel i rimlig tid

Det är av största betydelse för den enskilde att han eller hon inom en rimlig tid kan få tillgång

till förordnade läkemedel och varor på ett öppenvårdsapotek. För att säkerställa att apoteksomregleringen fått avsedd effekt i denna del har utredningen uppdraget att kartlägga och analysera om och i så fall vilka problem det finns vad gäller leveranser och tillhandahållande av läkemedel. Vidare ska en översyn göras av den rättsliga reglering som gäller vid maskinell dosdispensering av läkemedel till patienter i öppen och sluten vård.

Långsiktigt hållbar prismodell

Regeringen har även tagit initiativ till en översyn av prissättningen av originalläkemedel utan generisk konkurrens. Utredaren ska lämna förslag till en långsiktigt hållbar prismodell för originalläkemedel utan generisk konkurrens som kan möta de växande utmaningarna på läkemedelsområdet. För patienter är det viktigt att läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånerna medför ett godtagbart skydd för skador som kan orsakas av läkemedlen. En viktig del i utredarens uppdrag består också i att komma med förslag på hur en obligatorisk läkemedelsförsäkring ska utformas inom förmånerna.

I samband med försäljningen av vissa apotek tecknades avtal mellan staten och köparna om dessa apoteks servicenivå. För att tillförsäkra en fortsatt god servicenivå efter att avtalen löpt ut planerar regeringen att inrätta en särskild stödordning. En av de faktorer som kommer att beaktas vid utgivande av medel ur denna stödordning är avståndet mellan det apotek som ansöker om stöd och närmast närliggande apotek.

Fortsatt utveckling av läkemedelsstrategin

Syftet med den nationella läkemedelsstrategin är att få en nationell kraftsamling kring de förbättringar som krävs på läkemedelsområdet för att nå bl.a. goda medicinska resultat, kostnadseffektivitet och innovationskraft. Några av de insatser som planerades när strategin antogs är genomförda, andra behöver ytterligare tid för att realiseras och nya åtgärder kan vara erforderliga att lägga till. Den handlingsplan som beskriver de olika insatsområdena kommer därför att uppdateras inför 2013 och arbetet mot visionen – rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle – kommer att intensifieras ytterligare under året.

Som ett led i genomförandet av strategin har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Sveriges Kommuner och Lands-
ting och Läkemedelsverket att ta fram särskilda
Öppna jämförelser om läkemedel.

Högekostnadsskydd

Regeringen föreslår i avsnitt 2 och 4.10 en förändring av högekostnadsskyddet. En löpande indexreglering av högekostnadsskyddet och slutenvårdsavgiften är angelägen för att bevara en hållbar finansiering av vården och på så sätt kunna bedriva en vård av hög kvalitet och effektivitet. Långa perioder av oförändrade kostnadstak urholkar med tiden finansieringen av vården, då realvärdet av oförändrade patientavgifter sjunker i takt med inflationen. En sådan situation vill regeringen undvika.

En annan anledning till att bibehålla realvärdet av högekostnadsskydden och den maximala slutenvårdsavgiften är att bevara utrymmet för landstingen att utforma avgiftssystem inom ramen för högekostnadsskydden och avgiftstaket inom slutenvården och därmed ha möjlighet att styra vårdefterfrågan till lämplig vårdnivå. Dessutom menar regeringen att löpande, mindre, indexregleringar är att föredra framför stora justeringar, inte minst för personer med en svår ekonomisk situation.

4.10 Förslag till författningsändringar för indexreglering av högekostnadsskydden

4.10.1 Ärendet och dess beredning

Den 22 juni 2011 beslutade regeringen att en särskild utredare skulle se över avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. (dir. 2011:61). Utredningen, som antog namnet Vårdavgiftsutredningen, lämnade sitt betänkande den 16 januari 2012. Betänkandet, Framtidens högekostnadsskydd i vården (SOU 2012:2), behandlar framför allt högekostnadsskydden för läkemedel samt hälso- och sjukvård. En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1, avsnitt 1*. Författningsförslagen finns i *bilaga 1, avsnitt 2*. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över

remissinstanserna finns i *bilaga 1, avsnitt 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2012/390/FS).

Lagrådet

Regeringen beslutade den 31 maj 2012 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 1, avsnitt 4*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 1, avsnitt 5*. Lagrådet har lämnat förslagen utan erinran.

Förslagen till ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik har med hänsyn till att förslagen är följdändringar till ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen och är av enkel beskaffenhet inte underställts Lagrådets granskning.

4.10.2 Bakgrund

I genomsnitt görs i Sverige tre läkarbesök per person och år, vilket är en relativt låg siffra internationellt sett. Kvinnor gör i genomsnitt fler läkarbesök än män. Personer med låg inkomst gör generellt fler läkarbesök än personer med hög inkomst, även om detta samband inte är lika entydigt. Dessutom påverkas besöksfrekvensen i hög grad av vårdens tillgänglighet, t.ex. avstånd till vårdcentral/sjukhus, öppettider och personaltillgång.

Inköp av läkemedel hänger tydligt samman med läkarbesök. För att kunna köpa receptbelagda läkemedel krävs i princip att man besökt en läkare och fått recept utskrivet. Konsumtionsprofilerna för läkemedel och sjukvård är därför likartade. Detta gäller dock inte för läkemedel till de allra äldsta som i stor utsträckning bor på särskilt boende och får sina läkemedel där.

Studier visar att det generellt sett är ovanligt att man inte besöker sjukvården eller hämtar ut läkemedel av ekonomiska skäl.

I Sverige, liksom i de flesta andra jämförbara länder, spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla. Egenavgifterna motsvarar 16–17 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader, en andel som varit i stort sett konstant under det senaste decenniet. Avgiftsandelen varierar emellertid

kraftigt mellan olika delar av vårdsektorn. För receptbelagda läkemedel utgör egenavgifternas andel 22–23 procent av läkemedelskostnaderna medan egenavgifterna för öppen vård täcker 13–14 procent av kostnaderna för öppen vård.

Det främsta motivet för egenavgifter i hälso- och sjukvården är att de ska fungera som instrument för att styra efterfrågan till lämplig vårdnivå vid lämplig tidpunkt. Avgifter i vården är även avsedda att medföra ett ökat kostnadsmedvetande hos befolkningen och därmed motverka överkonsumtion. Detta förutsätter att avgifterna varierar mellan olika vårdnivåer. Viktigt är också att vårdavgifterna inte är så höga att den som behöver vård avstår från eller skjuter upp sitt besök av ekonomiska skäl.

4.10.3 Nuvarande förhållanden

Högekostnadsskydden för hälso- och sjukvård och läkemedel regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. I hälso- och sjukvårdslagen finns det även en bestämmelse om vilken avgift som högst får tas ut per vård dag inom slutenvården.

Avgifter och högekostnadsskydd för öppenvårdsbesök

I hälso- och sjukvårdslagen finns det grundläggande bestämmelser om hälso- och sjukvård. Med hälso- och sjukvård avses bl.a. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet.

I 26 a § hälso- och sjukvårdslagen finns det bestämmelser om högekostnadsskydd för bl.a. öppenvårdsbesök. Det nuvarande högekostnadsskyddet infördes den 1 januari 1997. Systemet innebär att man under en period på tolv månader behöver betala högst 1 100 kronor (mellan januari 1997 och januari 2012 var beloppet 900 kronor) för vårdavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården, för avgifter för vissa förbrukningsartiklar och för avgifter för sådan

tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift enligt bestämmelser i tandvårdslagen (1985:125). Om en förälder eller föräldrar gemensamt har flera barn under 18 år i sin vård får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnadstaket uppnåtts. Landstingen har, inom ramen för det lagstadgade högekostnadsskyddet, möjlighet att utforma sina egna avgiftssystem.

Avgifter och högekostnadsskydd för läkemedel

Lagen om läkemedelsförmåner m.m. innehåller bl.a. bestämmelser om vilka varor som ska omfattas av läkemedelsförmånerna och om prisreglering av dessa varor. Med läkemedelsförmåner avses enligt 5 § ett skydd mot höga kostnader vid inköp av förmånsberättigade läkemedel och andra varor.

Det nuvarande statliga förmånssystemet för läkemedel trädde i kraft den 1 januari 1997 och innebär att patienten, under en tolv månadersperiod, får sin totala läkemedelskostnad stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. förmånstrappan. Denna är utformad så att patienten

- upp till 1 100 kronor betalar hela kostnaden
- mellan 1 100 och 2 100 kronor betalar 50 procent,
- mellan 2 100 och 3 900 kronor betalar 25 procent,
- mellan 3 900 och 5 400 kronor betalar 10 procent samt
- över 5 400 kronor är kostnadsbefriad.

Modellen är utformad så att egenavgiften som mest uppgår till 2 200 kronor per tolv månadersperiod (före den 1 januari 2012 var beloppet 1 800 kronor). Om en förälder eller föräldrar gemensamt har flera barn under 18 år i sin vård tillämpas bestämmelsen om högekostnadsskydd gemensamt för barnen.

Avgiftstak för slutenvård

Det finns inget nationellt högekostnadsskydd för avgifter inom slutenvården. Sedan juni 1998 finns det däremot en lagstadgad maxavgift på 80 kronor per patient och vård dag. Varje landsting har möjlighet att differentiera slutenvårdsavgiften beroende på exempelvis patientgrupp

eller ålder så länge den inte överstiger 80 kronor per patient och vård dag. Slutenvård är avgiftsfri för barn och ungdomar inom alla landsting. Åldersgränsen för avgiftsfrihet varierar dock från 18 år till 20 år.

4.10.4 Indexreglering av högkostnadsskydden

Regeringens förslag: Högkostnadsskyddet för bl.a. besök inom den öppna hälso- och sjukvården indexregleras genom att fastställas till en viss andel av prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor.

Även den avgift som högst får tas ut per vård dag inom slutenvården kopplas till prisbasbeloppet och avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

När det gäller läkemedelsförmånerna införs en bestämmelse om kostnadstak för inköp av förmånsberättigade varor. Även detta kostnadstak indexregleras och avrundas nedåt till närmaste femtiotal kronor. Beloppen inom den s.k. förmånstrappan fastställs till en viss andel av kostnadstaket.

Följdändringar görs i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik genom att begreppet kostnadsbefrielse ersätts med avgiftsbefrielse.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslog bl.a. att det belopp som den förmånsberättigade som högst ska behöva betala för läkemedel m.m. under ettårsperioden ska betecknas avgiftstak.

Remissinstanserna: Merparten av de remissinstanser som svarat på remissen ställer sig bakom utredningens förslag gällande indexering av högkostnadsskydden för öppenvårdsbesök och läkemedel. Som exempel kan nämnas *Sveriges Kommuner och Landsting*, *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* och *Konsumentverket* samt ett antal landsting, såsom *Uppsala läns landsting*, *Hallands läns landsting* och *Norrbottens läns landsting*. Flera instanser instämmer i utredningens bedömning att lägre indexjusteringar är att föredra framför stora, mer sällan återkommande justeringar. Flera instanser

instämmer även i bedömningen att indexjusterade högkostnadsskydd och avgiftstak bidrar till en långsiktigt hållbar finansiering av hälso- och sjukvården, exempelvis *Östergötlands läns landsting* och *Stockholms läns landsting*.

Fyra remissinstanser avstyrker förslagen om indexreglerade högkostnadsskydd för öppenvårdsbesök och läkemedel, nämligen *Jämtlands läns landsting*, *Kalmar kommun*, *Astma- och allergiförbundet* samt *Demensförbundet*. Dessa instanser pekar på risken för att en indexering av högkostnadsskydden drabbar redan ekonomiskt utsatta grupper och anser att finansieringen av hälso- och sjukvården inte bör lyftas över på den enskilde. Demensförbundet påpekar att en indexering av högkostnadsskydden innebär en risk för automatiska prisökningar och föredrar nuvarande system.

Även några remissinstanser, som i och för sig inte avstyrker utredningens förslag, menar att det finns en risk att redan ekonomiskt utsatta grupper kommer att drabbas av indexjusteringarna, exempelvis *Statens folkhälsoinstitut* och *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa*.

Sveriges Pensionärsförbund anser att indexregleringen för de båda högkostnadsskydden och avgiftstaket för slutenvårdsavgiften i stället för att vara kopplat till konsumentprisindex bör vara kopplat till inkomstutvecklingen.

Kronobergs läns landsting och *Hallands läns landsting* efterlyser en ökad tydlighet i fråga om vilket högkostnadsskydd som är aktuellt vid öppenvårdsbesök i andra landsting. Hälso- och sjukvårdslagen ger utrymme för tolkning huruvida det är vårdgivande landsting eller hemlandstingets tillämpning av högkostnadsskyddet som gäller i de fall de skiljer sig åt. Enligt vissa sjukvårdshuvudmän är det vårdlandstingets belopp som ska tillämpas medan andra anser att hemlandstingets belopp gäller oavsett var vården söks. Att tillämpa samma högkostnadsbelopp i hela landet skulle vara mer i linje med målsättningen om en rättvis och jämlik vård samtidigt som administrationen skulle förenklas.

Gotlands kommun påpekar att begreppet fosterföräldrar som används i den föreslagna lydelsen av 26 § hälso- och sjukvårdslagen, inte längre används i socialtjänstlagen. Begreppet motsvaras numera närmast av familjehemsförälder.

När det gäller indexering av högkostnadsskyddet för läkemedel anför *Sveriges Apoteks-förening* att de inte har några principiella invänd-

ningar mot förslaget, men att det är viktigt att det finns en ansvarig myndighet med kommunikationsansvar för högkostnadsskyddet gentemot allmänheten. Därutöver bedömer Sveriges Apoteksförening att beslut om indexering kräver god framförhållning, minst sex månader mellan beslut och ikraftträdande, för att nödvändiga förändringar i apotekens it-stöd ska hinna genomföras.

Sveriges Farmaceutförbund har inget emot en indexreglering av avgiftstaket i högkostnadsskyddet. Däremot anser förbundet att indexregleringen bör införas vid en annan tidpunkt än årsskiftet, förslagsvis januari/februari, eftersom den hamstringsrisk som förslaget medför innebär att den redan tunga arbetsbelastningen på apoteken under julhelgerna ökar ytterligare.

Merparten av de svarande remissinstanserna ställer sig positiva även till förslaget om indexering av avgiftstaket för slutenvård. Två instanser, Jämtlands läns landsting och Demensförbundet, avstyrker förslaget av samma orsak som dessa instanser avstyrker förslagen om indexering av högkostnadsskydden för öppenvårdsbesök och läkemedel. *Södermanlands läns landsting* ser problem med en indexjustering av avgiftstaket inom slutenvården men stödjer förslaget om att höja maxbeloppet för slutenvårdsavgiften i en engångsuppräknung.

Skälen för regeringens förslag

Indexering av högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök m.m.

Trots att hälso- och sjukvården i huvudsak är skattefinansierad bidrar patientavgifterna till dess finansiering. Regeringen menar att det finns behov av att säkerställa att patientavgifternas realvärde bibehålls över tid eftersom detta bidrar till en hållbar finansiering av hälso- och sjukvården. Regeringen instämmer därför i Vårdavgiftsutredningens förslag att högkostnadsskyddet ska indexregleras.

Syftet med förslaget är att stärka hälso- och sjukvården genom att mer resurser tillförs landstingen. Regeringen menar att en hållbar finansiering av hälso- och sjukvården bör komma patienterna till del genom en mer kvalitativ och effektiv vård.

Några remissinstanser har påpekat att indexjusteringar av högkostnadsskyddet riskerar att drabba redan ekonomiskt utsatta grupper. Rege-

ringens avsikt med förslaget är dock inte att patientavgifternas andel av finansieringen ska öka utan att avgifternas realvärde bibehålls över tid. Utan en löpande indexreglering menar regeringen att värdet av patientavgifterna kommer att minska över tid. Genom löpande indexregleringar av högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök kommer patientavgifterna att bidra till en hållbar finansiering av hälso- och sjukvården. Högkostnadsskyddets konstruktion innebär dock att de personer som behöver mest vård även fortsättningsvis endast kommer att betala en mindre del vid nyttjandet av sjukvård.

En indexreglering av högkostnadsskyddet syftar även till att bibehålla landstingens utrymme att differentiera sina sjukvårdsavgifter och därmed ha möjlighet att styra vårdefterfrågan till lämplig vårdnivå. Med ett avgiftstak i högkostnadsskyddet som ligger för lågt minskar hälso- och sjukvårdshuvudmännens möjlighet att styra vårdefterfrågan.

Ytterligare ett syfte med att indexreglera högkostnadsskyddet är att undvika stora justeringar i högkostnadsskyddet. Mindre, löpande indexregleringar menar regeringen är att föredra framför stora justeringar, inte minst för personer med en svår ekonomisk situation. Dessutom väntas mindre indexregleringar motverka överkonsumtion. Med ett högkostnadsskydd där värdet urholkas når patienterna relativt fort upp till kostnadsbefrielse och blir därmed okänsliga för vårdavgifter. En överkonsumtion av hälso- och sjukvård resulterar i att möjligheterna att erbjuda vård till dem som mest behöver det minskar.

Indexering av högkostnadsskyddet för läkemedel m.m.

Regeringen instämmer i Vårdavgiftsutredningens förslag att indexreglera högkostnadsskyddet för läkemedel. Det främsta syftet är, liksom inom öppenvården, att bibehålla realvärdet av högkostnadsskyddet. En löpande indexering av högkostnadsskyddet bidrar till en hållbar finansiering av läkemedel. Kostnader för läkemedel är en stor utgift för landstingen och egenavgifterna för läkemedel utgör nära en femtedel av dessa. Regeringen menar att det är av stor betydelse att egenavgifternas värde inte minskar över tid.

En löpande indexering av högkostnadsskyddet för läkemedel motverkar dessutom stora och sällan återkommande justeringar av kost-

nadstaket. Statistik över läkemedelsförsäljning har visat att större höjningar av högkostnadsskyddet för läkemedel kan leda till överkonsumtion av läkemedel eller att läkemedel hämtas ut men inte används. Med en löpande indexering av högkostnadsskyddet för läkemedel bedömer utredningen att sådana hamstrings-effekter ska motverkas. Regeringen instämmer i den bedömningen. Några remissinstanser har uttryckt oro för att redan ekonomiskt utsatta grupper kommer att drabbas av indexjusteringarna. Liksom högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök säkerställer emellertid även det för läkemedel att de personer som konsumerar mest läkemedel även fortsättningsvis endast kommer att betala en mindre del av kostnaderna för dessa.

Indexering av avgiftstaket för slutenvården

Vårdavgiftsutredningen föreslår att den högsta tillåtna avgiften för slutenvård indexregleras löpande. Regeringen instämmer även i detta förslag. Skälet är att även patientavgifterna inom slutenvården bör bidra till en hållbar finansiering av hälso- och sjukvården. En nödvändighet är då, enligt regeringen, en löpande indexreglering av avgiftstaket för slutenvården.

Slutenvårdsavgiften fastställdes 1998 till maximalt 80 kronor per vård dag. Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag att vid en inledande indexreglering av slutenvårdsavgiften genomföra en uppräknings av avgiften motsvarande den som genomfördes i högkostnadsskydden för läkemedel och öppenvårdsbesök fr.o.m. den 1 januari 2012, i syfte att återställa realvärdet av slutenvårdsavgiften till det som gällde 1998. En sådan justering innebär en höjning av slutenvårdsavgiften till cirka 100 kronor vid ett första indexeringstillfälle.

Modell för indexering

Vårdavgiftsutredningen föreslår att högkostnadsskydden för öppenvårdsbesök och läkemedel samt avgiftstaket för slutenvården indexregleras genom att i lag fastställas till bestämda andelar av prisbasbeloppet.

Vårdavgiftsutredningen konstaterar att indexeringen bör följa den allmänna prisutvecklingen i samhället för att säkerställa att värdet av patient- och egenavgifter inte minskar över tid. Detta talar för att knyta högkostnadsskydden till prisbasbeloppet, som i princip följer konsumentprisindex (KPI). Många individer med stort vårdbehov har ersättningar som är kopplade till

prisbasbeloppet, bl.a. garantipensionen, nivån på det vanliga och det särskilda bostadstillägget till pensionärer (BTP och SBTP), äldreomsorgsstödet samt handikappersättningen. Även avgifterna för äldre- och handikappomsorgen är kopplade till prisbasbeloppet.

Ett annat alternativ är att knyta den löpande indexeringen till kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvård, t.ex. landstingsprisindex, LPI. Kostnaderna inom sjukvården ökar generellt sett snabbare än KPI, bl.a. på grund av att sjukvården är mer personalintensiv än ekonomin i sin helhet. Ett sådant index skulle värdesäkra avgifterna i relation till landstingens kostnader i större utsträckning än ett index baserat på KPI. Utredningen anser emellertid att en sådan typ av indexering kan vara problematisk eftersom syftet med indexeringen är att följa prisutvecklingen i samhället, inte landstingens kostnadsutveckling. Dessutom är inkomsterna för stora grupper av patienter kopplade till prisbasbeloppet.

Regeringen föreslår, i likhet med utredningen, att högkostnadsskyddet för avgifter för besök i öppenvården m.m. fastställs till 0,025 gånger prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, och att avgiftstaket för slutenvården fastställs till 0,0023 gånger prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

När det gäller högkostnadsskyddet på läkemedelsområdet föreslås en ny bestämmelse i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. som preciserar hur mycket den enskilde sammanlagt under ettårsperioden själv ska behöva betala för förmånsberättigade läkemedel och andra varor. Detta framgår i dag endast indirekt av lagtexten. Utredningen föreslog att detta belopp bör benämnas avgiftstak. Termen avgift nämns emellertid inte i övrigt i lagen och regeringen anser därför att termen kostnadstak är lämpligare att använda. Kostnadstaket föreslås fastställas till 0,05 gånger prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Beloppsgränserna inom förmånstrappan fastställs i sin tur till vissa andelar av kostnadstaket på så sätt att den enskilde betalar hela kostnaden upp till 0,5 gånger kostnadstaket, hälften av kostnaderna mellan 0,5 och 0,954 gånger kostnadstaket, 25 procent av kostnaderna mellan 0,954 och 1,773 gånger kostnadstaket och 10 procent av kostnaderna mellan 1,773 gånger och 2,454 gånger kostnadstaket. Den enskilde behöver inte betala någon del av de kostnader

som överstiger ett belopp motsvarande 2,454 gånger kostnadstaket.

Varje höst beslutar regeringen om efterföljande års prisbasbelopp. Beroende på storleken på prisbasbeloppshöjningen ska samtidigt högkostnadsskydden och maxavgiften inom slutenvården revideras. Ett par remissinstanser har haft invändningar mot att justeringar av högkostnadsskyddet på läkemedelsområdet ska genomföras samtidigt som det prisbasbelopp som kostnadstaket beräknas på börjar gälla. Såvitt regeringen har kunnat utröna saknas det emellertid tekniska eller andra skäl till att låta nya belopp inom högkostnadsskydden och för slutenvårdsavgiften börja gälla senare än den 1 januari.

Landstingen kan liksom i dag välja att tillämpa ett lägre högkostnadsskydd för öppenvårdsbesök och en lägre avgift inom slutenvården än vad lagstiftningen anger.

Ett par remissinstanser har efterlyst ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av huruvida det är högkostnadsskyddet i det landsting där vården ges eller där patienten är bosatt som ska gälla vid vård i annat landsting än hemlandstinget. I ifrågavarande lagstiftningsärende saknas emellertid underlag för ett sådant förtydligande.

Den som åtnjuter avgiftsbefrielse (fått frikort) för besök m.m. inom öppenvården eller som uppnått kostnadsbefrielse för läkemedel m.m. som sträcker sig över ett årsskifte påverkas inte av en höjning av högkostnadsskyddet under löpande ettårsperiod. För den som vid årsskiftet inte har nått upp till frikortsgränsen, eller som ännu inte haft kostnader för läkemedel uppgående till den nivå där full kostnadsreducering inträder, gäller däremot de nya beloppen. Den som t.ex. har haft läkemedelskostnader som berättigar till viss kostnadsreducering omfattas således av höjningar av beloppen inom förmånstrappan.

4.10.5 Genomförande, information och uppföljning

Regeringens bedömning: Beräkningar av högkostnadsskydden och av avgiftstaket inom slutenvården bör utföras av en utpekad myndighet. Effekter av indexregleringar bör följas inom befintliga uppföljningsstrukturer.

Utredningens förslag: Utredningen ansåg att det bör uppdras åt någon myndighet att tillkännage ändringar i högkostnadsskydden och i avgiftstaket inom slutenvården.

Remissinstanserna: Inga direkta synpunkter har inkommit som vänder sig mot utredningens förslag.

Skälen för regeringens bedömning

Regeringen instämmer i utredningens förslag och gör bedömningen att beräkningar gällande högkostnadsskydden och avgiftstaket lämpligen bör utföras av en utpekad myndighet. Regeringens bedömning är att det även bör finnas en utpekad aktör för att informera om förändringar i högkostnadsskydden samt avgiftstaket för slutenvården. En lämplig myndighet för dessa uppdrag skulle exempelvis kunna vara Socialstyrelsen. Regeringen avser dock att återkomma i denna fråga.

Vårdavgiftsutredningen påpekar att möjligheterna att följa vård- och läkemedelskonsumtion är bristfälliga. Utredningen konstaterar dock att möjligheterna till uppföljning av läkemedelskonsumtion är bättre än för vårdkonsumtion. I dag är det möjligt att följa läkemedelskonsumtionen på individnivå, i termer av inköp av receptförskrivna läkemedel, antal frikort etc. Uppgifter om vårdkonsumtion är otillräckliga, på såväl individ- som systemnivå. Utredningen bedömer därför att möjligheterna att följa hälso- och sjukvårdskonsumtionen bör utvecklas.

Ett utvecklingsarbete för att följa vårdkonsumtionen löpande på nationell nivå innebär omfattande insatser. Dessutom måste ett nationellt utvecklingsarbete på området motsvara det nationella åtagandet och samtidigt ta hänsyn till det kommunala självstyret. I nuläget finns inte underlag för att gå vidare med ett så omfattande utvecklingsarbete.

Regeringen anser att de förändringar som här föreslås behöver följas upp noggrant. Särskilt viktigt är det att följa utvecklingen när det gäller personer som väljer att avstå sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl. Regeringen avser att följa denna utveckling noga inom befintliga uppföljningsstrukturer, exempelvis genom de undersökningar som genomförs av Statistiska centralbyrån och Commonwealth Fund.

4.10.6 Ekonomiska konsekvenser

För den enskilda patienten innebär förslagen en begränsad ökning av de samlade utgifterna för besök i öppen vård och för läkemedel, sannolikt mindre än 100 kronor per år i genomsnitt. Först när indexuppräknningen leder till höjningar på 50 kronor eller mer kommer högkostnads-skydden att ändras. Enligt förslaget måste prisbasbeloppet öka med minst 4,5 procent för att högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök m.m. ska höjas med 50 kronor. För att kostnadstaket för läkemedel m.m. ska höjas med 50 kronor måste prisbasbeloppet öka med minst 2,2 procent. Det är således mer sannolikt att kostnadstaket för läkemedel kommer att höjas årligen än det är för öppenvård.

Om ökningen av prisbasbeloppet ett visst år ligger strax under den nivå som krävs för att t.ex. kostnadstaket på läkemedelsområdet ska höjas men året därpå ligger strax däröver kan detta t.ex. innebära att taket höjs med 100 kronor på en och samma gång (49+51 kronor).

En höjning av högkostnadsskyddet i öppenvården med 50 kronor beräknas öka patientavgifterna med drygt 2 procent, eller 55–70 miljoner kronor. En höjning av kostnadstaket för läkemedel med 50 kronor beräknas öka patienternas egenavgifter med 1 procent eller 55 miljoner kronor. Att avgiftsintäkterna ökar mindre än höjningarna av avgiftstaken beror på att inte alla patienter kommer att nå de nya avgiftstaken.

För att genomföra den föreslagna förändringen med indexering av förmånstrappan för läkemedel kommer det att krävas en anpassning av nuvarande avgiftssystem, vilket administreras av Apotekens Service AB. Detta kan beräknas kosta cirka 1,5 miljoner kronor som en engångsinvestering.

Indexregleringen av den maximala avgiften för slutenvård innebär det första året, 2013, en höjning från 80 kronor till 100 kronor per vårddag. Detta medför en intäktsökning för landstingen på uppskattningsvis 120–150 miljoner kronor, förutsatt att landstingen utnyttjar möjligheten att höja avgiften. Beräkningen utgår från uppgifter för 2010, då landstingens slutenvårdsintäkter uppgick till cirka 520 miljoner kronor. Nivån på avgiftsintäkterna har varit relativt stabil de senaste åren och beräkningen ger därför sannolikt en god bild av effekterna även 2013. Landstingen har olika regler för beräkningen av

avgiften. Avgiftsintäkter i slutenvård som tillfaller privata entreprenörer som landstingen köper vård från, framgår inte alltid av landstingens redovisning. Detta gör det svårt att mer exakt bedöma konsekvenserna både avseende landstingens intäkter och patienternas avgiftsökningar. Den årliga indexuppräknningen fr.o.m. 2014 kommer med all sannolikhet inte att leda till någon intäktsökning på kort sikt eftersom maximiavgiften ska avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor. Prisbasbeloppet måste därför ha ökat med närmare 10 procent innan det sker en uppräknning av slutenvårdsavgiften.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att beräkningarna visar på begränsade ekonomiska konsekvenser. Dessa drabbar främst äldre och vissa ekonomiskt utsatta grupper, som får de största genomsnittliga utgiftsökningarna. Högkostnadsskydden och taket för slutenvårdsavgiften är dock avsedda att dämpa ekonomiska konsekvenser bland annat för dessa grupper så långt det är möjligt. Dessutom anser regeringen att mindre justeringar är att föredra framför stora indexjusteringar som infaller mer sällan. Regeringen menar även att en mer hållbar finansiering av hälso- och sjukvården avses komma patienterna till del i form av en stärkt hälso- och sjukvård.

Den inledande indexjusteringen av taket för slutenvårdsavgiften innebär en möjlighet till ökade intäkter för landstingen. Därefter väntas kommande indexjusteringar av såväl högkostnadsskydden som av avgiftstaket inom slutenvården att följa prisutvecklingen.

4.10.7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2013. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om avgifts- eller kostnadsbefrielse som har uppkommit före ikraftträdandet.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Sveriges Apoteksförening anför att det behövs mycket god framförhållning, sex månader, för att nödvändiga förändringar i it-stödet hos apoteken ska hinna genom-

föras. *Sveriges Farmaceutförbund* anser att indexregleringen bör läggas vid en annan tidpunkt än årsskiftet eftersom den hamstringsrisk som förslaget medför innebär att den redan tunga arbetsbelastningen på apoteken under julhelgerna ökar ytterligare.

Skälen för regeringens förslag

Regeringen delar utredningens uppfattning att lagändringarna bör träda i kraft den 1 januari 2013. Anledning saknas att av tekniska eller andra skäl skjuta fram ikraftträdandet till en senare tidpunkt (jämför ovan).

För den som vid ikraftträdandet redan uppnått avgiftsbefrielse (fått frikort) för bl.a. besök i öppenvården eller som uppnått full kostnadsreducering för inköp av läkemedel m.m. bör de nya bestämmelserna om högkostnadsskydd inte börja tillämpas förrän pågående ettårsperiod har avslutats. Övergångsbestämmelser med den innebörden föreslås därför.

Några övriga övergångsbestämmelser behövs inte.

4.10.8 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

26 §

Genom en ändring i *första stycket* indexregleras maxavgiften för slutenvård genom en koppling till prisbasbeloppet. Landstingen får fortsättningsvis ta ut en avgift per vård dag om högst 0,0023 gånger det prisbasbelopp som regeringen fastställer för varje år enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken. Avgiften ska avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

Ändringen i *sjunde stycket* innebär enbart ett förtydligande.

I paragrafen görs även vissa språkliga ändringar.

26 a §

Genom en ändring i *första stycket* indexregleras högkostnadsskyddet för vårdavgifter inom öppen hälso- och sjukvård, vissa förbrukningsartiklar och sådan tandvård som utförs mot hälso- och sjukvårdsavgift. I stället för ett fast belopp utgör avgiftstaket ett belopp motsva-

rande 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Liksom i dag kan landstinget besluta att avgiftsbefrielse ska börja gälla vid ett lägre belopp. I stycket görs även en språklig justering.

Tredje stycket ändras språkligt i syfte att göra terminologin i paragrafen enhetlig.

I *fyjärde stycket* ersätts termen ”fosterförälder” med det mer moderna ordet ”familjehemsförälder”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Enligt *punkt 1* träder lagändringarna i kraft den 1 januari 2013.

Av *punkt 2* följer att den som har uppnått avgiftsbefrielse enligt 26 a § i dess nuvarande lydelse när lagändringen träder i kraft inte behöver betala några ytterligare avgifter under den resterande delen av pågående ettårsperiod, även om högkostnadsskyddet höjs. För den som den 1 januari 2013 inte har betalat avgifter om sammanlagt 1 100 kronor börjar däremot de nya bestämmelserna att gälla direkt vid ikraftträdandet.

Övergångsbestämmelsen reglerar enbart vad som ska gälla i samband med ikraftträdandet den 1 januari 2013. Framtida justeringar av högkostnadsskyddet till följd av att prisbasbeloppet räknas om för kommande år kommer emellertid att slå igenom på motsvarande sätt. Enligt 26 a § första stycket är den som har haft kostnader för vårdavgifter m.m. uppgående till motsvarande 0,025 gånger prisbasbeloppet befriad från att därefter betala ytterligare sådana avgifter under den resterande delen av ettårsperioden. Detta gäller oavsett om högkostnadsskyddet, efter det att avgiftsbefrielse har uppkommit, höjs som en följd av att prisbasbeloppet ändras.

Övergångsbestämmelsen omfattar inte ändringen i 26 §. Högsta tillåtna avgift inom slutenvården beräknas med utgångspunkt i paragrafens lydelse den vård dag som avgiften avser.

Förslaget till lag om ändring i lagen (2001:160) om läkemedelsförmåner m.m.

5 §

Första stycket ändras på så sätt att det i definitionen av vad som avses med läkemedelsförmåner enligt lagen även görs en hänvisning till bestämmelserna i 16 och 17 §§. Ändringen utgör

enbart ett förtydligande av vad som gäller redan i dag.

De nya *tredje och femte styckena* och ändringarna i *fjärde stycket* innebär att högkostnads-skyddet för sådana läkemedel, födelsekontrollerande medel och förbrukningsvaror som omfattas av läkemedelsförmånerna indexregleras.

I *tredje stycket* anges hur mycket den enskilde ska behöva betala för förmånsberättigade varor under den ettårsperiod som avses i andra stycket, dvs. vilket kostnadstak som ska gälla. Kostnadstaket bestäms till 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Någon motsvarande bestämmelse om det maximala belopp som en enskild får betala för läkemedel och andra varor under ett år finns inte i dag utan detta framgår nu endast indirekt av bestämmelsen om den s.k. förmånstrappan i nuvarande tredje stycket.

Fjärde stycket ändras på så sätt att såväl det belopp som den enskilde ska betala själv innan någon kostnadsreducering kan bli aktuell som övriga belopp inom förmånstrappan i fortsättningen ska utgöra en viss andel av kostnadstaket enligt det nya tredje stycket.

I det nya *femte stycket* förtydligas vad som gäller redan i dag, delvis enligt den upphävda fjärde punkten i fjärde stycket, nämligen att när de sammanlagda kostnaderna för förmånsberättigade varor överstiger ett visst belopp är den enskilde befriad från att betala ytterligare sådana kostnader under den resterande delen av ettårsperioden. Även detta belopp utgör i fortsättningen en viss andel av kostnadstaket.

I *sjätte stycket* görs dels en språklig justering, dels en ändring till följd av att två nya stycken läggs till paragrafen.

Motsvarande följdändring som i sjätte stycket görs i *sjunde stycket*. Vidare ersätts termen "fosterförälder" med det mer moderna ordet "familjehemsförälder". Någon ändring i sak är inte avsedd.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna
Enligt *punkt 1* träder lagändringarna i kraft den 1 januari 2013.

Av *punkt 2* följer att den som har uppnått kostnadsbefrielse när lagändringen träder i kraft inte behöver betala några ytterligare kostnader för förmånsberättigade varor under den resterande delen av ettårsperioden, även om högkostnadsskyddet höjs. Om den enskilde däremot den 1 januari 2013 har haft sammanlagda kostnader som inte överstiger 5 400 kronor börjar de eventuellt ändrade beloppen inom trappan för kostnadsreducering och för kostnadsbefrielse att gälla direkt vid ikraftträdandet.

Övergångsbestämmelsen reglerar enbart vad som ska gälla i samband med ikraftträdandet den 1 januari 2013. Motsvarande principer kommer emellertid att gälla dem som uppnått kostnadsbefrielse även vid framtida justeringar av nivåerna inom högkostnadstrappan. Av det nya femte stycket i 5 § följer att den som har haft sammanlagda kostnader för förmånsberättigade varor överstigande ett belopp motsvarande 2,454 gånger kostnadstaket enligt tredje stycket är befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden. Detta gäller oavsett om kostnadstaket höjs efter det att kostnadsbefrielse har uppkommit.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

24 §

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att termen "kostnadsbefrielse" ersätts med ordet "avgiftsbefrielse" i 26 a § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik

23 §

I paragrafen görs en följdändring med anledning av att termen "kostnadsbefrielse" ersätts med ordet "avgiftsbefrielse" i 26 a § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

4.11 Budgetförslag

4.11.1 1:1 Myndigheten för vårdanalys

Tabell 4.8 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vårdanalys

Tusental kronor

2011	Utfall	10 753	Anslags-sparande	7 247
2012	Anslag	27 000 ¹	Utgifts-prognos	26 842
2013	Förslag	29 133		
2014	Beräknat	29 485 ²		
2015	Beräknat	29 968 ³		
2016	Beräknat	30 566 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 28 970 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 28 970 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 28 970 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Myndigheten för vårdanalys förvaltningskostnader. Myndigheten för vårdanalys inrättades den 1 januari 2011 och har varit under uppbyggnad under 2011 och 2012. Myndigheten har till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt i gränssnittet mellan vård och omsorg.

Under 2011 uppgick anslaget till 18 miljoner kronor och utfallet var cirka 10,8 miljoner kronor. Skälet till att anslaget inte förbrukades var att myndigheten påbörjade sin verksamhet först i april 2011 och att myndigheten var under uppbyggnad hela 2011.

Regeringens överväganden

Anslaget tillförs fr.o.m. 2013 cirka 2 miljoner kronor per år från socialtjänstområdet, från anslag 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet*. Ökningen av anslaget beror på att myndigheten fr.o.m. 2013 beräknas ha full kapacitet från att ha varit under uppbyggnad 2012.

Tabell 4.9 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:1 Myndigheten för vårdanalys

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	27 000	27 000	27 000	27 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne-omräkning ²	163	646	1 099	1 660
Beslut	1 970	1 881	1 912	1 950
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-42	-43	-44
Förslag/beräknat anslag	29 133	29 485	29 968	30 566

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 29 133 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Myndigheten för vårdanalys* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 29 485 000 kronor, 29 968 000 kronor respektive 30 566 000 kronor.

4.11.2 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tabell 4.10 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

2011	Utfall	56 140	Anslags-sparande	169
2012	Anslag	56 702 ¹	Utgifts-prognos	55 277
2013	Förslag	57 062		
2014	Beräknat	58 108 ²		
2015	Beräknat	62 112 ³		
2016	Beräknat	63 406 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 56 981 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 59 874 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 59 875 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Statens beredning för medicinsk utvärderings (SBU) förvaltningskostnader. Myndigheten har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur ett samlat medicinskt,

ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. SBU ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt samt sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. Myndigheten ska också kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården, samt tillhandahålla snabba utredningar på begränsade frågeställningar åt beslutsfattare. Myndigheten ska även systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om samt utvärdera behandlingsmetoder i vården, vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om.

Under 2011 uppgick såväl anslaget som utfallet till cirka 56 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

SBU har sedan 2011 i uppdrag att sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomsten av sjukdomar, med särskilt beaktande av kvinnors arbetsmiljöer. För detta arbete tilldelas myndigheten 5 miljoner kronor per år t.o.m. 2014. Medlen utbetalas från utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet, anslaget 3:1 *Särskilda jämställdhetsåtgärder*. För 2015 och 2016 beräknas anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* tillföras 3 miljoner kronor per år för denna verksamhet.

Tabell 4.11 Härläning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	56 702	56 702	56 702	56 702
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	360	1 488	2 493	3 726
Beslut			3 000	3 062
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-82	-83	-85
Förslag/beräknat anslag	57 062	58 108	62 112	63 406

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 57 062 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 58 108 000 kronor, 62 112 000 kronor respektive 63 406 000 kronor.

4.11.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tabell 4.12 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor				
2011	Utfall	102 929	Anslags-sparande	11 314
2012	Anslag	112 565 ¹	Utgifts-prognos	111 405
2013	Förslag	113 333		
2014	Beräknat	115 346 ²		
2015	Beräknat	117 306 ³		
2016	Beräknat	119 716 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 113 173 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 113 172 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 113 173 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) förvaltningskostnader. Ett av myndighetens huvuduppdrag är att fatta pris- och subventionsbeslut för läkemedel och förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånen i enlighet med de krav som ställs i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. TLV ska bidra till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning samt god tillgänglighet till läkemedel. TLV ansvarar även för beslut om ersättningsberättigad tandvård, referenspriser, beloppsgränser samt ersättningsnivåer för det statliga tandvårdsstödet. TLV bestämmer även hur det generiska utbytet på apoteken ska se ut samt utövar tillsyn över apotekens efterlevnad av detta regelverk. Dessutom fastställer myndigheten apotekens handelsmarginal på receptbelagda läkemedel.

Under 2011 uppgick TLV:s anslag till cirka 111,3 miljoner kronor och utfallet var cirka 109,5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Tabell 4.13 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	112 565	112 565	112 565	112 565
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	768	2 944	4 907	7 320
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-163	-166	-169
Förslag/ beräknat anslag	113 333	115 346	117 306	119 716

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 113 333 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 115 346 000 kronor, 117 306 000 kronor respektive 119 716 000 kronor.

4.11.4 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

Tabell 4.14 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Övrigt	Totalt
2011	Utfall	4 965 673	Anslags-sparande	1 728 807
2012	Anslag	5 454 300 ¹	Utgifts-prognos	5 114 360
2013	Förslag	6 206 660		
2014	Beräknat	6 598 110		
2015	Beräknat	6 894 410		
2016	Beräknat	7 072 520		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera det statliga tandvårdsstödet som administreras av Försäkringskassan. Anslaget omfattar både tandvårdsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och tandvårdsstöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. En mindre del av anslaget används för stöd till Kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

Under 2011 uppgick anslaget till cirka 6,7 miljarder kronor medan utfallet blev cirka 5 miljarder kronor. Avvikelsen i utfall gentemot budgeterat anslag förklaras bl.a. av en lägre volym besök än beräknat.

Regeringens överväganden

Under 2008 infördes ett nytt statligt tandvårdsstöd i form av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader. För att finansiera reformen gjordes en generell ökning av anslaget. För 2008 ökade anslaget till 5,3 miljarder kronor och under 2009, då reformen fick helårseffekt, uppgick anslaget till cirka 7,3 miljarder kronor.

Regeringen beräknade i budgetpropositionen för 2011 en satsning om 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012 på detta anslag för särskilda stöd till patienter som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ökat behov av tandvård. I syfte att ge såväl tandvårdsaktörer som myndigheter tid att förbereda sig inför den nya reformen har ikraftträdandet senarelagts till den 1 januari 2013. Utgifterna för 2012 minskar därmed jämfört med vad som tidigare har beräknats. I september 2011 lämnade regeringen propositionen om denna satsning till riksdagen. Av medlen föreslås 205 miljoner kronor tillföras anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner för 2013, för de delar av stödet som ska utföras av landstingen. Utöver detta föreslås 1,2 miljoner kronor 2013 tillföras anslaget 1:5 *Sveriges Domstolar* inom utgiftsområde 4 Rättsväsendet för handläggning av mål avseende statligt tandvårdsstöd. Vidare föreslås 13 miljoner kronor 2013 tillföras anslaget 2:1 *Försäkringskassan* inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, för administration av de delar av det nya stödet som faller inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. För ändamålen ovan beräknas anslagen ökas på motsvarande sätt från och med 2014. För 2013 föreslår regeringen att Försäkringskassan tillförs ytterligare 10 miljoner kronor för avskrivningar och räntekostnader kopplade till investeringar i it-stöd. Anslaget 2:1 *Försäkringskassan* beräknas för detta ändamål ökas med 10 miljoner kronor per år 2014–2017.

Tabell 4.15 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	5 454 300	5 454 300	5 454 300	5 454 300
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	490 000	490 000	490 000	490 000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volym	481 560	873 010	1 169 310	1 347 420
Överföring till/från andra anslag	-219 200	-219 200	-219 200	-219 200
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	6 206 660	6 598 110	6 894 410	7 072 520

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 6 206 660 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 6 598 110 000 kronor, 6 894 410 000 kronor respektive 7 072 520 000 kronor.

4.11.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 4.16 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

År	Utfall	2011	2012	2013	2014	2015	2016
2011	Utfall	22 557 320					
2012	Anslag	22 550 000 ¹					
2013	Förslag	22 200 000					
2014	Beräknat	22 200 000					
2015	Beräknat	22 200 000					
2016	Beräknat	22 200 000					

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamålet med anslaget är att finansiera det särskilda statsbidraget till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Medlen syftar till att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Statens ekonomiska ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna fastställs genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och

Landsting (SKL). För 2012 har inget avtal tecknats ännu. Utbetalningarna till landstingen har i stället skett i form av ändringsbeslut av anslag 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna*.

Under 2011 uppgick anslaget till 23,2 miljarder kronor medan utfallet blev ca 22,6 miljarder kronor. Skillnaden mellan anslagsnivå och utfall förklaras av att staten och SKL tecknade ett avtal för 2011 som uppgick till 22,9 miljarder kronor. Bidraget utbetalas månadsvis, två månader i efterhand.

Regeringens överväganden

I avtalet för 2011 fanns reglerat att parterna, dvs. Socialdepartementet och SKL, skulle inleda diskussioner om förutsättningarna för att föra över ersättningen till anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. I avtalet för 2011 kom därför parterna överens om att tillsätta en gemensam arbetsgrupp som bl.a. skulle genomföra en översyn av hur utjämningen kan utformas inom ramen för systemet för kommunalekonomisk utjämning. Gruppen redovisade i februari 2012 sin rapport, Ny behovsmodell för läkemedel?, till Socialdepartementet och SKL.

Högekostnadsskyddet för läkemedel m.m. höjdes från 1 800 kronor till 2 200 kronor från och med den första januari 2012. För patienter som hade hunnit påbörja en högekostnadsperiod före ikraftträdandet gällde den gamla bestämmelsen under resterande period.

Höjningen innebär ökade intäkter för landstingen. En uppdatering av högekostnadstrappan för läkemedel beräknas ge cirka 700 miljoner kronor i ökade avgiftsintäkter per år. För att de ökade avgiftsintäkterna för läkemedel ska komma landstingen till del ökades anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner med 350 miljoner kronor 2012 och med 700 miljoner kronor per år från och med 2013, i samband med budgetpropositionen för 2012. Anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* minskades i samma omfattning, eftersom landstingens kostnader för läkemedelsförmånerna reduceras när avgiftsintäkterna ökar.

Tabell 4.17 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	22 550 000	22 550 000	22 550 000	22 550 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-350 000	-350 000	-350 000	-350 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	22 200 000	22 200 000	22 200 000	22 200 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 22 200 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 22 200 000 000 kronor respektive år.

4.11.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tabell 4.18 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2011	907 947	44 946	
2012	Anslag 1 711 923 ¹		1 665 883
2013	Förslag 1 711 507 ²		
2014	Beräknat 2 209 491		
2015	Beräknat 913 291		
2016	Beräknat 910 991		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² 302 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2013 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2010 som uppgick till -243 tkr.

Anslaget ändamål är att genom riktade satsningar arbeta för en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård som håller en god tillgänglighet och stärker patientens delaktighet och valfrihet. Insatser inom anslaget ska också förbättra förutsättningarna för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt, samt att kunskap och erfarenheter tas till vara för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården. Från anslaget utbetalas också medel för att stärka hälsofrämjande hälso- och sjukvård och för insatser inom regeringens folkhälsoarbete m.m. Anslaget uppgick till 944,8 miljoner kronor under 2011 och utfallet under samma år blev 907,9 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Under de senaste åren har ett antal utvecklingsprojekt för att stärka regeringens politik inom hälso- och sjukvårdsområdet påbörjats. Flera av dessa är långsiktiga åtaganden som kommer att kräva finansiering även under 2013 och framåt. Däribland kan nämnas satsningar inom cancerområdet, kvalitetsregister, Öppna jämförelser och strukturerad vårddokumentation m.m. Regeringens avsikt är att påbörjade åtaganden ska fullföljas med finansiering under 2013.

Från anslaget utbetalas även medel i samband med överenskommelser med SKL för implementering av regeringens politik samt andra insatser och bidrag som ryms inom anslaget ändamål. Medel från anslaget fördelas även till insatser som är viktiga för folkhälsan samt till vissa internationella åtaganden inom området folkhälsa och sjukvård.

Inom anslaget avsätts cirka 8,8 miljoner kronor för ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168), miljöbalken och livsmedelslagen (2006:804) samt för ersättning till smittbärare enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare, samt cirka 300 000 kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare.

I budgetpropositionen för 2011 aviserade regeringen en flerårig satsning på patientsäkerhet som till största delen består av ett årligt prestationsbaserat stimulansbidrag till landstingen. Under 2011 uppgick satsningen till 500 miljoner kronor, och 2012 till 675 miljoner kronor. För 2013 och 2014 aviserade regeringen 675 miljoner kronor per år för patientsäkerhetsatsningen.

Vidare aviserade regeringen i budgetpropositionen för 2011 en särskild satsning under 2012–2014 för förbättringar av vården och omsorgen av äldre. För 2013 och 2014 beräknas 320 miljoner kronor per år för detta ändamål.

Regeringen har sedan tidigare aviserat en satsning kring forskning inom ämnesområdet farmaci om 4 miljoner kronor per år.

Inom ramen för anslaget finansieras en särskild satsning på kvalitetsregister. Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om utveckling och finansiering av de nationella kvalitetsregistren 2012–2016. Satsningen uppgår till 220 miljoner kronor per år 2013–2016.

Anslaget ökades 2012 med 160 miljoner kronor för satsningar på tillgänglighet, innefattande bl.a. stimulansbidrag för införande av LOV. För 2013 och 2014 beräknas motsvarande satsning till 100 miljoner kronor per år.

Inom anslaget finansieras även satsningar på bl.a. förbättrad cancervård, jämlik vård, Öppna jämförelser och insatser inom läkemedelsområdet.

Anslaget tillförs 8 miljoner kronor respektive 4 miljoner kronor under 2013 till följd av att anslagen 091306 (2001) Ersättning till steriliserade i vissa fall samt 091309 (2005) Ersättning till talidomidskadade i vissa fall avskaffas på grund av den nya budgetlagstiftningen. Medlen får användas för att bevilja medel till personer som ansöker om ersättning för sådana skador eller ingrepp, i enlighet med de riktlinjer som tidigare använts.

Vidare tillförs anslaget cirka 5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2013, vilket sker genom en neddragning av det under 2012 på statens budget uppförda anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*. Medlen får användas för kostnader kopplade till patientsäkerhet och patientklagomål i avvaktan på att frågan om möjligheten att överklaga Socialstyrelsens beslut om kritik enligt patientsäkerhetslagen är färdigbehandlad. En överklagandemöjlighet bedöms träda i kraft senast den 1 januari 2014. Efter ikraftträdandet är avsikten att medlen ska överföras till utgiftsområde 4 Rättsväsendet. Medlen avses användas för en förstärkning av Sveriges Domstolar för hantering av överklagandeärenden. Anslaget tillförs fr.o.m. 2013 dessutom ytterligare 5 miljoner kronor för samma ändamål, då kostnaderna för domstolarna beräknas uppgå till 10 miljoner kronor per år.

Regeringen har tidigare genom årliga beslut beviljat Ågrenska stiftelsen tillfälliga stöd för 2008–2012 till en verksamhet för personer med sällsynta diagnoser. Mot bakgrund av förändringar i regeringsformen (prop. 2009/10:80, bet. 2009/10:KU19, rskr. 2009/10:304) och nya principer för fördelningen av bidrag beslutade regeringen i maj 2012 om förordningen (2012:316) om viss verksamhet på funktionshindersområdet. Förordningen täcker det verksamhetsområde som Ågrenska stiftelsen tidigare fått statsbidrag för. Regeringens avsikt är att samla de medel som fördelas genom förordningen på ett anslag. Mot denna bakgrund föreslår regeringen att 1 650 000 kronor förs över från an-

slaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* till anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet*, inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Regeringen avser att föreslå att en ny lag ska träda i kraft den 1 juli 2013 och som innebär att personer som har meddelats beslut om avvísning eller utvisning men som håller sig undan verkställighet av beslutet och personer som vistas i landet utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för detta ska erbjudas samma vård som asylsökande. För detta ändamål beräknas anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* tillföras 450 miljoner kronor 2014, samt 300 miljoner kronor per år 2015 och framåt. Det högre beloppet 2014 beror på att landstingen kommer att kompenseras retroaktivt för den vård som bedrivs under det andra halvåret 2013. När det gäller frågan om på vilket sätt landstingen ska kompenseras avser regeringen att återkomma till riksdagen med en proposition.

Regeringen avser att möjliggöra fortsatt drift av apotek i glesbygdsområden. Kostnaden för detta uppskattas till 20 miljoner kronor per år. Regeringen föreslår att detta belopp tillförs anslaget 2013. Från och med 2014 beräknas anslaget tillföras 20 miljoner kronor per år för ändamålet.

Anslaget ökas 2013 med 30 miljoner kronor för en förstärkt satsning på specialistkompetenskurser för läkare under ST-utbildning. Även för 2014 beräknas satsningen uppgå till 30 miljoner kronor.

Anslaget föreslås minskas med 5 miljoner kronor 2013 för att möta det ökade behovet av stöd till trossamfund. En neddragning på samma nivå beräknas ske varje år fr.o.m. 2014. Anslaget 9:2 *Stöd till trossamfund*, inom utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, ökas med motsvarande belopp.

Socialdepartementet har under 2012 påbörjat ett arbete med att utveckla personliga hälsokonton, som ska vara ett stöd för att förbättra och bibehålla hälsa (se avsnitt 4.9.1). Anslaget tillförs 40 miljoner kronor under 2013 för att utveckla stöd för den enskilde vid planering, genomförande och uppföljning av livsstilsrelaterade förändringar, liksom hälso- och sjukvårdsrelaterade händelser. Från och med 2014 tillförs anslaget 100 miljoner kronor per år för detta ändamål.

Tabell 4.19 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	1 711 923	1 711 923	1 711 923	1 711 923
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-5 000	493 000	-802 000	-802 000
Överföring till/från andra anslag	4 584	4 568	3 368	1 068
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	1 711 507	2 209 491	913 291	910 991

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 711 507 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* under 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 2 209 491 000 kronor, 913 291 000 kronor respektive 910 991 000 kronor.

4.11.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 4.20 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

År	Slagslag	Beräknat	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2011	Utfall	649 524		-54 000
2012	Anslag	691 692 ¹		637 441
2013	Förslag	635 766		
2014	Beräknat	640 443		
2015	Beräknat	657 625		
2016	Beräknat	670 214		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera ersättning för sjukvård i internationella förhållanden. Administrationen sköts av Försäkringskassan och grundar sig på fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) och Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Under 2011 uppgick anslaget till 623 miljoner kronor och utfallet under samma år blev 650 miljoner kronor. Tilldelad anslagskredit uppgick till 55 miljoner kronor.

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden har kopplingar till det svenska EU-

medlemskapet och till sjukvårdsavtal som Sverige tecknat med andra länder. Kostnaderna inom anslaget kan delas upp i fyra olika områden – turistvård, sjuk- och tandvårdstjänster, pensionärsvård samt konventionsvård.

Med termen turistvård avses vård för svenska turister som blivit sjuka i samband med tillfällig vistelse i annat EU-land samt vård för studerande och utsända. I begreppet ingår även planerad vård efter förhandstillstånd. Begreppet sjuk- och tandvårdstjänster avser kostnader i samband med ersättningar i enlighet med EUF-fördragets artiklar 56–57 om den fria rörligheten för tjänster. I begreppet pensionärsvård ingår vård för svenska pensionärer som valt att bosätta sig i annat medlemsland. Termen konventionsvård avser kostnader till följd av bilaterala överenskommelser om vårdförmåner och betalningsavståenden med länder inom och utanför EU.

Kostnaderna för sjukvård i internationella förhållanden har stigit i och med ett ökat europeiskt samarbete, en utvidgad union, en ökad rörlighet över gränserna samt en ökad kunskap om rättigheter och möjligheter i ett integrerat Europa.

Europaparlamentet och Europeiska unionens råd antog den 9 mars 2011 direktivet 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Bakgrunden till direktivet är ett antal domar i EU-domstolen som slagit fast att sjukvård, oavsett hur den är finansierad och organiserad, träffas av EUF-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster. Patienter har därför rätt till ersättning från sitt hemland för vård utförd i andra EU-länder på samma villkor som gäller för vård i hemlandet. Enligt direktivets bestämmelser ska medlemsstaterna senast den 25 oktober 2013 genomföra nödvändiga ändringar i nationell lagstiftning i överensstämmelse med vad som föreskrivs i direktivet (se avsnitt 4.6.3).

Regeringens överväganden

Kostnaden för sjukvårdsförmånerna i internationella förhållanden har kopplingar till det svenska medlemskapet i EU och till avtal om sjukvårdsförmåner som Sverige tecknat med andra länder. Med medlemskapet i EU följer ett kostnadsansvar för sjukvård som lämnas i andra EU-länder till personer som är försäkrade i Sverige samt till svenska pensionärer som är bosatta i en annan medlemsstat. På motsvarande

sätt har andra medlemsstater ett kostnadsansvar gentemot Sverige. Utgifterna bestäms av faktorer som till övervägande del är svåra att påverka – människors mönster för boende, studier, arbete och resande. Eftersläpningen i debiteringen för turist- och pensionärvården bidrar också till osäkerheten i prognoserna för vård i internationella förhållanden.

För att finansiera ökade kostnader föreslår regeringen att anslaget tillförs 108 miljoner kronor 2012 i samband med ändringsbudget (prop. 2012/13:2).

Tabell 4.21 Härlledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor				
	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	583 692	583 692	583 692	583 692
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	-420	-5 186	161 963	79 559
Volym	52 494	61 937	-88 030	6 963
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	635 766	640 443	657 625	670 214

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 635 766 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 640 443 000 kronor, 657 625 000 kronor respektive 670 214 000 kronor.

4.11.8 1:8 Bidrag till psykiatri

Tabell 4.22 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor				
2011	Utfall	747 611	Anslags-sparande	140 331
2012	Anslag	867 330 ¹	Utgifts-prognos	894 096
2013	Förslag	863 263		
2014	Beräknat	860 270		
2015	Beräknat	858 965		
2016	Beräknat	858 965		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Under 2011 uppgick anslaget till 888 miljoner kronor och utfallet var 748 miljoner kronor. Av överskottet har 50 miljoner kronor sparats till 2012 för överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården. Resterande överskott beror till stor del på att flera av de insatser som har pågått sedan 2009 avslutades under 2011 och således inte behövde lika mycket medel som tidigare år. Ett annat skäl är att regeringen presenterade inriktningen för den nya satsningen, PRIO psykisk ohälsa, först under våren 2012.

Under 2012 har regeringen avsatt cirka 867 miljoner kronor för att förebygga psykisk ohälsa och utveckla och förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. Insatserna har i huvudsak bestått av en bred överenskommelse mellan regeringen och SKL samt ett antal uppdrag till olika myndigheter och organisationer.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2013 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 30 000 000 kronor 2014–2018.

Skälen för regeringens förslag: Den grundforskning som finansieras av Vetenskapsrådet bedrivs vanligen i form av fleråriga projekt. Följaktligen medför finansiering av forskning i form av stöd till anställningar fleråriga åtaganden. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2013 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 30 000 000 kronor 2014–2018.

Tabell 4.23 Beställningsbemyndigande

Tusental kronor

	Utfall 2011	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015–2018
Ingående åtaganden	10 739	16 932	21 000		
Nya åtaganden	11 233	14 459	21 000		
Infriade åtaganden	-5 040	-10 391	-12 000	-12 000	-18 000
Utestående åtaganden	16 932	21 000	30 000		
Erhåller/föreslaget bemyndigande	21 000	21 000	30 000		

Regeringens överväganden

Området psykisk ohälsa är ett av regeringens mest prioriterade områden. Regeringen beslutade i maj 2012 om handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016 som syftar till att skapa förutsättningar för en långsiktig kraftsamling hos huvudmännen samt andra berörda aktörer för att förebygga psykisk ohälsa och att utveckla vården och omsorgen till personer med psykisk ohälsa. Barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad problematik är särskilt prioriterade i handlingsplanen. En viktig utgångspunkt för satsningen är att bygga på den satsning som har pågått 2007–2011 och säkra hållbarheten i redan genomförda åtgärder.

Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning har regeringen tidigare, efter beslut i riksdagen, gjort överföringar mellan anslaget 1:8 och anslag inom andra utgiftsområden, bl.a. till Karolinska institutet för utökad antal platser på psykologprogrammet. Dessa överföringsbelopp kommer att förändras årligen i takt med att programmet byggs ut till full volym. Under 2013 omfattar psykologprogrammet vid Karolinska institutet cirka 15,5 miljoner kronor för plats- och studiemedelkostnader.

Tabell 4.24 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	867 330	867 330	867 330	867 330
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag	-4 067	-7 060	-8 365	-8 365
Övrigt				
Förslag/ beräknat anslag	863 263	860 270	858 965	858 965

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 863 263 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 860 270 000 kronor, 858 965 000 kronor respektive 858 965 000 kronor.

4.11.9 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tabell 4.25 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tusental kronor

	Utfall		Anslags- sparande	
2011		1 000 000		0
2012	Anslag	1 000 000 ¹	Utgifts- prognos	1 000 000
2013	Förslag	1 000 000		
2014	Beräknat	1 000 000		
2015	Beräknat	1 000 000		
2016	Beräknat	1 000 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för statsbidrag till landstingen för att kontinuerligt arbeta med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kommer årligen överens om hur medlen ska fördelas. Fördelningen sker med hjälp av en resultatbaserad ersättningsmodell. Medlen ska ses som en stimulansåtgärd för att landstingen ska uppnå en ytterligare förbättrad tillgänglighet. Syftet är att eliminera de vårdköer som i dag medför förlängt lidande för patienterna, försvårar behandlingar och ökar samhällets kostnader för hälso- och sjukvården. För 2011 uppgick såväl anslaget som utfallet till 1 miljard kronor.

Regeringens överväganden

Regeringen har sedan 2008 ingått överenskommelser med SKL om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. Kömiljarden. Överenskommelsen omfattar 1 miljard kronor per år 2010–2013 och revideras årligen. I överenskommelsen regleras de kriterier som landstingen ska uppfylla för att statliga bidrag ska utbetalas. I överenskommelsen för 2011 kom parterna överens om att ändra prestationskraven för att skynda på arbetet med att förbättra tillgängligheten. Det innebär att landstingen ska erbjuda vård inom 60 dagar i stället för 90 dagar. Orsaken till detta är att vårdgarantins 90-dagarsgränser numera regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i förordningen (2010:349) om vårdgaranti. Vid avstämningen av 2011 års resultat konstaterades att trots att kraven har ökat i jämförelse med överenskommelsen året innan klarade 16 av 21 landsting av att ge åtminstone 80 procent av patienterna vård inom överenskommelsens gräns på 60 dagar för antingen besök eller behandling eller både och. En utförligare beskrivning av arbetet med Kömiljarden ges i avsnitt 4.5.1. I slutet av 2011 ingicks överenskommelsen som gäller för 2012 års Kömiljard.

Tabell 4.26 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tusental kronor				
	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 1 000 000 000 kronor respektive år.

4.11.10 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

Tabell 4.27 Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

Tusental kronor				
2011	Utfall	74 000	Anslags-sparande	0
2012	Anslag	74 000 ¹	Utgifts-prognos	72 126
2013	Förslag	74 000		
2014	Beräknat	74 000		
2015	Beräknat	74 000		
2016	Beräknat	74 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag för mänskliga vävnader och celler. Europaparlamentet och rådet antog den 31 mars 2004 ett direktiv (2004/23/EG) om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Direktivet har genomförts i svensk rätt genom lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler. För 2011 uppgick såväl anslaget som utfallet till 74 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Sjukvårdshuvudmännens kostnader för genomförandet i Sverige av de krav direktivet ställer beräknades till 119 miljoner kronor per år under tio år, 2008–2017. Av dessa utbetalas 45 miljoner kronor via anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resterande medel utbetalas via detta anslag.

Tabell 4.28 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	74 000	74 000	74 000	74 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	74 000	74 000	74 000	74 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 74 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 *Bidrag för mänskliga vävnader och celler* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 74 000 000 kronor respektive år.

4.11.11 1:11 Läkemedelsverket

Tabell 4.29 Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2011	Utfall	113 190	0
2012	Anslag	113 190 ¹	110 323
2013	Förslag	113 190	
2014	Beräknat	113 190	
2015	Beräknat	113 190	
2016	Beräknat	113 190	

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för vissa verksamheter vid Läkemedelsverket. Verksamheterna omfattar bl.a. marknadsbevakningen för medicintekniska produkter, 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, samt ökade kostnader för Läkemedelsverket till följd av ny lagstiftning på EU-nivå inom områdena för kosmetika, medicinteknik och avancerade terapier. De omfattar även myndighetens ökade kostnader efter apoteksomregleringen, bl.a. Giftinformationscentralen, producentoberoende läkemedelsinformation och centrumet för bättre läkemedelsanvändning. För 2011 uppgick såväl anslaget som utfallet till 113,2 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Tabell 4.30 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 1:11 Läkemedelsverket

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	113 190	113 190	113 190	113 190
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	113 190	113 190	113 190	113 190

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 113 190 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Läkemedelsverket* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 113 190 000 kronor respektive år.

4.11.12 8:1 Socialstyrelsen

Tabell 4.31 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2011	Utfall	880 768	44 943
2012	Anslag	953 409 ¹	955 571
2013	Förslag	741 246	
2014	Beräknat	486 486 ²	
2015	Beräknat	495 339 ³	
2016	Beräknat	506 051 ⁴	

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 476 086 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 476 087 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 476 087 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Socialstyrelsens förvaltningskostnader.

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälso- skydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ska verka för en god hälsa och social välfärd samt för stödinsatser, omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

Socialstyrelsen har även ett samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de handkappolitiska målen med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

Inom ramen för ovanstående verksamheter har Socialstyrelsen tre huvuduppgifter. Socialstyrelsen ska bygga upp och sprida kunskap, arbeta med regelgivning och utöva tillsyn.

Inom verksamhetsgrenen kunskap samlar myndigheten in, sammanställer, analyserar och förmedlar kunskap inom sina ansvarsområden genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier. Socialstyrelsens arbete ska bidra till att vård och omsorg baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, och att patienter, klienter och brukare får god vård, omsorg och service.

Normeringsarbetet handlar om att ta fram föreskrifter och allmänna råd inom hälso- och sjukvård, smittskydd, hälsoskydd och socialtjänst. Socialstyrelsen utformar även nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg, klassifikationer av sjukdomar och åtgärder, rekommenderade termer och begrepp samt kompetensbeskrivningar. Normeringen ska vara ett stöd för de verksamhetsansvariga och personalen i deras arbete med att höja kvaliteten och öka säkerheten och effektiviteten.

Tillsynsverksamheten kontrollerar på olika sätt att lagstiftningen följs inom hälso- och sjukvård, smittskydd och hälsoskydd och socialtjänst. Länsstyrelsernas tillsyns- och tillståndsverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) inordnades år 2010 i Socialstyrelsen och verksamheten har organisatoriskt samordnats med Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården. Även tillsynen

av SiS institutioner är sedan 2010 en uppgift för Socialstyrelsen.

Under 2011 uppgick anslaget till cirka 900 miljoner kronor och utfallet var cirka 881 miljoner kronor.

Tabell 4.32 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2011	29 977	0	25 854	4 123
Prognos 2012	31 400	0	28 745	2 655
Budget 2013	31 500	0	29 000	2 500

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser vitesbelopp inom omsorgen samt avgifter för utfärdandet av legitimationer och tillstånd rörande blodverksamhet och verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler. Myndigheten disponerar inte någon del av intäkterna för detta, utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida. Överskottet kommer från vitesbeloppen.

Tabell 4.33 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2011	21 625	15 645	5 980
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2012	21 400	16 195	5 205
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2013	21 500	16 500	5 000
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Avgiftsintäkterna under 2011 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material, data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivningningskostnader, inte personalkostnader.

Anskaffning av läkemedel kommer under det närmaste året att ske i dialog med Regeringskansliet varför inget belopp anges. I kostnaderna för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. ingår tryckkostnader, lagring, distribution grafisk form och fotografier. Kostnader för personal, språkgranskning och översättning ingår inte.

Regeringens överväganden

Socialstyrelsens anslag ökas med 750 000 kronor 2013 till följd av utvidgade uppgifter för att begränsa fusk och felaktigheter i assistansersättningen i enlighet med de förslag som lämnas i denna proposition (se avsnitt 7.16). Från och med 2014 beräknas anslaget öka med 1,5 miljoner kronor per år för samma ändamål.

Under förutsättning att nödvändiga beslut fattas av riksdagen kommer en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård samt socialtjänst att inrättas. Nuvarande tillsynsverksamhet enligt främst patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) vid Socialstyrelsen kommer att brytas ut och en ny renodlad tillsyns- och tillståndsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg, inrättas. Syftet är att tillsynsarbetet ska stå självständigt från normering, kunskapsutveckling och bidragsgivning. Den nya myndigheten beräknas inleda sin verksamhet den 1 juni 2013 och sortera under Socialdepartementet. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* föreslås därför minskas 2013 med 274 miljoner kronor. Från och med 2014 beräknas anslaget minska med 470 miljoner kronor per år. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* föreslås öka med motsvarande belopp.

Regeringen avser att förstärka tillsynen av hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* föreslås därför öka med 73 miljoner kronor 2013. Regeringens sammantagna satsning på tillsyn 2013 uppgår till 175 miljoner kronor, vilket fördelas på anslagen 8:1 och 8:2 eftersom tillsynsverksamheten kommer att överföras till en ny myndighet den 1 juni 2013.

Tabell 4.34 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 8:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor				
	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	953 409	953 409	953 409	953 409
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	3 846	24 756	42 556	64 093
Beslut	57 673	-14 912	-15 184	-15 512
Överföring till/från andra anslag	-275 141	-476 951	-485 630	-496 132
Övrigt	1 459	185	188	192
Förslag/beräknat anslag	741 246	486 486	495 339	506 051

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 741 246 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 486 486 000 kronor, 495 339 000 kronor respektive 506 051 000 kronor.

4.11.13 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 4.35 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor				
2011	Utfall	0	Anslags-sparande	0
2012	Anslag	0 ¹	Utgifts-prognos	0
2013	Förslag	376 200		
2014	Beräknat	650 990 ²		
2015	Beräknat	634 652 ³		
2016	Beräknat	645 132 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 274 200 tkr i 2013 års prisnivå, en överföring från Socialstyrelsen om 195 800 tkr samt ett tillskott om 175 000 tkr.

³ Motsvarar 274 200 tkr i 2013 års prisnivå, 195 800 tkr i 2014 års prisnivå samt ett tillskott om 150 000 tkr.

⁴ Motsvarar 274 200 tkr i 2013 års prisnivå, 195 800 tkr i 2014 års prisnivå samt ett tillskott om 150 000 tkr.

Anslaget kommer från den 1 juni 2013 att få användas av den då nyinrättade myndigheten Inspektionen för vård och omsorg. Anslaget får användas för tillsynsverksamhet, tillståndsverksamhet och myndighetens förvaltningskostnader.

Regeringens överväganden

Ett nytt anslag, 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg*, förs upp på statsbudgeten. Regeringen avser att inrätta en ny renodlad tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg, den 1 juni 2013. Genom inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg tydliggörs tillsynens oberoende ställning i förhållande till normering, kunskapsutveckling och bidragsgivning. Myndigheten ska kunna utöva tillsyn av verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, såväl i kommunal som i privat regi.

De nuvarande tillsyns- och tillståndsverksamheter som Socialstyrelsen ansvarar för, enligt främst patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt vissa andra verksamheter, avses flyttas från Socialstyrelsen till Inspektionen för vård och omsorg. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* föreslås minskas med 274 miljoner kronor 2013. Från och med 2014 beräknas motsvarande belopp till 470 miljoner kronor per år.

Regeringen avser att förstärka tillsynen av hälso- och sjukvård och äldreomsorg, dels genom en permanent resursförstärkning för tillsynen, dels genom förstärkning för utveckling av it-system, register, metodutveckling, kunskapsöverföring m.m. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* föreslås därför öka med 102 miljoner kronor 2013. För 2014 beräknas anslaget ökas med 175 miljoner kronor och för åren 2015–2016 med 150 miljoner kronor per år. För 2017 och framåt beräknas en förstärkning med 90 miljoner kronor per år.

Tabell 4.36 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor				
	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	0	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	0	5 990	14 652	25 132
Beslut	102 000	175 000	150 000	150 000
Överföring till/från andra anslag	274 200	470 000	470 000	470 000
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	376 200	650 990	634 652	645 132

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 376 200 000 kronor anvisas under anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 650 990 000 kronor, 634 652 000 kronor respektive 645 132 000 kronor.

4.12 Övrig verksamhet

4.12.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket är den myndighet som ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Verket utövar även tillsyn över kosmetiska och hygienprodukter. Läkemedelsverket har vidare ett sektorsansvar för miljöfrågor med anknytning till verkets verksamhetsområde. Läkemedelsverket ska bidra till att uppfylla målet för hälso- och sjukvårdspolitiken genom att bl.a. verka för en säker och rationell läkemedelsanvändning.

Läkemedelsverkets intäkter för avgifter, anslag och bidrag uppgick 2011 till ca 646,5 miljoner kronor. Kostnaderna uppgick till ca 565,2 miljoner kronor. Årets kapitalförändring uppgick därmed till cirka 81 miljoner kronor. Myndighetskapitalet hade vid utgången av 2011 ett underskott på drygt 22 miljoner kronor. Läkemedelsverket har fram till och med utgången av 2010 finansierats till övervägande del av avgifter som betalas in av företag i enlighet med förordningen (1993:595) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel. Läkemedelsverket redovisar en resultatförbättring om cirka 36 miljoner kronor för 2011 i förhållande till 2010. Resultatet kan härledas dels till ökade intäkter av anslag, dels till minskade avskrivnings- och nedskrivningskostnader.

I tabell 4.37 redovisas Läkemedelsverkets avgiftsfinansierade verksamhet.

Tabell 4.37 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2011	1 584	520 350	-440 621	81 313
Prognos 2012	2 855	520 124	-502 979	20 000
Budget 2013	2 855	525 000	-537 855	-10 000

Förutsättningarna för Läkemedelsverket att utöva sin roll som central förvaltningsmyndighet på läkemedelsområdet har förändrats under de senaste åren, bland annat som en konsekvens av omregleringen på apoteksområdet. Behovet av samarbete med och stöd till andra myndigheter och andra aktörer har ökat och arbetet har blivit mer komplext i takt med att ambitionerna på Läkemedelsverket höjts. Verkets uppgifter ställer höga krav på kompetens och samordning inom myndigheten. Regeringen anser att verket är på god väg med att tillrättalägga de styrnings- och uppföljningsprogram samt den ekonomiska obalans som har uppstått vid tidigare års bristande kontroll. Läkemedelsverket arbetar dessutom vidare med att behålla och vidare öka kostnadsmedvetenheten i organisationen.

Under 2011 har Läkemedelsverket fortsatt att arbeta för att minska ärendebalanser för ansökningar om nationella läkemedelsgodkännanden. Balansen har återigen minskat under året eftersom verket avslutade betydligt fler nationella ansökningar, 152 stycken, än vad som inkom, 108 stycken.

Det är viktigt att kunskapsspridningen till hälso- och sjukvården planeras och utförs på ett sådant sätt att staten så långt som möjligt uppfattas som en samordnad aktör av huvudmännen. Läkemedelsverket deltar i myndigheternas samordningsgrupp där även Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket deltar i syfte att ha en kontinuerlig dialog om ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har erbjudit gemensamma vetenskapliga rådgivningsmöten för läkemedelsindustrin. Syftet med mötena är att bidra till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Regeringen uppdrog under 2011 åt Läkemedelsverket (Centrum för bättre läkemedelsanvändning) att samordna och följa upp arbetet med att genomföra den nationella läkemedelsstrategin. Ett kansli har börjat byggas upp på verket under året.

Läkemedelsverket fortsätter sitt arbete med att motverka olagliga läkemedel. Den 30 december 2011 presenterade verket rapporten Läkemedelsverkets arbete för att motverka olagliga läkemedel. I rapporten konstaterar verket bland annat att det i dagsläget saknas underlag för att uppskatta de medicinska och samhälls-ekonomiska kostnaderna för olagliga läkemedel i Sverige. I rapporten finns också förslag på hur kunskapsläget ska förbättras. Läkemedelsverket lyfter bl.a. fram ett behov av information till vissa riskgrupper, samt att medvetenheten om olagliga läkemedel måste öka inom både apoteksbranschen och hälso- och sjukvården.

Uppföljning av läkemedel i klinisk vardag är avgörande för att kunna värdera nyttan av ett läkemedel. Läkemedelsverket fick därför i uppdrag i sitt regleringsbrev för 2011 att fullfölja den inventering av s.k. best practice för uppföljning av läkemedels effekter i klinisk praxis som hade påbörjats under 2010. I rapporten konstaterar Läkemedelsverket bl.a. att det saknas vissa viktiga data för uppföljning av läkemedels nytta i klinisk praxis exempelvis när det gäller hälsoekonomi och miljöpåverkan.

Läkemedelsverket har under 2011 fortsatt att vara involverat internationellt och har under året behållit sin ställning inom EU och låg i topp när det gäller antalet rapportörskap i den centrala godkännandeprocéduren. Att Läkemedelsverket i så hög utsträckning utses till rapportör visar på

ett fortsatt stort förtroende för verket via tidigare utredningar, engagemang inom EU och insatser t.ex. inom vetenskaplig rådgivning. Detta ligger väl i linje med regeringens intentioner att verket fortsatt ska ha en hög profil i det internationella arbetet såväl vad beträffar EU som globalt.

Läkemedelsverket har också fått en ny utökad roll till följd av omregleringen av apoteksmarknaden vilket ställer nya och förändrade krav på samverkan med nya aktörer. Förutom administrativ tillsyn gör verket inspektioner på fältet. Dessa genomförs i förebyggande syfte, stickprovsmässigt samt på förekommen anledning.

4.12.2 Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn

Från och med den 15 mars 2012 ligger ansvaret för förvaltning av Apoteket AB och Apoteksgruppen i Sverige Holding AB hos Finansdepartementet. För information om dessa bolag hänvisas därför till utgiftsområde 24 Näringsliv, avsnitt 3.6.

Apotekens Service AB

Apotekens Service AB har inrättats för att genom sin verksamhet skapa förutsättningar för en väl fungerande konkurrens på apoteksmarknaden genom att ge öppenvårdsapoteken tillgång till databaser, register och annan samhällsnyttig infrastruktur på likvärdiga och icke-diskriminerande villkor. Andra uppgifter som bolaget har är bl.a. att förmedla ersättning från landstingen till öppenvårdsapoteken enligt förordningen (2007:687) om läkemedelsförmåner m.m. Finansieringen av bolagets verksamhet sker huvudsakligen genom att man tar ut en avgift, som fastställs av Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV), av apoteksaktörerna. I mars 2010 övergick Apotekens Service AB i direkt statlig ägo genom utdelning från dåvarande OAB.

Under 2011 uppgick rörelsens intäkter till 258 miljoner kronor och resultatet efter skatt till -2,17 miljoner kronor. Enligt bolagsordningen ska det inte ske någon vinstutdelning till aktieägaren. Vinsten ska, i den mån den inte reserveras, användas för att främja bolagets ändamål.

Bolaget fick under 2011 i uppdrag från Sveriges Kommuner och Landsting via Center för eHälsa i samverkan, CeHis, att utveckla en Nationell ordinationsdatabas, NOD, för vården. Bolaget fick även i uppdrag av Läkemedelsverket att utveckla ett webbaserat it-stöd för antidoter. Huvudsyftet med it-stödet är att förse akutsjukhus i landet med information om vad och i vilken mängd motgifter finns lagrade.

Apotekens Service AB bedöms under 2011 ha utfört sina uppgifter väl och bidragit till en effektiv och säker distribution av läkemedel.

Apotek Produktion & Laboratorier

Apotek Produktion & Laboratorier (APL) är ett företag som har som huvudsaklig uppgift att tillverka extemporeläkemedel och lagerberedningar det vill säga läkemedel som är anpassade till en enskild patient, klinik, djur eller djurbesättning eller tillverkas i små serier. Bolaget ägs från den 30 juni 2010 direkt av staten, efter att tidigare ha varit ett dotterbolag till Apoteket AB.

Nettoomsättningen under 2011 uppgick till 486 miljoner kronor, vilket var något lägre än under 2010. Bruttovinsten minskade med 10,5 procent, vilket huvudsakligen förklaras av lägre försäljning av lagerberedda extemporeläkemedel medan försäljningen till biomedicinsk forskning, bioteknik och medicinsk teknik inom offentlig sektor och näringsliv ökade med ca 12 procent. För verksamhetsåret 2011 delades drygt 2 miljoner kronor ut till staten.

APL har under 2011 fullgjort sin huvuduppgift på ett tillfredsställande sätt. Under 2011 förlängdes bolagets ansvar för att tillverka och leverera extemporeläkemedel och lagerberedningar på förfrågan från öppenvårdsapotek med tre år fram till den 1 juli 2015. Under 2011 fick APL också i uppdrag att ansvara för ett nationellt varuregister inom extempore för att underlätta för alla förskrivare.

5 Folkhälsopolitik

5.1 Omfattning

Folkhälsopolitiken syftar till att förse människor med verktyg för att ta hand om sin egen hälsa och skapa samhälleliga förutsättningar för hälsan på befolkningsnivå. Området spänner över flera samhällssektorer, vilket innebär att verksamheter och insatser inom flera utgiftsområden bidrar till politikens genomförande. Förutom insatser på nationell nivå förutsätter det folkhälsopolitiska arbetet insatser på såväl lokal och regional som internationell nivå.

I det följande ges en kortfattad beskrivning av hälsoutvecklingen i befolkningen och likaså en kortfattad beskrivning av dess förutsättningar. Särskilt fokus läggs vid frågor för vilka ett särskilt ansvar ligger inom delområdet folkhälsopolitik. Detta innefattar bl.a. insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor i befolkningen, som t.ex. bra matvanor och fysisk aktivitet. Här finns också ett särskilt ansvar för smittskydd och för frågor av betydelse för samhällets beredskap i hälsorelaterade frågor.

Delområdet omfattar myndigheterna Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet. Till delområdet hör även Sveriges bidrag till Nordic school of public health NHV, Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO) och Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll. Dessutom omfattar delområdet anslag för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar, samt för insatser som syftar till att stärka Sveriges vaccinerberedskap.

Även Socialstyrelsen, vars förvaltningsanslag behandlas i delområde 4 Hälso- och sjukvårdspolitik, har en betydelsefull roll i folkhälsoarbetet. Dessutom finansieras vissa insatser inom folkhälsoområdet av anslag inom hälso- och sjukvårdspolitik, som t.ex. anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Regeringens alkohol-, dopnings- och tobakspolitik är också en del av folkhälsopolitiken och redovisas i delområde 9.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2011	Budget 2012 ¹	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
<i>Folkhälsopolitik</i>							
2:1 Statens folkhälsoinstitut	124	137	137	137	140	143	146
2:2 Smittskyddsinstitutet	191	216	219	192	195	198	203
2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV	15	20	16	21	21	21	21
2:4 Bidrag till WHO	34	35	34	35	35	35	35
2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	145	146	142	146	146	146	146
2:6 Insatser för vaccinerberedskap	0	85	2	85	85	85	85
Summa folkhälsopolitik	510	637	550	615	621	627	635

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

5.3 Mål

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (prop. 2008/09:1). Riksdagen antog ursprungligen detta mål i samband med propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35).

I avsnitt 5.8, Politikens inriktning, behandlas den folkhälsopolitiska skrivelse (skr. 2011/12:166) genom vilken regeringen förnyat inriktningen av folkhälsopolitiken. Folkhälsopolitiken syftar både till att ge enskilda verktyg för att ta hand om sin egen hälsa och till att skapa samhälleliga förutsättningar för hälsan på befolkningsnivå. En bärande tanke i den förnyade inriktningen är att skapa en folkhälsopolitik som är framåtsyftande, stimulerande och inspirerande och som sätter respekten för varje människas integritet och kraft i första rummet.

Eftersom hälsan påverkas av en mängd faktorer såväl i vår närhet som i samhället i stort så bör det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bedrivas på bred front och i samverkan mellan olika aktörer. Ansvaret för de statliga insatserna vilar på flertalet departement i Regeringskansliet och statliga myndigheter. Det huvudsakliga folkhälsoarbetet utförs på regional och lokal nivå av t.ex. länsstyrelser, landsting, kommuner och idéburna organisationer. Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Smittskyddslagen anger t.ex. att målet för samhällets smittskydd är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot

spridning av smittsamma sjukdomar. Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör flera kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (2010:1622), tobakslagen (1993:581), miljöbalken (1998:808) och livsmedelslagen (2006:804). Samarbete inom EU och andra internationella sammanhang är också av vikt, bl.a. inom smittskyddsområdet då internationell rörlighet har betydelse för smittspridning.

Resultatredovisning av folkhälsopolitiken

Resultatredovisningen av folkhälsopolitiken inleds med en kortfattad redogörelse av hälsoutvecklingen i befolkningen. Den redovisning som därefter följer är indelad i tre dimensioner: levnadsvillkor, livsmiljöer och levnadsvanor.

Indelningen grundar sig på de elva målområden som utvecklats för att underlätta uppföljningen av det folkhälsopolitiska målet. Inom varje målområde följs utvecklingen av faktorer som har särskild betydelse för hälsoutvecklingen i befolkningen.

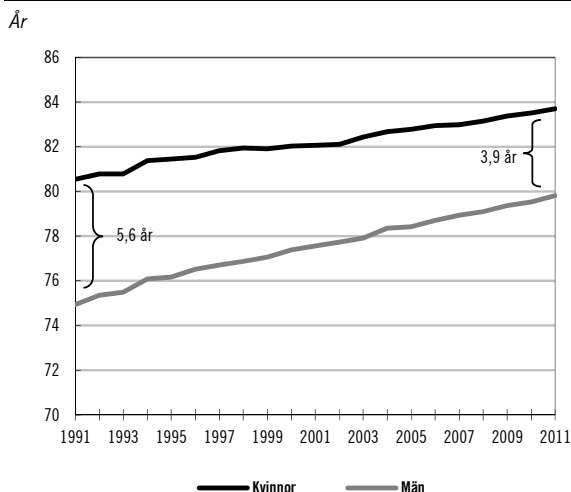
Statens folkhälsoinstitut ansvarar för den sektorsövergripande uppföljningen av det nationella målet för folkhälsoarbetet. Socialstyrelsen följer och analyserar hälsoutvecklingen i befolkningen. Smittskyddsinstitutet följer och analyserar utvecklingen av smittsamma sjukdomar. Från och med 2012 samordnar Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen rapporteringen inom folkhälsoområdet. Den första gemensamma rapporten, Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012, lämnades i mars 2012. På motsvarande sätt har Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen gemensamt i mars 2012 lämnat en rapport, Smittskyddslägesrapport 2011, om tillståndet och utvecklingen när det gäller skyddet mot allvarlig smitta i landet. I avsnitt 5.4 sammanfattas utvecklingen av hälsoläget i befolkningen samt dess bestämningsfaktorer.

I propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) aviserades att möjligheterna till en effektiv utvärdering av insatser utifrån gällande mål- och uppföljningsstruktur noga skulle följas upp och vid behov skulle regeringen återkomma med förslag till ändringar i denna struktur. Statskontoret har därför under 2012 fått i uppdrag att utvärdera uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken. Om behov finns ska Statskontoret föreslå ändringar i syfte att göra systemet mer ändamålsenligt och effektivt. Uppdraget ska redovisas i mars 2013.

5.4 Folkhälsans utveckling

Medellivslängden fortsätter att öka och 2011 var medellivslängden 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män (diagram 5.1). Generellt har de äldre i befolkningen haft den bästa hälsoutvecklingen. Personer med kort utbildning har i de flesta avseenden sämst hälsa och skillnaderna i dödlighet mellan grupper med olika utbildningsbakgrund har ökat.

Diagram 5.1 Medellivslängd, 1991–2011



Källa: Statistiska centralbyrån.

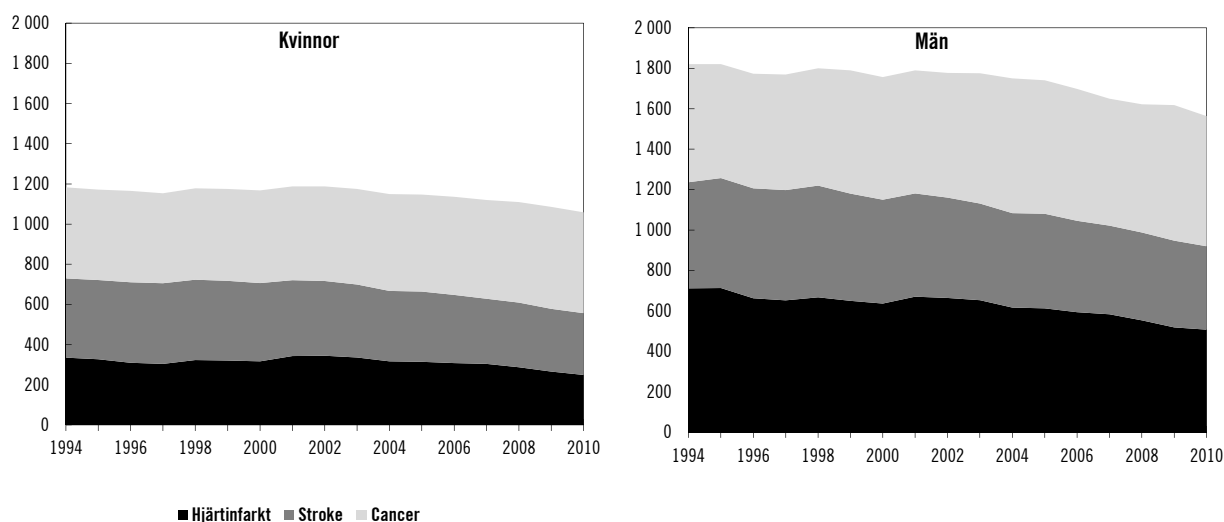
Den viktigaste orsaken till att medellivslängden ökat är att dödligheten minskat kraftigt i hjärt- och kärlsjukdomar (diagram 5.2 och 5.3). Minskningen har varit snabbast bland män och skillnaderna i dödlighet mellan könen har minskat. Sedan 1990 har dödligheten också minskat i cancer, trafikolyckor och självmord.

Även insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke har minskat. Dessa diagnoser är vanligast bland äldre och det är också bland de äldre som insjuknandena minskat snabbast. Samtidigt finns tecken på en mindre gynnsam utveckling i yngre åldersgrupper. Bland kvinnor i förvärsarbetande åldrar ses ingen minskning i hjärtinfarkt- och strokeinsjuknande sedan 1990 och bland kvinnor i yngre medelålder med kort utbildning ökar insjuknandet i dessa diagnoser.

Fler cancerdiagnoser ställs i ett tidigare skede, vilket bidrar till att prognosen i många fall förbättras. Personer med enbart förgymnasial utbildning har högre dödlighet i cancer och för dem är också överlevnaden efter en cancerdiagnos sämre.

Diagram 5.2 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, per 100 000 invånare, 1994–2010

Antal per 100 000 invånare



Källor: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (Folkhälsan i Sverige - årsrapport 2012, Patientregistret, Socialstyrelsens statistikdatabas).

Anm.: Åldersstandardiserade värden. Insjuknande i hjärtinfarkt och stroke avser åldersgruppen 20+ år samt förstagsinsjuknande. Insjuknande i cancer avser nya fall och samtliga tumörer (oavsett tumörtyp).

Sjukhusvård för trafikolyckor och misshandel är vanligast bland unga och vanligare bland män än bland kvinnor, utom när det gäller våld i nära relationer. Bland män är dödligheten i trafikolyckor betydligt högre bland dem med kort utbildning. En vanlig bidragande orsak till såväl trafikolyckor som misshandel utomhus är konsumtion av alkohol.

Självrapporterade besvär av psykisk ohälsa är vanligare bland kvinnor än bland män och har ökat i yngre åldersgrupper sedan 1990-talet. Bland de unga har även inläggningar i psykiatrisk slutenvård ökat. Sjukhusvård för självskaðebeteende är betydligt vanligare bland unga än i andra åldersgrupper och vanligare bland kvinnor än bland män. Både bland kvinnor och män har sjukhusvård på grund av självskaðebeteende blivit vanligare sedan 1990-talet, men under de senaste åren ses en viss minskning bland de unga kvinnorna.

Självorden har minskat i befolkningen. Självord är vanligast bland äldre män och det är också bland dem som minskningen har varit snabbast. Bland unga ses ingen minskning av självorden.

Befolkningens genomsnittliga alkoholkonsumtion har sjunkit gradvis under en följd av år och beräknas nu vara den lägsta på omkring 10 år. Den alkoholrelaterade dödligheten är lägre jämfört med 1980-talet bland både män och

kvinnor. I åldersgruppen 45–64 år fortsätter dödligheten att minska bland män. I de högre åldrarna ökade alkoholdödligheten för både män och kvinnor fram till 2006 och är därefter relativt oförändrad.

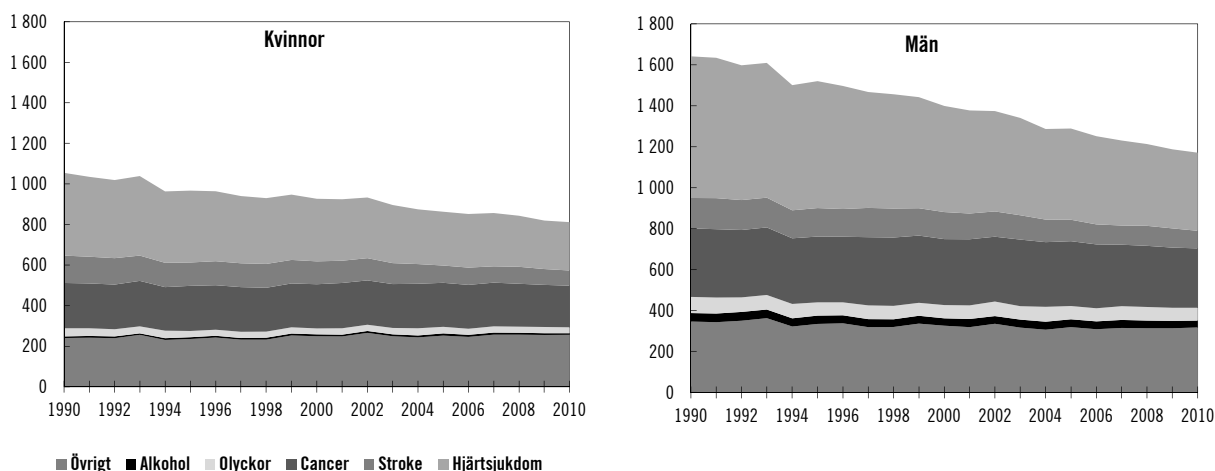
Trots att dödligheten minskar generellt fortsätter de alkoholrelaterade skadorna att öka, särskilt bland kvinnor och i vissa grupper. Bland de unga har sjukhusvård för alkoholrelaterade diagnoser blivit vanligare sedan början av 1990-talet. Dödligheten i dessa diagnoser har ökat, främst bland unga kvinnor.

Användande av narkotika, framför allt cannabis, har ökat något bland skolungdomar under senare år. Vård för narkotikarelaterade diagnoser i flera åldersgrupper tenderar att öka och snabbast bland de unga. De narkotikarelaterade dödsfallen bland män i åldersgruppen 15–44 år har dock minskat under samma tid.

Rökningen fortsätter att minska, främst bland kvinnor, men fortfarande är cirka en miljon personer dagligrökare, 12 procent av kvinnorna och 10 procent av männen. För både män och kvinnor är andelen dagligrökare högst i åldersgruppen 45–64 år och bland personer med kort utbildning. Tobaksrökning är en av de viktigaste orsakerna till ett flertal vanliga dödliga sjukdomar. Varje år dör cirka 6 400 personer till följd av rökning.

Diagram 5.3 Antal döda i olika dödsorsaker, per 100 000 invånare, 1990–2010

Antal per 100 000 invånare



Källor: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (Folkhälsan i Sverige - årsrapport 2012, Dödsorsaksregistret).

Anm.: Åldersstandardiserade värden. Alkoholrelaterad dödlighet inkluderar alkoholförgiftning och, om de är orsakade av alkohol, psykiska störningar, beteendestörningar, gastrit, leversjukdom, samt pankreatit.

Andelen vuxna som har en stillasittande fritid har varit oförändrad sedan år 2004. Inga skillnader syns mellan kvinnor och män. Det är vanligare med en stillasittande fritid bland äldre kvinnor (65–84 år) än bland kvinnor i andra åldersgrupper, liksom det är vanligare bland personer med kort utbildning.

Andelen vuxna med övervikt har inte märkbart förändrats, men däremot finns tecken på att grav övervikt (fetma) blivit något vanligare. Övervikt är vanligare bland män än bland kvinnor, och fetma är vanligare bland personer med kort utbildning än bland personer med längre utbildning.

Antalet rapporterade fall av smittsamma sjukdomar ökade något under 2011, framförallt beroende på en ökning av vissa mag- och tarminfektioner, sexuellt överförbara infektioner och resistenta bakterier. Många smittsamma sjukdomar är reserelaterade.

Antalet fall av antibiotikaresistenta bakterier uppvisar en ökning bland befolkningen. Under det senaste decenniet har antalet fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) fyrdubblats. Under 2011 har en tydlig ökning av MRSA skett. Det noteras även en ökning av viss övrig resistensproblematik. Särskilt oroväckande är ökningen av tarmbakterier som bildar

”Extended Spectrum Beta-Lactamase” (ESBL), dvs. ämnen som bryter ned vissa antibiotika.

När det gäller sexuellt överförbara infektioner står klamydiainfektion för mer än hälften av alla rapporterade fall av anmälningspliktiga infektionssjukdomar. Antalet anmälda infektioner av gonorré och syfilis har ökat, medan antalet anmälda fall av hivinfektion är i stort oförändrat.

Händelser som fått stora konsekvenser under 2011 var dels utbrottet i Skellefteå orsakat av parasiten *Cryptosporidium* i dricksvatten, dels utbrottet av tarmbakterien EHEC i Tyskland som även påverkade Sverige. Utbrotten hade förutom konsekvenser för de direkt drabbade också samhällsekonomiska dimensioner.

Influensasäsongen 2010/2011 dominerades av en omfattande influensa B som var oväntad och ovanlig samt influensa A(H1N1)2009 (pandemiviruset). Den andra vågen av influensa A(H1N1)2009 var som väntat relativt kraftig men var ändå mildare i Sverige än i länder med lägre vaccinationstäckning. Smittskyddsinstitutet bedömde preliminärt att pandemivaccinet gav god skyddseffekt, i synnerhet för de allra yngsta.

5.5 Goda levnadsvillkor

De grundläggande levnadsvillkoren har stor betydelse för befolkningens hälsa. Det handlar t.ex. om delaktighet och inflytande i samhället, om möjligheterna till utbildning och arbete, och om förutsättningarna för självförsörjning. Resultat och insatser inom dessa områden beskrivs huvudsakligen i andra delar av denna proposition. Tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet och på lika villkor är naturligtvis också av central betydelse och behandlas under delområde 4 Hälso- och sjukvårdspolitik.

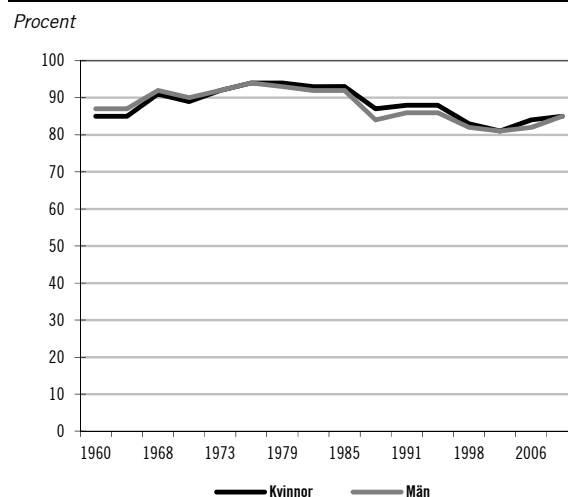
Minskat utanförskap och ökat inflytande leder till en bättre hälsa

Brist på inflytande har ett starkt samband med ohälsa. En levande demokrati där möjligheterna till inflytande är goda innebär att makten utgår från medborgarna och att människor har möjlighet att påverka de beslut som rör den egna vardagen. Om den enskilde eller grupper upplever att de inte kan påverka de egna livsvillkoren och utvecklingen av samhället kan detta leda till utanförskap och maktlöshet.

Regeringen arbetar därför för att närheten till de politiska besluten ska öka genom förbättrade möjligheter till aktivt deltagande samt för att skapa en god social sammanhållning där den enskildes rätt till självbestämmande inte inskränks av andra. Dessa aspekter belyses närmare under andra utgiftsområden, som t.ex. utgiftsområde 1 Rikets styrelse, och utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet.

Demokratisk delaktighet mäts bl.a. genom valdeltagande (diagram 5.4). Det hittills högsta valdeltagandet vid val till riksdagen, 94 procent, uppnåddes 1976. I 2010 års riksdagsval var valdeltagandet 85 procent. Det är visserligen lägre än 1976 men det har skett en uppgång med nästan fem procentenheter sedan den lägsta noteringen 2002.

Diagram 5.4 Valdeltagande i riksdagsval, 1960–2010



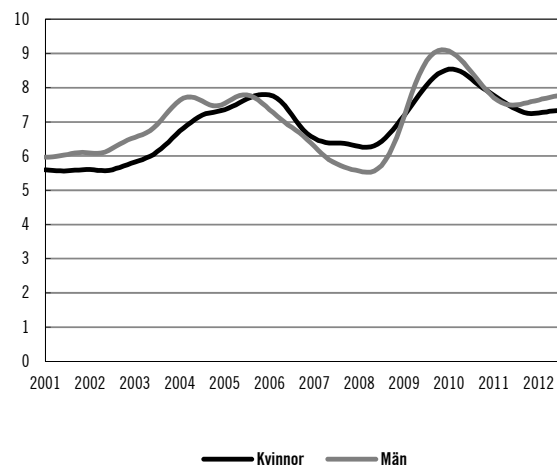
Källa: Statistiska centralbyrån.

Ekonomisk och social trygghet är en förutsättning för en god hälsoutveckling

En hög sysselsättningsnivå som möjliggör för människor att försörja sig genom eget arbete är grundläggande för ett välfärdssamhälle och främjar också en god hälsoutveckling (diagram 5.5). Arbetsmarknad och arbetsliv behandlas vidare i utgiftsområde 14. Samtidigt är det enligt regeringen viktigt att människor vid behov kan ta del av sociala tjänster av god kvalitet och på lika villkor, t.ex. under perioder i livet då man drabbas av sjukdom, olyckor och arbetslöshet. De olika socialförsäkringssystemen beskrivs vidare under bl.a. utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning. Vidare behöver det finnas möjligheter att utbilda sig under olika perioder av livet för att främja sysselsättning. Utbildningsväsendet beskrivs i sin helhet under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Diagram 5.5 Andel arbetslösa i arbetskraften, åldersgruppen 15–74 år, 2001–2012

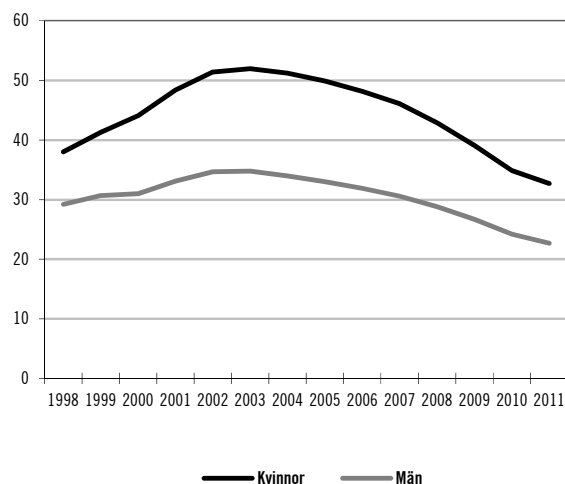
Procent



Källa: Statistiska centralbyrån.

Diagram 5.6 Ohälsotalet, 1998–2011

Ohälsotalet



Källa: Försäkringskassan.

Ohälsotalet används som ett mått på arbetsmarknadsposition, vilket är en viktig bestämningsfaktor när det gäller ekonomisk och social trygghet (diagram 5.6). Ohälsotalet är ett mått på antalet dagar då ersättning betalas ut från någon av de socialförsäkringar som träder i kraft vid ohälsa, ställt i relation till antalet personer som omfattas av försäkringarna. Ohälsotalet nådde sin högsta nivå under 2003 och har därefter minskat. De senaste åren har ohälsotalet minskat i alla åldersgrupper. I åldersgruppen 60–64 år är ohälsotalet högst, vilket framför allt beror på en betydligt högre andel personer som uppbär sjukersättning. Ohälsotalets minskningstakt är för närvarande cirka 10 procent på årsbasis. Från 2009 till 2011 minskade ohälsotalet från 39 till 33 dagar bland kvinnor och från 27 till 23 dagar bland män.

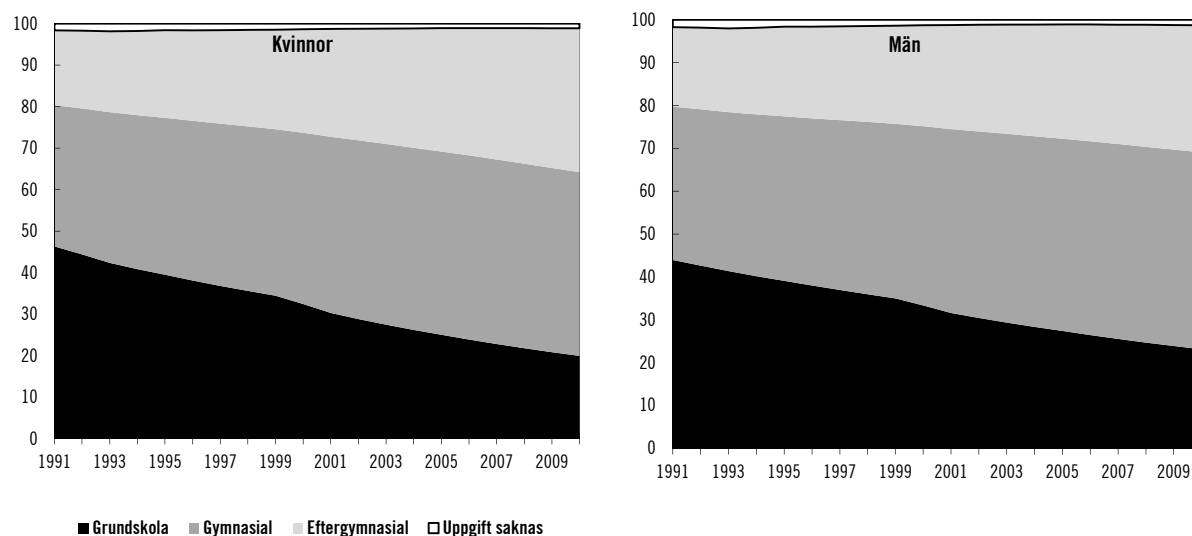
Trygga och goda uppväxtvillkor är avgörande för folkhälsan på lång sikt

Trygga och goda uppväxtvillkor har en grundläggande betydelse för människors hälsa. Centrala faktorer för barns och ungas hälsa är förhållandena i barnets familj och barnets relationer till vänner och andra i barnets omgivning. Föräldrarna har ett huvudansvar för barnets utveckling och välbefinnande. För att stödja föräldrar i detta arbete fattade regeringen 2009 beslut om en nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd (se avsnitt 7.12). Andra betydelsefulla faktorer är miljön i bostadsområdet, förskolan, skolan och på fritiden, samt förhållanden som berör barnets levnadsvanor och utvecklingsmöjligheter.

Trygga och goda uppväxtvillkor skapar förbättrade möjligheter att prestera i skolan vilket kan motverka utanförskap och ohälsa på längre sikt. Generellt sett har utbildningsnivån i Sverige stigit under de senaste åren (diagram 5.7). Regeringen fortsätter att arbeta för att förbättra skolresultaten. Området beskrivs närmare under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Diagram 5.7 Andel av befolkningen med olika utbildningsnivåer, åldersgruppen 35–79 år, 1991–2010

Procent



Källor: Statistiska centralbyrån (Utbildningsregistret) och Statens folkhälsoinstitut (Folkhälsan i Sverige - årsrapport 2012).

Anm.: Ohälsotalet beräknas genom att summa dagar med sjukpenning inkl. arbets-skadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt dagar med aktivitets- och sjukersättning divideras med befolkningen 16–64 år.

Skillnader i hälsa mellan olika grupper

Det finns skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Det handlar t.ex. om hälsosituationen för personer med olika social bakgrund, personer med funktionsnedsättning, homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer), nationella minoriteter och personer med utländsk bakgrund. Det finns studier som pekar på samband mellan diskriminering och hälsa.

Statens folkhälsoinstitut hade under perioden 2003–2005 regeringens uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för hbt-personer. Sammanfattningsvis konstaterades att en övervägande del av hbt-personerna hade en god hälsa. Den psykiska hälsan var dock betydligt sämre bland hbt-personer än bland de som var heterosexuella.

Statens folkhälsoinstitut fick 2008 i uppdrag av regeringen att kartlägga hälsosituationen bland de nationella minoriteterna i Sverige. Uppdraget redovisades 2010. I rapporten framkom att det finns en rad utmaningar när det gäller hälsosituationen bland nationella minoriteter, samt brist på kunskap om nationella minoriteters hälsosituation och kultur.

Hälsoförbättrande insatser på olika nivåer i samhället bör beakta skillnader i hälsa mellan

olika grupper. Skillnaderna motiverar ett fortsatt arbete för en jämlik vård (se avsnitt 4.8.3).

Uppföljning av hälsoläget hos personer med funktionsnedsättning

Regeringen har identifierat folkhälsopolitiken som ett av nio prioriterade områden inom funktionshinderspolitiken. Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att göra årliga mätningar av hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Detta sker inom ramen för ett större uppdrag som omfattar ett tjugotal myndigheter (se delområde 6 Funktionshinderspolitik).

Den första rapporten från mars 2012 visade att nästan 19 procent av personer med funktionsnedsättning uppger att de har dålig hälsa medan motsvarande andel för övriga befolkningen är två procent. Det är också en mindre andel av dem med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra. Vidare har människor med funktionsnedsättning generellt sett en svårare ekonomisk situation och ohälsosammare levnadsvanor och de är i mindre utsträckning socialt aktiva än befolkningen i övrigt.

De inriktningsmål som fastslogs 2011 innebär fortsatt bevakning av hälsoläget hos människor

med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstituts uppdrag om uppföljning sträcker sig fram till 2016.

5.6 Hälsofrämjande och säkra livsmiljöer

Den miljö som människor dagligen vistas i har betydelse för hälsoutvecklingen. Hälsofrämjande livsmiljöer fungerar som stöd för människors förmåga att själva ta ansvar för sin hälsa. De ger också skydd mot faktorer som kan orsaka sjukdomar eller skador t.ex. genom smittspridning, olycksfall och våld.

5.6.1 Hälsofrämjande samhällsplanering

En fysisk miljö som möjliggör hälsosamma val är viktig i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom. Trygga, säkra och tillgängliga gång- och cykelbanor, förskole- och skolgårdar, bostadsområden, samt tillgänglighet till grönområden och tätortsnära friluftsliv möjliggör och stimulerar exempelvis fysisk aktivitet i vardagen. Samhällsplanering redovisas i sin helhet under utgiftsområde 18 Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande samt konsumentpolitik. Allmän miljö- och naturvård är också relevant i detta sammanhang och behandlas under utgiftsområde 20.

Boverket samordnar och utvecklar arbetet för en samhällsplanering som främjar hälsa

Eftersom ett flertal myndigheter har ansvar för frågor som rör den bebyggda miljöns betydelse för fysisk aktivitet är det nödvändigt med samverkan. Boverket har fått i uppdrag att ansvara för ett samverkansprojekt. Uppdraget innebär att samordna och utveckla ett arbete kring samhällsplanering och bebyggelseutveckling för en miljö som möjliggör och stimulerar till fysisk aktivitet i vardagen. I detta avseende beaktas bl.a. tillgänglighet till grönområden och tätortsnära friluftsområden samt säkra, trygga och tillgängliga gång- och cykelbanor.

Genom en utvecklad samordning mellan aktörer som på olika sätt har ansvar inom området bedöms goda förutsättningar skapas för ett ef-

fektivt och systematiskt utvecklingsarbete. En viktig del i uppdraget handlar om att aktivt sprida kunskap och goda exempel om hur planeringen av den fysiska miljön kan bidra till fysisk aktivitet och hälsosamma val. Boverket ska genomföra arbetet i samverkan med Statens folkhälsoinstitut, länsstyrelserna, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och andra berörda aktörer. Uppdraget ska slutredovisas i december 2012.

Av Boverkets delrapport från december 2011 (dnr. S2011/11343/PBB) framgår att barn, unga och äldre särskilt uppmärksammas i arbetet med uppdraget. Kunskap och goda exempel om samhällsplanering som stimulerar fysisk aktivitet kommer att spridas, bl.a. genom vägledning till kommunerna, genom relevanta nätverk samt genom att anordna en nationell konferens på temat samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet. Syftet med arbetet är att planerare, arkitekter, politiker och andra verksamma inom samhällsplanering ska få en ökad förståelse och kunskap om vad som stimulerar fysisk aktivitet och hur detta kan hanteras i den fysiska planeringen, så att detta ger avtryck i den fysiska miljön.

Barn och unga behöver involveras i samhällsplaneringen

Trafikverket och Boverket fick i december 2009 i uppdrag att initiera, samordna och stödja kommunala försöksverksamheter som involverar barn och unga i samhällsplaneringen. Försöksverksamheterna pågår i Borlänge, Göteborg, Hällefors, Trelleborg, Örebro och Östersund. Det gemensamma syftet för kommunernas arbete är att prova och utveckla metoder samt rutiner med olika inriktning för barns och ungas delaktighet och medverkan. Uppdraget genomförs i samverkan med Statens folkhälsoinstitut samt SKL och ska slutredovisas i december 2012. Ett förslag till strategi för genomförande av erfarenheterna samt fortsatt utvecklingsarbete inom kommunerna ska ingå i slutrapporten.

Nätverk främjar regionalt och lokalt folkhälsoarbete

Arbetet för en miljö som främjar hälsa förutsätter lokal förankring. För att främja ett lokalt och

regionalt folkhälsoarbete med fokus på samhällsplaneringens betydelse har regeringen sedan 2008 ekonomiskt stöttat det svenska nationella Healthy Cities-nätverket. En viktig del i nätverkets utvecklingsarbete består av att i samråd med andra berörda aktörer belysa och sprida kunskap om interventioner, arbetssätt och organisatoriska lösningar som främjar en utveckling av hälsofrämjande miljöer. Inom nätverket finns temagrupper för hälsosam samhällsplanering, fysisk aktivitet och bra matvanor samt socioekonomiska analyser med utgångspunkt i bostadsområden.

Utvecklingsarbete för hållbara städer och att stärka den sociala dimensionen

Delegationen för hållbara städer är en nationell arena för hållbar stadsutveckling. Delegationen tillsattes av regeringen för perioden 2008–2010 för att kraftsamla och på olika sätt stimulera hållbar stadsutveckling. Delegationens uppdrag förlängdes fram till december 2012 för att konsolidera och avsluta det arbete som inletts. Arbetet ska under 2011–2012 bl.a. fokusera på att stärka den sociala dimensionen i hållbar stadsutveckling samt identifiera hinder för hållbar stadsutveckling och förslag till åtgärder och lösningar.

Hälsa är en av aspekterna som särskilt betonas i den sociala dimensionen. Delegationen genomför insatser som belyser hur arbete med fysisk planering, byggande och boende, folkhälsa, urbant utvecklingsarbete och klimatarbete hänger samman. Delegationen för hållbara städer beslutar om ekonomiskt stöd för utveckling av hållbara städer. Diverse projekt som på olika sätt bidrar till förbättrade livsmiljöer i städerna och som direkt och indirekt bidrar till bättre folkhälsa har beviljats ekonomiskt stöd. I flertalet av de ansökningar om stöd som delegationen mottagit återfinns en medvetenhet om kopplingen mellan folkhälsa och åtgärder för att främja gång, cykel och kollektivtrafik.

Satsning på cykel som transportmedel

Åtgärder som leder till ökat resande med cykel bidrar till att nå ett flertal samhällsmål, såsom att minska resandets miljöpåverkan, minska trängseln och främja folkhälsa. Regeringen har mot

denna bakgrund vidtagit flera åtgärder som stödjer cykel som transportmedel.

I september 2010 tillsattes en utredning för att se över de regler som påverkar förutsättningarna för att cykla, med syfte att göra det enklare och mer attraktivt att cykla samt att göra cyklingen säkrare. Uppdraget ska redovisas i oktober 2012.

Därutöver har regeringen bl.a. uppdragit åt Trafikverket och Transportstyrelsen att ta fram en strategi och handlingsplan för ökad och säker cykling. Av redovisningen från detta uppdrag från december 2011 framgår vikten av att fokusera på att stärka cyklingens plats i samhällsplaneringen.

5.6.2 Hälsofrämjande förskola och skola

Barn och unga utgör en viktig målgrupp för arbetet med att främja hälsa. Goda uppväxtvillkor och en god hälsa hos barn är viktigt i sig, samtidigt som många vanor grundläggs i tidig ålder. Av förskolans och grundskolans läroplaner framgår att hälsoaspekter, som t.ex. fysisk aktivitet och bra matvanor ska ges utrymme i verksamheten.

Genom den nya skollagen (2010:800), som började tillämpas på utbildning och annan verksamhet den 1 juli 2011, infördes en samlad elevhälsa för elever i de obligatoriska skolformerna samt gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Skolinspektionen har tillsynsansvar över skolförfattningarna och därmed även över bestämmelserna i skollagen. Skolinspektionen har möjlighet att utöver löpande tillsyn genomföra riktad tillsyn och kvalitetsgranskningar utifrån olika angelägna teman. Ett exempel är tillsynen av ämnet idrott och hälsa som genomfördes under 2010.

Utbildningsväsendet beskrivs i sin helhet under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Investeringar i förstärkt elevhälsa

Regeringen har avsatt 650 miljoner kronor för insatser för en förstärkt elevhälsa under 2012–2015. Skolverket har fått i uppdrag att bl.a. för-

delat ett riktat statsbidrag till skolhuvudmännen för personalförstärkningar inom elevhälsan och att erbjuda utbildningsinsatser till elevhälsans personal.

I satsningen på elevhälsa ingår ett uppdrag till Skolverket för att stödja utvecklingen av ämnet idrott och hälsa i de obligatoriska skolformerna, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. I uppdraget ingår att erbjuda fortbildning som ska ge stöd för att använda de nya kursplanerna respektive ämnesplanerna i fråga om idrott och hälsa, samt att bedöma elevernas kunskaper utifrån kurs- och ämnesplanernas kunskapskrav. Inom ramen för uppdraget ska Skolverket även uppmärksamma hälso- och simundervisningen och frågan om elevers frånvaro i idrotts- och hälso-undervisningen.

Satsningen på elevhälsa innefattar dessutom ett uppdrag till Livsmedelsverket att i samverkan med Skolverket stödja arbetet med näringsriktig skolmat och skolmåltidens utformning. Satsningen ska utgå från skollagens bestämmelse om att de skolmåltider som erbjuds ska vara näringsriktiga. I uppdraget ingår att erbjuda utbildningsinsatser till ansvarig personal inom skolkök samt till kostchefer, konsulter och ansvariga för upphandling av mat i kommunerna.

För att främja det prioriterade arbetet om en hälsofrämjande skola har Skolverket också i uppdrag att under perioden 2011–2014 utforma och erbjuda utbildningsinsatser med syftet att stödja skolornas undervisning om alkohol, narkotika, dopning och tobak. Målgruppen för utbildningsinsatserna är rektorer och annan personal i grund- och gymnasieskolan.

Uppdrag om astma och allergier i relation till arbetsmiljön i skolan

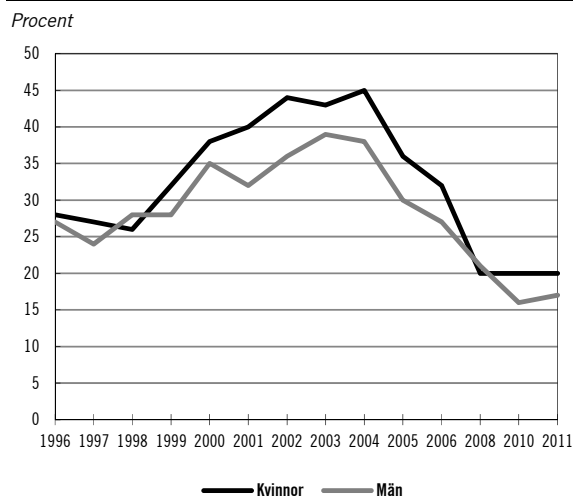
Socialstyrelsen fick under 2011 i uppdrag att beskriva problembilden och nuvarande ansvarsfördelning mellan myndigheter och andra aktörer vad gäller astma- och allergiområdet kopplat till arbetsmiljön i skolan. Bakgrunden till uppdraget är en skrivelse från 2010 i vilken Socialstyrelsen redogör för behovet av en nationell strategi för astma- och allergisjukdomar. Av denna skrivelse framgår bl.a. att cirka 30 procent av alla skolbarn har en pågående allergisjukdom. Astma och allergi utgör den vanligaste kroniska sjukdomen under uppväxtåren och andelen unga vuxna som lider av dessa besvär ökar. Av uppdraget ska

framgå vilka grupper i samhället som är i behov av information om astma och allergi kopplat till arbetsmiljön i skolan och vilken typ av information dessa grupper behöver.

5.6.3 Hälsofrämjande arbetsmiljö

Insatser när det gäller arbetsmiljön ska motverka utslagning av kvinnor och män från arbetslivet och öka möjligheterna till deras inträde i arbetslivet. Arbetsmiljöpolicen handlar om att minska riskerna att drabbas av olycksfall och sjukdomar relaterade till arbetsmiljön. Avsikten är även att i högre grad än tidigare betona att arbetsmiljön ska vara utvecklande och bidra till hälsa. I arbetsmiljön ligger en avsevärd potential för att inte bara motverka ohälsa utan också för att främja hälsa. Från mitten av 1990-talet fram t.o.m. 2003 ökade den andel av sjukfrånvaron som uppgavs vara arbetsrelaterad (diagram 5.8). Därefter har denna andel mer än halverats. Arbetsmarknad och arbetsliv redovisas i sin helhet under utgiftsområde 14, där också arbetsmiljön behandlas mer utförligt under delområde 4 Arbetsliv.

Diagram 5.8 Andel av sjukfrånvaron som uppges bero på arbetsorsakade besvär, 1996–2011



Källor: Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån (AKU-undersökningen).

Anm.: Uppgifterna bygger på undersökningsdeltagarnas egen bedömning.

5.6.4 Säkra miljöer och produkter

Flera olika myndigheter arbetar för att säkerställa att miljöer, produkter och tjänster är säkra, bl.a. mot bakgrund av behovet att minska olycksfall i samhället. Utgiftsområden med be-

röringspunkter innefattar bl.a. utgiftsområde 20 Allmän miljö- och naturvård, utgiftsområde 18 Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande samt konsumentpolitik, samt utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv.

Berörda myndigheter är bl.a. Arbetsmiljöverket, Konsumentverket, Läkemedelsverket, Elsäkerhetsverket, Kemikalieinspektionen, Transportstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Exempelvis har Livsmedelsverket som förvaltningsmyndighet för livsmedelsfrågor till uppgift att i konsumenternas intresse arbeta för säkra livsmedel, adekvat livsmedelshandling och bra matvanor. Läkemedelsverket och Kemikalieinspektionen utökar fr.o.m. 2011 sitt samarbete för att effektivare kunna åtgärda kemiska risker från ämnen i kosmetiska och hygieniska produkter.

Hälsoskyddsarbetet främjar en säker miljö på bred front

Hälsoskydd är det arbete som utförs för att undvika att människor får besvär eller blir sjuka av miljön. Det innebär t.ex. att se till att bostäder är fria från skadliga nivåer av buller, radon och fukt. Insatserna inom hälsoskyddsområdet faller inom miljöbalkens (1998:808) mål om att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö.

Regeringen fattade under 2010 beslut om propositionen Svenska miljömål – för ett effektivare miljöarbete (prop. 2009/10:155). De 16 nationella miljö kvalitetsmålen anger den miljömässiga dimensionen av politiken för hållbar utveckling och konkretiserar även miljöbalkens mål. Regeringen beslutade i april 2012 om preciseringar och etappmål i miljömålssystemet. Ett viktigt syfte med miljö kvalitetsmålen, preciseringarna och etappmålen är att de ska vara vägledande för allas miljöarbete, såväl för regeringen som för myndigheter och övriga aktörer. Genom förändringarna i miljömålssystemet har regeringen framhållit att det övergripande målet för miljöpolitiken förutsätter en ambitiös miljöpolitik i Sverige, inom EU och internationellt. Ambitionen är att Sverige ska vara ledande i arbetet med att nå en hållbar utveckling.

Socialstyrelsen har fortsatt det övergripande ansvaret för hälsofrågor inom samtliga miljö kvalitetsmål. Socialstyrelsens tillsynsvägledning

är inriktad på att främja, förstärka och utveckla kommuners insatser med operativ hälsoskyddstillsyn och ge länsstyrelserna stöd i arbetet med regional tillsynsvägledning. Syftet är att skapa förutsättningar för en likvärdig och effektiv kommunal hälsoskyddstillsyn som bidrar till att uppfylla miljöbalkens intentioner. Socialstyrelsen har drivit ett flerårigt nationellt tillsynsprojekt som avslutades 2011 och i vilket omkring 150 kommuner deltog. Syftet med projektet var att förbättra boendemiljön i flerbostadshus och att öka kunskapen hos fastighetsägarna om miljöbalkens regler om egenkontroll. Socialstyrelsen har dessutom genomfört regionala hälsoskyddsträffar och utbildningar om hälsorisker med kemiska bekämpningsmedel.

Övervakning bidrar med kunskap och information i det skadeförebyggande arbetet

Socialstyrelsen driver Injury Data Base (IDB) Sverige där detaljerade uppgifter om skador som hanteras vid akutmottagningar och jourcentraler registreras. IDB är ett europeiskt system där många av EU:s medlemsstater deltar. Arbetets främsta syfte är att förse olika aktörer med ansvar för säkerhet och skadeförebyggande arbete inom olika samhällssektorer med adekvat statistik och information om riskgrupper, farliga produkter och omständigheterna kring skador och olyckor.

Verksamheten ska ses mot bakgrund av att skador är den vanligaste dödsorsaken för barn, trots att trendkurvan under lång tid varit avtagande, enligt Socialstyrelsens barnskaderapport från 2011. Fler än 200 000 barn behandlades vid landets akutmottagningar efter skadehändelser under 2007–2009. Skador förekom framför allt i åldersgruppen 10–17 år och 57 procent av de drabbade var pojkar.

5.6.5 Nationella vaccinationsprogram

Vaccination är en kostnadseffektiv medicinsk insats som erbjuds barn kostnadsfritt inom det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Den rikstäckande statistiken över vaccinerade barn uppvisar en god vaccinationstäckning.

Ny ordning för nationella vaccinationsprogram

För att få till stånd en ny ordning för nationella vaccinationsprogram har regeringen utfärdat ändringar i befintliga lagar och förslag till ny lag (prop. 2011/12:123), vilka kommer att träda i kraft den 1 januari 2013. Innebörden är att en ny reglering av nationella vaccinationsprogram förs in i smittskyddslagen (2004:168). Landsting och kommuner blir skyldiga att erbjuda människor vaccinationer mot smittsamma sjukdomar i syfte att förhindra spridning av dessa sjukdomar i befolkningen. Vaccinationerna ska dels ges inom allmänna vaccinationsprogram, dels inom särskilda vaccinationsprogram för personer som ingår i riskgrupper. Landsting och kommuner ska svara för kostnaden så att vaccinationerna erbjuds den enskilde kostnadsfritt.

Regeringen ska fatta beslut om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram. För att en smittsam sjukdom ska kunna omfattas av nationella vaccinationsprogram måste det finnas vaccin mot sjukdomen som kan ges utan föregående diagnos och som ger mer än kortvarig immunitet mot sjukdomen i hela eller delar av befolkningen. En smittsam sjukdom ska omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram om vaccination mot sjukdomen kan förväntas effektivt motverka sjuklighet i samhället, vara samhällsekonomiskt kostnadseffektiv, samt hållbar utifrån etiska och humanitära perspektiv.

Vidare ska uppföljning av programmen stärkas genom att det införs en ny lag om register för nationella vaccinationsprogram. I registret ska vårdgivarna registrera alla vaccinationer som ges inom ramen för programmen.

Barnvaccinationsprogrammet uppvisar god täckning

Den goda vaccinationstäckningen i Sverige bidrar till skyddet mot ett flertal sjukdomar. Andelen elever som var fullständigt vaccinerade mot difteri, stelkramp och polio uppgick under 2010/2011 till 96 procent. Drygt 95 procent hade fått fyra doser vaccin mot kikhosta. Över 95 procent av eleverna var vaccinerade med två doser vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund. Ytterligare 3,3 procent av eleverna hade fått minst en vaccindos. När det gäller vaccina-

tioner är fortsatt uppföljning av följsamheten till barnvaccinationsprogrammet viktig.

5.6.6 HIVinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Utifrån en aktuell nulägesbild av smittspridningen finns det anledning att vara vaksam för att inte riskera en ökning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar i samhället. Regeringens insatser ifråga om hiv/aids syftar till att begränsa spridningen av denna och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar, samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och enskilda. En samlad nationell strategi för samhällets insatser för att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar presenterades i december 2005 (prop. 2005/06:60).

Insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Regeringen och SKL träffade 2011 en överenskommelse om insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. Överenskommelsen omfattar 95 miljoner kronor för 2012. De olika överenskommelserna inom detta område beslutas vanligen med ett treårigt perspektiv och den senaste treårsperioden avslutas i och med 2012. Främjande av kunskapsuppbyggnad och stöd är av stor betydelse för att preventionsarbetet ska få effekt. Smittskyddsinstitutet har med stöd av statsbidraget bl.a. arbetat med att ta fram kunskapsunderlag för preventionsarbete som är riktat till män som har sex med män. Det arbetet slutförs under 2012.

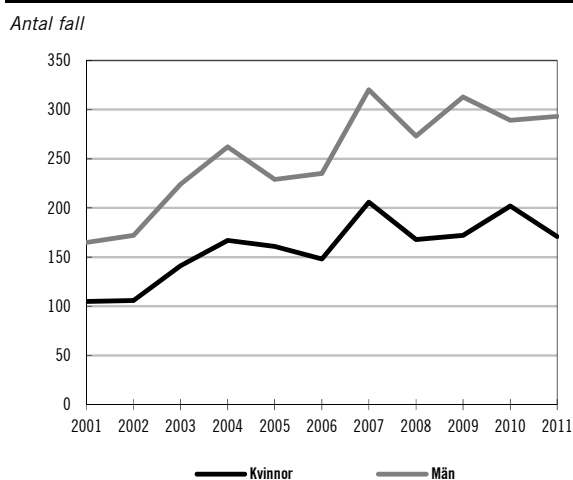
Smittskyddsinstitutet har en strategisk roll och planerar, samordnar, stödjer och följer upp arbetet med att nå de nationella målen. Smittskyddsinstitutet fördelar också cirka 21 miljoner kronor i statsbidrag till ideella organisationer som bedriver verksamhet enligt förordningen (2006:93) inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Frivilligorganisationerna har en viktig roll i utformningen och genomförandet av arbetet mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Dessutom har Smittskyddsinstitutet på uppdrag av regeringen och i samarbete med landsting/regioner

och storstadskommuner tagit fram en samverkansmodell och plan för kommunikationsinsatser. Uppdraget slutredovisades under 2012.

Spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar kräver vaksamhet

Arbetet som beskrivs ovan utförs mot bakgrund av en svagt ökande trend av antalet rapporterade fall av hivinfektion i Sverige sedan 2003 (diagram 5.9). I slutet av 2011 hade totalt 9 891 fall av hivinfektion rapporterats och ungefär 5 800 personer uppskattas leva i Sverige med en känd hivdiagnos. Ökningen är framför allt relaterad till immigration och ett ökat antal rapporterade fall bland immigranter smittade före ankomst till Sverige. Män som har sex med män är den grupp med störst inhemsk smittspridning av hivinfektion. Inom denna grupp har antalet rapporterade fall under 2010–2011 minskat i förhållande till en tidigare uppgång under 2005–2009. Färre fall har även rapporterats bland injektionsmissbrukare med 14 fall rapporterade i gruppen under 2011. Få fall av heterosexuellt överförd hivinfektion rapporterats bland unga (15–24 år) i Sverige. Kondomanvändningen är dock låg i denna grupp och klamydiainfektion vanligt förekommande, vilket tyder på högt sexuellt risktagande.

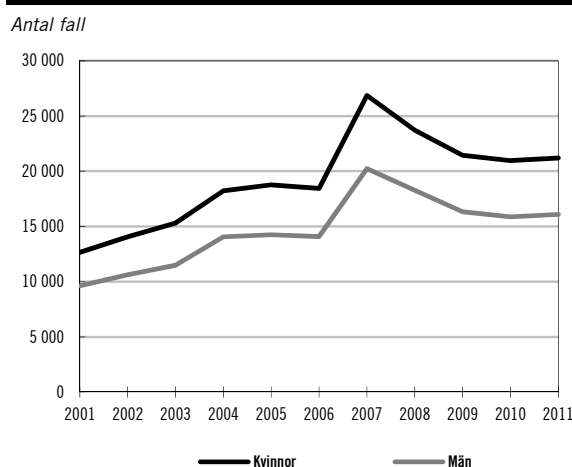
Diagram 5.9 Antal fall av hivinfektion som anmälts, 2001–2011



Sedan 1997 ses en ökande trend av klamydiainfektion bland både män och kvinnor (diagram 5.10). Under 2011 anmäldes 37 290 fall av klamydiainfektion vilket är en svag ökning jämfört med 2010. Klamydiainfektion har sedan den

inkluderades i smittskyddslagen 1988 legat på en hög nivå jämfört med övriga sexuellt överförbara infektioner, med som minst 13 000 fall om året. Sedan 1998 har klamydiainfektion ökat kraftigt till nivåer runt 40 000 fall om året. I dag utgör klamydiafallen ungefär hälften av alla de sjukdomsfall som årligen rapporteras enligt smittskyddslagen. En majoritet av klamydiafallen är, till skillnad från hivinfektion och andra sexuellt överförbara infektioner, smittade i Sverige och huvudsakligen genom heterosexuell smittväg. De är också framför allt koncentrerade till ungdomar och unga vuxna.

Diagram 5.10 Antal fall av klamydiainfektion som anmälts, 2001–2011



Internationellt engagemang rörande hiv/aids

En svensk delegation deltog under 2011 i ett högnivåmöte om hiv/aids som organiserades av FN:s Generalförsamling. Vid mötet antogs en politisk deklaration som bygger vidare på den s.k. UNGASS deklARATIONEN från 2001 och som utgör ett förnyat åtagande för respektive medlemsland att minska förekomsten av hiv/aids. Dessutom deltog Sverige i februari 2012 vid ett högnivåmöte om hiv/aids som behandlade straffrätten på hiv/aidsområdet i ett globalt perspektiv. Mötet arrangerades av Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) och den norska regeringen. Därutöver bidrar Sverige genom sitt internationella utvecklingsarbete till att bekämpa hiv/aids internationellt.

5.6.7 Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens, dvs. bakteriers motståndskraft mot antibiotika, är ett växande problem i Sverige och globalt. Regeringens insatser ifråga om antibiotikaresistens syftar till att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner hos människa och djur.

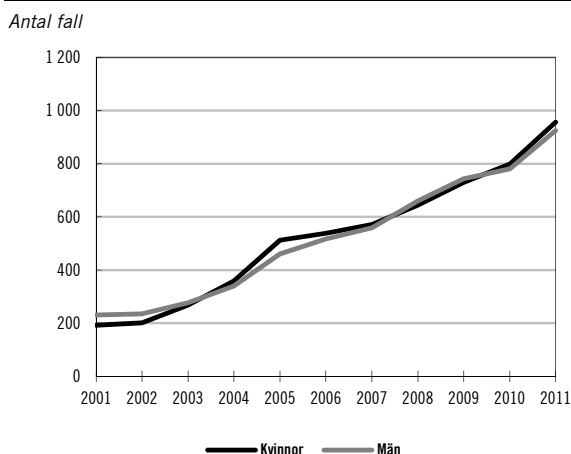
Antibiotikaresistens är ett globalt hälsohot

Europeiska myndigheten för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) har beskrivit antibiotikaresistens som ett av de allvarligaste hälsohoten inom EU. En fortsatt negativ utveckling på området riskerar att ge konsekvenser i form av avsaknad av effektiva läkemedel och stora svårigheter att bedriva avancerad sjukvård. Faktorer som fler äldre patienter och komplicerade kirurgiska ingrepp kan också bidra till att totalt sett fler personer löper risk att drabbas av resistenta bakterier.

I Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012 redovisas utvecklingen för ett antal indikatorer inom folkhälsopolitiken. En sådan indikator är antalet anmälda fall av MRSA som är ett av de främsta vårdhygieniska problemen (diagram 5.11). MRSA i befolkningen har ökat från 425 fall under 2001 till 1 884 fall under 2011. Spridningen har avtagit något inom sjukvården som helhet men stiger i stället i samhället. Antalet fall har ökat inom äldreomsorg och primärvård.

De s.k. ESBL-bildande tarmbakterierna är ett ökande resistensproblem. ESBL-bildande bakterier utgör, med över 5 000 fall anmälda under 2011, den största gruppen bland de anmälningspliktiga antibiotikaresistenta bakterierna. En annan oroande utveckling är ökningen av tarmbakterier som är resistenta mot antibiotikagruppen karbapenemer (ESBL-carba). I Sverige har 37 infekterade patienter identifierats t.o.m. 2011, varav alla utom tre var smittade utomlands. Det finns studier som visar att man efter en resa kan få med sig hem resistenta bakterier i tarmfloran, också utan att ha varit sjuk utomlands.

Diagram 5.11 Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokker (MRSA) som anmäls, 2001–2011



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar

Regeringen presenterade 2005 en strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (prop. 2005/06:50). Syftet med strategin är att bevara möjligheten att behandla bakteriella infektioner hos människor och djur. Insatserna i strategin inkluderar humanmedicin, veterinärmedicin, ickemedicinsk användning av antibiotika inom jordbruks- och livsmedelssektorn samt insatser för att motverka miljökonsekvenser av antibiotikaanvändningen. Socialstyrelsens uppföljning av strategin visar att det finns behov av en nationell funktion med uppdrag att samordna arbetet mot antibiotikaresistens. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att, i samverkan med Jordbruksverket, initiera och ansvara för den nationella samverkansfunktionen.

Patientsäkerhetsöverenskommelsen uppmärksammar antibiotikaförskrivningen

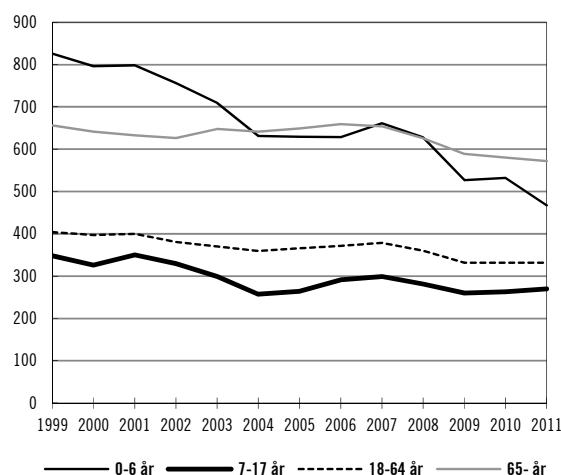
Regeringen och SKL har sedan 2011 genom årliga överenskommelser enats om en prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Satsningen sträcker sig t.o.m. 2014 och beskrivs under avsnitt 4.8.1. En central del av patientsäkerhetsarbetet är att motverka utvecklingen av antibiotikaresistens, vilket parterna tagit fasta på i överenskommelsen.

Under 2012 har staten därför avsatt 100 miljoner kronor till de landsting som verkar för en ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer avseende vanliga infektioner i öppenvården, samt minskar sin antibiotikaförskrivning i enlighet med avtalet.

Överenskommelsen för 2012 är den andra i ordningen. Smittskyddsinstitutets uppföljning av överenskommelsen för 2011 visade att samtliga landsting har inrättat lokala strategigrupper för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, s.k. Stramagrupper. Dessutom hade alla landsting verkat för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvården. Endast tre landsting uppnådde emellertid de uppsatta målen om att minska antibiotikaförskrivningen. Totalt sett har emellertid antibiotikaförskrivningen minskat långsamt i Sverige under senare år (diagram 5.12).

Diagram 5.12 Antal antibiotikarecept per 1 000 invånare i olika åldersgrupper, 1999–2011

Antal recept per 1 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen (Läkemedelsregistret).

Anm.: Antalet antibiotikarecept avser förskrivna och uthämtade recept.

Förbättrade möjligheter att övervaka och hantera smittoutbrott

Som en del av regeringens patientsäkerhetsarbete har Smittskyddsinstitutet fått i uppdrag att analysera om det bör utvecklas ett verktyg för nationell registrering och kommunikation rörande möjliga smittoutbrott inom hälso- och sjukvården. Uppdraget utförs i samråd med SKL, Statens veterinärmedicinska anstalt samt Socialstyrelsen. Bland de smittor som behandlas i

uppdraget märks särskilt antibiotikaresistenta bakterier. Information och erfarenheter ska snabbt kunna spridas inom hälso- och sjukvården för att på så sätt förhindra smittspridning. Kommunikationsverket skulle kunna möjliggöra för hälso- och sjukvårdspersonal att rapportera utbrott av vårdrelaterad smitta, insätta åtgärder och resultatet av insatserna.

Smittskyddsinstitutet har vidare i uppdrag att utforma en nationell plan för övervakning av antibiotikaresistenta bakterier. Dessutom ska Smittskyddsinstitutet vidareutveckla och underhålla det automatiska rapporteringssystemet Svebar, som syftar till att ge en nationell övergripande bevakning av resistensutveckling. I mars 2012 hade sex landsting anslutit sig till Svebar och övriga arbetar för en snar förbindelse med systemet.

Behandlingsrekommendationer är ett stöd vid behandling av vanliga infektioner

För att motverka resistensutveckling är det viktigt att antibiotikabehandling genomförs på ett adekvat sätt. Smittskyddsinstitutets utvärdering av behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvården visar att flertalet av de allmänläkare som tillfrågades känner till rekommendationerna och får stöd av dem i sitt patientarbete. Drygt 75 procent av läkarna anger att behandlingsrekommendationerna gett dem stöd att avstå från att förskriva antibiotika.

Smittskyddsinstitutet och Läkemedelsverket har ett gemensamt uppdrag avseende behandlingsrekommendationer. Inom ramen för uppdraget ska en revidering av behandlingsrekommendationen för halsfluss påbörjas och man ska utveckla en plan för revidering av övriga nu gällande behandlingsrekommendationer. Arbete med nya behandlingsrekommendationer för infektioner i tandvården ska också påbörjas.

Internationellt arbete för att motverka antibiotikaresistens

Eftersom antibiotikaresistens är ett globalt problem måste samarbete ske såväl på EU-nivå som internationellt. Sverige verkar sedan flera år aktivt för att uppmärksamma problematiken kring antibiotikaresistens och få till stånd ett förstärkt globalt samarbete.

Sverige var pådrivande för att WHO:s högsta beslutande organ, World Health Assembly, under 2001 respektive 2005 fattade beslut om en global strategi och en resolution om antibiotikaresistens. Regeringen fattade dessutom under 2011 beslut om en övergripande strategi för WHO-arbetet där antibiotikaresistens är en av fem övergripande prioriteringar för Sveriges arbete med WHO under 2011–2015. Regeringen har i strategin tydliggjort att man vill att WHO satsar på en organisatorisk struktur som driver antibiotikafrågan framåt, utveckling av globala övervakningssystem, samt arbetar för en mer rationell användning av antibiotika. I slutet av 2011 inrättade WHO en funktion som har ett ansvar för det övergripande arbetet med antibiotikaresistens. Sverige har inlett ett samarbete med denna funktion.

Under det svenska ordförandeskapet i EU 2009 lyfte regeringen frågan om utveckling av nya antibiotika. För att följa upp de konferenser som anordnades 2009 och 2010 om behovet av nya antibiotika har regeringen fortsatt att driva frågan på global och EU-nivå. Detta har bl.a. bidragit till att en handlingsplan utvecklades inom EU under 2011.

5.6.8 Beredskap och hantering av hälsohot

Beredskap och hantering av hälsohot kan handla om olika slags hälsorisker, även om det ofta rör sig om smittsamma sjukdomar. Regeringen gav under 2011 en särskild utredare i uppdrag att se över nuvarande ordning för att säkerställa att det finns tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser och kriser. I uppdraget ingår även att se över behovet av en mer flexibel smittskyddslagstiftning vid allvarliga hälsohot med konsekvenser för samhället. Uppdraget ska redovisas senast i juni 2013.

Utvecklingen på hälsohotsområdet bygger bl.a. på erfarenheter från influensapandemin 2009/2010. Socialstyrelsen har, som en uppföljning av utvärderingen av förberedelserna och hanteringen av pandemin, redovisat ett uppdrag om en fördjupad analys av nationella, regionala och lokala mål för influensaövervakning och rapportering. I rapporten betonas bl.a. vikten av att övervakningssystemen tillgodoser behoven på olika nivåer. Socialstyrelsen och Smittskydds-

institutet har dessutom fortsatt att följa pandemiberedskapen i sin lägesrapport om smittskyddet på nationell nivå.

Stödåtgärder med anledning av narkolepsi efter vaccinering med Pandemrix

Sveriges befolkning vaccinerades i hög utsträckning mot den pandemiska influensan A(H1N1) 2009. Första halvåret 2010 fick Läkemedelsverket in ett oväntat stort antal rapporter om narkolepsi hos barn och ungdomar, där ett samband med pandemivaccinet Pandemrix misstänktes. Med beaktande av biverkningssignalerna inledde Läkemedelsverket studier för att undersöka det misstänkta sambandet. Resultat från studierna visade en ökad risk för barn och ungdomar att insjukna i narkolepsi efter vaccinering med Pandemrix, i jämförelse med barn och ungdomar som inte vaccinerats. Finländska och irländska studier har bekräftat de svenska resultaten.

För att möta barnens, ungdomarnas och deras familjers behov av stöd har regeringen beviljat ekonomiskt bidrag om totalt drygt 5,5 miljoner kronor för 2011–2012 till Narkolepsiföreningen Sverige. Dessutom har regeringen beslutat att tillsammans med sjukvårdshuvudmännen finansiera familjeveckor vid det nationella kompetenscentret för sällsynta diagnoser, Ågrenska. Regeringen har vidare uppdragit åt Vetenskapsrådet att kartlägga forskning med relevans för uppkomst och behandling av narkolepsi.

En stor majoritet av alla läkemedel som distribueras i Sverige är försäkrade via Läkemedelsförsäkringen. Försäkringen ger ekonomisk ersättning till personer som drabbas av skador till följd av läkemedelsanvändning. Pandemrix omfattas av Läkemedelsförsäkringen och en del av de barn och unga som insjuknat i narkolepsi har fått besked om att ersättning kommer att lämnas från försäkringen. Läkemedelsförsäkringens konstruktion innehåller dock vissa ekonomiska begränsningar. Narkolepsiföreningen Sverige har vänt sig till regeringen för att få en statlig garanti om full ersättning till de barn och unga som drabbats av narkolepsi efter vaccinering med Pandemrix.

Regeringen har träffat en långsiktig, blocköverskridande överenskommelse om att staten ska ta det yttersta ansvaret för att de barn och ungdomar som var 19 år eller yngre vid vacci-

nationstillfället och som drabbats av narkolepsi efter vaccineringen med Pandemrix, och som av Läkemedelsförsäkringen bedöms ha en läkemedelsskada, ska få ersättning. Det gäller efter det att begränsningen i Läkemedelsförsäkringen om hur mycket ersättning som totalt kan lämnas till samtliga drabbade eventuellt aktualiseras.

Högre krav på internationellt samarbete för att utveckla beredskap och hantering av hälsot

Pandemin 2009/2010 och EHEC-utbrottet 2011 visar på vikten av ett utvecklat samarbete inom EU och internationellt när det gäller snabb upptäckt och åtgärder för att förhindra spridning av allvarliga hälsot. Det är viktigt att mellan länder dela med sig av kunskap och riskanalyser.

För att förhindra allvarliga gränsöverskridande hot mot hälsan förutsätts ett globalt ledarskap och samordning samt att berörda stater följer internationella överenskommelser och vidtar förebyggande åtgärder. WHO:s internationella hälsoreglemente (IHR) syftar till att skydda mot internationella hot mot människors hälsa, samtidigt som de åtgärder som staterna vidtar inte ska utgöra ett större hinder för resande och trafiken mellan stater än vad som är motiverat av hälsoskäl. IHR omfattar alla typer av hälsot och ställer krav på medlemsländerna att agera vid händelser som utgör ett internationellt hot mot folkhälsan. Hälsoreglementet ska ha genomförts av WHO:s medlemsstater senast den 15 juni 2012.

IHR är genomförd i svensk lag genom lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Socialstyrelsen har i en rapport redovisat ett uppdrag om att följa och utvärdera genomförandet av Sveriges åtaganden i enlighet med hälsoreglementet. Socialstyrelsen gör bedömningen att Sverige inte behöver söka förlängd tid för genomförandet, vilket är en möjlighet som ges medlemsstaterna, utan att Sverige uppfyller de grundläggande kapacitetskraven som ställs i reglementet.

EU-kommissionen presenterade i december 2011 ett förslag till beslut om allvarliga gränsöverskridande hälsot som utgår från samma breda angreppssätt som IHR. I förslaget uppmanas medlemsstaterna att satsa på en bred beredskapsplanering samt att koordinera sina beredskapsplaner och åtgärder vid allvarliga hot.

För närvarande pågår förhandlingar om kommissionens förslag.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att göra en översyn av de insatser som för närvarande kan göras enligt lagen (2008:552) om katastrofmedicin. Uppdraget hade bäring på svenska insatser utomlands för att bistå svenskar som drabbas av ett allvarligt smittoutbrott där. I rapporten som Socialstyrelsen lämnade i november 2011 gör de bedömningen att lagen även omfattar händelser som avser allvarliga smittsamma sjukdomar. Socialstyrelsen anser vidare att smittskyddspektivet bör tydliggöras i organisationen för katastrofmedicinska insatser.

5.7 Hälsöfrämjande levnadsvanor

Skadlig alkoholkonsumtion, tobaksbruk, dålig kost och brist på motion är de fyra viktigaste orsakerna till förekomsten av icke smittsamma sjukdomar och förtida dödlighet, enligt WHO. I Sverige kan 20 procent av alla förtida dödsfall och funktionsnedsättningar relateras till ohälsosamma levnadsvanor. Ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer och psykisk ohälsa. Utvecklingen för de sjukdomar som associeras med ohälsosamma levnadsvanor är i vissa avseenden positiv. Exempelvis fortsätter medellivslängden att öka i Sverige, vilket delvis förklaras av att insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke har minskat. I andra avseenden är utvecklingen negativ. Till exempel ökar insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke bland kvinnor i yngre medelåldern med kort utbildning. Andelen vuxna med övervikt uppvisar ingen förändring, men däremot finns tecken på att fetma blivit något vanligare.

Förslag om en ny myndighetsstruktur med bäring på det hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet

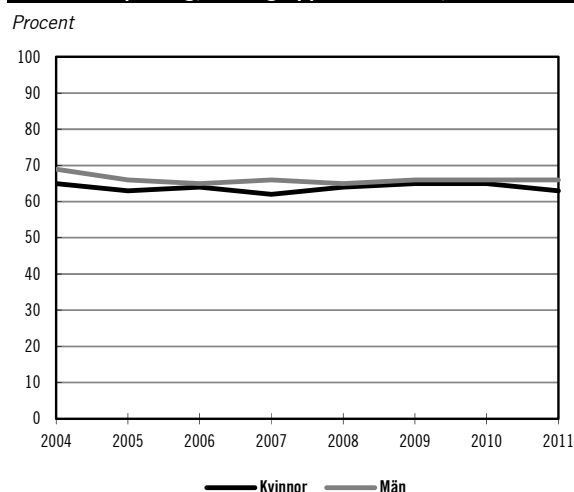
Vikten av ett större genomslag för det hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet belyses i slutbetänkandet från Statens vård- och omsorgsutredning Gör det enklare! (SOU 2012:33, se också avsnitt 4.8) som överlämnades i maj 2012. I slutbetänkandet föreslås en ny

myndighetsstruktur där det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetssättet integreras i t.ex. kunskapsunderlag och riktlinjer från den nationella nivån, bl.a. i syfte att ge detta perspektiv ett större genomslag i all vård och omsorg. Utredningens förslag innebär att 10 myndigheter, ett bolag och en ideell förening omorganiseras till fyra nya myndigheter: Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg samt Myndigheten för välfärdsstrategi. Bland de myndigheter som föreslås avvecklas finns Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet. Regeringen har ännu inte tagit ställning till förslagen och betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

5.7.1 Fysisk aktivitet och bra matvanor

Hälsovinster av att regelbundet ägna sig åt någon form av fysisk aktivitet är stora. Bra matvanor, i kombination med framför allt fysisk aktivitet, kan förebygga en rad hälsoproblem (se ovan). Andelen vuxna som anger att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag har legat på en stabil nivå de senaste åren (diagram 5.13). Andelen vuxna som anger att de äter lite frukt och grönsaker har också varit tämligen oförändrad (diagram 5.14). Män uppger att de äter frukt och grönsaker i mindre utsträckning än kvinnor.

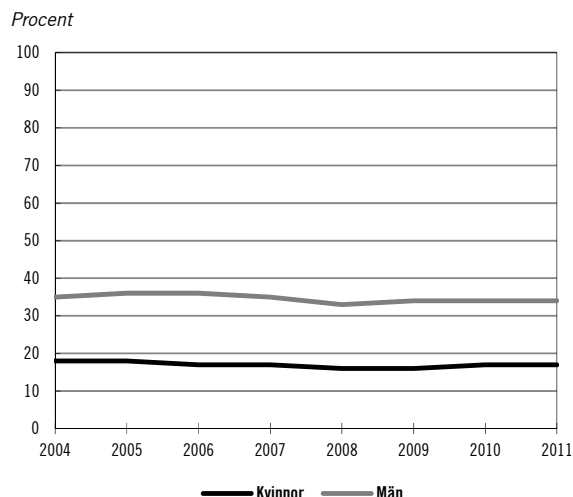
Diagram 5.13 Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, åldersgruppen 16–84 år, 2004–2011



Källa: Statens folkhälsoinstitut (Nationella folkhälsoenkäten).

Anm.: Åldersstandardiserade värden.

Diagram 5.14 Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker, åldersgruppen 16–84 år, 2004–2011



Källa: Statens folkhälsoinstitut (Nationella folkhälsoenkäten).

Anm.: Åldersstandardiserade värden.

Insatser för att främja fysisk aktivitet och bra matvanor genomförs inom många områden

Regeringen bedömer att ett flertal aktörer och sektorer behöver medverka i utvecklingsarbetet för att främjandet av hälsa genom fysisk aktivitet och bra matvanor ska ge resultat. Åtgärder inom ett flertal politikområden är således motiverade. Regeringens satsning på en förstärkt elevhälsa och näringsriktiga måltider i skolan utgör exempel på åtgärder som genomförs med syfte att skapa goda förutsättningar för fysisk aktivitet och bra matvanor. Regeringens stöd för ett fysiskt aktivt levnadssätt, bl.a. genom samhällsplanering samt idrotts- och friluftsliv, förtjänar också att nämnas i detta sammanhang.

Arbetet med fysisk aktivitet och bra matvanor intensifieras inom hälso- och sjukvården och annan offentlig sektor

Regeringen genomför flera åtgärder för att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården, vilket beskrivs närmare under avsnitt 4.4.3. Åtgärderna avser bl.a. att främja fysisk aktivitet och bra matvanor. Införandet av sjukdomsförebyggande riktlinjer och stödet för ett aktivt och evidensbaserat arbete för bra matvanor inom hälso- och sjukvården utgör exempel på insatser där dessa frågor särskilt sätts i fokus. I syfte att främja hälsa hos barn och unga har bl.a. Social-

styrelsen fått i uppdrag att sammanställa och sprida kunskap avseende ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Uppdraget syftar till att utveckla arbetet för bra matvanor och fysisk aktivitet inom mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan.

Livsmedelsverket har, inom ramen för initiativet Sverige – det nya matlandet, fått i uppdrag av regeringen att bilda ett nationellt kompetenscentrum för måltider i offentlig sektor. Syftet med centrumet är att det ska stödja och stimulera kommuner och landsting i deras arbete med att ta fram handlingsprogram för den offentliga måltiden. På centrumet finns kompetens inom bl.a. nutrition. I förskolan och skolan är måltiderna en viktig tillgång både för att skapa förutsättningar för hälsosamma matvanor och för att barnen ska klara av aktiviteter och undervisning på ett bra sätt. För äldre och sjuka är maten av betydelse för välbefinnande och tillfrisknande.

Ett friskare Sverige kräver engagemang från många

Hälsoaspekten bör tas i beaktande inom de många områden som har betydelse för vår hälsa. Med denna utgångspunkt har Statens folkhälsoinstitut under 2010 och 2011 samordnat en uppmärksamhetsvecka kring matvanor och fysisk aktivitet – Ett friskare Sverige.

Arbetet genomförs som ett samverkansprojekt med syftet att hos allmänheten främja bra matvanor och fysisk aktivitet och deltagande i hälsofrämjande aktiviteter. I arbetet har aktörer från flera olika områden deltagit: centrala statliga myndigheter, kommuner, landsting, frivilligsektorn och den privata sektorn. Genom kontakter mellan länen skapas en stödjande struktur för medverkan på lokal nivå med målet att de aktiviteter som genomförs långsiktigt ska främja hälsa genom bra matvanor och fysisk aktivitet. Under 2011 arrangerades nära 3 000 aktiviteter över hela landet och cirka 1 000 unika arrangörer deltog vilket är en tredubbling av antalet aktiviteter och arrangörer jämfört med 2010.

Statens folkhälsoinstitut har fått i uppdrag att samordna en tredje uppmärksamhetsvecka vilken kommer att genomföras i oktober 2012. Regeringen har även beslutat om en oberoende utvärdering av denna och de två uppmärksamhetsveckor som genomförts tidigare med syfte att belysa resultat och effekter.

5.7.2 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Regeringen anser att arbetet på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) behöver främjas och vidareutvecklas. Det handlar framförallt om att renodla och förtydliga ansvarsfördelningen mellan myndigheter, landsting och kommuner, samt i vissa fall enskilda, t.ex. i form av organisationer eller näringsidkare. Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut fick därför i juni 2012 i uppdrag att ta fram ett förslag till ett nationellt strategidokument för SRHR-området. Arbetet ska särskilt inriktas på att stärka det förebyggande arbetet mot oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. Uppdraget ska redovisas i september 2014.

5.7.3 Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Att motverka skadlig alkoholkonsumtion och tobaksbruk är bland de viktigaste åtgärderna för att främja hälsa och förebygga sjukdomar i befolkningen. Regering och riksdag beslutade 2011 om en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin) som anger mål och inriktning för hur samhällets insatser ska genomföras, samordnas och följas upp t.o.m. 2015. Regeringens åtgärder på området beskrivs i de årliga åtgärdsprogrammen för ANDT-politiken. ANDT och spel behandlas vidare under delområde 9.

5.8 Politikens inriktning

Folkhälsopolitiken syftar till att ge den enskilda människan verktyg för att ta hand om sin egen hälsa och att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsoutveckling på befolkningsnivå. Den bygger på respekt för varje människas integritet, förmåga och styrka. Politiken vilar på fem byggstenar, vilka introduceras i regeringens folkhälsopolitiska skrivelse (skr. 2011/12:166):

- Start – barns och ungas uppväxtvillkor,
- Stöd – för att underlätta hälsosamma val,
- Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot,

- Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa,
- Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete.

En sådan politik bidrar inte bara till en god hälsa i befolkningen. Den bidrar också till:

- Samhällsekonomi – en god folkhälsa är en investering för Sverige.

Hälsan i befolkningen påverkas såväl av enskilda människors egna val som av mer strukturella faktorer, såsom delaktighet och inflytande i samhället, människors sociala och ekonomiska förutsättningar, barns och ungas uppväxtvillkor och planeringen av den fysiska miljön.

Samma strukturella faktorer har i hög grad betydelse både för människors fysiska och psykiska hälsa och välbefinnande. Utvecklingen av det svenska välfärdssamhället har varit avgörande för den under lång tid positiva utvecklingen av hälsan i befolkningen. De strukturella reformer som genomförts såväl inom hälso- och sjukvården som inom ett flertal andra samhällssektorer har bidragit starkt till detta. Hälsan påverkas också av en mängd andra faktorer såväl i vår närhet som i samhället i stort. Det kan handla om hälsohot i miljön, t.ex. förekomst av smitta och hälsofarliga ämnen, och om andra faktorer som ökar risken för skador och olycksfall. För flera av de stora folksjukdomarna har levnadsvanorna stor betydelse. Skadlig alkoholkonsumtion, tobaksbruk, dåliga kostvanor och brist på fysisk aktivitet påverkar i stor utsträckning hälsa och sjukdom.

Under kommande år inriktas regeringens politik på att ta till vara och bygga vidare på de framgångar som har uppnåtts. Samtidigt avser regeringen att tillföra nya perspektiv på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, som i ökad utsträckning tar tillvara den enskildes kapacitet, förmåga och vilja.

Den föreslagna folkhälsopolitiska inriktningen går hand i hand med andra politiska initiativ som regeringen tar. Regeringens handlingsplan PRIO psykisk ohälsa 2012–2016 beslutades i maj 2012. Den innehåller insatser dels för personer som har drabbats av psykisk ohälsa på olika sätt, dels för personer, särskilt barn och unga, som av olika skäl löper risk att drabbas av psykisk ohälsa.

Riksdagen antog i mars 2011 propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dop-

nings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47) som anger mål och inriktning för hur samhällets insatser inom området ska genomföras, samordnas och följas upp under perioden 2011–2015. Strategin syftar till att skapa hållbara strukturer för ett långsiktigt förebyggande arbete när det gäller alkohol, narkotika, dopning och tobak.

5.8.1 Start – barns och ungas uppväxtvillkor

Förutsättningarna för en god hälsa även i vuxen ålder grundläggs i barndomen. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder bör därför sättas in tidigt i livet oavsett om det gäller att skapa goda uppväxtvillkor, hälsosamma levnadsvanor eller stödjande miljöer. Centrala faktorer för barns och ungas hälsa är biologiska förutsättningar, förhållandena i barnets familj och barnets relationer till vänner och till andra i barnets omgivning. Andra betydelsefulla faktorer är miljön i bostadsområdet, förskolan, skolan, fritidshemmet och på fritiden, samt förhållanden som berör barnets levnadsvanor och utvecklingsmöjligheter, såsom rätt till delaktighet och inflytande.

De verksamheter som byggts upp inom mödravården, barnhälsovården och elevhälsan är viktiga i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att sammanställa och sprida kunskap som skapar förutsättningar för, samt stöder, ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan på områdena för bra matvanor och fysisk aktivitet. Uppdraget ska redovisas i september 2013. Socialstyrelsen har även i uppdrag att se till att vägledning, rekommendationer och kunskapsöversikter för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan finns utarbetade, tillgängliga och hålls uppdaterade. Ett annat exempel är det uppdrag som Socialstyrelsen har att genomföra en kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamhet. Ytterligare ett exempel är de uppdrag som regeringen gett Statens folkhälsoinstitut som ett led i arbetet med regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd (se avsnitt 7.12).

5.8.2 Stöd – för att underlätta hälsosamma val

Folkhälsopolitiken bör bidra till att skapa verktyg för den enskilde att göra hälsosamma val. Att inspirera människor till hälsosamma levnadsvanor handlar med denna utgångspunkt om att verka för tillgång till evidensbaserad kunskap och stöd. Det kan t.ex. handla om att stödja förändring vid skadlig alkoholkonsumtion, tobaksbruk, dåliga kostvanor och brist på fysisk aktivitet. En förändring av levnadsvanor förutsätter att hälsosamma alternativ finns tillgängliga.

Hälso- och sjukvården har en viktig roll genom att integrera ett sjukdomsförebyggande arbete i kontakterna med patienter. Hälso- och sjukvården har ett högt förtroende hos allmänheten och möter många människor i ett sammanhang som lämpar sig för att effektivt stödja människor som vill förändra sina levnadsvanor. Exempelvis innebär en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård och omsorg att vårdgivaren erbjuder kunskap, råd och stöd som ger patienten och brukaren förutsättningar att öka kontrollen över sin egen hälsa och bibehålla den. Kunskaper om de skillnader i hälsa som råder för olika grupper i samhället kan bidra till vårdgivarens möjlighet att ge patienten och brukaren bra stöd.

Satsning på ett personligt hälsokonto

Regeringen anser att patienter och medborgare bör ges elektronisk tillgång till sin vårdinformation och verktyg som underlättar för den enskilde att engagera sig i sin egen hälsa och hälsoutveckling. Regeringen avser därför att genomföra en satsning på att utveckla och erbjuda personliga hälsokonton.

Personligt hälsokonto ska kunna användas av den enskilde för att lagra egen information bl.a. om läkemedel, remisser, egen journalinformation och vaccinationer. Det personliga hälsokontot kan även innehålla en hälsodagbok där den enskilde kan föra in information om friskvård, egenvård, kostvanor etc. Slutligen kan det även vara ett sätt för den enskilde att ge dels information till vården om hälsa och biverkningar, dels omdömen som kan användas i kvalitetsregister och i uppföljning och kvalitets-säkring av vården.

Tjänsten ska kunna utnyttjas av alla som så önskar. Det är den enskilde som själv kommer att besluta om vilken information som ska finnas tillgänglig på hälsokontot. Det personliga hälsokontot bedöms bli särskilt viktigt för dem som har stora vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga.

Ett fullt utbyggt personligt hälsokonto ska finnas tillgängligt under 2014. Regeringen avser att under 2013 avsätta 40 miljoner kronor och därefter 100 miljoner kronor per år för detta ändamål.

Stärkta förutsättningar för sexuell hälsa

Regeringen avser stärka förutsättningarna för sexuell hälsa, bl.a. genom uppdraget att ta fram ett förslag till ett nationellt strategidokument för SRHR-området (se avsnitt 5.7.2).

Regeringen anser dessutom att särskilda insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar bör fortgå för att upprätthålla ett långsiktigt förebyggande arbete. Regeringen avser att se över den årliga överenskommelsen mellan staten och SKL, med målet att förtydliga och effektivisera hanteringen av medlen. Det preventiva arbetet bör bedrivas mot de grupper med hög risk för att utsättas för smittspridning. Inom ramen för befintlig verksamhet bör förebyggande av sexuellt överförbara sjukdomar bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet, särskilt i de insatser som riktas till ungdomar.

Det inhemska hiv/aidsarbetet bör även fortsättningsvis bidra till att förhindra spridning och begränsa konsekvenserna av den globala hiv/aidsepidemin. Regeringen avser därför att lyfta fram svenska erfarenheter i internationella sammanhang.

5.8.3 Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot

Regeringen kommer fortsätta att arbeta för att utveckla den generella beredskapen för alla typer av hälsohot. Arbetet kännetecknas av ett brett angreppssätt kombinerat med specifika satsningar som riktar in sig på särskilda hälsohot.

Fortsatt arbete med att förebygga antibiotikaresistens

Regeringen avser fortsätta arbetet för att motverka spridningen av resistenta bakterier. Globalt, men även nationellt, finns en oroande utveckling och spridning av bakterier som är resistenta mot antibiotika. Ett brett arbete bör bedrivas för att bekämpa resistensen så att inte antibiotikaresistens blir en allt större samhällsrisk och hotar effektiv sjukhusvård.

Nationellt behövs ett brett samarbete mellan olika samhällssektorer, i första hand mellan den veterinära sektorn och humansektorn. Regeringen har nyligen tagit ett initiativ till att upprätta en nationell samverkansfunktion och en tvärsektoriell handlingsplan för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens. Arbetet ska redovisas av Socialstyrelsen och Jordbruksverket löpande under de kommande åren.

Regeringen avser även fortsätta arbetet inom ramen för patientsäkerhetsstrategin 2011–2014 som bl.a. innehåller incitament för ändamålsenlig och minskad antibiotikaförskrivning samt god hygien inom vården.

Regeringen avser fortsätta att driva antibiotikaresistensfrågan på EU-nivån och den internationella nivån. Regeringen har initierat arbete för att få till stånd system för utvecklandet av nya antibiotika. Frågan lyftes t.ex. under Sveriges senaste ordförandeskap i EU. Detta arbete kommer fortsatt att prioriteras. Vidare avser regeringen att också kommande år verka pådrivande för antibiotikaresistensarbetet inom WHO, i enlighet med strategin för Sveriges samarbete med WHO för 2011–2015 och dess årliga arbetsplaner.

Förbättrade skydd mot hälsohot

De utvärderingar som har gjorts av influensapandemin 2009/2010 visar på att beredskapen var god för att hantera en pandemi av den art som drabbade landet. Regeringen anser att beredskapen fortsatt behöver utvecklas för att möta potentiella allvarligare pandemier eller andra allvarliga hälsohot.

Regeringen avser att främja utvecklingen av befintliga övervakningssystem så att de blir så effektiva som möjligt. Det kan t.ex. handla om uppföljning av tidigare uppdrag rörande influensaövervakning som omnämns under avsnitt

5.6.8. För att säkerställa ett gott skydd bör även det förebyggande arbetet upprätthållas. Olika typer av hälsohot kan kräva specifika och väl anpassade insatser, medan samarbetsformerna och koordineringen kan vara av mer generell natur. Nya hot kan innebära oförutsedda händelser och effekter som man inte känt till tidigare och där tidigare erfarenheter således inte ger någon vägledning. I avsnitt 5.6.8 nämns utredningen om tillgång till läkemedel och annan hälso- och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser och kriser, samt en mer flexibel smittskyddslagstiftning vid allvarliga hälsohot. Denna utredning kommer att utgöra en grund för de ställningstaganden som regeringen avser att göra för att tillförsäkra en god beredskap mot allvarliga hälsohot.

Ökande behov av samordnade åtgärder såväl nationellt som på EU-nivån och den internationella nivån kräver flexibilitet och anpassning till omgivande krav. Förslaget till beslut inom EU om allvarliga gränsöverskridande hälsohot innebär bl.a. att medlemsstater måste koordinera sina beredskapsplaner i större utsträckning än i dag. Regeringen anser att ett utvecklat samarbete inom EU är nödvändigt och viktigt när det gäller allvarliga gränsöverskridande hälsohot. Samarbetet bör präglas av ett EU-mervärde och effektivisering genom samverkan.

Regeringens engagemang för de barn och unga som drabbades av narkolepsi efter vaccinering med Pandemrix har bl.a. resulterat i en långsiktig, blocköverskridande överenskommelse om en statlig ersättningsgaranti (se avsnitt 5.6.8). Under 2013 kommer en närmare analys av de framkomliga formerna för den statliga ersättningsgarantin att genomföras. Vidare kommer regeringen att bereda Vetenskapsrådets kartläggning av forskning med relevans för uppkomst och behandling av narkolepsi.

5.8.4 Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa

Insatser som främjar en positiv hälsoutveckling i befolkningen görs inom många olika samhällsområden och av många olika aktörer.

Det civila samhället är med idrotts- och friluftsrörelsen en viktig sektor i ett hälsofrämjande perspektiv. Även sådan föreningsverksamhet som inte direkt inbegriper fysisk aktivitet har dokumenterat positiva effekter på människors

hälsa och välbefinnande. När det gäller kostvanor och andra livsstilsrelaterade frågor har den privata sektorn med t.ex. livsmedelsindustrin, dagligvaruhandeln och restaurangbranschen en central roll. Även andra privata branscher som t.ex. friskvårdsbranschen kan spela en viktig roll när det gäller att påverka hälsoutvecklingen i befolkningen i positiv riktning. Offentliga aktörer påverkar förutsättningarna för god hälsa, t.ex. genom hur samhällen och infrastruktur planeras.

En central utgångspunkt för regeringens nya inriktning av folkhälsopolitiken är tilltron till – och respekten för – den enskildes egen förmåga och drivkraft. Val i vardagen som främjar den egna hälsan måste vara enkla och bygga på lust, engagemang och egen motivation. När människor ges bästa möjliga förutsättningar att själva göra aktiva val utifrån sina egna förutsättningar och preferenser, bidrar detta till en positiv hälsoutveckling även på befolkningsnivå. Ansvaret för att dessa förutsättningar finns vilar på en rad olika aktörer i samhället. Det handlar om ett brett spektrum av områden, t.ex. främjande av bra matvanor, förutsättningar för fysisk aktivitet och tillgängliggörande av konkreta verktyg samt kunskap och information.

Inrättande av en nationell plattform för hälsa

Mot bakgrund av behovet av samverkan mellan olika aktörer på folkhälsoområdet avser regeringen att inrätta ett forum för nationell samverkan för främjande av hälsa.

Forumets syfte bör vara att:

- fungera som arena för dialog, erfarenhetsutbyte och samverkan mellan företrädare för staten, kommuner och landsting, näringslivet, det civila samhället och forskarsamhället i frågor om hälsofrämjande utifrån den enskildes perspektiv,
- bidra med underlag till utvecklandet av insatser och strategier som utifrån den enskildes perspektiv främjar en positiv hälsoutveckling i befolkningen,
- underlätta för hälso- och sjukvården, skolan, arbetsgivare och andra aktörer som vill erbjuda konkreta verktyg, tips och inspiration till enskilda kring hälsofrämjande,

- bidra till utveckling och spridning av kunskap om insatser och strategier som når dem som har sämre förutsättningar att uppnå en god hälsa.

En viktig och konkret uppgift för forumet bör vara att pröva förutsättningarna för överenskommelser mellan staten, kommuner och landsting, näringslivet och det civila samhället som omfattar gemensamma åtaganden inom det hälsofrämjande området.

Det finns i dag ett betydande utbud av information om metoder och verktyg kring hälsa som vänder sig till den enskilde. Vissa har utvecklats utifrån kommersiella utgångspunkter, medan andra utvecklats av myndigheter och har ett folkhälsopolitiskt informations- eller upplysnings syfte. En uppgift för det nya forumet bör därför vara att pröva förutsättningarna för att utveckla en gemensam kommunikationsplattform som vänder sig till enskilda som söker kunskap, information, tips och inspiration inom hälsoområdet i vid mening.

Det kan handla om att samla och tillgängliggöra applikationer och information som i dag finns på olika ställen under en gemensam portal, till vilken t.ex. hälso- och sjukvården kan hänvisa patienter i samband med hälsosamtal eller andra sjukdomsförebyggande insatser.

5.8.5 Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete

Ett arbete för att på ett bestående sätt främja hälsa och förebygga sjukdom förutsätter ett systematiskt, kunskapsbaserat och långsiktigt tillvägagångssätt. En viktig uppgift för staten är att verka för en effektiv kunskapsstyrning, dvs. att utveckla, analysera, sammanställa och sprida kunskap om effektiva metoder för att stödja människor som vill förändra sina levnadsvanor och för att främja utvecklingen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande miljöer.

Utökad evidensbas och Öppna jämförelser

Regeringen gav 2011 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att utreda om och hur evidensgraderingsmetoden GRADE kan användas för värdering av metoder på folkhälsoområdet eller föreslå vilket annat evidensgraderingssystem som bör

användas. Uppdraget skedde i samverkan med Statens beredning för medicinsk utvärdering och Socialstyrelsen. Grundat på den analys som Statens folkhälsoinstitut presenterade i december 2011 har myndigheten föreslagit att GRADE ska användas för värdering av vetenskapligt stöd för insatser på folkhälsoområdet tillsammans med rekommendationer. Rekommendationer är viktiga för att väga in olika aspekter i beslutsunderlag och för att kunna uttala sig om en insats i de fall där det vetenskapliga underlaget är begränsat. Regeringen anser att det är viktigt att de insatser som rekommenderas och genomförs ska vila på kunskap och beprövad erfarenhet. Därför har beslut fattats om att utreda utformningen av ett transparent system för rekommendationer på folkhälsoområdet. Statens folkhälsoinstitut har också fått i uppdrag att utreda konsekvenserna för myndigheten av att arbeta med evidensgradering. Båda uppdragen ska slutredovisas i februari 2013.

Öppna jämförelser är i dag ett av de viktigaste redskapen för att driva utvecklingen framåt. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Statens folkhälsoinstitut och i samråd med SKL, utveckla och redovisa Öppna jämförelser för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården. Uppdraget ska redovisas i december 2012. Ett viktigt underlag för en vidareutveckling av Öppna jämförelser inom folkhälsoområdet är resultaten från Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor. Enkäten består i dag inte av ett tillräckligt stort urval för att resultaten ska kunna brytas ned på kommunnivå så att Öppna jämförelser blir möjliga. Regeringen gav därför Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att genomföra en förstudie, vilket följdes av ett uppdrag att förbereda en utökning av enkäten 2013. På uppdrag av regeringen utarbetar Socialstyrelsen, i samverkan med Statens folkhälsoinstitut och SKL, förslag om hur arbetet med Öppna jämförelser inom folkhälsoområdet bör läggas upp framöver. Uppdraget ska redovisas i december 2012. Nästa redovisning av Öppna jämförelser inom folkhälsoområdet förväntas hösten 2014.

Den svenska folkhälsoberedningen utgör ett viktigt underlag för politiker och andra beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå inom olika samhällssektorer. Fortsättningsvis kommer Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut att gemensamt producera årliga rapporter om folkhälsans utveckling samt vartannat år

fördjupade tematiska rapporter som behandlar en viss grupp i befolkningen. Den första gemensamma tematiska rapporteringen redovisas i mars 2013 och behandlar barn och unga. Statens folkhälsoinstitut har dessutom utvecklat redovisningen av folkhälsodata, bl.a. genom en webbaserad folkhälsoatlas.

Regeringen bedömer att det är angeläget att öka kunskapen om vad som är ett kostnads-effektivt folkhälsoarbete. Statens folkhälsoinstitut har därför fått i uppdrag att genomföra en förstudie av hur metodiken för samhällsekonomiska bedömningar av åtgärder inom folkhälsoområdet kan utvecklas på kort och lång sikt. Uppdraget ska redovisas i december 2012.

Vårdens roll tydligare

Hälso- och sjukvården är en viktig aktör i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom. Arbetet med att integrera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i det löpande vårdarbetet bör därför fortsätta.

I utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården bör skillnader i hälsa för olika grupper i samhället uppmärksammas, vilket bl.a. motiverar ett fortsatt arbete för en jämlik vård (se avsnitt 4.8.3). För att främja och stödja ett brett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete genomförs flera viktiga utvecklingsarbeten, vilka behandlas närmare under avsnitt 4.4.3. Det omfattar bl.a. flera olika uppdrag till Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut. Uppdragen har bäring på införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, evidensbaserat arbete för bra matvanor, samt riktar in sig på specifika verksamhetsområden som mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan. Socialstyrelsen har dessutom uppdraget att genomföra en kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamhet. I uppdraget ingår bl.a. att ta fram uppgifter om tillgänglighet till verksamheten för olika grupper, bl.a. unga homosexuella, bisexuella och transpersoner.

5.8.6 Samhällsekonomi – en god folkhälsa är en investering för Sverige

En god hälsa är inte bara av stor betydelse för enskilda människor utan också för samhälls-ekonomi. Förutom att vara ett värde i sig, uppmärksammas hälsa ur ett samhällsperspektiv alltmer som ett medel för ekonomisk utveckling, såväl för den enskilde som på lokal, regional och nationell nivå. Hälsa är tillsammans med utbildning viktiga komponenter i det humankapital som påverkar tillväxten.

En god hälsa skapar förutsättningar för minskat utanförskap och ökad sysselsättning, vilket bidrar till ökad tillväxt. Förbättrad hälsa ger därmed ökade skatteintäkter. De samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsa består av direkta kostnader, t.ex. inom hälso- och sjukvården, samt indirekta kostnader, exempelvis genom produktionsbortfall.

Även för den enskilde är god hälsa en viktig förutsättning för att förbättra de egna socioekonomiska villkoren. Regeringens åtgärder för att öka människors möjligheter att engagera sig i sin hälsa, t.ex. med hjälp av det personliga hälsokontot, kan således förbättra människors livsvillkor i bred bemärkelse. Goda livsvillkor i stort stimulerar i sin tur återigen en positiv hälsoutveckling.

Det är angeläget att öka kunskapen på olika samhällsnivåer om vad som är ett kostnadseffektivt folkhälsoarbete. Regeringens uppdrag till Statens folkhälsoinstitut om samhällsekonomiska bedömningar av åtgärder inom folkhälsoområdet kan bidra till utveckling inom detta område. Då beslutsfattare på olika samhällsnivåer har god tillgång till information om vad som är ett kostnadseffektivt folkhälsoarbete ökar deras möjligheter att fatta beslut som innebär en effektiv användning av befintliga resurser.

5.9 Budgetförslag

5.9.1 2:1 Statens folkhälsoinstitut

Tabell 5.2 Anslagsutveckling 2:1 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

2011	Utfall	124 226	Anslags-sparande	12 203
2012	Anslag	136 650 ¹	Utgifts-prognos	137 018
2013	Förslag	137 451		
2014	Beräknat	140 258 ²		
2015	Beräknat	142 814 ³		
2016	Beräknat	145 919 ⁴		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 137 255 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 137 255 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 137 255 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Statens folkhälsoinstituts förvaltningskostnader. Statens folkhälsoinstitut är nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. Statens folkhälsoinstitut ansvarar även för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, för tillsyn inom alkohol- och tobaksområdena och för bevakning och utredning av behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel samt behovet av kontroll av varor enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.

Den 1 oktober 2007 avvecklades myndigheten Institutet för psykosocial medicin (IPM). Den del av IPM som i samverkan med Stockholms läns landsting hade bildat Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) inordnades i Karolinska institutet. För att skapa förutsättningar för att vidmakthålla en expertfunktion för suicidprevention även efter IPM:s avveckling avsatte regeringen 3 000 000 kronor 2008 från anslaget 2:1 *Statens folkhälsoinstitut*. För 2013 avsätter regeringen med hänsyn till pris- och löneomräkning, 3 047 000 kronor för detta ändamål.

Under 2011 uppgick anslaget till cirka 134 miljoner kronor. Utfallet var cirka 124 miljoner kronor, vilket till stor del beror på att avvecklande av riskbruksprojektet inneburit lägre kostnader än beräknat. Man har också haft lägre kostnader för medarbetare med pensionsersättning, för rekrytering och utbildning, samt för tillsvidare- och tidsbegränsad personal.

Regeringens överväganden

Tabell 5.3 Härlledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	136 650	136 650	136 650	136 650
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	-336	2 646	5 185	8 268
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	1 137	962	979	1 001
Förslag/beräknat anslag	137 451	140 258	142 814	145 919

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 137 451 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Statens folkhälsoinstitut* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 140 258 000 kronor, 142 814 000 kronor respektive 145 919 000 kronor.

5.9.2 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tabell 5.4 Anslagsutveckling 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Övrigt	Totalt
2011	Utfall	191 269	Anslags-sparande	5 091
2012	Anslag	215 643 ¹	Utgifts-prognos	219 042
2013	Förslag	191 580		
2014	Beräknat	195 083 ²		
2015	Beräknat	198 454 ³		
2016	Beräknat	202 587 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 191 297 tkr i 2013 års prislivå.

³ Motsvarar 191 298 tkr i 2013 års prislivå.

⁴ Motsvarar 191 298 tkr i 2013 års prislivå.

Anslaget används för Smittskyddsinstitutets förvaltningskostnader. Smittskyddsinstitutet är en central förvaltningsmyndighet och ska genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och bidra till att landets smittskydd fungerar effektivt.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.5 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2011	36 360	34 553	1 807
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2012	23 000	24 000	-1 000
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2013	24 000	24 000	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Smittskyddsinstitutet bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och inkomsterna för denna diagnostik disponeras av Smittskyddsinstitutet. Till och med 2011 bedrev Smittskyddsinstitutet avgiftsfinansierad verksamhet i form av experimentell biomedicin vid Astrid Fagraeuslaboratoriet. Verksamheten vid laboratoriet har undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191), vilket innebär att full avgiftsfinansiering inte krävs. Den experimentella biomedicinen går med underskott, vilket till stor del beror på lokal- och kapitalkostnader. Verksamheten är därför delvis anslagsfinansierad. Verksamheten vid Astrid Fagraeuslaboratoriets fördes den 1 januari 2012 över till Karolinska institutet men finansieras 2012 via anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet*. Under 2011 uppgick anslaget till cirka 197 miljoner kronor och utfallet var cirka 191 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

För 2013 förs 31 308 000 kronor över från anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet*, till utgiftsområde 16, Utbildning och universitetsforskning, anslag 2:16 *Karolinska institutet: Forskning och forskarutbildning*, för den experimentella biomedicinen vid Astrid Fagraeuslaboratoriet. För 2014 och framåt överförs 31 755 000 kronor per år till samma anslag.

Tabell 5.6 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	215 643	215 643	215 643	215 643
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	1 704	6 005	9 835	14 531
Beslut	-71	-250	-255	-260
Överföring till/från andra anslag	-25 728	-26 051	-26 501	-27 053
Övrigt	32	-263	-268	-273
Förslag/ beräknat anslag	191 580	195 083	198 454	202 587

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 191 580 000 kronor anvisas under anslag 2:2 Smittskyddsinstitutet för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 195 083 000 kronor, 198 454 000 kronor respektive 202 587 000 kronor.

5.9.3 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV

Tabell 5.7 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV

Tusental kronor

2011	Utfall	15 418	Anslags- sparande	4 161
2012	Anslag	20 035 ¹	Utgifts- prognos	15 540
2013	Förslag	20 530		
2014	Beräknat	20 748 ²		
2015	Beräknat	21 036 ³		
2016	Beräknat	21 404 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 20 502 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 20 503 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 20 502 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Sveriges bidrag till Nordic school of public health NHV (tidigare Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap) som är en del av Nordiska ministerrådets organisation. Nordic school of public health NHV ska på nordisk basis skapa och sprida kunskap som främjar en god och jämlik hälsa. Under 2011 uppgick anslaget

till cirka 19,5 miljoner kronor och utfallet var cirka 15,5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Nordiska ministerrådets budget för nordiskt samarbete, inklusive Nordic school of public health NHV, fastställs i slutet av året innan medlen ska betalas ut.

Tabell 5.8 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	20 035	20 035	20 035	20 035
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	495	741	1 029	1 398
Beslut				
Överföring till/från andra anslag		-28	-28	-29
Övrigt				
Förslag/ beräknat anslag	20 530	20 748	21 036	21 404

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 20 530 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 Bidrag till Nordic school of public health NHV för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 20 748 000 kronor, 21 036 000 kronor respektive 21 404 000 kronor.

5.9.4 2:4 Bidrag till WHO

Tabell 5.9 Anslagsutveckling 2:4 Bidrag till WHO

Tusental kronor

2011	Utfall	33 911	Anslags- sparande	-1 254
2012	Anslag	34 665 ¹	Utgifts- prognos	34 221
2013	Förslag	34 665		
2014	Beräknat	34 665		
2015	Beräknat	34 665		
2016	Beräknat	34 665		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera Sveriges medlemsavgift till WHO. WHO:s totala budget består dels av medlemsavgifter, dvs. den reguljära budget som fastställs av WHO, dels av frivilliga bidrag som medlemsländerna själva beslutar om och som i Sverige kanaliseras via Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida). Anslaget används även för finansiering av Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll. Under 2011 uppgick anslaget till cirka 34,5 miljoner kronor och utfallet var cirka 34 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Medlemsavgiftens storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning och påverkas av den amerikanska dollarns valutakurs, som är den valuta budgeten fastställs i. Sveriges medlemsavgift till WHO för 2013 uppgår till cirka 5 miljoner amerikanska dollar. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll uppgår 2013 till cirka 60 000 amerikanska dollar.

Tabell 5.10 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:4 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	34 665	34 665	34 665	34 665
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	34 665	34 665	34 665	34 665

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 34 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Bidrag till WHO* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor respektive år.

5.9.5 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tabell 5.11 Anslagsutveckling 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

År	Utfall	145 118	Anslags-sparande	384
2012	Anslag	145 502 ¹	Utgifts-prognos	141 817
2013	Förslag	145 502		
2014	Beräknat	145 502		
2015	Beräknat	145 502		
2016	Beräknat	145 502		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamålet med anslaget är att finansiera insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids, t.ex. sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Anslaget är främst avsett att användas för bidrag enligt förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar samt bidrag som fördelas enligt en årlig överenskommelse mellan staten och SKL om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Medel kan därutöver användas till finansiering av insatser på nationell nivå och till övergripande samordning och uppföljning m.m. Under 2011 uppgick anslaget till 145,5 miljoner kronor och utfallet blev cirka 145,1 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Tabell 5.12 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	145 502	145 502	145 502	145 502
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	145 502	145 502	145 502	145 502

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 145 502 000 kronor anvisas under anslaget 2:5 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 145 502 000 kronor respektive år.

5.9.6 2:6 Insatser för vaccinberedskap

Tabell 5.13 Anslagsutveckling 2:6 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2011	Utfall	114		84 886
2012	Anslag	85 000 ¹	Utgifts-prognos	1 949
2013	Förslag	85 000		
2014	Beräknat	85 000		
2015	Beräknat	85 000		
2016	Beräknat	85 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner. Under 2011 uppgick anslaget till 85 miljoner kronor och utfallet blev 114 000 kronor. Avvikelsen beror på att avtalet avseende pandemigarantin inte för- anledde några kostnader under 2011.

Regeringens överväganden

Socialstyrelsen har uppdragits av regeringen att ingå avtal med en eller flera vaccinproducenter om pandemivaccin. Uppdraget ska genomföras i samråd med SKL. Avtalen ska säkra tillgång till vaccinbehandlingar för hela befolkningen vid en pandemi.

Tabell 5.14 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 2:6 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012 ¹	85 000	85 000	85 000	85 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	85 000	85 000	85 000	85 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 85 000 000 kronor anvisas under anslaget 2:6 *Insatser för vaccinberedskap* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 85 000 000 kronor respektive år.

6 Funktionshinderspolitik

6.1 Omfattning

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är utgångspunkten för regeringens funktionshinderspolitik. Konventionen är en del av det internationella system för skydd av de mänskliga rättigheterna som byggts ut och utvecklats under decennier, i syfte att garantera den enskilde skydd från ingrepp i de grundläggande friheterna, mot övergrepp samt för att tillgodose grundläggande behov. Regeringens långsiktiga mål är att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna, inklusive för personer med funktionsnedsättning, i Sverige.

Funktionshinderspolitiken omfattar de sektorsövergripande insatser som syftar till att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor för människor med funktionsnedsättning

och insatser för att förebygga och bekämpa diskriminering av personer med funktionsnedsättning. Regeringens arbete mot diskriminering beskrivs närmare under utgiftsområde 13 Diskriminering.

Området omfattar Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), som samordnar arbetet med att genomföra och följa upp funktionshinderspolitiken. De konkreta insatserna för att uppnå full delaktighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättning genomförs av myndigheter inom de flesta samhällssektorer. Vidare omfattar området bidrag till funktionshindersorganisationer.

Eftersom funktionshinderspolitiken är tvärssektoriell finansieras huvuddelen av insatserna inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9.

6.2 Utgiftsutveckling

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2011	Budget 2012 ¹	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	21	21	20	21	21	21	22
3:2 Bidrag till handikapporganisationer	183	183	183	183	183	183	183
Summa Funktionshinderspolitik	203	203	203	203	204	204	205

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

6.3 Mål

Regeringens förslag: Begreppet funktionshinder ersätts med funktionsnedsättning i målen för funktionshinderspolitiken.

Skälen till regeringens förslag: Under 2008 presenterade Socialstyrelsen rekommendationer för nya termer inom funktionshindersområdet i Sverige. Termerna funktionsnedsättning och funktionshinder har fått följande definitioner: Funktionsnedsättning beskriver nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionshinder beskriver den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. För båda termerna avråds termen handikapp. En funktionsnedsättning är därmed kopplad till en person och behöver inte innebära ett hinder för delaktighet. Det är först om miljö och omgivning är otillgänglig för personer med funktionsnedsättning som funktionshinder uppstår. Av ovanstående anledning föreslår regeringen att riksdagen godkänner att de funktionshinderspolitiska målen ändras så att de överensstämmer med Socialstyrelsens rekommendationer.

De nationella målen för funktionshinderspolitiken är:

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

För att nå målen för politiken ska det funktionshinderspolitiska arbetet särskilt inriktas på

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionsnedsättning,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

6.4 Resultatredovisning

Insatser för att genomföra funktionshinderspolitiken

Funktionshinderspolitiken är tvärssektoriell, och en del av arbetet med mänskliga rättigheter så som de bl.a. kommer till uttryck i FN-konventionerna om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och om barnets rättigheter. Vidare gäller ansvars- och finansieringsprincipen som innebär att kostnaderna för att undanröja hinder och skapa tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning ska finansieras inom ramen för ordinarie verksamhet. De statliga myndigheternas ansvar och insatser är en viktig del av arbetet för att uppnå de funktionshinderspolitiska målen. Den statliga sektorns ansvar kommer främst till uttryck i förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken samt genom ett uttalat sektorsansvar i ett antal myndighetsinstruktioner.

En strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken

I den senaste uppföljningen av funktionshinderspolitiken (skr. 2009/10:166) konstaterar regeringen att även om framsteg har gjorts inom olika samhällsområden, bl.a. för att förbättra tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning, måste fler åtgärder sättas in och arbetet för att genomföra politiken måste bli mer effektivt och uppföljningsbart. För att förtydliga de övergripande funktionshinderspolitiska målen har regeringen därför fastställt inriktningsmål inom nio prioriterade områden: Arbetsmarknadspolitiken, Socialpolitiken, Utbildningspolitiken, Transportpolitiken, IT-politiken, Ökad fysisk tillgänglighet, Rättsväsendet, Folkhälsopolitiken samt Kultur, medier och idrott (skr. 2009/10:166). Utifrån inriktningsmålen har sedan ett tjugotal för funktionshinderspolitiken strategiska myndigheter lämnat förslag till delmål inom sina respektive verksamhetsområden för åren 2011–2016 samt hur målen ska följas upp. Med utgångspunkt i detta arbete har regeringen i juni 2011 beslutat om en strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken under perioden 2011–2016. Strategin syftar till att effektivisera arbetet med att genomföra politiken

och förbättra arbetet med uppföljning och utvärdering av genomförda insatser och deras effekter. I strategin presenteras bl.a. inriktningen för politiken fram till 2016, konkreta mål för samhällets insatser samt hur insatserna ska kunna följas upp och utvärderas.

Strategiska myndigheter

I oktober 2011 fick nitton strategiska myndigheter som verkar inom ovanstående prioriterade områden i uppdrag att arbeta i enlighet med föreslagna delmål och att årligen rapportera sitt arbete till både regeringen och Handisam. Myndigheterna ska årligen redovisa sitt arbete, genomförda insatser och deras resultat och effekter, samt en lägesbedömning och samråd med funktionshindersorganisationerna och andra berörda aktörer. I den första rapporten som lämnades i mars 2012 redovisade myndigheterna även nollvärden, dvs. en beskrivning av hur situationen är när arbetet i förhållande till delmålen påbörjas.

Myndigheternas delmål och återrapporteringen av hur arbetet fortskrider är ett viktigt inslag i regeringens uppföljning av strategin.

Ett samlat uppföljningssystem

I strategin anger regeringen att inriktningen på arbetet ska vara att undanröja hinder för tillgänglighet och delaktighet i vardagen. Insatserna bör bli mer systematiska, konkreta och mätbara. Genom ett uppföljningssystem ska kunskaperna öka kring effekterna av såväl de åtgärder som vidtas i strategin som levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättning.

Handisam fick i december 2011 i uppdrag att utveckla ett sammanhållet system för att beskriva, följa upp och analysera utvecklingen och genomslaget av funktionshinderspolitiken. I detta uppdrag ingår bl.a. att utveckla indikatorer för uppföljning av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning, sammanställa och analysera resultatet av myndigheternas arbete samt komplettera statistiska och andra underlag med olika former av dialog med personer med funktionsnedsättning och funktionshindersorganisationerna. Handisam ska årligen till regeringen redovisa en samlad analys av de strategiska myndigheternas arbete och resultat samt

utvecklingen av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning.

Som ett komplement till Handisams uppdrag har Statistiska centralbyrån fått i uppdrag att redovisa och föreslå utveckling av data för att över tid kunna följa utvecklingen av levnadsvillkoren för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning inom olika samhällsområden. Datamaterialet ska så långt möjligt ge underlag för att kunna följa utvecklingen under åren 2011–2016.

Syftet med uppföljningssystemet är att följa genomslaget för funktionshinderspolitiken, att fortsatt öka kunskapen om levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning, att följa upp insatserna i strategin, att resultera i en samlad utvärdering samt att vara underlag för kommande strategiperioder. Uppföljningen ska även ge regeringen underlag att mer långsiktigt bedöma utvecklingen av funktionshinderspolitiken i förhållande till de nationella målen samt ge underlag för rapportering enligt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

För att förbättra kunskapen om levnadsvillkoren för ungdomar med funktionsnedsättning har Ungdomsstyrelsen i uppdrag att, med utgångspunkt i både de ungdoms- och funktionshinderspolitiska målen, genomföra en tematisk analys av levnadsvillkoren för ungdomar med funktionsnedsättning i fråga om utbildning, inflytande, kultur, fritid och föreningsliv, arbetsmarknad samt hälsa. I uppdraget ingår även att lyfta fram goda exempel från kommuner som genomför främjande åtgärder och identifiera möjliga utvecklingsområden. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2012.

En första lägesbedömning

Handisam redovisade den 15 maj 2012 den första uppföljningen av funktionshinderspolitiken i rapporten Hur är läget?. Samtidigt lanserade myndigheten uppföljningssystemet på sin webbplats och avsikten är att löpande uppdatera den med aktuell fakta och statistik som rör personer med funktionsnedsättning och myndigheternas arbete. Med utgångspunkt i myndigheternas delmålsrapporter och tillgängliga data redovisar Handisam en första lägesbedömning av det funktionshinderspolitiska arbetet 2012. I detta avsnitt lämnas en sammanfattning. En närmare

redogörelse av utvecklingen av funktionshinderspolitiken inom de prioriterade områdena lämnas under respektive utgiftsområde.

Handisams uppföljning visar bland annat följande.

- Jämfört med övriga befolkningen har personer med funktionsnedsättning sämre villkor för delaktighet i samhället. Det genomförs samtidigt många åtgärder för att förbättra förutsättningarna för ökad delaktighet.
- Jämfört med övriga befolkningen är det dubbelt så vanligt att personer med funktionsnedsättning har förgymnasial utbildning som högsta utbildning.
- En fjärdedel av personer med funktionsnedsättning har varit i ekonomisk kris jämfört med en dryg tiondel av övrig befolkning.
- Färre personer med funktionsnedsättning har ett förvärsarbete och en större andel är arbetslösa, och långtidsarbetslösa, än övrig befolkning.
- Bland personer med funktionsnedsättning upplever 19 procent sin hälsa som dålig jämfört med två procent av övrig befolkning.
- Personer med psykisk funktionsnedsättning får sämre vård av fysiska sjukdomar än andra.
- Personer med psykiska besvär är utsatta för våld i högre utsträckning än andra.
- Personer med funktionsnedsättning besöker kulturevenemang och idrottar i lägre utsträckning än övrig befolkning.

Sammantaget pekar ett flertal indikatorer på att kvinnor med funktionsnedsättning har sämre levnadsvillkor än män med funktionsnedsättning. Det avser såväl utbildning, arbete, ekonomi och trygghet som hälsa.

När det gäller barn och unga med funktionsnedsättning visar uppföljningen bland annat att:

- Barn och unga med funktionsnedsättning motionerar mindre än andra barn.
- Det är fyra gånger vanligare att elever med funktionsnedsättning utsätts för kränkande behandling jämfört med andra elever.
- Risken att utsättas för våld i hemmet är dubbelt så stor för barn och unga med

funktionsnedsättning än för barn i allmänhet.

När det gäller den fysiska tillgängligheten har sex av tio fastighetsägare antingen åtgärdat minst hälften av de enkelt avhjälpbara hindren, eller anser sig sakna hinder som behöver åtgärdas. Drygt 30 av landets 290 kommuner har inventerat sitt bostadsbestånd ur ett tillgänglighetsperspektiv. Andelen tillgänglighetsanpassade fordon i kollektivtrafiken ökar, och närmare nio av tio kommuner ställer vid upphandling krav på tillgänglighet och användbarhet för personer som använder rullstol. Fler än sju av tio myndigheter har tillgänglighetsanpassat sina webbplatser. Tv-program textas, syn- och teckentolkas i högre utsträckning än tidigare.

Enligt Handisam finns det dock fortfarande brister i uppföljningen på många områden. Endast en tredjedel av myndigheterna har gjort en första mätning i förhållande till sina delmål. Generellt redovisas genomförda insatser och hur man har arbetat i stället för att redovisa och mäta nollvärden. Detta försvårar bl.a. uppföljning av utvecklingen under de kommande åren och analysen av om rätt insatser görs för att uppnå delmålen. De flesta myndigheterna har ett aktivt samråd med funktionshindersorganisationerna, eller är på väg att inleda samråd.

Handisam avser att komplettera uppföljningen under de kommande åren med att utveckla en dialog med personer med olika typer av funktionsnedsättning, och med pågående arbete i kommunerna, bl.a. inom ramen för sitt uppdrag att ta fram ett frivilligt uppföljningssystem för kommunerna som ska redovisas till regeringen hösten 2012. Handisam lämnar dessutom ett antal förslag inom bl.a. arbetsmarknads-, utbildnings- och transportområdet som syftar till att förbättra uppföljningen under de kommande åren.

Internationellt samarbete om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning antogs av FN:s generalförsamling den 13 december 2006 och trädde efter ratifikation i kraft för Sveriges del den 14 januari 2009. Regeringen lämnade i januari 2011 den första rapporten till FN:s övervakningskommitté för konventionen.

I rapporten beskrivs hur mänskliga rättigheter främjas och skyddas i Sverige med fokus på personer med funktionsnedsättning. I rapporten redogör regeringen för det rättsliga skyddet, åtgärder som har vidtagits och för de utmaningar som identifierats i regeringens genomgång av svenska förhållanden inför tillträdet.

Inom FN diskuteras genomförandet av konventionen årligen vid en så kallad statspartskonferens. I september 2012 är Sverige ordförande för den femte konferensen. Temat är konventionens betydelse för barn och kvinnor i världen. Sverige har vid flera tillfällen bidragit till att internationellt uppmärksamma frågor om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Vid FN:s råd för mänskliga rättigheter var Sverige medförfattare till en resolution om medborgerliga och politiska rättigheter som antogs vid rådet. Inom ramen för FN:s statistikarbete har Sverige genom Handisam deltagit för att lyfta frågan om behovet av mer statistik på funktionshindersområdet globalt. I sammankomster kring kvinnokonventionen har Sverige deltagit i paneldebatter för att belysa frågan om kvinnor och flickor med funktionsnedsättning och risken för dubbel diskriminering och utanförskap. Den nationella handlingsplanen för mänskliga rättigheter 2006–2009 (skr. 2005/06:95, bet. 2005/06:Ku17) har varit ett betydelsefullt instrument för att bl.a. främja mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. En utförligare redovisning av arbetet för mänskliga rättigheter finns inom utgiftsområde 1 Rikets styrelse.

Även inom EU:s högnivågrupp för funktionshinderspolitiken diskuteras frågor om rättigheter för personer med funktionsnedsättning liksom EU:s arbete med att genomföra konventionen. Arbetsgruppen träffas två gånger per år och producerar årligen en rapport om genomförandet av konventionen inom EU.

Öppna jämförelser av tillgänglighetsarbetet i staten

Handisam har, inom ramen för strategin för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016, fått i uppdrag att skapa ett samlat uppföljningssystem för att följa funktionshinderspolitikens utveckling och genomslag. En viktig del i uppföljningen är att via årliga öppna jämförelser följa hur de statliga myndigheterna

arbetar med tillgänglighetsarbetet både internt och i sina kontakter med allmänheten i enlighet med förordningen om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av handikappolitiken (2001:526). Myndigheternas arbete har sedan 2003 årligen följts upp genom en myndighetsenkät. I Handisams senaste uppföljningsrapport redovisas utvecklingen mellan åren 2010 och 2012 (Så tillgänglig är staten, Uppföljning av statsförvaltningens tillgänglighetsarbete 2010–2012).

Den myndighetsenkät som skickades ut våren 2012 till 301 myndigheter, varav 275 svarade, visar att arbetet med att göra myndigheterna tillgängliga för alla medborgare oavsett funktionsförmåga, på vissa områden går långsamt framåt i jämförelse med tidigare år, medan den snabbats upp inom andra områden.

Allt fler av myndigheternas webbplatser uppfyller internationella krav för tillgänglighet. Dessutom är det allt vanligare att funktionshindersfrågor förs in i myndigheternas styrdokument. Konkreta åtgärder som förbättrar tillgängligheten för personer med nedsatt syn, kognitiva besvär, allergi och överkänslighet har också genomförts i allt högre grad. En viss förbättring har även skett vad gäller att bygga upp rutiner för att kommunicera med medborgare och personal via förmedlingstjänster som tal-tjänst, teletal och texttelefoni. Dessa förbättringsinsatser är viktiga för exempelvis döva och hörselskadade personer och personer med dövblindhet.

Myndigheternas rekrytering av personer med funktionsnedsättning har inte ökat i jämförelse med tidigare år.

Myndigheterna brister fortsatt vad gäller att upprätta rutiner för att, vid behov, ta fram information i alternativa format, såsom punktskrift och lättläst material. Samlat visar enkätsvarerna att endast en av fyra myndigheter uppfyller tio eller fler av tretton grundläggande kriterier för tillgänglighet. År 2012 uppfyllde 23 procent av myndigheterna fler än nio grundläggande kriterier för tillgänglighet. Motsvarande siffra 2011 var 22 procent.

Övrigt sektorsövergripande arbete

Förbättrade möjligheter på arbetsmarknaden

Regeringen har, under denna och förra mandatperioden, gjort flera insatser för att förbättra

situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning, bland annat har det totala antalet subventionerade anställningar ökat och det högsta beloppet för stöd till arbets-hjälpmiddel och för personligt biträde har höjts. Handisam har, på regeringens uppdrag, gjort en sammanställning av den kunskap som finns om effektiva metoder att arbeta med attitydförändringar inom arbetsplatser. En guide har tagits fram till arbetsgivare, fackliga representanter, chefer med personalansvar med flera.

Handisam har, i samråd med Arbetsgivarverket, gjort en kartläggning och analys över vilka åtgärder de statliga myndigheterna har vidtagit för att anställa personer med funktionsnedsättning. I en enkät som skickades ut till samtliga myndigheter svarade 87 procent. Av de myndigheter som nyanställde under 2010 var det 14 procent som anställde en eller flera personer med funktionsnedsättning och behov av anpassning från arbetsgivarens sida. Av de svarande myndigheterna har 41 procent gjort generella åtgärder för att öka möjligheterna för personer med funktionsnedsättning. Det handlar främst om förbättringar i rekryteringsprocessen och förbättringar i den fysiska tillgängligheten. Syftet med kartläggningen är att tillvarata de erfarenheter som finns och att sprida goda exempel.

Handisam har vidare, på regeringens uppdrag, i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting och i samråd med Arbetsgivarverket, Arbetsförmedlingen samt Försäkringskassan, genomfört tre regionala konferenser om offentlig sektor som arbetsplats för personer med funktionsnedsättning.

Förändra attityder till personer med psykisk funktionsnedsättning

Handisam har regeringens uppdrag att, i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), utforma och bedriva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra negativa attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Projektet har fått namnet Hjärnkoll.

En uppföljning och effektutvärdering av Hjärnkoll har redovisats till regeringen den 1 juni 2012. Hjärnkoll har arbetat i fyra kampanjlän som fått extra resurser för att koordinera det regionala arbetet med att öka allmänhetens kunskap och minska negativa attityder till psykisk sjukdom. Utvärderingen av insatserna har under perioden 2009–2011 skett löpande och omfattar

olika delar. I de tre ursprungliga kampanjlänen har kunskapen, attityder och beteenden förändrats i positiv riktning. Samtidigt visar Hjärnkolls undersökningar att många människor som lever med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning upplever diskriminering i sitt dagliga liv.

Regeringen har beslutat att ge Handisam i uppdrag att fortsätta med insatser under åren 2012–2014. I strategin för den nya perioden ingår bland annat att antalet kampanjlän ska ökas.

6.5 Politikens inriktning

Inledning

Det svenska samhället bygger på respekt för de mänskliga rättigheterna, där alla människors lika värde och enskilda människors frihet och värdighet står i centrum (skr. 2009/10:106). Politiken ska bidra effektivt till att skapa och upprätthålla respekten för de mänskliga rättigheterna. Regeringen ser arbetet med funktionshinderspolitiken som en del av det arbetet. I FN-konventionen (SÖ 2008:26) slås rättigheter för personer med funktionsnedsättning fast. Rättigheterna finns inom de flesta politikområden och det är utifrån denna inriktning som framtida insatser redovisas.

Regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 syftar till att effektivisera arbetet med att genomföra politiken och förbättra arbetet med uppföljning och utvärdering av genomförda insatser och deras effekter. Handisams pågående arbete med att utveckla ett samlat uppföljningssystem syftar bl.a. till att följa genomslaget för funktionshinderspolitiken och att öka kunskapen om levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning. Uppföljningen ska även ge regeringen underlag att mer långsiktigt bedöma utvecklingen av funktionshinderspolitiken i förhållande till de nationella målen samt bilda underlag för regeringens rapportering om genomförande av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Arbetet med att öka kunskapen om levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning kommer att utvecklas genom de strategiska myndigheternas arbete, men också genom statistikutveckling samt i dia-

log med funktionshindersorganisationerna och personer med olika typer av funktionsnedsättning. Avsikten är också att uppföljningen ska kompletteras med öppna jämförelser av myndigheterna tillgänglighetsarbete enligt förordning 2001:526 om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken, samt det pågående arbetet med ett frivilligt uppföljningssystem för kommunerna, vilket Handisam ska redovisa till regeringen senare i höst.

Barn med funktionsnedsättning

Barn med funktionsnedsättning har, liksom alla andra barn, rätt att få uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem. Denna rättighet uttrycks såväl i konventionen om barnets rättigheter, barnkonventionen, som i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Rättigheten kommer dessutom till uttryck i regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232), då en av strategins principer är att barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem. Många barn med funktionsnedsättning behöver särskilt stöd i sin vardag, och har därför många kontakter med olika aktörer som barn- och ungdomshabiliteringen och syn- och hörselcentralen. Stödet kan också behöva samordnas med andra verksamheter såsom skolan, förskolan och socialtjänsten. Barnen får dock alltför sällan själva uttrycka sina åsikter om stödet. Regeringen ser ett behov av att fler barn med funktionsnedsättning får möjlighet att uttrycka sina åsikter i dessa viktiga frågor som i allra högsta grad berör dem själva. Regeringen har i maj 2011 gett Handisam i uppdrag att i samarbete med Handikappförbunden och i samråd med Barnombudsmannen samla erfarenheter och sprida information om metoder och strategier för hur barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska kunna påverka beslut som rör dem själva (dnr S2011/3088/FST, S2011/4747/FST). Se vidare avsnitt 7 Politik för sociala tjänster.

Regeringen avser dessutom att ge Barnombudsmannen i uppdrag att inhämta åsikter och erfarenheter från barn och unga med funktionsnedsättning i syfte att på ett metodiskt sätt undersöka och sammanställa hur barn och unga med funktionsnedsättning upplever sin situation och det stöd de får. I lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

finns sedan den 1 januari 2011 en bestämmelse om att när åtgärder rör barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Hänsyn ska tas till barnets ålder och mognad. Regeringen har i lagrådsremissen Ökad säkerhet vid beslut om och utbetalning av assistansersättning aviserat att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att analysera och bedöma hur barns och ungas möjligheter till självständighet, delaktighet och utveckling m.m. påverkas av att de får ekonomisk ersättning för personlig assistans. I utredningsarbetet bör, enligt regeringen, vetenskaplig expertis på området engageras.

En ytterligare princip i regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter är att föräldrar ska få kunskap om barnets rättigheter och erbjudas stöd i sitt föräldraskap. Inom ramen för den nationella strategin för föräldrastöd pågår två projekt med föräldrastöd som riktar sig till föräldrar till barn med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning. Uppdraget är ett komplement till det generella föräldrastödet. Det ena projektet ska jämföra det stöd som faktiskt ges med det stödbehov som uttrycks av familjerna och professionella. Det andra projektet ska kartlägga behovet av stöd hos barn med lindrig utvecklingsstörning och deras föräldrar samt utveckla och utvärdera riktat stöd till dem. Försöksverksamheten pågår t.o.m. 2013 och ska redovisas i maj 2014. Se vidare avsnitt 7 Politik för sociala tjänster.

Riksrevisionen har konstaterat att det finns samordningsproblem i de offentliga stöden till barn och unga med funktionsnedsättning, trots många satsningar under de senaste decennierna (RiR 2011:17). Regeringen anser att det är angeläget att de brister som Riksrevisionen har pekat på åtgärdas och har därför i juli 2012 beslutat att ge Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå en försöksverksamhet med samordnare för barn och unga med funktionsnedsättning (dnr S2012/4967/FST). Samordnarens uppgift bör, enligt regeringens beslut, vara att underlätta samverkan mellan olika aktörer i syfte att förbättra samordningen av samhällets stöd till familjer med barn och unga med funktionsnedsättning. Förslag till försöksverksamhet med samordnare bör även innefatta hur verksamheten kan följas upp över tid. Uppdraget ska redovisas senast den 18 januari 2013. Se vidare avsnitt 7 Politik för sociala tjänster.

Arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning

En central del i arbetet mot de funktionshinderpolitiska målen är att personer med funktionsnedsättning ska ges jämlika möjligheter att delta och bidra på arbetsmarknaden. Personer med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga tillhör arbetskraften i betydligt mindre utsträckning än andra. Över 207 000 personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga var under 2011 inskrivna hos Arbetsförmedlingen, vilket är en ökning med 17 000 personer jämfört med 2010. Att på olika sätt förbättra tillgängligheten till arbete och sysselsättning för personer med funktionsnedsättning är således en fortsatt prioriterad fråga.

Regeringen avser att ge Arbetsförmedlingen uppdraget att stegvis implementera ett praktikprogram för personer med funktionsnedsättning inom de statliga myndigheterna utifrån tillgången på lämpliga arbets sökande och platser.

Ett betydande hinder för att fler personer med olika typer av funktionsnedsättningar ska få arbete bedöms vara den osäkerhet arbetsgivare upplever inför en eventuell anställning. Ett utvecklat stöd före, vid och efter anställning är en viktig åtgärd för att minska denna osäkerhet.

Regeringen avser mot denna bakgrund att öka möjligheterna till individuellt stöd på en ny arbetsplats genom s.k. särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS).

I många fall är ett första steg tillbaka till arbetslivet en utvecklingsanställning. Därefter kan följa en anställning utan lönestöd, en lönebidragsanställning eller en trygghetsanställning. Regeringen vill öka flexibiliteten i användningen av stödinsatser och på så sätt skapa möjligheter till ett mer individuellt anpassat stöd. Därför införs en möjlighet att kombinera SIUS med utvecklingsanställning. Dessutom föreslås att bidrag till personligt biträde, som alternativ till anordnarbidrag, ska kunna kombineras med utvecklingsanställning och trygghetsanställning.

Stödet till handikapporganisationerna

Den största delen av det statliga stödet till handikapporganisationer regleras genom förordning (2000:7) om statsbidrag för handikapporganisationer. För 2013 beräknas anslagna

medel för denna förordning till närmare 183 miljoner kronor.

Bidrag till vissa verksamheter på funktionshindersonrådet har hittills reglerats och fördelats genom Socialstyrelsens regleringsbrev. Regeringen har under våren 2012, efter att berörda organisationer fått yttra sig, fattat beslut om förordning (2012:316) om statsbidrag för viss verksamhet på funktionshindersonrådet. I denna nya förordning finns bestämmelser om statsbidrag för verksamhet inom områdena kontakt, stöd och utbildning i samband med rehabilitering för personer med ryggmärgsskada, punktskriftsutbildning och liknande rehabilitering för personer med synskada, samt läger- och mötesaktiviteter med kunskaps- och erfarenhetsutbyte för vuxna eller barn med sällsynta diagnoser eller syndrom som orsakar funktionsnedsättningar, samt för barnens familjemedlemmar. Förordningen gäller statsbidrag från och med 2013. Ansökningar om statsbidrag ska enligt förordningen ges in till och prövas av Socialstyrelsen.

En ny inriktning på bidraget till rekreatiönsanläggningar

Regeringens avsikt är att under 2013 införa nya bestämmelser i förordningen (2012:316) om statsbidrag för viss verksamhet på funktionshindersonrådet. Avsikten är att dessa bestämmelser ska utgå från förordningen (1994:950) om statsbidrag till handikapporganisationernas rekreatiönsanläggningar.

I budgetpropositionen för 1994 redogjorde regeringen för syftet med förordningen. Regeringen konstaterade att det var angeläget att det finns fritids- och rekreatiönsanläggningar som var särskilt anpassade till personer med funktionsnedsättning, och att kostnaderna för investeringar, drift m.m. blev betydligt högre för sådana anläggningar än för sådana där målgruppen inte är personer med funktionsnedsättning. Statsbidraget borde, enligt regeringen, kunna utgå till drift av anläggningar men också till underhåll och investeringar.

Ett av målen för funktionshinderspolitiken är att samhället ska utformas så att personer med funktionsnedsättning blir fullt delaktiga i samhällslivet. Åtgärder för att undanröja hinder för full delaktighet för människor med funktionsnedsättning ska prioriteras. Regeringen kan konstatera att tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning konkret har förbättrats

inom de flesta områden. Samtidigt återstår arbete innan personer med funktionsnedsättning kan ta del av samhällets alla delar på jämlika villkor. Fritids- och rekreationsverksamhet som riktar sig särskilt till, och på olika sätt är anpassad till, personer med funktionsnedsättning fyller alltså en viktig roll genom att erbjuda personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga tillfälle till rekreation, vila och avkoppling. Regeringen vill därför även fortsättningsvis lämna ekonomiskt bidrag för sådana ändamål genom en förordning om statsbidrag. Statsbidraget bör dock snarare än att utgöra ett anläggningsbidrag som ersätter kostnader för drift och underhåll endast på särskilda anläggningar, utgå för verksamhet som allmänt riktar sig till personer som till följd av en funktionsnedsättning har så omfattande behov av särskilda tillgänglighetsinsatser o dyl. att de inte kan ta del av allmänna anläggningars utbud. Detta betyder att regeringen avser att förändra inriktningen på det stöd som i dag regleras i förordningen (1994:950) om statsbidrag till handikapporganisationernas rekreationsanläggningar. Avsikten är att nämnda förordning ska upphävas i och med att nya bestämmelser om verksamhetsbidrag för rekreationsändamål förs in i förordningen (2012:316) om statsbidrag för viss verksamhet på funktionshindersområdet.

Tolkservice för förtroendevalda i vissa organisationer

Ett av de nationella målen för regeringens funktionshinderspolitik är att samhället ska utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet. Att personer med funktionsnedsättning kan utöva arbete som förtroendevalda på det intressepolitiska området är ett viktigt exempel på sådan delaktighet. Att det finns möjlighet till tolktjänst kan i praktiken vara en förutsättning för att personer med funktionsnedsättning ska kunna vara intressepolitiskt aktiva.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag sedan 1993 beviljat bidrag för tillhandahållande av tolkservice till förtroendevalda i vissa organisationer. Regeringen bedömer att det även fortsättningsvis finns behov av en aktör med nationellt ansvar att tillhandahålla tolkservice för förtroendevalda i organisationer för döva, hörsel-skadade och personer med dövblindhet, och som

uppfyller kriterierna i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen i augusti 2012 fått i uppdrag (dnr S2012/5379/FST) att utse en aktör med nationellt ansvar att tillhandahålla sådan tolkservice. I uppdraget ingår att upphandla och sluta nödvändiga avtal med den aktör som ska bedriva verksamheten samt ansvara för att uppdraget fullföljs, liksom att årligen rapportera till Regeringskansliet (Socialdepartementet) om verksamhetens resultat. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2013.

Handisam

Handisam spelar en viktig och aktiv roll i arbetet med förbättrad tillgänglighet i samhället. Handisam förmedlar bl.a. kunskap och tar fram riktlinjer som berör det ansvar myndigheterna har enligt förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av handikappolitiken för att göra sina lokaler, verksamhet och information mer tillgängliga. Dessa riktlinjer kan vara viktiga även för andra aktörer som en utgångspunkt för hur god tillgänglighet kan åstadkommas. Handisam ska härvidlag ha en samlad kunskap om metoder och lösningar för tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Det är angeläget att detta arbete fortsätter att utvecklas. Handisam spelar dessutom en central roll i att stödja bl.a. de strategiska myndigheternas arbete med delmål samt att självständigt analysera, följa upp och utvärdera utvecklingen inom funktionshinderspolitiken under de kommande åren. Uppföljningen tjänar bl.a. som underlag för regeringens styrning av det funktionshinderspolitiska arbetet och för rapportering i enlighet med konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. I detta arbete är det angeläget att Handisam fortsätter att utveckla och fördjupa såväl innehåll som form för dialogen med både enskilda och företrädare för funktionshindersrörelsen. Vidare är det viktigt att Handisam tar del av och följer den forskning som bedrivs inom funktionshindersområdet. Regeringen avser att ge Handisam i uppdrag att ansvara för ett kunskapsråd som kan bistå Handisam med kunskap, kvalitetssäkring och allmänt bidra till myndighetens långsiktiga och strategiska utveckling.

Funktionshindersarbetet i globalt samarbete och utvecklingspolitik

Hösten 2013 arrangeras inom FN ett högnivåmöte om hur funktionshindersfrågorna kan integreras i utvecklingssamarbetet samt i uppföljningen av millenniemålen. I konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artikel 32) framgår att konventionsstaterna förbundit sig att verka för internationellt samarbete på området. Den grundläggande utgångspunkten för regeringen är att det både är viktigt för främjandet av de mänskliga rättigheterna internationellt och för fattigdomsbekämpning att särskilt fokus riktas på personer med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning utgör ungefär 15 procent av jordens befolkning eller ungefär en miljard människor. 80 procent av dessa bor i utvecklingsländer och riskerar i mycket stor utsträckning att leva i fattigdom.

6.6 Budgetförslag

6.6.1 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tabell 6.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

År	Utfall	20 707	Anslags-sparande	-22
2012	Anslag	20 574 ¹	Utgifts-prognos	20 031
2013	Förslag	20 688		
2014	Beräknat	21 084 ²		
2015	Beräknat	21 454 ³		
2016	Beräknat	21 907 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 20 659 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 20 658 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 20 659 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Myndigheten för handikappolitisk samordnings (Handisam) förvaltningskostnader.

Handisam är en myndighet under regeringen som ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2011. Inriktningen för Handisams verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012 ¹	20 574	20 574	20 574	20 574
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne-omräkning ²	114	540	911	1 364
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-30	-31	-31
Förslag/beräknat anslag	20 688	21 084	21 454	21 907

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 20 688 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 21 084 000 kronor, 21 454 000 kronor respektive 21 907 000 kronor.

6.6.2 3:2 Bidrag till handikapporganisationer

Tabell 6.4 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

År	Utfall	182 742	Anslags-sparande	0
2012	Anslag	182 742 ¹	Utgifts-prognos	182 742
2013	Förslag	182 742		
2014	Beräknat	182 742		
2015	Beräknat	182 742		
2016	Beräknat	182 742		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag till handikapporganisationer och syftar till att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

Socialstyrelsen ansvarar för administration och fördelning av bidraget. Fördelningen av stödet regleras i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

Regeringens överväganden

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slår fast att personer med funktionsnedsättning och deras organisationer aktivt ska involveras i beslutsprocesser angående statens åtgärder i syfte att genomföra de rättigheter som slås fast i konventionen. Regeringen anser att stödet till handikapporganisationerna är viktigt för att uppfylla detta åtagande.

Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	182 742	182 742	182 742	182 742
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	182 742	182 742	182 742	182 742

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 182 742 000 kronor anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 182 742 000 kronor respektive år.

7 Politik för sociala tjänster

7.1 Omfattning

Området omfattar följande delar: Socialtjänstens omsorg om äldre människor, socialtjänstens verksamhet inom individ och familjeomsorg samt stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. Individ- och familjeomsorg avser socialtjänstens arbete med den sociala barn- och ungdomsvården, missbruks- och beroendevården, hemlöshet, stöd och hjälp till brottsoffer, ekonomiskt bistånd samt internationella adoptioner. Området omfattar även det förebyggande universella föräldrastödet riktat till alla föräldrar i form av regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd.

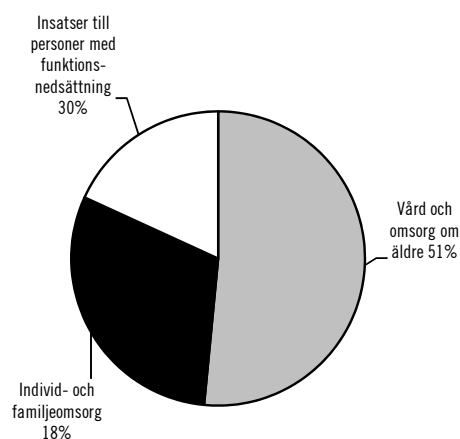
Kommunerna ansvarar enligt socialtjänstlagen, SoL (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) för insatser enligt dessa lagar. Verksamheten finansieras främst genom kommunalskatt, statsbidrag och avgifter. Statsbidrag fördelas via anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*, utgiftsområde 25. För LSS finns ett särskilt utjämningsystem mellan kommunerna (anslag 1:2 *Statligt utjämningsbidrag för LSS-kostnader*, utgiftsområde 25).

Statens insatser inom området består främst av lagstiftning, tillsyn, uppföljning och utvärdering, stimulans- och prestationsbaserade bidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av dels myndigheterna på uppdrag av regeringen, dels Sveriges Kommuner och Landsting i överenskommelser med regeringen. Staten ansvarar även för ett antal statliga stöd på funktionshindersområdet, bl.a. assistansersättning och bilstöd.

7.1.1 Kostnader för verksamhet inom socialtjänsten och enligt LSS

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning uppgick till 192,1 miljarder kronor 2011 (174 miljarder kronor 2010). Äldreomsorgen ansvarar för den största andelen men har också högst antal personer som får vård och omsorg via kommunerna.

Diagram 7.1 Kommunens kostnader fördelat efter vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning 2011



Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201.

*) Med kostnader avses bruttokostnaden minskad med dels interna intäkter, dvs. intäkter från andra förvaltningar i kommunen, dels för intäkter från försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting.

Kostnaderna för vård och omsorg om äldre uppgick 2011 till 98,9 miljarder kronor, för individ- och familjeomsorg till 57,9 miljarder kronor samt för insatser till personer med funktionsnedsättning till 57,9 miljarder kronor. Jämfört med 2007 har de totala kostnaderna för dessa verksamheter ökat med närmare 18 procent vilket motsvarar 28,8 miljarder kronor. Åtgärder inom individ- och familjeomsorg svarar för den högsta kostnadsökningen, 24 procent. Insatser till personer med funktionsnedsättning samt vård och omsorg om äldre ökade med 20 respektive 14 procent.

Äldreomsorgens andel av de sammanlagda kostnaderna har minskat med knappt 2 procentenheter jämfört med 2007, medan motsvarande andelar för insatser till personer med funktionsnedsättning samt för individ- och familjeomsorg har ökat med knappt 1 procentenhet.

7.1.2 Behovsprövade insatser

Äldre människor, personer med funktionsnedsättning samt barn och unga som får insatser enligt socialtjänstlagen och service- och stödinsatser enligt LSS från kommunerna ökar, se tabell 7.1.

Tabell 7.1 Antal personer med insatser från socialtjänsten inom olika områden samt antal vård dygn i frivillig institutionsvård för missbruksvård 2006, 2009, 2010 och 2011

Antal äldre personer	2006	2009	2010	2011
med hemtjänst ¹	–	205 800	211 000	220 600
i korttidsboende	9 000	8 500	8 100	7 800
i särskilt boende ¹	98 600	95 400	94 000	92 200
Antal personer med funktionsnedsättning	2006	2009	2010	2011
med LSS-insatser ²	55 800	60 200	62 100	63 300
med hemtjänst eller bostad med särskilt service enligt socialtjänstlagen ¹	–	25 900	28 800	26 100
Barn och unga	2006	2009	2010	2011
antal placerade i heldygnsvård ³	21 000	23 700	24 900	26 200
med behovsprövad öppenvårdsinsats den 1 november ³	28 200	28 500	28 300	28 300
Personer inom missbruks- och beroendevården⁴	2006	2009	2010	2011
antal inskrivningar i bistånd som avser boende	12 200	14 800	14 400	15 100
antal med individuellt behovsprövade öppna insatser	26 000	28 200	27 800	27 900
antal inskrivning i frivillig institutionsvård/familjehem	11 700	12 100	11 500	11 200
antal vård dygn i frivillig institutionsvård under resp. år	892 700	864 500	796 500	795 700

1 Mängdstatistik den 1 oktober 2009, 2010 och 2011. I definitionen för hemtjänst ryms även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

2 Personnummerbaserad statistik 1 oktober 2009, 2010 och 2011.

3 Uppgifter om heldygnsinsatser samlas in på individnivå och uppgifter om öppenvårdsinsatser samlas in på mängdnivå.

4 Mängdstatistik. I statistiken går det inte att utläsa hur många personer som på grund av missbruk hade minst en av de nämnda insatserna. En och samma person kan få flera biståndsinsatser samtidigt och under året kan en och samma person dessutom få flera insatser.

Källa: Socialstyrelsen

Utöver uppgifterna i tabell 7.1 fick cirka 16 000 personer statlig assistansersättning till personlig assistans genom Försäkringskassan i december 2011 (cirka 15 900 personer 2009 och 14 300 personer 2006), se avsnitt 7.11.5. Cirka 418 050 personer uppbar ekonomiskt bistånd någon gång under 2011 (cirka 437 000 personer 2010), se avsnitt 7.7.1.

7.1.3 Statligt finansierad verksamhet för personer med funktionsnedsättning

Staten ansvarar för bilstöd till personer med funktionsnedsättning (grundbidrag, inkomstprövat anskaffnings- och anpassningsbidrag) och drygt 80 procent av assistansersättningen. Staten beviljar även statsbidrag till kommuner som inrättar verksamhet med personligt ombud till personer med psykisk funktionsnedsättning. Därutöver utgår statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation, råd och stöd enligt

LSS, tolktjänst och vissa andra angelägna satsningar inom funktionshindersområdet. Utgifterna uppgick till cirka 19,4 miljarder kronor 2010, att jämföras med cirka 18,1 miljarder kronor för 2009.

7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2012 till 2015 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster öka med cirka 3,1 miljarder kronor bl.a. främst till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom området beräknas 2012 till knappt 25 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med 268 miljoner kronor. Utgifterna för 2011 blev 783 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

Tabell 7.2 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster

Miljoner kronor

	Utfall 2011	Budget 2012	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
4:1 Personligt ombud	92	104	96	104	104	104	104
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	322	353	353	354	354	353	353
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	261	326	316	300	267	267	267
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	19 860	21 044	21 070	22 272	23 367	24 710	26 066
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	1 480	1 951	1 828	1 773	1 784	1 616	1 644
4:6 Statens institutionsstyrelse	775	848	804	844	878	902	939
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	189	361	252	451	773	610	602
4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården		0	0	309	484	484	0
4:9 Ersättningsnämnden		0	0	46	44	39	0
4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	15	15	14	15	15	15	16
Summa Politik för sociala tjänster	22 994	25 002	24 734	26 468	28 071	29 101	29 992

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

7.3 Mål

Merparten av den verksamhet som bedrivs inom området sociala tjänster utgår från socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Enligt socialtjänstlagen ska bl.a. insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. När en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och hans eller hennes inställning ska så långt det är möjligt klarläggas. Hänsyn ska tas till barnets vilja med beaktande av dess ålder och mognad. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Verksamhet enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet ska vara att människor som omfattas av lagen får möjlighet att leva som andra. Verksamheten ska grundas på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

Följande övergripande nationella mål gäller för omsorg om äldre människor:

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.

Följande övergripande nationella mål gäller för individ- och familjeomsorg (i tidigare budgetpropositioner benämnt socialtjänstpolitik):

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

Följande övergripande nationella mål gäller för stödinsatser till personer med funktionsnedsättning:

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

Följande övergripande nationella mål gäller för regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd:

- att alla föräldrar med barn under 18 år ska erbjudas föräldrastöd under hela barnets uppväxt.

Följande övergripande mål gäller för internationella adoptioner:

- Myndigheten för internationella adoptionsfrågor har enligt instruktionen som huvudsaklig uppgift att skapa en hög kvalitet i den internationella adoptionsverksamheten i Sverige.

7.4 Främja kunskapsutveckling och kvalitet inom socialtjänsten

Regeringen stödjer på olika sätt huvudmännens arbete att utveckla kvaliteten på hela socialtjänstens område. Det sker bland annat genom ett långsiktigt arbete för ökad kunskaps- och kvalitetsutveckling, ökad valfrihet samt genom uppföljning och tillsyn. Regeringen har sedan den tillträdde 2006 beslutat om utveckling av öppna jämförelser för att skapa transparens, stimulera till förbättringsarbete och underlätta fria val. Regeringen har även infört en valfrihetsreform och tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting utarbetat en plattform som anger inriktningen för överenskommelser om samordnade och långsiktiga insatser till stöd för en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Tillsynen har också reformerats och tillförts nya resurser.

Övergripande resultat av åtgärder som berör flera områden redovisas nedan. Resultaten av den tillsyn som bedrivits och de öppna jämförelser som hittills publicerats redovisas i utvalda delar under respektive område.

7.4.1 Ökad kvalitet

Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik

I juni 2010 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om inriktningen på arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Avsikten är att arbetet ska konkretiseras i årliga överenskommelser för att stödja huvudmännens arbete inom detta område. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slöt i januari 2011 en första överenskommelse om stöd för arbetet (dnr S2011/986/FST). 2012 års överenskommelse omfattar åtgärder för 135 miljoner kronor och avser bl.a. uppbyggnad av ett regionalt stöd till kunskapsutveckling, lokalt förbättringsarbete och ökad samverkan. Målet är att stärka socialtjänstens möjligheter att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik. Överenskommelsens satsningar har avsett utveckling av regionala stödstrukturer, olika former av nationellt stöd, utbildningssatsningar samt insatser som syftar till att öka brukarmedverkan och kartläggning av forskning. Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för samordning, koordinering och kontinuerlig uppföljning av arbetet med de olika satsningarna.

Enligt överenskommelsen utgår statligt stöd till regionala utvecklingsledare som stödjer utvecklingen inom de olika områdena. Syftet är att genom regionala utvecklingsledare inom äldreområdet stimulera arbetet med kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativregistret. Utvecklingsledare kring it-stöd syftar till att främja samverkan och erfarenhetsutbyte på området samt regionala utvecklingsledare inom barn- och unga syftar bland annat till att stödja kommunernas arbete med uppföljning av placerade barn och ungdomar i familjehem eller hem för vård och boende (HVB).

Statskontoret har sedan maj 2011 regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera i vilken utsträckning överenskommelsen bidrar till att förbättra förutsättningarna för socialtjänsten att arbeta evidensbaserat och att använda informationsteknik. Utvärderingen ska inriktas på statens och Sveriges Kommuners och Landstings styrning, utformning, organisation och uppföljning av arbetet inom ramen för överenskommelsen samt hur överenskommelsen har bidragit till att huvudmännen har effektiviserat och för-

stärkt sitt arbete med en evidensbaserad praktik. Uppdraget ska redovisas årligen. En slutrapport ska lämnas i september 2014.

Sedan 2008 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting ingått årliga överenskommelser om stöd till utveckling av en mer evidensbaserad missbruks- och beroendevård bl.a. genom uppbyggnad av en långsiktig struktur för kunskapsförsörjning och samverkan mellan kommuner, landsting, lokala FoU-verksamheter, universitet och högskolor. I alla län finns regionala utvecklingsledare med direktkontakt med personer som arbetar i vården. Utvecklingsarbetet har fått namnet Kunskap till praktik och ingår sedan 2011 i den bredare överenskommelsen om stöd till en evidensbaserad praktik. En viktig del av Kunskap till praktik är att skapa en fungerande samverkan mellan huvudmännen lokalt.

Tillgänglig och säker information inom vården och omsorgen

Strategin för nationell eHälsa syftar till att förbättra informationshanteringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För 2012 har regeringen avsatt 32 miljoner kronor för arbete med nationell eHälsa inom socialtjänsten. Arbetet syftar till att utveckla en gemensam informationsstruktur och bedrivs inom tre utvecklingsområden; nationell informationsstruktur, teknisk infrastruktur och ökat erfarenhetsutbyte.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta ett nationellt samordningsansvar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att underlätta för vårdgivare och utförare inom socialtjänsten att införa och använda en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk. Socialstyrelsen har även tagit fram en modell för strukturerade och enhetlig dokumentation inom äldreomsorgen. Under 2012 testas och utvärderas modellen.

Slutligen har Socialstyrelsen tagit fram en vägledning som tydliggör rättsläget när det gäller vilken information som får utbytas över organisations- och professionsgränser (Sekretess- och tystnadspliktsgränser, I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2012).

7.4.2 Ökad valfrihet

Genom att stimulera kommuner att införa valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) verkar regeringen för att stärka den enskilda människans möjlighet till delaktighet och inflytande. Särskilda medel har avsatts för att underlätta införande av valfrihetssystem. Sammanlagt 305 miljoner kronor har gått till kommunerna under perioden 2008-2009. Under 2011 utbetalades 21,5 miljoner kronor i stimulansbidrag för att förbereda och utveckla valfrihetssystem och under 2012 ytterligare 20 miljoner kronor till samma ändamål. Regeringen har också beviljat särskilda medel till Sveriges Kommuner och Landsting för att ge stöd till kommuner som överväger eller beslutat att införa valfrihetssystem.

I mars 2012 hade 118 kommuner valfrihetssystem enligt LOV i drift, jämfört med situationen den 1 oktober 2010 då 68 kommuner hade infört valfrihetssystem, enligt Socialstyrelsen delrapport 2012. Vid samma tidpunkt var ytterligare 51 kommuner i färd med att införa valfrihetssystem enligt LOV, men hade ännu inte systemet i full drift. Det är vanligast att valfrihetssystem omfattar en kombination av service- och omvårdnadsinsatser inom hemtjänsten.

Socialstyrelsen har följt upp reformen ur ett befolknings- och patientperspektiv och kunnat konstatera att de flesta äldre uppskattar och vill ha möjlighet att välja utförare av hemtjänst. Valmöjligheterna ger en känsla av egenmakt och frihet att bestämma. Samtidigt är det viktigt att personer som behöver stöd för att kunna göra aktiva val får det stöd som behövs. Det rör sig t.ex. om personer med olika medicinska diagnoser och personer som på grund av hög ålder är bräckliga och minnessvaga.

Enligt Socialstyrelsen finns i dag cirka 900 enskilda utförare verksamma inom valfrihetssystemen. I ett 50-tal av kommunerna finns det bland dessa utförare sådana som erbjuder en särskild inriktning och/eller specialkompetens i sin verksamhet. Det handlar ofta om särskild språkkompetens (i ett 40-tal kommuner) eller att utförarna erbjuder specialkunskap om olika sjukdomar eller särskilda vårdinriktningar (i ett 20-tal kommuner). I ett tiotal kommuner erbjuder utförare vad som kan kallas för särskild kulturell och/eller religiös kompetens. Det finns även exempel på utförare som är hbt-certifierade.

Det går inte att se några större entydiga skillnader när det gäller kvalitet mellan kommunala och enskilda utförare. Enligt Socialstyrelsen har kommunala utförare ett bättre resultat när det gäller personaltäthet och personalens kompetens. Enskilda utförare lyckas bättre när det handlar om andelen äldre som har genomförandeplaner och som riskbedömts (Socialstyrelsen 2012, S2012/11253/FST).

I Statskontorets rapport, Lagen om valfrihetssystem, framkommer att kostnaderna ökat något mer i kommuner som infört LOV, vilket kan förklaras med initialt ökade administrationskostnader samt det faktum att ett valfrihetssystem enligt LOV inte skapar någon pris-konkurrens mellan utförarna som kan pressa priserna. Statskontorets undersökningar visar att brukarna är mer nöjda med hemtjänsten i kommuner som tillämpar LOV än i övriga kommuner. En annan slutsats i rapporten är att LOV ökar förutsättningarna för bättre kostnadskontroll i kommunerna, då kommunerna i regel ägnat mycket tid åt att se över de ekonomiska villkoren för de verksamheter som ska omfattas av LOV.

7.5 Omsorg om äldre människor

7.5.1 Utveckling

Andelen personer som är 80 år och äldre och behöver hjälp med personlig omvårdnad och service har enligt Socialstyrelsens statistik varit oförändrad de senaste 15 åren (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Däremot ökar antalet med en åldrande befolkning. Kostnadsökningarna är dock förhållandevis modesta. De samlade kostnaderna för äldres vård och omsorg i fasta priser låg enligt Socialstyrelsen på samma nivå 2009 som 2002. Kostnaderna för kommunernas insatser minskade under denna period med 4 procent i fasta priser. Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre var totalt 98,9 miljarder kronor 2011 (92,2 miljarder kronor 2010).

Tabell 7.3 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre, löpande priser

Miljarder kronor

	2007	2008	2009	2010	2011
Vård och omsorg i ordinärt boende	32,2	34,6	34,6	36,4	38,0
Vård och omsorg i särskilt boende	53,2	55,7	57,1	57,9	59,3
Öppen verksamhet	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6
Totalt	86,8	91,7	93,2	95,9	98,9

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101.

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät för 2011–2012 har andelen kommuner som uppger att behovet av särskilda boendeformer för äldre är täckt ökat med 3–5 procentenheter årligen under de senaste åren. Ca 88 procent av kommunerna har täckt eller räknar med att kunna täcka behovet genom planerad utbyggnad de två närmaste åren. Av andelen kommuner (12 procent) som bedömer att bristen på särskilda boenden kommer att kvarstå även efter planerad utbyggnad under de två närmaste åren är bristen som störst i högskoleorterna och Storstockholm. Nitton respektive 27 procent av dessa kommuner uppger att de har täckt behovet.

7.5.2 Statliga stimulansbidrag har gett positiva effekter

Regeringen har sedan 2007 avsatt stimulansbidrag (knappt 5 miljarder kronor 2007–2011) till kommuner (70 procent) och landsting (30 procent). Syftet har varit att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre personer inom sju prioriterade områden – rehabilitering, socialt innehåll, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, kost och nutrition samt läkartillgång. Från 2010 fick medlen en mer prestationsbaserad utformning som ett led i regeringens ambition att stimulansbidrag mer ska kopplas till prestationsbaserade mål.

Uppföljningen av stimulansmedlen visar även under 2011 att de använts till en bred uppsättning verksamheter inom såväl kommuner som landsting (Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer, Redovisning för 2011, Socialstyrelsen). Utifrån huvudmännens egna bedömningar har stimulansmedlen främjat ett bättre samarbete mellan huvudmännen inom

samtliga områden. Vid årsskiftet 2011/2012 finansierades drygt 800 anställningar med stöd av stimulansmedlen, en minskning med hälften i jämförelse med föregående år. Stora personalgrupper i såväl kommuner som landsting erhöll olika former av utbildning, t.ex. i demenskunskap (ca 26 200 personer i 178 kommuner och 12 landsting), socialt innehåll (16 800 personer i 128 kommuner), rehabiliterande förhållningssätt (ca 10 500 personer i 89 kommuner och 9 landsting), fallprevention, strokevård samt kost och nutrition (över 17 000 personer i 105 kommuner och 11 landsting). Dessutom ordnade ett stort antal kommuner och landsting utbildning i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (23 000 personer) samt regelbunden handledning (6 300 personer inom demensvård, 6 700 personer inom socialt innehåll, 7 200 personer inom kost och nutrition samt 12 100 personer inom rehabilitering).

Uppföljningen av de nya villkor som gäller från 2010 visar på en varierad bild. Socialstyrelsen har följt upp i vilken utsträckning program, avtal, planer etc. har påbörjats för de olika prioriterade områdena. Uppföljningen av rehabiliteringsområdet visar exempelvis att samtliga landsting och kommuner som besvarat frågor om hur arbetet utifrån de nya villkoren fortskridit nu tagit fram gemensamma program, riktlinjer eller motsvarande dokument som följer Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20). Två tredjedelar av kommunerna som besvarat motsvarande frågor inom området förebyggande arbete anger att de har ett samverkansavtal, rutiner eller motsvarande dokument tillsammans med den andra huvudmannen rörande förebyggande arbete. Dessa avtal, program, planer etc. har dock inte alltid tagits fram som ett resultat av de nya villkoren från 2010 års ansökan. Socialstyrelsen ska utvärdera och slutredovisa stimulansmedlen senast den 30 juni 2013.

7.5.3 Inflytande, delaktighet och trygghet

Äldre är nöjda med bemötande och trygghet

För tredje året i rad har Socialstyrelsen undersökt äldres uppfattning om äldreomsorgen inom hemtjänst och äldreboende. Skillnaderna mellan

2008 och 2010 års undersökningar är små, med undantag för kvalitetsområdena trygghet i hemmet och hjälpens omfattning där förändringarna var positiva. Även skillnaderna mellan 2011 och 2010 är ganska små. Äldre inom hemtjänst har varit i stort sett nöjda med kvalitetsområdena trygghet i hemmet, bemötande och hjälpens utförande. Inom äldreboende har de äldre varit nöjda med trygghet i boendet, bemötande, vårdinsatser och boendemiljö. I samtliga tre undersökningar framkommer skillnaden mellan äldre med god respektive dålig hälsa; ju sämre hälsa, desto mindre nöjda är de med hemtjänsten och äldreboende. Missnöjet med äldreomsorgen finns även bland äldre som har besvär med oro, ångslan och ångest, vilket är en ny hälsovariabel i 2011 års undersökning. Ett kvalitetsområde som återkommande får lågt positivt omdöme är social samvaro och aktiviteter. Kvinnor och män ger i stort sett samma omdömen (Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2011, Socialstyrelsen).

De äldres bedömning skiljer sig åt mellan olika kommuner ifråga om möjligheterna att påverka tiden för när hjälpen ska ges. I Stockholmsregionen finns ett stort intresse bland företag och andra typer av organisationer att delta i stadens valfrihetssystem. Det gör att kommuninvånarna erbjuds ett brett utbud av utförare att välja mellan (Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, Socialstyrelsen 2012).

Vissa skillnader i insatser beroende på boendeform

I Äldreguiden (Socialstyrelsens presentation av uppgifter för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre), som i år publicerades för första gången på våren, framkom att 74 procent av de äldre med hemtjänst och 87 procent i särskilt boende hade en aktuell genomförandeplan som inte var äldre än sex månader vid tillfället. Personer i korttidsboende hade i mindre utsträckning fått riskbedömningar och läkemedelsgenomgångar jämfört med personer i permanent särskilt boende. I Äldreguiden kunde man också konstatera att det fanns stora skillnader bland befolkningen 80 år och äldre som har förskrivna läkemedel med motsvarande åldersgrupp i permanent särskilt boende (Äldreguiden, 2012). I Äldreguiden används konti-

nuitet för att beskriva om äldre personer har möjlighet att fortlöpande träffa samma personal. Resultat av enkätsvaren visar att det finns stora variationer i kontinuiteten både mellan olika kommuner och mellan olika enheter i respektive kommun. I valfrihetssystemen har ett antal företag tagit fasta på detta och erbjuder därför service på tider då den äldre personen önskar och med löfte om personkontinuitet (Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, Socialstyrelsen 2012).

Lokala värdighetsgarantier

Socialstyrelsen ska enligt ett regeringsuppdrag stödja kommuner som avser att inrätta lokala värdighetsgarantier. Myndigheten har för detta ändamål tagit fram en vägledning som är tänkt att förmedla idéer och ge inspiration om hur lokala värdighetsgarantier kan utformas och se ut (Hur lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen kan utformas, Socialstyrelsen 2011). Den ska även ge stöd när det gäller hur lokala värdighetsgarantierna kan följas upp.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att betala ut prestationsersättning till kommuner som avser att inrätta lokala värdighetsgarantier. I lägesrapporten Prestationsersättning till lokala värdighetsgarantier avseende 2011 redovisas att av de totalt 985 miljoner kronor som avsatts har 82 miljoner kronor utbetalats till 233 kommuner. Drygt 40 procent av de kommuner som har sökt statsbidrag planerar att införa lokala värdighetsgarantier under andra halvåret 2012. Ytterligare drygt 30 procent planerar för ett införande under första halvåret 2013.

Utvecklingen av teknikstöd till äldre personer fortsätter

Teknik för äldre II är ett treårigt utvecklingsprogram som genomförs av Hjälpmedelsinstitutet (HI) på uppdrag av regeringen under perioden 2010–2012. Det är en fortsättning på Teknik för äldre I som genomfördes under perioden 2007–2009.

Ett växande problem är att många äldre bor i bostäder som inte är funktionella och som försvårar kvarboende och möjligheter till ett aktivt och självständigt liv. Tekniken kan ha en avgörande betydelse för att få vardagen att

fungera, både för äldre personer och anhöriga. Fokus för utvecklingsprogrammet Teknik för äldre II är att förbättra boendet, produkter och tjänster för äldre och anhöriga. Under 2011 förberedde och valde HI ut tre kommuner för att genomföra försöksprojekt i större skala. Sedan januari 2012 pågår samverkansprojekt i Göteborgs kommun, Norrköpings kommun och Västerås kommun som förväntas ge konkreta lösningar på tillgänglighetsförbättrande åtgärder, teknikstöd och tjänsteutbud i respektive kommun. Externa utvärderare är kopplade till alla tre försöksprojekten. HI har under året anordnat och genomfört sex träffar med försöksprojekten. HI har även under året avslutat ett av tre riktade uppdrag samt utlyst utvecklingsmedel. Sextio projekt har beviljats stöd.

Alternativa former av boenden för ökat självbestämmande

Ett investeringsstöd infördes 2007 för att stimulera ny- eller ombyggnad av särskilda boendeformer för service och omvårdnad till äldre personer. Under andra halvåret 2009 utökades det till att även omfatta trygghetsbostäder, dvs. bostäder där det finns personal dagligen som på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. Bostäderna är hyresrätt, kooperativ hyresrätt eller bostadsrätt som innehas av en person som har fyllt 70 år. Regeringen beslutade i december 2011 att förlänga förordningen om investeringsstöd i tre år till utgången av 2014.

Från och med 1 oktober 2009 till och med 30 april 2011 har 29 projekt med 841 trygghetsbostäder beviljats stöd. Projekten är förhållandevis små och omfattar i flertalet fall cirka 20 till 30 bostäder. Det handlar om 435 lägenheter i nybyggnad och 406 lägenheter i ombyggnad. Enligt Boverkets Bostadsmarknadsenkät 2012 finns i 117 kommuner planer på att bygga trygghetsbostäder på två års sikt. Totalt rör det sig om närmare 4 000 bostäder. Det är en ökning jämfört med 2011 då 105 kommuner uppgav ha planer på att bygga trygghetsbostäder.

I juli 2010 uppdrog regeringen till Hjälpmedelsinstitutet att leda ett program ”Bo bra på äldre dar” för syftet att stimulera kreativitet och nytänkande för att äldre personer ska kunna erbjudas attraktiva och funktionella boendeformer. ”Bo bra på äldre dar” är ett riktat stöd på 50 miljoner kronor till lokalt programarbete och

arkitektutävlingar. Stöd ska även lämnas till kommunala initiativ i fråga om enkelt avhjälpna hinder i bostäder och närmiljön för äldre. Uppdraget ska slutredovisas den 1 december 2012.

Förstärkt skydd mot åldersdiskriminering

Målet för regeringens politik mot diskriminering är ett samhälle fritt från diskriminering. Regeringen har som ett led i detta arbete överlämnat en proposition till riksdagen om stärkt skydd mot åldersdiskriminering. Förslaget innebär ett förbud mot åldersdiskriminering inom bl.a. samhällsområdena varor, tjänster, bostäder, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet med regeringens förslag är att stärka individens rättigheter och bidra till att människor som diskrimineras får upprättelse och ersättning för den kränkning som diskrimineringen har inneburit. Den nya lagen ska också bidra till en förändrad attityd i samhället när det gäller synen på ålder.

7.5.4 Kunskapsbefrämjande insatser

Regeringen stödjer och stimulerar huvudmännens långsiktiga arbete med att stärka kompetensen inom äldreomsorgen på olika sätt. Det sker främst genom Omvårdnadslyftet men också genom förstärkt ledarskap – Leda till resultat i socialtjänsten, utbildning i värdegrundsarbete samt ett uppdrag om ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens. Socialstyrelsen har också regeringens uppdrag att ta fram vägledande underlag för kommunerna om upphandling och uppföljning.

Kvalitetsregistren kan utveckla vården och omsorgen

För att förbättra livskvalitet, hälsa och värdighet hos de mest sjuka äldre har regeringen i februari 2010 ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om prestationsbaserat statsbidrag kring kvalitetsregister. Satsningen på kvalitetsregister ska leda till att fler registrerar uppgifter inom äldreomsorgen i registren. Genom att på ett systematiskt sätt uppmärksamma och dokumentera olika delar av sitt arbete ska kvalitetsregistren leda till att

personal ändrar sitt sätt att arbeta till ett mer strukturerat arbetssätt. Registren förväntas också synliggöra vårdens resultat över tid samt möjliggöra jämförelser med andra verksamheter och därmed också bidra till ett utvecklingsarbete. Genom Svenska Palliativregistret kan brister i vården i livets slutskede identifieras och förbättras. Genom Senior Alert, där både riskbedömning och förebyggande åtgärder ingår som viktiga led, kan mer förebyggande arbetssätt utvecklas.

Att arbeta för att förebygga fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa är viktigt för de äldres hälsa och välbefinnande. Deltagande i kvalitetsregistret Senior Alert innebär att personalen får stöd att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte. Sedan prestationsersättningen infördes våren 2010 har deltagandet ökat från 6 till alla landsting och från 10 till 279 kommuner i juli 2012. Målsättningen är att täckningsgraden 2013 ska vara så hög att informationen i registret därefter kan användas som resultatindikatorer som kan målsättas.

Statskontoret bedömer att kvalitetsregistren ger förutsättningar för att kunna utveckla vården och omsorgen eftersom de ger stöd för ett mer strukturerat arbetssätt. Det ger bra grund för verksamhetsuppföljning. Statskontoret framhåller dock betydelsen av en mer strukturerad kvalitetssäkring av registren, bl.a. att inrapporterade uppgifter kvalitetssäkras på ett tillfredsställande sätt.

Nationella kompetenscentrum

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) och Svenskt demenscentrum (SDC) har sedan några år tillbaka regeringens uppdrag att samla in, strukturera, sprida kunskap på sina respektive sakområden och stimulera utvecklingsarbete i kommunerna. Inriktningen är att kunskapen ska vara konkret, lättillgänglig och praktisk tillämpbar. Centrumen ska vara en länk mellan forskning, praktik och beslutsfattare och genom sin verksamhet bidra till högre kvalitet och produktivitet i vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsen bedömer att den verksamhet som bedrivs vid båda centrubildningarna är betydelsefull och utvecklas som planerat.

NkA, vars verksamhetsidé är att skapa och utveckla möten mellan olika kunskaps- och erfarenhetsformer, har etablerat lättillgängliga

kunskapskällor bl.a. en interaktiv välbesökt webbplats som under 2011 i genomsnitt hade drygt 800 besökare per vecka, en ökning med 20 procent jämfört med samma tidsperiod 2010. Under året publicerade NkA två kunskapsöversikter; Samtal som stöd till anhöriga och Etnicitet och anhörigomsorg. Arbetet pågår för att under 2012 publicera ytterligare sex kunskapsöversikter. NkA kartlägger och presenterar också intressanta exempel på anhörigstöd. Arbetet pågår i fyra nationella blandade nätverk för anhöriga inom områdena Anhörigvårdares hälsa, Förvärvsarbetande anhöriga, Anhöriga och särskilt boende samt Samtal om stöd. På Socialstyrelsens uppdrag har NkA utvecklat en modell för anhörig- och brukarrevision inom demensområdet. NkA har vidare fått regeringens uppdrag att under perioden 2011–2014 utveckla ett nationellt kunskapsstöd till föräldrar och anhöriga till personer, företrädesvis barn och unga, med en kombination av flera omfattande funktionsnedsättningar och omfattande medicinska behov. Vidare har NkA fått regeringens uppdrag att i ett treårigt projekt Arbetsgivare för Anhöriga utveckla stöd för förvärvsarbetande anhörigvårdare (S2012/1168/FST). Ett ytterligare uppdrag är att under 2012–2014 utveckla kunskapsstöd avseende anhörigfrågor för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (S2012/3632/FST). NkA arbetar även internationellt och ingår bl.a. i olika internationella forskningsnätverk.

SDC har i samarbete med Socialstyrelsen tagit fram webbutbildningen Demens ABC som är kopplad till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Denna utbildning är ett verktyg för kvalitetsutveckling av den svenska demensvården. Den 31 december 2011 hade drygt 33 650 personer registrerats som deltagare i utbildningen. Av dessa hade drygt 26 140 personer examinerats medan de övriga fortfarande deltog i utbildningen. Besöken på SDC webbportal ökar stadigt. I jämförelse med 2010 ökade antalet besökare med 56 procent. SDC har ett brett och ökande nationellt nätverkssamarbete på demensområdet. Man har även internationella kontakter inom Europa. SDC har beviljats medel för att utveckla utbildningsmaterial för olika målgrupper inom vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Syftet är att sprida kunskap om hur användningen av lugnande läkemedel och tvingande skyddsåtgärder kan minimeras.

Utvärdering av Nationellt kompetenscentrum Anhöriga och Svenskt Demenscentrum

I början av år 2011 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att svara för en utvärdering av kompetenscentrumens etablering och verksamhet.

Den utvärdering som Socialstyrelsen lämnade till Regeringen i december 2011 visar att både NkA och SDC har lyckats väl i när det gäller att sprida och synliggöra sin verksamhet. Aktiviteten har varit hög och de har på relativt kort tid nått ut med sin information till ett stort antal organisationer, myndigheter och enskilda personer. Den kunskap som tagits fram har varit av hög kvalitet och därmed blivit än mer efterfrågad vilket medför att verksamheten fått hög legitimitet.

Stöd till forskning och utveckling

År 2000 påbörjades en nationell studie över åldrandet och vården – SNAC, the Swedish National study on Ageing and Care. Den delfinansieras med statliga medel – 14 miljoner kronor per år. Studien syftar till att genom uppbyggnad av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet skapa förutsättningar för forskning och analys av olika frågor kring åldrandet, uppkomsten av vårdbehoven hos de äldre och hur dessa behov möts på bästa sätt.

Datainsamlingen utgår från två perspektiv; ett befolknings- och ett vårdsystemperspektiv. Befolkningssystemperspektivet är inriktat på att över tiden följa ett urval personer från 60 år och uppåt. Vårdsystemperspektivet syftar till att kontinuerligt följa hela den äldre befolkningens vårdkontakter, både akuta och långvariga. Datainsamlingen omfattar totalt cirka 4 500 uppgifter per individ och undersökning. Det har hittills gjorts mer än 17 000 undersökningar vilket innebär att materialet nu omfattar närmare 80 miljoner uppgifter. Studien förutsätter långsiktighet eftersom det stora värdet uppstår först när man kan följa individerna i åldrandeprocessen från hälsa till sjukdom och vårdberoende. Redan nu används uppgifterna i flera forskningsprojekt. För närvarande arbetar 43 doktorander med SNAC data. 14 personer har hittills disputerat för doktorsgrad med avhandlingar baserade helt eller delvis på SNAC data.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) får f.n. 35 miljoner kronor för att stödja äldreforskning. Under 2011 lämnades

stöd till två nationella forskningscentra, Nationellt centrum för åldrandeforskning (ARC) i Stockholm och Centre for Ageing and Supportive Environments (CASE) i Lund. Stöd lämnades också till sex forskningsprogram, tre forskarskolor och åtta projekt. Genom denna forskning belyses områden som, Att kunna bo kvar hemma, Omsorg i omvandling och Att identifiera behov hos äldre klienter med invandrarbakgrund.

Kunskapsportal

En nationell, webbaserad kunskapsportal för bl.a. området vård och omsorg om äldre lanserades under våren 2011 (www.kunskapsguiden.se). Målet med portalen är att den ska bidra till att vård- och stödinsatser är trygga, säkra och av god kvalitet samt att de utgår från evidensbaserade metoder och arbetssätt. Syftet är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapspridning och kunskapsinhämtning om evidensbaserade metoder och arbetssätt. Målgruppen är personal på alla nivåer inom vården och omsorgen. Socialstyrelsen ska senast i april 2013 rapportera hur kunskapsportalen används.

Omvårdnadslyftet

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att förbereda, administrera och löpande följa upp den tidsbegränsade satsningen Omvårdnadslyftet under åren 2011–2014. Socialstyrelsen fördelar 243,7 miljoner kronor under 2012 enligt en prestationsbaserad modell. Från i år är det möjligt att inom Omvårdnadslyftet också genomföra utbildningsinsatser för personal som arbetar med specialiserade uppgifter. Ansökningarna för 2012 års medel uppgår till drygt 200 vilket motsvarar antalet ansökningar för 2011. Satsningen innebär att det för första gången på nationell nivå anges vilka kunskaper som behövs för grundläggande arbete och specialiserade uppgifter inom äldreomsorgen.

7.5.5 Samordning och samverkan

För en person med många olika symtom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personalkategorier vara svåra

att överskåda. Regeringen har därför påbörjat en satsning för att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård ska samverka bättre. Resursanvändningen måste effektiviseras så att vården och omsorgen i större grad utgår från patientens behov samt organiseras effektivare. Satsningen, som leds av en nationell äldresamordnare, ska premiera resultat så att det kan växa fram lokala lösningar anpassade till förutsättningar i respektive landsting och kommun. För 2012 har 1 161 miljoner kronor fördelats genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting.

I överenskommelsen för 2012 fortsatte inriktningen på statsbidraget att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Medlen används bl.a. till att stimulera en ökad användning av uppgifter från kvalitetsregistren Senior alert och Svenska Palliativregistret samt till två nya register: Svenska Demensregistret och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens.

Läkemedelsanvändningen hos äldre har på grund av nya behandlingsmöjligheter ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Den omfattande läkemedelsanvändningen kan innebära en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar. Ett resultatbaserat stöd för att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre ges för indikatorerna *Olämpliga läkemedel, Olämpliga läkemedelskombinationer och Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre*. De mest sjuka äldre har särskilda behov av en individanpassad, samordnad vård och omsorg som ställer stora krav på kontinuitet och samverkan över specialitets- och organisationsgränser. För att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg utifrån den äldres behov, ges resultatbaserat stöd till landsting och kommuner som minskar indikatorerna *Undvikbar slutna vård* och *Återinläggningar inom 30 dagar med 10 %*.

Inom satsningen ges även stöd till kommun- och landstingsgemensamma utvecklingsledare som ska ge stöd och driva utvecklingen i de olika

verksamheterna och till försöksverksamheter som bygger på sammanhållen vård och omsorg och helhetslösningar kring de mest sjuka äldre.

7.5.6 Analys och slutsatser

Regeringen har sedan 2011 initierat satsningar inom en rad områden för att äldre människor ska få omsorg av god kvalitet. Satsningarna är ofta begränsade till åren 2011–2014 men syftar till att ge varaktigt positiva effekter. Av central betydelse har varit att utveckla samverkan och samordning mellan olika huvudmän och organisationer och att tillgängliga resurser används effektivt. Vidare har insatser genomförts för att sprida den kunskap som finns till de som verkar i det praktiska omsorgsarbetet så att utveckling och praktik går i takt med varandra.

Under samma tid har samhällets sammanlagda insatser för äldre personer ökat eftersom fler behöver insatser från socialtjänsten. Erfarenheterna har visat att detta inte per automatik behöver innebära ökade kostnader. Ökade kunskaper, ett värdigt bemötande samt nya sätt att arbeta, där man bättre tar tillvara på och samordnar de resurser som finns och i högre grad möjliggör för människor att göra egna val, kan tvärt om leda till att människor mår bättre, med minskat vårdbehov som följd, och att samhällets resurser används mer effektivt. Det är därför viktigt att stödja kommunerna och landstingen i denna utvecklingsprocess. Det handlar då om att ge förutsättningar och att stimulera mot bästa tillgängliga kunskap, inte att ta över huvudmännens ansvar.

7.6 Barn- och ungdomsvården

7.6.1 Den sociala barn- och ungdomsvården

Utveckling

Antalet barn och unga som får en behovsprövad öppenvårdsinsats, framför allt i form av strukturerade öppenvårdsprogram och behovsprövat personligt stöd, har ökat under de senaste åren. Men även antalet barn som fick heldygnsinsatser på HVB och i familjehem har ökat, vilket till stor del kan förklaras av det ökande antalet ensam-

kommande asylsökande barn (Socialstyrelsen, Statistik för barn och unga 2009, 2010).

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga var totalt 15,0 miljarder kronor 2011 (13,9 miljarder kronor 2010).

Tabell 7.4 Kommunens kostnader för insatser till barn och unga, löpande priser

Miljarder kronor

	2007	2008	2009	2010	2011
Institutionsvård	4,5	4,7	4,7	4,7	5,3
Familjehemsvård	3,8	4,1	4,4	4,6	5,0
Öppna insatser	4,0	4,4	4,6	4,6	4,7
Summa	12,3	13,2	13,7	13,9	15,0

Källa: Statistiska centralbyrån. Kommunernas och landstingens bokslut 2007 – verksamhetsindelad, OE 25 SM 0801. Kommunernas och landstingens bokslut 2008 – verksamhetsindelad, OE 25 SM 0901. Kommunernas och landstingens bokslut 2009 – verksamhetsindelad, OE 25 SM 1001. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201. Fördelningen av de totala kostnaderna för 2011 är hämtade från beställd tabell från Räkenskapsutredningen, SCB.

Det pågår sedan flera år en utveckling i kommunerna mot s.k. serviceinsatser, dvs. olika former av stöd som inte är individuellt behovsprövade. Det råder stora skillnader mellan landets kommuner beträffande omfattning och karaktär. Det finns kommuner där serviceinsatser för barn och unga utgjorde minst en tredjedel av alla insatser medan andra kommuner endast undantagsvis erbjuder sådana insatser. Det förs ingen statistik över serviceinsatser vilket innebär att barn och unga får fler insatser än vad den officiella statistiken anger.

Tillgång till insatser

Trots stora skillnader pågår det enligt Barnskyddsutredningens betänkande Lag om stöd och skydd för barn och unga (SOU 2009:68) en positiv utveckling med öppna insatser och förebyggande arbete. Utbudet har i väsentlig utsträckning breddats under de senaste decennierna. Syftet har varit att ersätta institutionsvård med öppenvård.

Behovsprövat personligt stöd är den vanligaste öppenvårdsinsatsen enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2012. Andra vanliga insatser som ges enligt Socialtjänstlagen (2011:453, SoL) är strukturerade öppenvårdsprogram, kontaktfamilj eller kontaktperson. Den samlade tillsynen över den sociala dygnsvården som genomfördes av länsstyrelserna i det s.k. barnuppdraget 2006–2007 visade att det finns brister bl.a. i uppföljningen av

placeringar. Studier visar därutöver att ett stort antal placeringar avbryts oplanerat. Under 2011 gav regeringen därför Socialstyrelsen ett uppdrag att genomföra en studie om sammanbrott i placeringar i social dygnsvård. Studien inriktar sig mot barn mellan 0–10 år med syfte att undersöka förekomst av sammanbrott samt riskfaktorer för sådana. Uppdraget ska återrapporteras i december 2012.

Socialtjänstens heldygnsinsatser till barn och unga ges framför allt i form av familjehemsplacering och HVB. De båda placeringsformerna kan ske med stöd av två olika lagstiftningar, antingen SoL eller enligt Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Ungefär 26 200 barn fick under 2011 heldygnsplacering med stöd med någon av dessa lagar, vilket är en ökning sedan året innan. Det är mer vanligt att pojkar får en heldygnsplacering jämfört med flickor, 58 respektive 42 procent. Familjehemsplaceringar är vanligare bland flickor än bland pojkar. Drygt 72 procent av de 8 100 barn och unga som under 2011 placerades i HVB eller i familjehem var nytillkomna, det vill säga de hade inte fått någon heldygnsinsats under de föregående fem åren. Sedan 2003 har andelen pojkar i åldern 13–17 som fått heldygnsinsatser i form av HVB ökat. Den främsta förklaringen till detta är ökningen av ensamkommande asylsökande barn och unga (Barn och unga, insatser år 2011, Socialstyrelsen).

Familjehemsplaceringarna har minskat något, men är fortfarande den vanligaste placeringsformen. Ungefär 70 procent av dem som vårdas med stöd av SoL vistas i familjehem. Motsvarande andel för dem som vårdas med stöd av LVU är 74 procent. Resten vårdas i HVB. Familjehemsplaceringar är vanligare bland flickor än bland pojkar (Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen).

Särskilda tillsynsombud

På uppdrag av regeringen genomför Socialstyrelsen en treårig försöksverksamhet med tillsynsombud (2010–2012). Ungefär 60 barn som är placerade i familjehem erbjuds ett ombud som är anställt av Socialstyrelsen och som ska träffa barnen minst fyra gånger per år, eller flera gånger om barnet så önskar. Ombudet ska se till att förutsättningarna för placeringen följs upp av kommunen, se till att barnen tas om hand på ett

tillfredsställande sätt och vara en särskild person för barnet att tala med. Barnets erfarenheter kommer att dokumenteras och vidareförmedlas till socialtjänsten. Verksamheten utvärderas fort-löpande och ska återrapporteras till regeringen under 2013.

Inflytande och delaktighet under placering i HVB-hem

Socialnämnden ska noga följa vården av de barn som är placerade. Av 6 kap. 8 § SoL och 13 § andra stycket LVU framgår att socialnämnden minst en gång var sjätte månad ska överväga om vården fortfarande behövs. Socialtjänsten ska enligt 5 kap. 1 b § Socialtjänstförordningen (2001:937, SoF) följa vården bl. a. främst genom regelbundna besök i det hem där den unge vistas och genom enskilda samtal med den unge. Socialstyrelsen rekommenderar även att det placerade barnet får utrymme under uppföljningsmöten när det gäller den egna vården (Barn och unga i socialtjänsten, Socialstyrelsen). Av Socialstyrelsens öppna jämförelser 2012 framgår att 90 procent av kommunerna uppger att de har rutiner för att erbjuda placerade barn enskilda samtal i samband med att ansvarig socialsekreterare gör uppföljningsbesök på familjehemmet eller institutionen. Inom ramen för sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen talat med 2 100 pojkar och flickor som var placerade på HVB. Av tillsynsrapporten framgår att den bild som ungdomarna gav i huvudsak var positiv, men de uttryckte också missnöje med olika inslag i vården och bemötandet. De ungdomar som var nöjda sa att personalen är bra och att de känner sig trygga samt upplever att de har inflytande och är delaktiga i sin egen vård och behandling. Personalen lyssnar på dem, visar dem respekt och finns tillhands dygnet runt. Enligt dem är det också lugnt och tryggt i boendet. Många ungdomar som är missnöjda med sitt HVB sa att de inte känner till planeringen av sin vård och att de inte har fått läsa det som skrivits om dem. En del saknar förtroende för personalen och några anser att det är för lite personal, framför allt på kvällarna. De upplever ibland att det är oroligt i boendet och att de inte är trygga. De blir också missnöjda när de inte får gehör för sina synpunkter.

Barn och unga på HVB har rätt att vara delaktiga i hur vården planeras och följs upp men

de behöver ofta stöd och uppmuntran för att vara med på uppföljningsmötena och för att ta del av sin plan. Socialstyrelsen konstaterar att personalens förhållningssätt har stor betydelse för hur aktiva barnen är i planeringen av sin vård och för vilket inflytande de får. Socialsekreteraren är också mycket viktig för den placerade pojken eller flickan. För att få information och ha inflytande behöver barnet ha regelbunden kontakt med sin socialsekreterare, och personalen vid HVB kan på olika sätt underlätta den kontakten (Tillsynsrapport 2012, Socialstyrelsen).

Kompetens- och metodutveckling

Socialstyrelsen redovisade under 2011 en uppföljning av vissa lagändringar från den 1 april 2008 i SoL och LVU. Av rapporten framkom att förutsättningarna för att barn och unga som vårdas inom socialtjänsten ska få en säker och sammanhållen vård har blivit bättre. Uppföljningen visar dock samtidigt att det fortfarande finns brister bland annat när det gäller barn och ungas rätt att erhålla relevant information under ett ärendes gång, kommunernas skyldighet att stödja och hjälpa barn och unga efter en avslutad placering stärks samt genomförandeplaner vid placeringar i familjehem.

Kommunerna har förbättrat sina förutsättningar för att höja kvaliteten inom den sociala barn- och ungdomsvården. År 2012 års öppna jämförelser visar t.ex. att 62 procent av landets kommuner har en socialjour som är bemannad dygnet runt med en socionomutbildad personal. Detta är en ökning med 17 procent i jämförelser året innan. Trots förbättringar visar dock de öppna jämförelserna att de regionala skillnaderna är stora. En annan viktig faktor för att möta utsatta barns behov är enskilda samtal. 90 procent av kommunerna uppger sig nu ha rutiner för att erbjuda placerade barn enskilda samtal i samband med att ansvarig socialsekreterare gör uppföljningsbesök på familjehemmet eller institutionen.

Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser 2010 använder knappt hälften av kommunerna standardiserade bedömningsinstrument i sin handläggning av insatser till barn och unga. Då handlade det om att mindre än hälften av kommunerna, 45 procent, hade rutiner som stödjer användningen av standardiserade bedömningsin-

strument inom barn och ungdomsvården. Sedan dess har andelen kommuner som använder sig av sådana instrument bara förändrats marginellt. (Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen) Socialstyrelsen arbetar aktivt för att öka användningen av bedömningsinstrument. Det pågår t.ex. en rad projekt som syftar till att underlätta för socialtjänsten att göra väl underbyggda val av insatser för ungdomar, dels genom att utvärdera behandlings- och bedömningsmetoder som vänder sig till ungdomar, dels att tillhandahålla kunskapsöversikter om verkningsfulla metoder när det gäller socialtjänstens arbete med unga lagöverträdare och interventioner mot övergrepp och vanvård i barnfamiljer.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett bedömningsinstrument som ska användas i ett initialt skede i rekryteringen av familjehem. Socialstyrelsens förhoppning är att det ska bidra till att rekryteringar av familjehem görs på ett mer systematiskt, enhetligt och transparent sätt. Syftet är också att presumtiva familjehem ska få en insikt om vilka krav som ställs på ett familjehem och vad som förväntas av dem inom familjehemsuppdraget (Initial bedömning vid socialtjänstens rekrytering av familjehem, 2011). En stor och viktig del i rekryteringsprocessen är enligt Socialstyrelsen även själva utbildningen för familjehem och jourfamiljer. Under 2012 har myndigheten på regeringens uppdrag tagit fram ett underlag som stöd för kommunernas utbildning av familjehem. Socialstyrelsens uppdrag att ta fram en vägledning till avseende socialtjänstens dokumentation av barnets bästa inom socialtjänsten ska återrapporteras under 2012 tillsammans med en vägledning om när polisanmälan ska göras om ett barn misstänks vara utsatt för brott.

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet 2011 uppdrag att se över anmälningar om barn och unga som riskerar att fara illa. Kunskap om anmälningar utgör en viktig grund för att bedöma om barn och unga får den hjälp de är i behov av. Syftet med uppdraget var därför att genomföra en undersökning om anmälningar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Uppdraget slutredovisades i mars 2012 och resultatet visade bland annat på stora variationer när det gäller antal barn som anmäls till socialtjänsten. Analysen visade att de minsta kommunerna och stadsdelarna i storstäderna låg på en lägre nivå, främst när det gäller antal anmälningar och antal anmälda barn. Ett relativt

starkt samband fanns mellan nivån på kommunernas och stadsdelarnas utbetalningar av ekonomiskt bistånd å ena sidan och nivån på antalet anmälningar å den andra. I sin rapport föreslår Socialstyrelsen fortsatta åtgärder för att utvecklingen ska kunna följas över tid.

När personal handlägger och följer upp ärenden som rör barn och unga bör kompetenskraven vara socionomexamen och minst ett års yrkeserfarenhet inom socialt arbete enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2006:14) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga. I de flesta kommuner, 85 procent, har handläggarna denna kompetens, medan de i resterande kommuner, 15 procent, inte har det (Lägesrapport 2012). Andelen kommuner som når upp till den rekommenderade kompetensnivån har minskat något under det senaste året. Drygt hälften av kommunerna har en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling, vilket är en marginell ökning sedan föregående år (Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen).

Socialstyrelsen konstaterar att andelen kommuner som har en samlad plan för familjehemmens kompetensutveckling är fortfarande låg, trots att den ökade med 10 procent åren 2010–2011. Det innebär att cirka 40 procent, 116 kommuner, numera har en sådan plan (Lägesrapport 2012).

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende anges att föreståndare för HVB bör ha en adekvat högskoleutbildning som bör omfatta minst 120 högskolepoäng. Övrig personal ska ha den utbildning, erfarenhet och personliga lämplighet som krävs för den aktuella målgruppen och för de metoder som används. Cirka åtta av tio verksamheter bedöms ha föreståndare som har den formella kompetensen och nio av tio verksamheter bedöms ha övrig personal som har adekvat utbildning och erfarenhet (Lägesrapport 2012 Socialstyrelsen).

I de fall personalen saknar relevant kompetens handlar det ofta om äldre HVB som beviljades tillstånd innan kraven på utbildning skärptes. Vidare är bristande kompetens hos föreståndare vanligare i kommunal än i enskild verksamhet, vilket också kan ha ett samband med när boendet i fråga etablerades. Det är vanligare att personalen saknar ingående kunskap om målgruppen än att den saknar formell kompetens. Detta gäller särskilt vid boenden för ensam-

kommande barn och unga. I dessa fall saknar nästan 20 procent av boendena kompetens om målgruppen. Motsvarande andel för övriga HVB är 7 procent (Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen).

Det bör också nämnas att en del kommuner och HVB ställer höga krav på välutbildad personal, till exempel högskoleutbildning, och går på så sätt längre än vad Socialstyrelsens rekommenderar. Under 2011 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att följa upp hur kommunerna arbetar med medling avseende unga lagöverträdare och analysera behovet av åtgärder för att utveckla medling. Socialstyrelsen konstaterar att alla kommuner inte har någon organisation för att erbjuda medling och att det bl.a. finns behov av information och kunskap från central nivå till lokalnivå från Socialstyrelsen och de rättsvårdande myndigheterna (Socialstyrelsen 2012).

Tillsyn av HVB visar på resultat

Alla HVB ska numera inspekteras minst två gånger per år. En inspektion ska ske oanmänt. Under 2011 har Socialstyrelsen genomfört inspektioner av totalt 549 HVB. Socialstyrelsen har även besökt samtliga 25 särskilda ungdomshem som bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS).

Enligt Socialstyrelsen har det skett en positiv utveckling när det gäller granskningarna och konstaterar att tillsynen har haft avsedd effekt (Socialstyrelsen, Tillsynsrapport 2012). Tillsynen 2010 visade att det fanns brister i dokumentationen av vårdens genomförande samt en del kvalitetsskillnader mellan olika HVB. Tillsynen 2011 inriktades därför mot dessa område samt barnens delaktighet och verksamheternas samverkan med de berörda nämnderna. Av granskningarna framkom att nästan alla barn i HVB har en plan för genomförandet av vård respektive insats, men dessa är av varierande kvalitet. Barnen är delaktiga i planering och uppföljning av sin vård och uppger i samtal att de känner sig trygga, trivs i boendena och har förtroende för personalen. Detsamma gäller de ungdomar på SiS-institutioner som Socialstyrelsen talat med. Ungdomarna är positiva i samtalen och medvetna om sina rättigheter. Rättssäkerheten bedöms ha förbättrats jämfört med tidigare tillsyn (Socialstyrelsen, Tillsynsrapport 2012).

Rutiner för hantering av fel och brister

Nästan alla kommuner, 92 procent, har rutiner för hantering av fel och brister. Klagomålshandlingen är ett viktigt verktyg i arbetet för att utveckla och förbättra servicen och kvaliteten i socialtjänstens verksamheter. Det innebär att socialnämnden tar in synpunkter från dem som berörs av verksamheterna, som en del i sitt systematiska förbättringsarbete. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om hur klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas om hand, sammanställas och analyseras.

Kvalitetsarbetet ska alltid utgå från den enskilda mottagarens perspektiv. Det är av avgörande betydelse att all personal involveras i förbättringsarbetet och att ledningen uppmuntar och stödjer detta. Att kontrollera det arbete man själv utför samt att identifiera och rapportera fel och brister ska vara självklara delar i det dagliga arbetet (Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen).

Lex Sarah

Den 1 juli 2011 fick SoL och LSS nya bestämmelser om lex Sarah, och Socialstyrelsen har även beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring är att alla allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten. Trots detta är antalet inkomna anmälningar som rör barn och familj fortfarande få. Under perioden 1 juli–30 november 2011 kom endast sex ärenden in (Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen).

Samverkan och samordning

I frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa har socialnämnden en lagstadgad skyldighet att samverka med berörda samhällsorgan, organisationer och andra. Nämnden ska även aktivt verka för att samverkan kommer till stånd (5 kap. 1 a § SoL). Fler överenskommelser har tillkommit mellan socialtjänstens ledning och samverkansparter. På så sätt har förutsätt-

ningarna för samverkan blir bättre (Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen/öppna jämförelser 2011-11-15).

Överenskommelserna handlar om vad som gäller på politisk ledningsnivå eller på förvaltningsledningsnivå. Syftet med överenskommelserna är att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan parterna, med eller utan ekonomiska åtaganden. Åtta av tio kommuner uppger att de numera har överenskommelser om samverkan mellan socialtjänst och skolan och förskolan. Detta är en påtaglig förbättring sedan föregående år då endast fyra av tio kommuner hade sådana överenskommelser. Det har också blivit vanligare med överenskommelser om samverkan mellan socialtjänst och barnhälsovård. Mer än hälften av kommunerna uppger att de har sådana samverkansöverenskommelser, vilket kan jämföras med drygt var tredje året innan (Lägesrapport 2012, Socialstyrelsen/öppna jämförelser 2011-11-15).

Upprättelseprocess

I februari 2011 lämnade Upprättelseutredningen sitt betänkande Barnen som samhället svek till (SOU 2011:9) till regeringen. Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag till hur en upprättelseprocess för enskilda som utsatts för övergrepp eller försummelse i samhällsvården kan utformas. I november 2011 genomförde regeringen en upprättelseceremoni för de drabbade i Stockholms stadshus. En offentlig ursäkt å samhällets vägnar framfördes av riksdagens talman. Ungefär 1 300 personer närvarande vid ceremonin. I juni 2012 beslutade regeringen om propositionen Ersättning av staten till personer som utsatts för övergrepp eller försummelse i samhällsvården (prop. 2011/12:160). Propositionen bygger på en ramöverenskommelse, som träffades i september 2011, mellan företrädare för regeringspartierna och Socialdemokraterna, Miljöpartiet de gröna samt Vänsterpartiet. Propositionen innehåller förslag till en ny lag om ersättning av staten på grund av övergrepp eller försummelse i samhällsvården av barn och unga. För att övergreppen eller försummelse ska kunna ge rätt till ersättning enligt lagen ska de vara av allvarlig art och ha skett i samband med vården när personen varit omhändertagen för samhällsvård, det vill säga placerad av sociala myndigheter,

någon gång under tidsperioden 1 januari 1920 till och med den 31 december 1980. Ersättningen lämnas med ett schablonbelopp om 250 000 kronor. En särskild nämnd ska handlägga och besluta i ersättningsfrågorna efter det att ansökan lämnats till nämnden. Den nya lagen och lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. Regeringen tillkallade i mars 2012 en särskild utredare med uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av den nämndmyndighet som ska pröva och fatta beslut om ersättning.

7.6.2 Ensamkommande barn

År 2011 var antalet asylsökande ensamkommande barn och ungdomar 2 657 stycken och sedan 2004 har antalet mer än sexdubblats. Majoriteten av dem som har sökt asyl under 2011 är pojkar 15–17 år, framför allt från Afghanistan. (Årsredovisning 2011, Migrationsverket)

De flesta ensamkommande barn och unga placeras på HVB. Individuella bedömningar av hur dessa verksamheter kan tillgodose ungdomens behov görs vid drygt 40 procent av de boenden som tar emot ensamkommande barn och unga. Motsvarande siffra för övriga HVB är dubbelt så hög. In- och utskrivningsbeslut och samtycke från barnet saknas i relativt stor utsträckning (Tillsynsrapport 2012, Socialstyrelsen).

Tillsynen 2010 visade bland annat att brister i rättssäkerhet och delaktighet oftare förekom i boenden för ensamkommande barn än i övriga HVB för andra placerade barn. Det resultatet är inte helt jämförbart med vad som framkom i tillsynen 2011 eftersom granskningsområdena skiljer sig åt, men Socialstyrelsen konstaterar att det fortfarande finns kvalitetskillnader. Skillnaderna är inte stora men genomgående. Bland annat har en mindre andel av de ensamkommande barnen genomförandeplaner som följs upp och de är i mindre grad delaktiga. För den gruppen har socialnämnden också något mindre samverkan med boendet och något sämre kontakt med den unge (Tillsynsrapport 2012, Socialstyrelsen).

Socialstyrelsens intryck är att även socialtjänstens handläggare brister i kunskap om vad som gäller för ensamkommande barn och unga. Ibland utreds barnets behov endast summariskt.

Handläggare överväger inte vilken placeringsform barnet eller ungdomen behöver utan hänvisar automatiskt till de boenden som kommunen har tillgång till. Ytterligare indikation på att ensamkommande barn behandlas annorlunda än övriga barn är att 78 procent av de ensamkommande barnen har kontakt med sin socialsekreterare, medan motsvarande andel bland de övriga barnen är drygt 90 procent. Tillsynen visar också goda exempel på boenden med ett gott mottagande och hög kvalitet i verksamheten. Det pågår enligt Socialstyrelsen också ett utvecklingsarbete inom området (Tillsynsrapport 2012, Socialstyrelsen).

Regeringen tillsatte förra året en utredning med uppdrag att se över bestämmelsen om mottagande av asylsökande ensamkommande barn i 3 § (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. I oktober 2011 överlämnades utredningens betänkande om en översyn av mottagandet av asylsökande ensamkommande barn (SOU 2011:64).

7.6.3 Statligt bedriven ungdomsvård

Fakta om ungdomshemmens verksamhet under 2011

SiS drev 25 ungdomshem under 2011 som sammanlagt hade 640 platser inklusive platser för sluten ungdomsvård (643 under 2010). Antalet intagna ungdomar minskade under året – från cirka 1 170 till cirka 1 035 (29 procent flickor och 71 procent pojkar). Beläggningen sjönk något till 90 procent (92 procent 2010). Möjligheten att placera omgående har ökat för pojkar – 71 procent 2011 mot 61 procent året innan. För flickor har emellertid möjligheten att placera omgående minskat från 88 procent 2010 till 60 procent 2011 (SiS årsredovisning 2011).

SiS har 68 fastställda platser för den slutna ungdomsvården som bedrivs enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Antalet intagna ungdomar var oförändrat 2011 jämfört med året innan, 79 ungdomar (76 pojkar och 3 flickor). Den genomsnittliga strafftiden minskade med en och en halv månad – från 10,1 till 8,6 månad (SiS årsredovisning för 2011).

Tillsyn av de särskilda ungdomshemmen under 2011

Socialstyrelsen har inspekterat samtliga särskilda ungdomshem under 2011. Tillsynen har, liksom 2010, varit särskilt inriktad på de särskilda befogenheterna. Tillsynen har omfattat granskning av dokumentation samt intervjuer med institutionsföreståndare och övrig personal. Därutöver har tillsynen samtalat med ca 270 ungdomar. Brister har konstaterats i 16 av sammanlagt 86 beslut. Socialstyrelsens tillsyn visar att SiS i huvudsak följer lagens bestämmelser men att det finns vissa brister som rör institutionernas sätt att dokumentera besluten och tillgodose ungdomarnas rättsäkerhet. Socialstyrelsen har 2011 ställt krav på åtgärder i 19 procent av besluten jämfört med 53 procent av besluten 2010. Socialstyrelsens bedömning är att detta tyder på att SiS i större utsträckning tillgodoser barns och ungas rättigheter (Tillsynsrapport 2012, Socialstyrelsen).

Vidtagna förbättringsåtgärder

SiS har enligt årsredovisningen för 2011 genomfört en rad åtgärder för att utveckla verksamheten. En ny timplan för grundskoleverksamheten började gälla den 1 januari 2011 som innebär minst 23 timmars skolundervisning per vecka. Myndigheten har också fattat beslut om att skolverksamheten ska bedrivas även sommartid för de elever som så önskar. Myndigheten har normerat kompetenskrav för olika arbetsuppgifter för vård- och behandlingspersonal. SiS har också genomfört utbildningsinsatser för chefer och personal beträffande bl.a. ledarskap, behandlingsmetoder och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

SiS har påbörjat arbetet med att förstärka utslussningen av ungdomar från sluten ungdomsvård utifrån de nya regler för sluten ungdomsvård som infördes den 1 augusti 2011. Myndigheten har bl.a. riktat medel för att förstärka utredningen av den unges vårdbehov som ligger till grund för den individuellt anpassade verkställighetsplanen. En ny koordinatorfunktion som ska fungera som en sammanhållande länk genom hela verkställigheten har inrättats på varje särskilt ungdomshem som bedriver sluten ungdomsvård. Ett pilotprojekt med elektronisk övervakning vid vistelse utanför

det särskilda ungdomshemmet inleddes också i början av 2012 (SiS årsredovisning för 2011, återrapportering SiS S2011/10067/FST).

Ungdomarna är överlag nöjda

Enligt SiS uppföljning av vården tycker de flesta av de ungdomar som vårdats på SiS att de får komma till tals om vården och att personalen lyssnar på dem. Tre fjärdedelar av ungdomarna uppger vid utskrivning att de skulle rekommendera en kompis i samma situation en placering på samma institution. Liksom föregående år uppger 6 procent att de blivit ganska mycket eller mycket retade eller mobbade på institutionen medan 14 procent svarar att de blivit lite retade eller mobbade (SiS årsredovisning för 2011).

Ungdomarna som vårdades enligt LSU tenderar att vara nöjdare än de som vårdats enligt LVU. 75 procent av de som vårdas enligt LSU anser att de fått hjälp med sina problem jämfört med 59 procent för de som vårdas enligt LVU. 80 procent av ungdomarna som avtjänat slutet ungdomsvård skulle rekommendera en kompis i samma situation en placering på samma institution. 14 procent av ungdomarna uppger att de blivit lite retade eller mobbade på institutionen (SiS årsredovisning för 2011).

7.6.4 Analys och slutsatser

Åtgärder för att förbättra utvecklingen och tillsynen har genomförts under denna och föregående mandatperiod, bl.a. genom de förslag som regeringen lämnade till riksdagen i propositionen Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. (prop. 2006/07:129) och i propositionen Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (prop. 2008/09:160) om en stärkt barnperspektiv i tillsynen av bl.a. HVB och SiS institutioner. I juni 2012 fattade regeringen beslut om en lagrådsremiss om stärkt stöd och skydd för barn och unga. I lagrådsremissen föreslår regeringen ändringar i främst socialtjänstlagen (2001:453) i syfte att stärka stödet och skyddet för barn och ungdomar som far illa eller riskerar att fara illa. Därutöver har regeringen den 12 juli 2012 fattat beslut om att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Utredningar, lägesrapporter och den statliga tillsynen visar att det skett en positiv utveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården, bl.a. avseende öppna insatser och förebyggande arbete. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar också på en positiv utveckling, exempelvis beträffande andel kommuner som har en bemannad social jour dygnet runt. Dock finns det fortfarande stora skillnader mellan kommunerna. Socialstyrelsens tillsyn visar också att det fortsatt förekommer brister inom den sociala barn- och ungdomsvården, bl.a. finns det skillnader i vården vid HVB mellan ensamkommande barn och övriga.

7.7 Ekonomiskt bistånd

Enligt socialtjänstlagen har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan 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 utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Om den enskilde är arbetslös har socialnämnden rätt att kräva att han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande på heltid och är villig att ta anvisat arbete. Det innebär också en skyldighet att delta i verksamheter som anordnas för arbetslösa inom ramen för den nationella arbetsmarknadspolitiken. Genom 4 kap 4 § socialtjänstlagen (SoL) har socialtjänsten också rätt att kräva av i första hand unga personer, som inte lyckats få fotfäste på arbetsmarknaden eller kunnat få någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd, att denne deltar i praktik eller kompetenshöjande verksamhet som kommunen anvisar till. Socialtjänsten har en skyldighet att samverka med andra berörda myndigheter, framförallt Arbetsförmedlingen, för att åstadkomma en samordning av insatserna.

Det saknas för närvarande en samlad nationell kunskap om hur socialtjänsten arbetar med ekonomiskt bistånd, dvs. vilka insatser som ges och vad de ger för resultat. Inom Socialstyrelsen pågår ett statistikutvecklingsarbete för att samla in uppgifter om vilken typ av arbetsbefrämjande insatser som kommunerna erbjuder biståndsmottagare. Det kommunala engagemanget är emellertid stort inom det arbetsmarknadspoli-

tiska området. Åtgärder riktade till arbetslösa biståndsmottagare är ofta organiserade inom särskilda arbetsmarknadsenheter. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting finns det arbetsmarknadsrelaterade åtgärder i 85 procent av kommunerna och kostnaderna för åtgärderna uppgår till ca 3,5 miljarder kronor¹⁷.

Socialstyrelsen har utarbetat en modell för registrering av uppgifter om orsaker till behov av ekonomiskt bistånd (försörjningshinder) och ändamål med utbetalt ekonomiskt bistånd, som fr.o.m. den 1 januari 2010 ligger till grund för kommunernas registrering av dessa uppgifter. Det mest förekommande försörjningshindret är relaterat till arbetslöshet. År 2010 hade drygt 107 000 personer (38 procent av biståndsmottagarna) ett försörjningshinder som hade med arbetslöshet att göra. Otillräcklig eller ingen ersättning från sjukförsäkringen vid sjukdom var det näst vanligaste skälet, och omfattade 31 000 personer (11 procent) av biståndsmottagarna. Det tredje vanligaste skälet var det som benämns arbetshinder, sociala skäl. Drygt 27 000 personer, 10 procent registrerades under detta försörjningshinder.

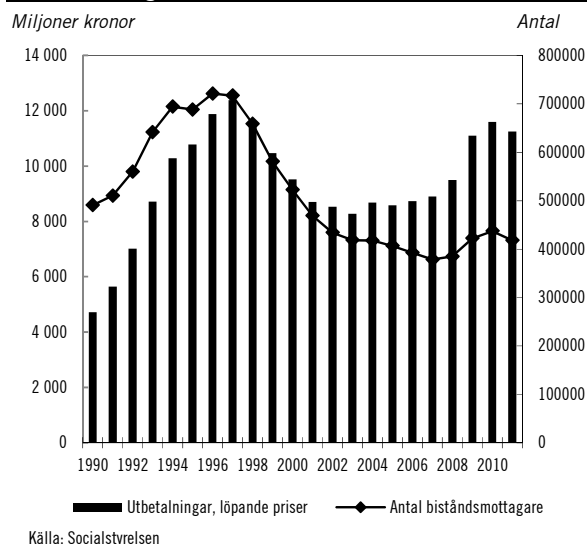
Av Socialstyrelsens tillsyn framgår att det finns brister beträffande rättssäkerheten i handläggningen, t.ex. i samband med ansökan, och att socialtjänsten inte alltid uppmärksammar barnens situation i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd¹⁸. Socialstyrelsen har vid kartläggning av kommunernas styrdokument för ekonomiskt bistånd konstaterat att barnperspektivet var synligt i 80 procent av kommunernas riktlinjer men att barnperspektivet omnämndes endast på en generell nivå och är inte ett perspektiv som genomsyrar dokumenten¹⁹.

7.7.1 Prestationer och kostnader

Biståndsmottagandet minskade under 2011. Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd (inklu-

sive introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra utlänningar) uppgick under 2011 till 11,2 miljarder kronor att jämföra med 11,6 miljarder kronor 2010. Antalet biståndsmottagare uppgick till 418 000 (4,4 procent av befolkningen), vilket var en minskning med 5 procent jämfört med 2010 (49 procent kvinnor och 51 procent män). Biståndsmottagandet bland inrikes födda minskade med 6 procent medan biståndet till utrikes födda ökade med 1 procent. Nedgången i biståndsmottagandet under 2011 kan till en viss del förklaras av att nyanlända flyktingar sedan 1 december 2010 som har en etableringsplan, får försörjning genom den statliga etableringsersättningen istället för från kommunen.

Diagram 7.2 Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1990–2011



Unga är överrepresenterade bland dem som får sin försörjning genom ekonomiskt bistånd. Bland de unga 18–24 år hade 7 procent ekonomiskt bistånd någon gång under 2011, att jämföra med 9 procent 2010. I den vuxna befolkningen som helhet uppgick denna andel till 4 procent under 2011. Det är ingen skillnad mellan män och kvinnor när det gäller mottagande av ekonomiskt bistånd i de här åldersgrupperna. Däremot är det stor skillnad beroende på var de är födda. För inrikes födda unga var andelen biståndsmottagare 6 procent och för utrikes födda 23 procent. Att unga får ekonomiskt bistånd i högre grad än övriga befolkningsgrupper beror till stor del på att arbetslösheten är större bland unga, att unga ofta får tillfälliga anställningar samt att unga oftast inte kvalificerat sig för någon ersättning eller endast

¹⁷ Regeringens skrivelse Utvecklingen i den kommunala sektorn Skr. 2009/10:102.

¹⁸ Socialstyrelsen Tillsynsrapport 2011 Hälsa- och sjukvård och socialtjänst (2012).

¹⁹ Socialstyrelsen Kartläggning om skälig levnadsnivå – överensstämmelse mellan SOSFS 2003:5 och kommunernas styrdokument för ekonomiskt bistånd.

har en låg ersättning från arbetslöshets- eller sjukförsäkringen. Svårigheterna var särskilt stora för utrikes födda. Jämfört med 1997, då biståndstagandet bland unga var som högst, har dock andelen nästan halverats.

Cirka 2,5 procent av de unga (18–24 år) hade bistånd under minst 10 månader per år (dvs. långvarigt ekonomiskt bistånd). Bland unga (18–24 år) var arbetslöshet betydligt vanligare som försörjningshinder än bland äldre. Drygt hälften av de unga hade arbetslöshet som försörjningshinder. Sociala skäl utgjorde försörjningshinder för ca 8 procent av de unga. Vidare hade ca 7 procent av de unga registrerats under benämningen annat försörjningshinder, vilket främst rörde ekonomiskt bistånd vid grundskole- och gymnasie studier.

Tabell 7.5 Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd 2007–2011

Procent av befolkningen 18–24 år	2007	2008	2009	2010	2011
Samtliga unga vuxna 18–24 år	8	8	9	9	7
Varav:					
– Kvinnor, inrikes födda	6	6	7	6	7
– Kvinnor, utrikes födda	23	22	23	24	22
– Män, inrikes födda	5	5	7	6	7
– Män, utrikes födda	24	23	24	25	23

Källa: Socialstyrelsen, Registret över ekonomiskt bistånd.

Det långvariga biståndsmottagandet (bistånd i minst 10 månader under kalenderåret) fortsatte att öka. År 2011 fick 39 procent av biståndsmottagarna bistånd under minst tio månader av året (andel kvinnor 39 procent, andel män 39 procent) att jämföra med 38 procent under 2010. Av de långvariga biståndsmottagarna var 34 procent inrikes födda och 66 procent utrikes födda (inklusive flyktingar).

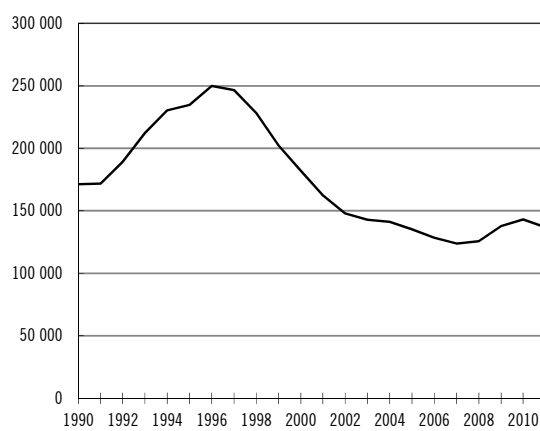
För utrikesfödda har vistelsetiden i Sverige en avgörande betydelse för biståndsmottagandets omfattning och längd. Ju kortare tid i Sverige, desto högre biståndsmottagande.

Färre barn i hushåll med ekonomiskt bistånd

Antalet barn som levde i hushåll med ekonomiskt bistånd 2011 uppgick till ca 137 000, en minskning med 8 procent jämfört med 2010. Det motsvarade 7 procent av alla barn i befolkningen.

Ekonomiskt bistånd är vanligast bland ensamstående kvinnor med barn. En förklaring är att ensamstående föräldrar ska klara hela hushållets utgifter på en inkomst och har därmed en mer sårbar ekonomisk situation. Under mitten av 1990-talet hade 37 procent av dessa hushåll ekonomiskt bistånd. Drygt tio år senare hade andelen sjunkit till 19 procent, sannolikt till följd av det förbättrade läget på arbetsmarknaden. År 2008, i samband med finanskrisen, började dock andelen att stiga igen. År 2011 mottog 23 procent av alla ensamstående kvinnor med barn i befolkningen ekonomiskt bistånd.

Diagram 7.3 Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 1990–2011



Källa: Socialstyrelsen

7.7.2 Analys och slutsatser

Arbetslöshet är den vanligaste orsaken till behov av ekonomiskt bistånd. Unga, ensamstående kvinnor med barn och utrikes födda är överrepresenterade bland biståndsmottagarna. Det långvariga biståndsmottagandet ökar i alla åldrar. Det krävs breda och långsiktiga lösningar för att motverka denna utveckling. För att motverka att dessa grupper fastnar i passivitet är det viktigt att fortsätta stärka drivkrafterna för arbete. Etableringsreformen, som trädde i kraft den 1 december 2010, är en annan viktig åtgärd som syftar till att nyanlända ska få stöd för att snabbare etablera sig på arbetsmarknaden (se vidare utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet).

Kunskapen om de kommunala arbetsmarknadsrelaterade åtgärderna och dess effekter är begränsad varför det är av stor vikt att detta område studeras närmare. Det är vidare viktigt att samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och

kommunerna fungerar effektivt. Arbetslinjen innebär att individen ska få stöd för att komma tillbaka till arbetsmarknaden men även att krav på individen att hitta en långsiktig egen försörjning ställs. Regeringen har därför givit Statskontoret i uppdrag att kartlägga insatserna till arbetslösa biståndsmottagare som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen samt att komma med förslag på hur samverkan mellan kommuner och Arbetsförmedlingen kan förbättras. Vidare ska Statskontoret följa upp hur kommunerna tillämpar rätten att ställa krav på den som har försörjningsstöd och har arbetsförmåga att vara aktivt arbetssökande och delta i anvisade aktiviteter.

7.8 Missbruks- och beroendevården

Den alkoholrelaterade dödligheten bland både män och kvinnor i åldersgruppen 25–64 år har minskat sedan 1980-talet. De alkoholrelaterade skadorna fortsätter dock att öka, särskilt bland kvinnor, och allt fler äldre personer med alkoholproblem vårdas i hälso- och sjukvården. Även dödligheten i alkoholrelaterade orsaker ökar bland de allra äldsta. Fler vårdas också till följd av narkotikarelaterade diagnoser. Under 2000-talet har andelen personer som vårdas på sjukhus för alkoholförgiftningar ökat bland både kvinnor och män och i alla åldersgrupper. Alkohol bedöms också ligga bakom en stor andel av skador, olyckor och våld som förekommer.

7.8.1 Insatser och kostnader inom socialtjänsten

Det totala antalet individuellt behovsprövade insatserna för personer med missbruk inom socialtjänsten har ökat 2011 jämfört med 2006. Jämfört med 2009 har däremot det totala antalet insatser minskat (se tabell 7.6). Bistånd till boende och öppna insatser har ökat sedan 2006 medan heldygnsvården har minskat med nära 100 000 vårddygn. Tvångsvården utgör en relativt liten del av institutionsvården (se 7.8.2 Statligt bedriven missbruksvård).

Kostnaderna för kommunernas missbruks- och beroendevård har ökat med ca 11 procent jämfört med 2007. Kommunernas kostnader var

totalt 5,9 miljarder kronor 2011 (5,8 miljarder kronor 2010).

Tabell 7.6 Kommunens kostnader för missbruksvård, löpande priser

Miljarder kronor

	2007	2008	2009	2010	2011
Institutionsvård	2,2	2,3	2,3	2,5	2,5
Familjehemsvård	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Öppna insatser	3,0	3,1	3,0	3,1	3,2
Summa	5,3	5,6	5,5	5,8	5,9

Källa: Statistiska centralbyrån. Kommunernas och landstingens bokslut 2007 – verksamhetsindelad, OE 25 SM 0801. Kommunernas och landstingens bokslut 2008 – verksamhetsindelad, OE 25 SM 0901. Kommunernas och landstingens bokslut 2009 – verksamhetsindelad, OE 25 SM 1001. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201. Fördelningen av de totala kostnaderna för 2011 är hämtade från beställd tabell från Räkenskapssammandragen, SCB.

Tillgång till insatser av god kvalitet

I en forskningsbilaga (SOU 2011:6) som publicerats av Missbruksutredningen dras slutsatsen att den specialiserade vården i huvudsak når personer där beroendet också åtföljs av sociala problem, t.ex. försörjningsproblem eller bostadsproblem. Det stora flertalet alkoholberoende har dock inte denna typ av sociala problem och nås följaktligen inte av socialtjänsten, den specialiserade beroendevården eller av behandlingsinsatser från den övriga hälso- och sjukvården. Det är först när alkoholproblemen blir mycket grava som behandlingssystemet når fram i någon större grad (SOU 2011:6, kap. 10).

Andelen kommuner som uppger att de har gjort en samlad bedömning av hur väl missbruks- och beroendevårdens insatser stämmer överens med klientgruppernas behov har sedan förra årets jämförelser ökat från 42 till 48 procent. Svaren från landstingens beroendeenheter visar att 79 procent av beroendeenheterna hade gjort en motsvarande bedömning. Samtidigt anger nio av 17 landsting att missbruks- och beroendevården inte har ett tydligt och uppföljningsbart uppdrag från landstingets beställarfunktion eller motsvarande.

Utvecklingsarbete med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna

Under 2008–2011 har det pågått en stor satsning inom missbruks- och beroendområdet – med stöd av statliga medel – för att öka kunskaps-

nivån och användningen av evidensbaserade metoder samt för att utveckla praktiken. Satsningen är föremål för utvärdering, men av det som har framkommit hittills tycks de nationella riktlinjerna ha fått ett ökat genomslag (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen).

Delaktighet och brukarinflytande

Resultatet av öppna jämförelser 2012 visar att andelen kommuner som uppger att de har gjort en brukarundersökning för att ta reda på hur missbruks- och beroendevården kan förbättras har ökat från 38 till 50 procent. På denna fråga har dock undersökningsperioden i enkäten ändrats från senaste året till senaste två åren. Andelen kommuner som uppger att de använder sammanställningar av synpunkter och klagomål som underlag för att utveckla verksamheten har sedan förra året ökat från 67 till 71 procent.

7.8.2 Statligt bedriven missbruksvård

Fakta om verksamheten under 2011

Statens institutionsstyrelse (SiS) drev 11 LVM-hem under 2011 som sammanlagt hade 349 platser. Antalet intagna personer minskade från ca: 1 040 föregående år till drygt 960 (34 procent kvinnor och 66 procent män). Den genomsnittliga beläggningen minskade till 93 procent (105 procent 2010). Genomsnittligt antal vård-dygn för utskrivna klienter var 140 (136 under 2010, SiS årsredovisning för 2011).

Vidtagna förbättringsåtgärder under 2011

SiS har under året arbetat bedrivit ett utvecklingsarbete bl.a. genom att normerat kompetenskrav för olika arbetsuppgifter för vård- och behandlingspersonal och utbilda personalen.

Fler fastställda platser inom LVM-vården

Socialtjänstens efterfrågan på missbruksvård var mycket hög under 2010. Den höga beläggningen hade, enligt SiS bedömning, negativ inverkan på klienternas upplevelse av trygghet och säkerheten vid institutionerna. 2011 utökades antalet

fastställda platser från 320 till 349 samtidigt som antalet inskrivna personer minskade. Den genomsnittliga platsbeläggningen minskade också från 105 procent 2010 till 93 procent 2011.

SiS bedömer i årsredovisningen att de bedriver ett framgångsrikt arbete med att motivera klienter till frivillig vård. För klienter med missbruk i kombination med psykisk problematik framhåller SiS att det kan vara svårt att finna lämpliga alternativ för vård i annan form. Detsamma gäller klienter med stora omvårdnadsbehov. Vid utskrivningen uppger 78 procent av klienterna att de fått bra stöd av personalen att fundera över sin situation. Vid 82 procent av utskrivningarna uppger socialtjänsten att de skulle förordna en placering på samma institution i ett liknande ärende.

7.8.3 Analys och slutsatser

Det arbete som pågår inom ramen för regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en evidensbaserad praktik inom missbruksområdet – Kunskap till Praktik – tyder på att satsningen bidrar till en positiv utveckling där Socialstyrelsens nationella riktlinjer får ökat genomslag. Missbruksutredningens arbete har inneburit en bred analys av missbruks- och beroendevården.

7.9 Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Inom ramen för regeringens hemlöshetsstrategi, Hemlöshet många ansikten mångas ansvar, under åren 2007–2009, genomfördes ett antal insatser. Huvudaktiviteten inom strategins samtliga mål var att ge stöd till lokalt utvecklingsarbete för att utveckla arbetssätt och arbetsorganisation i syfte att åstadkomma uthålliga strukturer i arbetet mot hemlöshet. Andra viktiga insatser har varit de vägledande dokument som tagits fram och som syftar till att ge kommunerna stöd i bl.a. det vråkningsförebyggande arbetet samt ge olika aktörer stöd i valet av boendelösningar för hemlösa personer (Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar, Socialstyrelsens slutrapport 2010). Ett viktigt stöd i arbetet med hemlöshet är det webbverktyg som Socialstyrelsen publicerat och som ska

fungera som en kunskapsportal där information och verktyg finns samlat för dem som arbetar mot hemlöshet.

Socialstyrelsen har under året publicerat den fjärde nationella kartläggningen avseende hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Målsättningen med kartläggningen är att genom kunskap skapa förutsättningar för huvudmännen att bedriva ett effektivt arbete samt att utforma insatser till stöd för hemlösa personer. Av kartläggningen framgår att hemlösheten har ökat sedan mätningen 2005. Det är dock färre personer som under mätveckan helt saknar en bostad eller ett boende, vilket kan ses som ett tecken på att ”tak över huvudet-garantin” som var ett av målen i regeringens hemlöshetsstrategi, har tagits på allvar. Ökningen av hemlösa personer gäller främst personer som bor i relativt stabila boendelösningar, t.ex. försökslägenheter. Kartläggningen visar att män är överrepresenterade bland de hemlösa, 64 procent är män medan 36 procent är kvinnor. Hemlösa kvinnor bor i större utsträckning i försökslägenheter än män. Däremot är män i större utsträckning akut hemlösa. För att påskynda arbetet mot hemlöshet och att stimulera kommunerna att arbeta aktivt och utifrån aktuell kunskap har regeringen från den 1 januari 2012 tillsatt en nationell samordnare med uppgift att hjälpa huvudmännen att formulera regionalt anpassade strategier. Syftet är att främja att respektive kommun utvecklar en uthållig struktur i arbetet för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden tillsammans med berörda parter.

Under 2012 publicerades för första gången Öppna jämförelser avseende hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Jämförelserna baseras på frågor till kommunerna avseende deras uppsökande verksamhet, handlingsplaner på området samt samverkan med frivilligorganisationer och bostadsbolag. Resultatet visar att ca 25 procent av kommunerna har en aktuell beslutad plan för arbetet mot hemlöshet. I små kommuner är andelen sju procent. 39 procent av kommunerna har rutiner för ett förebyggande arbete med målsättning att förhindra vräkning bland barnfamiljer. Motsvarande för små kommuner är 18 procent. Aktuella rutiner för extern samverkan med bostadsbolag/hyresvärdar har 38 procent av kommunerna. Betydligt färre av de mindre kommunerna har motsvarande rutiner (15 procent).

7.9.1 Pågående insatser som avser hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

För att stödja kommunerna i förbättringsarbete kring hemlöshet har regeringen tillsatt en nationell samordnare med uppgift att arbeta aktivt med införa uthålliga strukturer och fungerande rutiner i arbetet mot hemlöshet och med att förebygga vräkningar bland barnfamiljer på den lokala nivån. Enligt utvärderingen av hemlöshetsinsatserna samt av Socialstyrelsens slutrapport av hemlöshetsstrategin framkommer att många kommuner fortfarande arbetar efter lokala modeller och lösningar och i allt för liten grad utgår från tillgänglig kunskap. Till exempel tycks ett aktivt vräkningsförebyggande arbete vara avgörande för hur väl kommunerna lyckas förhindra vräkningar. I detta arbete krävs att socialtjänsten samarbetar med andra kommunala förvaltningar, hälso- och sjukvården, Kronofogdemyndigheten, bostadsföretag, frivilligorganisationer med flera. I många kommuner saknas ett sådant förebyggande arbete. Syftet är att kommunerna med stöd av en nationell samordnare ska utveckla en långsiktig hållbar struktur för att minska antalet barn som drabbas av vräkning och bättre förebygga hemlöshet. Målet för arbetet är att utifrån respektive huvudmans ansvarsområde lämna förslag på hur arbetet med att motverka hemlöshet kan samordnas för att bättre än i dag förebygga att personer hamnar i hemlöshet och att vräkningar undviks.

Regeringen gav i januari 2012 samtliga länsstyrelser i uppdrag att stödja kommunerna i arbetet med att motverka hemlöshet. Uppdraget ska rapporteras den 31 januari 2015. I samband med att länsstyrelserna stödjer kommunerna i deras arbete med att planera bostadsförsörjningen i enlighet med lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar har länsstyrelserna i uppdrag att analysera hur kommunerna beaktar arbetet med att motverka hemlöshet. Länsstyrelserna ska ge kommunerna stöd och råd i planeringen med att motverka hemlöshet i synnerhet bland barnfamiljer som drabbas av vräkning.

7.9.2 Analys och slutsatser

Regeringens hemlöshetsstrategi har lett till att det finns många bra exempel på hur olika aktörer

kan arbeta för att undvika vräkning och hemlöshet. Antalet vräkningar varierar kraftigt mellan olika kommuner, vilket tyder på att det finns möjligheter för kommuner att välja effektiva arbetssätt som ger positiva resultat. Arbetet med hemlöshet i kommunerna har fortsatt att utvecklas utifrån den kunskap som finns på området även om utvärderingar visar att få kommuner bygger sitt arbete på aktuell forskning. Istället förekommer en stor mängd lokala modeller och lösningar varför det har visat sig angeläget att fortsätta arbetet med att sprida erfarenheterna till alla kommuner. Detta gäller särskild vad avser barnfamiljer.

7.10 Stöd och hjälp till offer för brott och människohandel

7.10.1 Stöd och hjälp till brottsoffer och deras anhöriga

Tillgång till insatser av god kvalitet

Socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld har enligt Socialstyrelsen förbättrats. Kommunerna tar i dag ett helt annat ansvar än tidigare för denna målgrupp. De utvecklingsmedel som regeringen satsat på området har bidragit till mer utbildning av personal och ett ökat utbud av stödinsatser för våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld och våldsutövare. Det förekommer dock fortfarande brister bl.a. när det gäller det långsiktiga arbetet liksom i handläggning, dokumentation och uppföljning av arbetet. Socialtjänsten behöver också bli bättre på att uppmärksamma och utreda behovet av stödinsatser för barn som bevittnat våld (Socialstyrelsens lägesrapport 2012). Socialstyrelsens tillsyn för 2011 visar att personalens kompetens många gånger är otillräcklig och att hot- och riskbedömningar inte genomförs i tillräckligt stor utsträckning. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver ett samlat kunskaps- och metodstöd för att kunna bedriva ett mer systematiskt och samordnat utvecklingsarbete på området (Socialstyrelsens utvärdering 2011 av fördelade utvecklingsmedel för att förstärka kvinnojourverksamheter och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn 2007–2009).

Regeringen satsar årligen 109 miljoner kronor för att kvalitetsutveckla arbetet med våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld och våldsutövare. I december 2011 beslutade regeringen att utvecklingsmedlen skulle fördelas på ett mer ändamålsenligt sätt än tidigare. Under 2012 fördelas 70 miljoner kronor till kommunerna för prestationsbaserade insatser och 20 miljoner kronor avsätts för att stödja föreningar som bedriver verksamhet på lokal nivå på området. För att fördelningen av medel ska bli ändamålsenlig och bidra till ett långsiktigt metodutvecklingsarbete ska Socialstyrelsen tillsammans med länsstyrelserna skapa nationellt och regionalt kunskaps- och metodstöd för att kvalitetsutveckla arbetet med våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld och våldsutövare.

Regeringen har på olika sätt fortsatt förstärka stödet till organisationer som arbetar med att motverka våld mot kvinnor samt förbättra stödet till de som utsatts, bl.a. genom särskilt stöd till organisationer som främjar brottsofferverksamhet för homo- och bisexuella personer samt personer med könsöverskridande identitet eller uttryck.

Socialtjänsten har ansvar för att ge alla brottsoffer stöd och hjälp. I mars 2012 redovisade Socialstyrelsen uppdraget att ta fram en vägledning till personal inom socialtjänsten som ger stöd för tillämpningen av socialtjänstlagen vid bedömningar av behov av insatser för brottsoffer och deras närstående.

Insatser baserade på bästa möjliga kunskap

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört utvärderingar av verksamheter för våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld samt för våldsutövare i syfte att utveckla kunskapsbaserade metoder på området. 2011 presenterades de slutgiltiga resultaten av Socialstyrelsens effektutvärderingar av verksamheter för våldsutsatta kvinnor och för barn som har bevittnat våld. När det gäller insatser till våldsutsatta kvinnor visar resultaten att kvinnornas psykosociala hälsa förbättrades men efter ett år var det fortfarande en stor andel kvinnor som hade allvarliga psykiska problem. Det var en stor andel av kvinnorna som på nytt hade utsatts för våld under uppföljningsåret. Generellt sett uppskattade kvinnorna insatserna. Insatser

direkt riktade till barn – dvs. verksamheter inriktade på arbete med våld och BUP – visade sig ha positiva effekter, t.ex. när det gäller barnens psykiska hälsa och förmåga att hantera sina känslor jämfört med andra insatser (Socialstyrelsens redovisning av uppdrag att utvärdera socialtjänstens insatser till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, 30 juni 2011).

Utvärderingen av våldsutövare visar att män, som utövat våld och fått insatser, självuppskattade sin psykiska hälsa bättre och de använde mindre alkohol och narkotika. I september 2011 presenterade Socialstyrelsen en förstudie med bl.a. förslag till ytterligare åtgärder för att utveckla arbetet med våldsutövande män. Mot bakgrund av förslagen har regeringen givit Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla metoder för arbetet med personer som utövar våld mot närstående och som inte är föremål för insatser inom kriminalvården. Uppdraget handlar bland annat om att utveckla metoder för att motivera dem som utövar våld och att ta fram en modell för att förbättra säkerheten för närstående till våldsutövaren.

Förbättrat kunskapsstöd

Med utgångspunkt från den tillsyn som genomförts och den kunskap som nu finns på området har Socialstyrelsen tagit fram allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld (SOFS 2009:22). En handbok som ska ge ytterligare stöd i det praktiska arbetet har även publicerats. Vidare har myndigheten tagit fram utbildningsmaterial med särskilt fokus på våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättning respektive missbruksproblem. Fler utbildningsmaterial planeras som vänder sig till andra särskilt utsatta grupper, t.ex. äldre kvinnor och de som drabbats av hedersrelaterat våld. I syfte att fortsätta stimulera den övergripande utvecklingen av socialtjänstens verksamhet för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld fick Socialstyrelsen ett övergripande uppdrag med detta syfte i regleringsbrevet för 2011. Uppdraget löper under 2011–2013 och totalt får Socialstyrelsen 24 miljoner kronor (8 miljoner/år) för att genomföra uppdraget. I uppdraget ingår bl.a. att verka för att socialtjänsten arbetar mer långsiktigt och strategiskt på området, fortsätta den förstärkta

tillsynen samt vidta åtgärder på hälso- och sjukvårdens område när det är relevant.

I januari 2012 trädde den nya lagen om utredningar avseende vissa dödsfall i kraft (prop. 2011/12:4 Utredningar avseende vissa dödsfall). De nya bestämmelserna innebär att det utredningssystem för barn som avlidit med anledning av brott utvidgas, till att avse även fall när kvinnor eller män som avlidit med anledning av brott av närstående. Utredningssystemet syftar till att försöka identifiera brister i samhället på ett övergripande plan. Den kunskap som tas fram kan sedan ligga till grund för åtgärder som förebygger att kvinnor och män utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående. Socialstyrelsen, som i dag redan ansvarar för utredningar avseende barn, får ansvar för att bedriva även denna del av utredningsverksamheten.

7.10.2 Prostitution och offer för människohandel

Tillgång till insatser av god kvalitet

Socialstyrelsen har som en del i regeringens handlingsplan mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål (skr. 2007/08:167) tagit fram utbildningsmaterial avseende människohandel och prostitution – ett för verksamheter som arbetar med vuxna och ett för verksamheter som arbetar med barn och unga. Materialet ska ge personal inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, ungdomsmottagningar och frivilligorganisationer kunskap om prostitution och människohandel för sexuella ändamål (Sex mot ersättning, 2011).

I mars 2012 presenterade Socialstyrelsen uppdraget att utvärdera arbetet inom kommunerna som rör insatser riktade till sexköpare samt arbetet vid socialtjänstens prostitutionsgrupper. Socialstyrelsen har i samarbete med Linköpings universitet studerat kommunala verksamheter för sexköpare respektive sexsäljare (FAST respektive KAST). Resultatet av studien visar bland annat att FAST- och KAST-grupperna når en begränsad del av sexsäljare respektive sexköpare. Exempelvis förekommer nästan inte alls några manliga sexsäljare bland de som fick behandling trots att det är något fler män än kvinnor som uppger att de sålt sex. Studien kan inte slå fast att metoderna är

effektiva men personerna var mycket nöjda med den behandling de fått. Behandlingsgruppernas självkänsla och psykiska hälsa förbättrades under det undersökta året. Fortfarande hade dock många psykiatriska problem. Även om majoriteten av sexsäljarna upphört med prostitution innan behandlingen startat, så bedömer Socialstyrelsen att behandlingen kan ha fungerat som ett stöd och positiv bearbetning över den tidigare prostitutionen. Socialstyrelsen avser att använda studieresultaten i sitt fortsatta utvecklingsarbete på området.

Behov av sammanhållna insatser för utsatta personer på SiS

Statens institutionsstyrelse (SiS) redovisar i Slutrapporten – uppdrag att förstärka arbetet med vuxna missbrukare och ungdomar som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål, att SiS klienter är en utsatt målgrupp som har omfattande behov av insatser på flera livsområden (uppdraget är en del av handlingsplanen mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål). Enligt en kartläggning har cirka 7 procent av de ungdomar på SiS som intervjuats uppgett att de haft sex i utbyte mot någon form av ersättning – främst pengar, alkohol eller narkotika (12 procent av flickorna och 4 procent av pojkarna). När det gäller vuxna uppger 7 procent av de intervjuade att de haft sex i utbyte mot någon form av ersättning (15 procent av kvinnorna och 4 procent av männen).

Utbildning om sexuell exploatering, såsom prostitution och människohandel, har genomförts för SiS personal – både ledningspersonal och behandlingspersonal. Ökad kunskap om vikten av sexuell hälsa har bidragit till en bättre eftervårdsplanering i samverkan med socialtjänsten. SiS har tillsammans med socialtjänsten utvecklat arbetssätt för att stärka samverkan dem emellan. Gemensamma erfarenheter av arbetet med vårdkedjor visar på vikten av en tidig gemensam planering och en sammanhållen vårdinsats som omfattar både institutionsvistelsen och eftervården (Statens institutionsstyrels hemsida om MVG-projektet).

7.10.3 Analys och slutsatser

Ett omfattande utvecklingsarbete har pågått under de senaste åren för att utveckla socialtjänstens arbete med brottsoffer, särskilt med fokus på våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Det finns en betydande kunskap på området. Tillsynen visar på tydliga förbättringar men identifierar samtidigt områden som kan utvecklas, till exempel när det gäller att uppmärksamma och utveckla stödet till barn som bevittnat våld. Det är betydelsefullt att arbeta förebyggande, till exempel genom att effektiva metoder används för att motivera och behandla de personer som utövar våld.

7.11 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

7.11.1 Utveckling av insatser och kostnader

Det finns stora variationer mellan såväl län som kommuner, när det gäller antal personer med beslut om insats enligt LSS i förhållande till befolkningen. Den 1 oktober 2011 hade Stockholms län den lägsta andelen av befolkningen med LSS-insatser, drygt 0,5 procent. I Västerbottens och Jämtlands län fanns högsta andelen av befolkningen med LSS-insatser, 0,9 procent. För riket var motsvarande andel 0,67 procent. Totala antalet personer med insatser enligt LSS, exklusive råd och stöd, har ökat med 17 procent sedan år 2005. Motsvarande ökning det senaste året är 2 procent eller 1 200 personer.

Sammanlagt uppgick antalet LSS-insatser som redovisats av kommuner och landsting till drygt 111 700. Cirka 88 procent av dessa insatser rörde personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Den vanligaste LSS-insatsen är daglig verksamhet, drygt 31 100 personer. Drygt 23 900 personer hade insatsen bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. I avrundade tal hade 19 500 personer insatsen kontaktperson, 9 900 personer insatsen korttidsvistelse, 9 200 personer insatsen ledsagarservice, 5 000 personer insatsen korttidsstillsyn. Övriga insatser enligt LSS var det färre än 5 000 personer per särskild insats som hade. Av samtliga insatser enligt LSS

gavs knappt 32 400 insatser till barn eller ungdomar. Av dessa gavs 4 procent till barn i åldrarna 6 år eller yngre och 96 procent till barn eller ungdomar i åldrarna 7 till och med 22 år. Av samtliga personer som hade insatser enligt LSS av kommunen den 1 oktober 2011 var cirka 36 600 män, 58 procent, och knappt 26 700 kvinnor, 42 procent.

Kommunernas kostnader för LSS/SFB uppgick till 47,8 miljarder kronor 2011 (46,0 miljarder kronor 2010).

Tabell 7.7 Kommunens kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, löpande priser

Miljarder kronor

	2007	2008	2009	2010	2011
Vård- och omsorg enligt SoL/HSL	7,6	7,9	8,2	8,4	9,4
Insatser enligt LSS/SFB	40,0	43,0	44,6	46,0	47,8
Öppen verksamhet	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
Summa	48,2	51,6	53,5	55,1	57,9

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101.

Allt mer verksamhet för personer med funktionsnedsättning läggs ut på entreprenad. Under 2011 utgjorde 16 procent av kommunernas driftskostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning för köp av verksamhet vilket motsvarar 9,3 miljarder kronor. Under 2007 var andelen köp av verksamhet 12 procent av driftskostnaden.

Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning

Inom ramen för regeringens särskilda psykiatrisatsning (skr. 2008/09:185) har åtgärder vidtagits för att förbättra tillgången till arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Regeringen beslutade i december 2008 att ge Arbetsförmedlingen i uppdrag att i samverkan med Försäkringskassan upphandla rehabilitering och andra typer av stödtjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning. Totalt har 150 miljoner kronor avsatts för detta ändamål 2009–2011. Bidraget används framför allt till arbetsledningsstöd som utgår till de upphandlade aktörerna per anvisad plats. Många sociala företag har visat intresse av att utöka antalet platser. För att ge Arbetsförmedlingen möjlighet att öka

platsantalet och vidga utbudet av arbetsuppgifter har regeringen i april 2011 beslutat att förlänga uppdraget till och med 2014 (dnr. S2006/9394/FS).

Socialstyrelsen har även haft i uppdrag att fördela medel till kommuner som upphandlat sysselsättning från externa aktörer i syfte att uppmuntra mångfald och valfrihet. Under 2011 ansökte 24 kommuner om bidrag (27 kommuner 2010). De sysselsättningsplatser som kommunerna fick bidrag för 2011 berörde 570 personer. Skälen till att relativt få kommuner ansökt om ersättning är enligt Socialstyrelsen bl.a. att kommunerna väljer att i huvudsak driva verksamheten i egen regi och att det inte finns tillräckligt många externa aktörer som kan erbjuda sysselsättningsverksamhet med god kvalitet för denna grupp.

Juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning kan efter ansökan hos Socialstyrelsen få ett verksamhetsstöd. Syftet med statsbidraget, som regleras i förordningen (2009:955) om statsbidrag till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning, är att förstärka och komplettera kommunernas och landstingens insatser för nämnda målgrupp. Statsbidraget för 2009 (9,5 miljoner kronor) har enligt Socialstyrelsens uppföljning bl.a. använts till handledartjänster, kurser, utökad antal timmar och personer inom befintliga verksamheter och ombyggnadsarbeten inklusive material (Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2011). Utbudet har enligt uppföljningen ökat och blivit mer varierat. Antalet deltagare har också ökat. De 32 verksamheter som erhållit 2009 års statsbidrag har enligt Socialstyrelsen redovisat att uppskattningsvis cirka 240 personer tillkommit som nya deltagare. Under 2010 fördelades 19,5 miljoner kronor till 44 verksamheter. Även för år 2011 har det avsatts 19,5 miljoner kronor för detta ändamål.

Socialstyrelsen har låtit göra en oberoende utvärdering av hur statsbidraget använts, effektiviteten i bidragsgivningen samt ändamålsenligheten i förordningen i förhållande till syfte och mål med uppdraget (S2011/6079/FS). Slutsatserna är att statsbidraget gett många personer med psykisk funktionsnedsättning möjlighet att delta i ett varierat utbud av

sysselsättning, en del personer har gått till den öppna arbetsmarknaden eller börjat studera. Socialstyrelsen konstaterar vidare att verksamheterna, vars syfte i första hand är att skapa sysselsättning, har stor betydelse både socialt och individuellt, genom att de bryter isolering och ger möjlighet till gemenskap (Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Utvärdering av statsbidrag under åren 2009–2011, Socialstyrelsen 2012).

7.11.2 Kunskaps- och metodutveckling

Förändra attityder till personer med psykisk funktionsnedsättning

Handisam har regeringens uppdrag att, i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), utforma och bedriva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra negativa attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Projektet har fått namnet Hjärnkoll. Insatserna har främst bedrivits i fyra s.k. kampanjlän som fått extra resurser för att koordinera det regionala arbetet med att öka allmänhetens kunskap och minska negativa attityder till psykisk sjukdom.

Utvärderingen av insatserna har under perioden 2009–2011 skett löpande och omfattar olika delar. En uppföljning och effektutvärdering av Hjärnkoll har redovisats till regeringen den 1 juni 2012. I de tre ursprungliga kampanjlänerna har kunskapen, attityder och beteenden förändrats i positiv riktning. Främst gäller det frågor som rör social distans. Till exempel har andelen som tycker att det är skrämmande att det finns människor med psykisk sjukdom som bor i ens bostadsområde minskat från 17 till 11 procent. Andelen som inte skulle vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom har minskat från 18 till 13 procent. Samtidigt visar undersökningarna att många människor som lever med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning upplever diskriminering i sitt dagliga liv.

Regeringen har beslutat att ge Handisam i uppdrag att fortsätta med insatserna under åren 2012–2014. I strategin för den nya perioden ingår bland annat att antalet kampanjlän ska utökas från fyra till åtta och att fler s.k.

ambassadörer ska utbildas som ska knytas till dessa nya län.

Bristande samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning

Riksrevisionen har granskat om offentliga aktörers samordning av stöden till barn och unga med funktionsnedsättning kan göras mer effektiv inom ramen för de medel som satsas på området (RiR 2011:17). Den huvudsakliga bedömningsgrunden för granskningen är att ansvariga aktörer ska samverka och samordna sig så att barn och unga samt deras familjer ska kunna ha ett så normalt liv som möjligt. Sammanfattningsvis konstaterar Riksrevisionen att det trots många satsningar från statsmaktens sida under de senaste decennierna kvarstår samordningsproblem. Mångfalden av huvudmän och aktörer försvårar samverkan, det saknas en helhetsbild över individens situation och det saknas tillgång till aktuell och heltäckande information om vilka stöd som finns och vilken huvudman som ansvarar för respektive stöd. Bristen på samordnade stödinsatser leder enligt Riksrevisionen till att samordningsansvaret ligger hos föräldrarna, och kan bidra till att de är sjukskrivna i större utsträckning och har svårare än andra föräldrar att hävda sig på arbetsmarknaden. Riksrevisionen lyfter också fram behovet av kompletterande lösningar, samt att det i vissa fall görs olika bedömningar mellan likvärdiga fall vid beslut om stöd. Regeringen instämmer delvis i Riksrevisionens iakttagelser när det gäller satsningar och kvarstående samordnings- och samverkansproblem och redovisar i sin skrivelse till riksdagen med anledning av Riksrevisionens granskning (skr. 2011/12:23) ett antal åtgärder som regeringen avser att vidta (se närmare under Politikens inriktning).

För att förbättra kunskapen och stödet till personer med flera omfattande funktionsnedsättningar och medicinska behov har Socialstyrelsen haft i uppdrag att summera kunskapsläget och behovet av ett nationellt kunskapsstöd samt att föreslå en lämplig modell för uppbyggnad av detta stöd. Socialstyrelsen konstaterar i sin uppdragsredovisning att behovet av stöd är stort (S2011/5589/FST). Socialstyrelsen uppskattar målgruppens storlek till cirka 7 000 personer i alla åldrar med en kombination av utvecklingsstörning och flera

omfattande funktionsnedsättningar. Dessa personer finns spridda över hela landet, vilket gör att många myndighets- och verksamhetsföreträdare endast möter ett fåtal barn och vuxna och därigenom saknar möjlighet att bygga upp nödvändig kvalificerad kunskap och kompetens. Mot denna bakgrund har Nationellt kompetenscentrum Anhöriga fått i uppdrag att utveckla ett nationellt kunskapsstöd till föräldrar och anhöriga till personer med en kombination av flera omfattande funktionsnedsättningar och omfattande medicinska behov. Kunskapsstödet ska utgå från behoven hos dessa personer, företrädesvis barn och unga, och utvecklas i samverkan med berörda huvudmän.

Socialstyrelsens uppdrag i enlighet med regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken

Regeringen beslutade i juni 2011 om en strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken under perioden 2011–2016. Strategins övergripande inriktningsmål på det sociala området syftar till att kunskapen ska öka om i vilken utsträckning de individuella stöden bidrar till att uppfylla målen inom funktionshinderspolitiken. Regeringen har i strategin också beslutat om fyra delmål för Socialstyrelsens räkning. Delmålen rör tillgång till vård och omsorg efter behov, ökad kunskap om orsaker till långa väntetider mellan beslut och verkställighet, ökat inflytande för den enskilde över insatsernas genomförande, samt ökat stöd till anhöriga genom information och vägledning till kommunerna samt genom uppföljning av stödinsatsernas omfattning och inriktning.

Socialstyrelsen lämnade, liksom övriga strategiska myndigheter, sin första rapport utifrån strategin i mars 2012. Socialstyrelsen anger att arbetet med delmålen ingår i myndighetens ordinarie arbete. Under 2011 har arbetet koncentrerats på att beskriva ett utgångsläge för delmålen. Olika aktiviteter planeras för att nå målen och målen kommer också integreras i myndighetens strategiska analys inom funktionshindersområdet.

7.11.3 Inflytande, delaktighet och trygghet

Personliga ombud kan öka människors självbestämmande och delaktighet

Personliga ombud är enligt Socialstyrelsen, som tillsammans med länsstyrelserna stödjer utvecklingen av verksamheterna, viktiga och ändamålsenliga för att på ett individuellt och flexibelt sätt ge stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Lägesrapport för verksamheter med personligt ombud 2012, Socialstyrelsen).

Det har enligt Socialstyrelsens inte skett några större förändringar i verksamheten. Antalet kommuner med ombud har ökat något under 2011 jämfört med året innan, från 250 till 252 kommuner. Antalet ombud har minskat något under 2011 jämfört med 2010. Det är, enligt Socialstyrelsen lägesrapport, nu fler yngre personer som får insatser av personliga ombud än när ombudsverksamheten startade. Antalet med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har också ökat, även om ökningen under 2011 inte är lika markant som under tidigare år.

Regeringen har den 24 maj 2012 gett Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av verksamheterna med personligt ombud. Socialstyrelsen ska kartlägga och analysera det organisatoriska stödet, ledningen och styrningen av verksamheten, hur målgruppen/klienterna i verksamheten och deras behov av stödinsatser utvecklats, vilka effekter och resultat som uppnåtts för klienternas vidkommande genom verksamheten, hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården ser på funktionen med personligt ombud och effekten av deras insatser i förhållande till det ansvar som åvilar huvudmännen för den vård och omsorg med mera som målgruppen ska omfattas av samt de ekonomiska effekterna av verksamheten med personligt ombud. Socialstyrelsen ska redovisa resultatet av uppföljningen till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 april 2014.

Brukarinflytande och kommuners information till personer med funktionsnedsättning

Öppna jämförelser om hur kommuner arbetar för att personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga ska kunna ha inflytande och påverka den verksamhet som bedrivs visar att det finns utrymme för fortsatt

utveckling. Mer än hälften av kommunerna saknar t.ex. en tryckt informationsguide eller riktad information på hemsidan till målgruppen. Närmare två tredjedelar av kommunerna saknar arbetsformer eller metoder för brukarinflytande.

Samtliga kommuners hemsidor har granskats utifrån orienterbarhet, generell information och förekomst av alternativt format, t.ex. uppläst, lättläst och teckentolksformat. Resultaten visar att det går att hitta grundläggande information om stödet till personer med funktionsnedsättning förhållandevis snabbt. Uppläst information finns i störst omfattning av de alternativa format som granskats, över hälften av kommunerna har det på sin webbplats. Information på lättläst svenska och teckenspråk finns endast i begränsad omfattning.

Barns möjlighet att komma till tals

I LSS finns från och med den 1 januari 2011 en bestämmelse om att när åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Barnet ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Hänsyn ska tas till barnets ålder och mognad. Regeringen gav i maj 2011 Handisam i uppdrag att i samarbete med Handikappförbunden och i samråd med Barnombudsmannen samla erfarenheter och sprida information om metoder och strategier för hur barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska kunna påverka beslut som rör dem själva. Handisam har i en delredovisning av uppdraget bl.a. redovisat de åtgärder som gjorts för att kunna sprida kunskaper och erfarenheter från projektet under 2012. Av delredovisningen framgår bl.a. att en av de primära målgrupperna för uppdraget är LSS-handläggare, men även habiliteringspersonal, lärare och elevhälso-personal. Utbildningspaketet har tagits fram och ett samarbete har inletts med ett antal utvalda myndigheter som är viktiga för spridning av erfarenheter och kunskap. En expertgrupp med barn och unga har knutits till projektet och fungerar som ett bollplank. Vidare har en inspirationskonferens genomförts vid vilken en rad olika strategier och metoder för hur barn och unga kan bli delaktiga presenterades. Handisam ska slutredovisa uppdraget i sin helhet senast den 5 november 2012.

7.11.4 Hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning

Hjälpmedelsinstitutet (HI) har regeringens uppdrag att informera, utbilda och utveckla bra hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning. Satsningen har pågått under tiden 2009–2011 under namnet Hjälpmedel i Fokus. Det övergripande målet har varit att personer med psykisk funktionsnedsättning genom ökad användning av tekniska hjälpmedel ska bli mer delaktiga i samhället. För att detta ska vara möjligt måste kunskapen om hjälpmedel öka liksom att det måste bli enklare att kunna ta reda på vilka produkter som finns att tillgå. Uppdraget och dess effekter redovisas i Hjälpmedelsinstitutets slutredovisning från den 27 april 2012. Hjälpmedelsinstitutets bedömning är att fler personer med psykisk funktionsnedsättning nu använder hjälpmedel, jämfört med situationen för tre år sedan. Kunskapen om kognitiva hjälpmedel har ökat inom t.ex. vuxenpsykiatri och fler beslutsfattare är nu beredda att göra något för att öka tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel. Även förskrivningen av hjälpmedel har ökat under projektiden. Antalet personer som fått kognitiva hjälpmedel genom Arbetsförmedlingen har ökat med över 80 procent.

7.11.5 Utvecklingen av assistansersättning

Assistansreformen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionsnedsättningar (socialutskottets betänkande 2009/10:SoU21).

Antalet personer med assistansersättning till personlig assistans har inte ökat mellan 2010 och 2011. Sedan 2002 har dock antalet personer som får assistansersättning ökat med cirka 4 400 personer och antalet timmar med i genomsnitt drygt 20 timmar per vecka och person. Av de som får assistansersättning är 54 procent män och 46 procent kvinnor.

De totala kostnaderna för assistansersättningen ökar dock som en följd av att antalet timmar och timkostnader ökar.

Tabell 7.8 Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2002–2011

Miljarder kronor

År	Kostnad totalt	varav stat	varav kommun	Kostnadsökning jämfört med året innan	Antal personer med beviljad assistans	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för kvinnor	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för män
2002	9,8	7,5	2,2	1,6	11 600	92	90	94
2003	11,2	8,7	2,5	1,4	11 900	96	94	98
2004	12,8	10,0	2,7	1,6	12 800	99	96	101
2005	14,3	11,3	3,0	1,5	13 600	101	99	103
2006	16,0	12,8	3,2	1,7	14 300	104	101	106
2007	18,1	14,6	3,5	2,1	15 200	106	104	108
2008	19,9	16,0	3,9	1,8	15 500	108	107	110
2009	21,7	17,6	4,1	1,9	15 900	111	109	112
2010	23,2	18,9	4,3	1,4	16 000	113	112	114
2011	24,3	19,9	4,4	1,1	16 000	116	115	117

Antal personer och antal beviljade assistanstimmar/vecka avser beviljad assistansersättning i december månad.

Källa: Årlig statistik från Försäkringskassan.

Den åldersgrupp som ökat mest är personer som är 65 år eller äldre. Jämfört med 2002 har cirka 1 700 fler personer i denna åldersgrupp assistansersättning 2011. Den grupp som också ökat mycket är barn och vuxna i åldern 0–19 år. De har ökat med cirka 1 000 personer under samma tidsperiod. Ytterligare en grupp som ökat förhållandevis mycket är personer som närmar sig pensionsåldern, dvs. personer 60–64 år.

Drygt hälften (55 procent) av all assistans som betalas via assistansersättningen drivs av enskilda utförare, därav cirka 10 procent av kooperativ och cirka 45 procent av annan serviceorganisation.

Insatser för att säkerställa assistansreformens långsiktiga hållbarhet

För att säkerställa assistansersättningens långsiktiga hållbarhet samtidigt som den enskildes rättigheter inom LSS värnas tillsatte regeringen i mars 2011 en utredning för att klara ut hur stor del av den totala kostnadsökningen inom den statliga assistansersättningen som utgörs av fusk, oegentligheter och överutnyttjande (direktiv 2011:26). Även grundorsakerna till kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen skulle analyseras, bl.a. när det gäller hur stor del av kostnadsutvecklingen som kunde hänföras till övervältring av kostnader mellan huvudmän. På grundval av analysen skulle åtgärder föreslås för att komma till rätta med kostnadsutvecklingen

med utgångspunkt i de mål och den allmänna inriktning som föreskrivs i LSS.

Utredningen om assistansersättningens kostnader lämnade i februari 2012 sitt betänkande Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning (SOU 2012:6) till regeringen. I betänkandet lämnas bl.a. förslag och bedömningar med syfte att motverka fusk och överutnyttjande samt för att förbättra rutiner och kontroll hos Försäkringskassan. Betänkandet har remissbehandlats.

I denna proposition (alltså BP 13) lämnar regeringen att antal förslag som syftar till att motverka fusk och överutnyttjande av assistansersättningen och därmed också bidra till att säkra ersättningens långsiktiga hållbarhet. Dessa överväganden behandlas i avsnitt 7.16.

Uppdrag för att följa utfall av beslut om statlig assistansersättning

Av uppgifter som lämnats av Försäkringskassan (dnr S2011/2324/FST) framgår att andelen indragningar vid omprövningar av assistansersättning som beror på att den enskilde inte bedöms ha behov av personlig assistans i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan för grundläggande behov har ökat under åren 2008–2010. Av uppgifterna framgår också att andelen indragningar vid tvåårsomprövning har varit oförändrad mellan år 2010 och 2011 och att andelen beslut om utökningar av assistanstimmar har ökat mellan

dessa år. På grund av nya rapporteringsrutiner är emellertid inte den nya statistiken helt jämförbar med de uppgifter som finns tillgängliga för åren tidigare än 2010. Med tvåårsomprövning avses enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken att rätten till assistansersättning ska omprövas sedan två år förflutit från senaste prövningen och vid väsentligt ändrade förhållanden. Vidare har det bl.a. i skrivelse rörande Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag om rättssäkerhet och enhetlighet i assistansersättning som inkommit till Socialdepartementet från Arbetsgivarförbundet KFO, KFS, Vårdföretagarna, Assistansanordnarna, PARO, Intressegruppen för assistansberättigade, Föreningen JAG och STIL (dnr S 2011/9765/FST), framförts synpunkter på bl.a. att reglerna om personlig assistans tillämpas för snävt i förhållande till vad som var avsett enligt lagens förarbeten.

Regeringen beslutade i maj 2012 att ge Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag ta fram underlag för och bedöma orsakerna till utfallet av Försäkringskassans beslut om assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, såväl vid nybeviljande som vid tvåårsomprövning av sådana beslut, och till eventuella förändringar över tid. ISF ska även redovisa tänkbara orsaker till sådana förändringar. ISF ska också kartlägga vilka assistansberättigade som berörs av förändringarna och vilka eventuella andra insatser som erbjuds dessa. ISF ska delredovisa sitt uppdrag till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast i december 2012 och slutredovisa detta senast i oktober 2014.

7.11.6 Bilstödet utveckling

Bilstöd beviljas, enligt socialförsäkringsbalken, till personer som på grund av sin egen eller sitt barns varaktiga funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller har svårigheter att använda allmänna kommunikationer. Bilstödet består av fyra delar; grundbidrag, anskaffningsbidrag, anpassningsbidrag och bidrag till körkortsutbildning. Den bidragsdel som ökat mest är anpassningsbidraget som utgör närmare 70 procent av bilstödet. Grundbidraget utgör drygt 25 procent medan anskaffningsbidrag och övriga kostnader utgör de resterande 5 procenten av anslaget. Genom-

snittskostnaden för ett anpassningsbidrag ligger strax under 100 000 kronor.

Tabell 7.9 Antal personer som beviljats bilstöd 2006–2011, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper

	2006	2008	2009	2010	2011
Kostnader mkr	254	200	221	259	260
Personer som beviljats stöd	2 670	1 550	1 730	1 680	1 840
Andel stöd kvinnor, %	48	43	46	46	43
Andel stöd män, %	52	57	54	54	57
Grupp 1, %	40	22	24	27	26
Grupp 2, %	14	10	13	12	11
Grupp 3, %	22	17	18	16	18
Grupp 4, %	1	3	2	2	5
Grupp 5, %	22	48	43	44	43

Grupp 1: Person med funktionsnedsättning under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig.

Grupp 2: Person med funktionsnedsättning under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1.

Grupp 3: Person med funktionsnedsättning som inte tillhör grupperna 1 och 2 som fyllt 18 år men inte 50 år.

Grupp 4: Förälder med funktionsnedsättning med barn under 18 år.

Grupp 5: Förälder till barn med funktionsnedsättning, om föräldern bor tillsammans med barnet.

Källa: Försäkringskassans årsredovisning och officiella statistik.

Antalet personer som beviljats bilstöd har ökat från 1680 till 1840 mellan 2010 och 2011. Denna ökning är förväntad eftersom bilstödet under några år haft en lägre efterfrågan till följd av de regeländringar, om bl.a. längre tidsgräns för nytt bilstöd, som genomfördes 1 januari 2007. En utveckling som däremot är mer svår att förklara är den kraftiga ökningen av kostnaderna för anpassning av bilar (anpassningsbidrag). Ökningen är i genomsnitt 8 procent per år under de senaste 10 åren. De senaste åren har ökningen varit ännu större trots en måttlig kostnadsökning i övriga samhället. Mot bakgrund av det gav regeringen Försäkringskassan i uppdrag att bl.a. titta närmare på vad detta beror på.

Försäkringskassan pekar i sin avrapportering av uppdraget på att brister i det nuvarande regelverket i kombination med den begränsade marknaden för anpassning av bilar bland annat medför att det inte finns någon marknadsmässig pris konkurrens vad avser statens utgifter för anpassningsbidrag.

7.11.7 Övriga statliga stöd

Statskontoret har haft regeringens uppdrag att se över de särskilda stöden till personer med dövblindhet (De särskilda statliga stöden till personer med dövblindhet, 2011:3). Det finns enligt Statskontoret brister i samordningen mellan stöden och det skulle behövas en förändring i politiken för statens stöd till målgruppen. Om man ser till de enskilda stöden, inom ramen för nuvarande stödstruktur kan det handla om förtydliganden av syfte och målgrupp, styrningar och återrapporteringar där det framgår hur stödet förhåller sig till andra statliga insatser.

Efter en informationsinsats inom området alternativ telefoni (även kallat elektronisk kommunikation) som Hjälpmedelsinstitutet (HI) hade under åren 2009–2010, har regeringen i början av 2011 beslutat att uppdraga åt HI och Post- och telestyrelsen (PTS) att genomföra försöksverksamheter tillsammans med landsting som vill prova att förskriva alternativ telefoni (text- och bildtelefoner) på nya sätt. Arbetet ska pågå under 2011 och 2012 och slutredovisas i februari 2013, och bekostas av PTS med totalt 8 miljoner kronor. Dessutom har regeringen i september 2011 uppdragit åt HI att stärka samverkan kring elektronisk kommunikation genom att ge expertstöd till landsting och föra dialog med hjälpmedels- och tjänsteproducenter samt med brukarorganisationer. HI ska i sitt arbete särskilt fokusera på att stimulera utveckling och tekniskt stöd för personer med talskada, då tidigare utredningar har visat bl.a. att kunskapen i landstingen är låg vad gäller hur tjänster och hjälpmedel kan underlätta och öka självständighet och självbestämmande för denna grupp. 2 miljoner kronor är avsatta för detta arbete, och redovisning ska lämnas i mars 2013.

Sedan 2009 pågår en försöksverksamhet med assistanshundar. Syftet med försöksverksamheten är att öka antalet service- och signalhundar i aktiv tjänst med 60–70 hundar och att utifrån detta underlag göra en utvärdering av hur en ökad användning av service- och signalhundar påverkar brukarnas behov av offentliga stödinsatser. Försöksverksamheten pågår till och med 2014.

7.11.8 Analys och slutsatser

Regeringen fördelar en rad statliga stöd inom funktionshindersområdet. Personer med funktionsnedsättning har trots det svårt att få sysselsättning och arbete. För att öka människornas delaktighet i samhället behöver området även fortsättningsvis prioriteras.

Assistansersättningen har stor betydelse för personer med omfattande funktionsnedsättning. Den tillförsäkrar personer med omfattande funktionsnedsättningar goda levnadsvillkor och ett stort inflytande över såväl utförare som stödets utformning. Regeringen anser att det behöver övervägas åtgärder för att säkerställa reformens långsiktiga hållbarhet och ändamålsenlighet (2009/10:SoU21). Regeringen lämnar därför i denna proposition förslag till konkreta åtgärder för att motverka fusk och felaktigheter med assistansersättning. Vidare har regeringen beslutat om att ge Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag att ta fram underlag för och bedöma orsakerna till utfallet av Försäkringskassans beslut om assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, såväl vid nybeviljande som vid tvåårsomprövning av sådana beslut, och till eventuella förändringar över tid. Uppdraget ska delredovisas till regeringen senast i december 2012 och slutredovisas senast i oktober 2014.

7.12 Regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd

I mars 2009 presenterade regeringen Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – en vinst för alla. Det övergripande målet för strategin är att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets hela uppväxt. Strategin avser universellt föräldrastöd vilket i förebyggande syfte riktar sig till alla föräldrar oberoende av grad av risk. Stödet är frivilligt och baseras på föräldrarnas egna behov av stöd i föräldraskapet. Med föräldrastöd avses i strategin en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk. Syftet är att via föräldrarna främja barnets hälsa och positiva utveckling och maximera barnets skydd mot ohälsa och sociala problem. Barnrättsperspektivet samt det gemensamma, jämställda

föräldraskapet och ansvarstagandet för barnet är centrala utgångspunkter i strategin. Strategin ska dels inspirera kommuner och landsting att utveckla stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap, dels utgöra praktiskt stöd i det organisatoriska planerings- och utvecklingsarbetet.

Som en del i att genomföra strategin har Statens folkhälsoinstitut under 2009–2010 fördelat 130 miljoner kronor i stimulansbidrag till ett urval kommuner som i samarbete med ett lärosäte ska utveckla ett universellt förebyggande föräldrastöd, där alla föräldrar ges samma möjligheter att delta. Sammantaget har 19 kommuner erhållit stimulansmedel under 2009–2010. Majoriteten av de kommuner som erhållit medel har andra kommuner som samverkanspartners. Det innebär att ytterligare ett sjuttioal kommuner berörs av stimulansmedlen.

Statens folkhälsoinstitut konstaterar i sin redovisning till regeringen i juli 2012 att stimulansmedlen bidragit till att utvecklingen av föräldrastöd gått framåt i de kommuner som tagit del av dem. Projektkommunerna bedömer att de uppnått huvudmålet i föräldrastödsstrategin och i stora drag även delmålen i föräldrastödsstrategin att alla föräldrar med barn under 18 år ska erbjudas föräldrastöd under hela barnets uppväxt. Projekten har lett till flera olika typer av ökad samverkan kring föräldrastöd mellan aktörer vars verksamhet riktar sig till föräldrar (delmål 1), så som ökad samverkan inom kommunen mellan berörda instanser och mellan kommuner, ökad integrering av det föräldrastödjande arbetet i det ordinarie hälsofrämjande arbetet samt en ökad etablering av formaliserad regional samordning kring föräldrastödet, antingen via kommunalförbundet eller via samarbetet med landstinget. Särskilt utmärkande är den ökade samverkan mellan skola, polis, socialtjänst och ideell sektor inom projektkommunerna.

Projektet har lett till att antalet mötesplatser för föräldrar så som öppen förskola, familjecentral och kyrka, ökat (delmål 2). Ökat har även kännedomen hos föräldrar om de former av föräldrastöd som finns lokalt. Institutet rapporterar att antalet utbildare i föräldrastödsprogram har ökat både i projekt- och samarbetskommunerna (delmål 3). Resultat från projektet visar att föräldrastödjande insatser redan på kort sikt kan ge besparingar för en kommun i och med att andra kostsamma insatser inte längre är

nödvändiga. Ett av utvecklingsområdena i såväl projekt- som samarbetskommuner är uppföljning och utvärdering av det egna lokala föräldrastödjande arbetet i kommunerna. Under 2014 ska Statens folkhälsoinstitut inkomma med den sista slutredovisningen kopplad till stimulansmedlen.

För att ytterligare sprida den kunskap som framkommit under tiden i föräldrastödsprojekten i landet tilldelade regeringen i april 2012 Statens folkhälsoinstitut 2 miljoner kronor. I augusti 2012 gav regeringen Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att utse en aktör som ska ta fram och erbjuda utbildning i föräldrastödjande arbete. Båda uppdragen slutredovisas under 2014.

Som ett komplement till det universella föräldrastödet i föräldrastödsstrategin, vilket är riktat till alla föräldrar, fick Statens folkhälsoinstitut 2010 i uppdrag att fördela 10 miljoner kronor för att utveckla och utvärdera stöd till föräldrar som har barn med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning. Medel har fördelats till två olika utvecklings- och utvärderingsprojekt där det ena projektet jämför det stöd som faktiskt ges med det stödbehov som uttrycks av familjerna och professionella. Det andra projektet ska kartlägga behovet av stöd hos barn med lindrig utvecklingsstörning och deras föräldrar samt utveckla och utvärdera riktat stöd till dem. Försöksverksamheten fortsätter och pågår t.o.m. 2013 och redovisas under 2014.

7.12.1 Analys och slutsatser

Stimulansmedlen kopplade till föräldrastödsstrategin bedöms ha bidragit till att utvecklingen av föräldrastöd gått framåt i de kommuner som tagit del av dem. Stimulansmedlen har lett till ökad samverkan kring de föräldrastödjande insatserna, fler mötesplatser för föräldrar och ett ökat antal utbildare i föräldrastöd i de kommuner som berörs av satsningen. Det finns i dag en betydande kunskap om hur ett framgångsrikt lokalt och regionalt föräldrastöd kan bedrivas. Det är angeläget att fortsätta sprida föräldrastödjande insatser i landet baserat på tillgängliga kunskaper.

7.13 Internationella adoptioner

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, MIA, ansvarar för vissa frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av de svenska sammanlutningar som förmedlar internationella adoptioner till Sverige. MIA är också centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner. Socialtjänsten ansvarar i den internationella adoptionsprocessen består exempelvis i att anvisa lämplig föräldrautbildning, genomföra medgivandeutredning för att utreda föräldrarnas lämplighet att adoptera samt att erbjuda familjen stöd i samband med och efter adoptionen.

Under 2011 förmedlades totalt 538 utländska barn, varav 216 flickor och 322 pojkar, för adoption genom de auktoriserade adoptionsammanslutningarna. Allt färre barn blir tillgängliga för adoption och antalet barn som kommer har minskat de senaste åren. Numera är de barn som blir föremål för internationell adoption, till Sverige såväl som till andra länder, ofta äldre eller har något i förväg känt särskilt behov såsom en diagnostiserad sjukdom eller ett funktionshinder. Även barn över tre–fyra års ålder och syskongrupper betraktas vanligen som barn med särskilda behov.

MIA fick ökat anslag fr.o.m. 2010 bl.a. för att utveckla tillsynen, intensifiera utbildnings- och informationsinsatser till yrkesverksamma samt för att utveckla stödet till adopterade som söker information om sin bakgrund och om förhållandena i ursprungsländerna. Myndigheten har under 2011 fortsatt det utvecklingsarbete som inleddes 2010 på nämnda områden så som t.ex. utbildnings- och informationsinsatser riktade till berörda yrkesverksamma, inom förskolan, barnhälsovården och socialtjänsten. MIA har under året också fortsatt arbetet med att samla, sammanställa och utveckla informationen kring frågor som rör stöd till adopterade som vill söka sitt ursprung. Under 2011 har arbetet inneburit både nationellt och internationellt samarbete och informationsinhämtande.

En av MIA:s huvuduppgifter är att pröva auktorisationsansökningar från adoptionsammanslutningar och att utöva tillsyn över dem. Som ett led i sin förstärkta tillsyn har MIA under 2011 besökt Etiopien, Slovakien och Bulgarien och där besökt barnhem och andra

institutioner, frivilligorganisation och haft möten med relevanta myndigheter. Tillsynsresorna är en del i MIA:s arbete med att säkerställa att adoptioner genomförs på ett för barnet tryggt och rättssäkert sätt.

7.13.1 Analys och slutsatser

I takt med att den ekonomiska och sociala situationen förbättras i många av ursprungsländerna förbättras familjernas möjligheter att själva sörja för sina barn och länderna klarar i större utsträckning av att adoptera barn som är i behov av en ny familj nationellt. Nya ursprungsländer har därför blivit aktuella i den svenska internationella adoptionsverksamheten samtidigt som komplexiteten i förmedlingsverksamheten ökat. Tillsynsbehovet har därmed ökat. MIA fick därför ökat anslag fr.o.m. 2010 bl.a. för att utveckla och förstärka tillsynen men även för att intensifiera utbildnings- och informationsinsatser till yrkesverksamma samt för att utveckla stödet till adopterade som söker information om sin bakgrund och om förhållandena i ursprungsländerna.

7.14 Internationellt och EU

Sverige undertecknade den 11 maj 2011 Europarådets konvention om förebyggande och bekämpande av våld mot kvinnor i nära relation (CAHVIO). Konventionen syftar till att skydda kvinnor från alla former av våld och innehåller bl.a. bestämmelser om straffrättsliga åtgärder, förebyggande insatser samt skydd och stöd till våldsutsatta kvinnor.

Sociala utvecklingskommissionens 50:e session, som ägde rum i februari 2012, avslutade det tvååriga temat; att utrota fattigdom. Årets session handlade bl.a. om att ta fram en resolution som sammanfattar och ger vägledning för det fortsatta arbetet inom detta tema, vilket utgör en av de tre hörnstenarna i Köpenhamnsagendan och mål nummer ett i Millenniemålen. Vid kommissionens möte beslutades även om ett antal resolutioner som bl.a. rör FN:s arbete med rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Regeringen har i januari i år lämnat den första rapporten till övervakningskommittén för

konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, se under Funktionshinderspolitik.

EU

Det har bildats en ny arbetsgrupp inom Kommittén för social trygghet (KST) där Sverige är ordförande. Gruppen ska diskutera åldrandet utifrån ett tvärsektorielt perspektiv och har som första arbetsuppgift tagit fram en rapport om adekvata pensioner. Utifrån rapporten har KST formulerat ett antal huvudbudskap som skickats till EPSCO-mötet den 21 juni.

Bekämpning av fattigdom och social utestängning har bl.a. med anledning av det Europeiska året för bekämpning av fattigdom och social utestängning 2010, stått i fokus på agendan för EU-samarbetet inom det sociala området. Temaåret har uppmärksammats genom en mängd aktiviteter på såväl nationell, som på EU-nivå. Svenska ESF-rådet hade i uppdrag att ansvara för det svenska genomförandet. Temaåret samfinansierades av Kommissionen och regeringen. Aktiviteter genomfördes även med finansiering från Svenska ESF-rådet. En webbplats med information om temaåret har bl.a. skapats (www.temafattigdom.se). En slutrapport lämnades den 31 mars 2012.

Under 2011 etablerades en ad-hoc grupp till KST med uppgift att ta fram ett underlag till Kommissionens arbete med att producera en rekommendation om barnfattigdom under 2012. Ad-hoc gruppen, där Socialdepartementet deltog, färdigställde sin rapport i april 2012. Rapporten belyser utvecklingen och ger rekommendationer för att motverka barnfattigdomen i EU samt främja utvecklingen av viktiga områden för barns och ungas välfärd. Europas strategi för smart och hållbar tillväxt för alla, Europa 2020-strategin innehåller mål om att främja social delaktighet, framför allt genom fattigdomsminskning. I april 2012 beslutade regeringen om Sveriges nationella reformprogram för 2012, där utvecklingen samt insatser för att uppnå Europa 2020-strategins målsättningar presenteras.

7.15 Politikens inriktning

Regeringen är fast besluten att fortsätta utveckla Sverige som ett stabilt fungerande välfärdsland. Välfärdens verksamheter och tjänster ska vara av god kvalitet och finnas tillgängliga för alla människor efter behov, oavsett bakgrund, ekonomiska förutsättningar, bostadsort och kön.

Socialtjänst är ett samlingsnamn för den kommunala omsorgen om äldre människor, individ- och familjeomsorg samt stödinsatser till personer med funktionsnedsättning.

Socialtjänsten står inför ett stort antal utmaningar. Kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten går allt fortare; brukare och närstående ställer allt större krav på valfrihet, inflytande och information om sin egen vård och omsorg. Nya tekniska verktyg för att effektivisera verksamheten introduceras och det finns i dag en ökad mångfald i organisations- och driftsformer.

Parallellt med denna utveckling sker även demografiska förändringar. Andelen äldre i befolkningen ökar. Samhällets samlade insatser ska resultera i effektiviseringar och att det är friska år som läggs till livet. Förutsättningarna för att behålla en hög nivå på socialtjänstens insatser ligger även inom arbetsmarknadspolitiken. För att nivån på den offentligt finansierade välfärden ska kunna upprätthållas är det nödvändigt att sysselsättningsnivån är varaktigt hög.

En nyckel till framgång är enligt regeringens bedömning en fortsatt satsning på stöd för socialtjänstens utvecklingsarbete. Det handlar i första hand om att ge stöd till framtagande och spridning av kunskap som kan öka kompetensen, kvaliteten och brukarinflytandet inom området. Det handlar vidare om att öka förutsättningarna för en välfungerande tillsyn, strukturerad dokumentation, innovationer och ändamålsenlig uppföljning där erfarenheterna kommer verksamheterna till godo samt bidra till bättre samordning av vissa nyckelfunktioner för infrastruktur för it och kommunikation.

Under 2013 kommer politiken huvudsakligen inriktas på att fortsätta stärka kvalitet, delaktighet och valfrihet för den enskilde samt öka effektiviteten i vården och omsorgen. Alla äldre ska ha rätt att åldras med värdighet. De ska kunna känna trygghet, gemenskap och en delaktighet med samhället i övrigt. Fortsatt prioritet kommer att ges till att öka förut-

sättningarna för en vård och omsorg som är anpassad efter den äldre personens behov.

Regeringen avser att stärka kompetensen bland personal som arbetar med personer med funktionsnedsättning. Från 2013 vidgas därför målgruppen inom Omvårdnadslyftet.

När det gäller barn och unga kommer regeringens huvudinriktning vara dels att genom olika generella satsningar förebygga att barn och unga hamnar i riskzonen eller äventyrar sin egen utveckling och dels förbättra situationen och stärka skyddet för de barn och unga som lever i familjer som av olika anledningar, som t.ex. ekonomisk utsatthet, missbruk eller våld inte kan erbjudas möjlighet till goda uppväxtvillkor.

Missbruksutredningens förslag bereds för närvarande i regeringskansliet och regeringen har för avsikt att återkomma när det gäller frågor som rör hur personer med missbruk eller beroende kan få ökad tillgång till vård och stöd av god kvalitet.

Regeringen kommer fortsatt prioritera den nationella hemlöshetsamordnarens arbete med att stödja kommunerna i sitt vräkningsförebyggande arbete, detta gäller särskilt barnfamiljer.

Personer, särskilt kvinnor och barn, som utsatts för hot eller våld inom familjen eller annan närstående måste få det stöd och den hjälp de behöver.

7.15.1 Ökat självbestämmande

För regeringen är det av central betydelse att människor har möjlighet att påverka sin situation genom att själva kunna välja vem som ska utföra de tjänster som de behöver. Genom individens ökade möjligheter att välja utförare förväntas även tillgängligheten, kvaliteten, effektiviteten och mångfalden öka i de insatser som erbjuds. Det finns därför starka skäl att fortsätta arbeta för att det ska finnas ett stort antal utförare inom välfärdssektorn. Det gynnar både de personer som behöver välfärdens tjänster och den personal som arbetar där. Det breddar dessutom arbetsmarknaden för arbetstagare. Statliga medel kommer att avsättas 2013 för att fler kommuner ska införa och vidarutveckla valfrihetssystem. Senast 2014 bör alla kommuner i landet ha beslutat om valfrihet för den enskilde enligt LOV, annars bör tvingande lagstiftning övervägas. I dag används möjligheten enligt

lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) främst inom äldreomsorgen. En särskild utredare ska analysera och utvärdera effekterna av införandet av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Utvärderingen ska särskilt fokusera på vilken effekt reformen har haft för brukarna och därutöver ge en samlad bild när det gäller utvecklingen av utförare ur ett mångfaldsperspektiv, hur LOV fungerar ur konkurrenssynpunkt samt vilken betydelse reformen haft för utvecklingen av kvalitet, kostnader och effektivitet i de kommuner och inom de områden där LOV tillämpas. Utifrån denna utvärdering ska utredaren överväga för- och nackdelar med att införa en obligatorisk lagstiftning om valfrihetssystem på socialtjänstområdet. Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2014.

Reformen har genererat regeringsuppdrag hos ett flertal myndigheter vilket ökat kunskaperna om dess effekter och gett vägledning till framtida insatser. Ett utvecklingsområde är att öka kommunernas upphandlingskompetens. Regeringen avser därför att förstärka det samlade upphandlingsstödet genom riktade utbildningsinsatser arrangerade av Kammarkollegiet. Därigenom kan förhoppningsvis också idéburna organisationer i större utsträckning ges möjligheter att erbjuda sina tjänster inom kommunernas valfrihetssystem. Innovationskraften i äldreomsorgen är ett annat utvecklingsområde. Tillväxtverket har regeringens uppdrag att driva pilotsatsningar med utvecklingscheckar, bl.a. i syfte att främja tillkomsten av innovationer inom äldreomsorgen. Uppdraget ska redovisas den 31 januari 2013.

7.15.2 Främja kunskapsutveckling och kvalitet

Regeringen fortsätter att prioritera åtgärder som ska främja kunskaps- och kvalitetsutveckling. Det handlar om att skapa bättre förutsättningar för en socialtjänst baserad på evidensbaserad kunskap. Målet är att de personer som söker stöd och hjälp från socialtjänsten ska kunna få bästa möjliga insats och de som arbetar inom socialtjänsten ska få ökade möjligheter till och förmåga att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik.

Regeringen har valt ett antal metoder och processer för att uppnå målet. T.ex. kommer

regeringen att fortsätta samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting inom ramen för överenskommelsen om att utveckla en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Evidensbaserad praktik är ett arbetssätt som innebär att brukaren och de professionella tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser utifrån bästa möjliga kunskap. Arbetssättet förutsätter ett ständigt och systematiskt lärande. Regionala stödstrukturer har byggts upp för att ge kommunerna och landstingen ett gemensamt, praktiskt verksamhetsstöd i detta arbete. De kan se ut på olika sätt beroende på regionala förutsättningar men målet är att underlätta för huvudmännen att lyckas med systematiskt förbättringsarbete inom socialtjänsten. En utbildningsinsats Leda för Resultat har genomförts. Utbildningen har inneburit en möjlighet att utveckla ledningsfunktionens arbete och en möjlighet att mäta resultat och skapa konkreta förbättringar inom hela socialtjänsten. Under 2013 kommer regeringen att ge fortsatt stöd till arbetet med att bygga upp och sprida en evidensbaserad praktik.

Öppna jämförelser är ett annat viktigt verktyg för att främja kunskapsutveckling och kvalitet som regeringen även fortsatt kommer att prioritera att stödja. Under flera år har det bedrivits ett omfattande arbete med att utveckla öppna jämförelser och öka tillgången till data inom socialtjänstens olika verksamhetsområden och hemsjukvården. Målet är att det vid utgången av 2014 ska finnas lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga jämförelser av socialtjänstens kvalitet, resultat och effektivitet. I dagsläget redovisas jämförelser avseende äldreomsorg, missbruk- och beroendevård, stöd till personer med funktionsnedsättning, social barn- och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd, hemlöshet samt brottsoffer.

Under 2013 kommer, inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, kommuner och landsting att få tillgång till en metod för att själva kunna analysera resultaten i de öppna jämförelserna. På så sätt kommer kommunerna kunna använda sina egna resultat som samlats in inom ramen för öppna jämförelser och använda dem för sin egen verksamhetsutveckling.

Dialog och överenskommelser inom det sociala området och inom integrationsområdet

Den ideella sektorn har en viktig roll i det svenska samhället, inte minst när det gäller att möjliggöra människors egen makt att påverka såväl sin vardag som samhället i stort. Mellan regeringen och den ideella sektorn finns det en gemensam vilja till samverkan kring frågor om välfärdens utveckling utifrån varje parts specifika roll och kunskap. Denna uppslutning och vilja till samverkan är mycket värdefull.

Regeringen har 2008 för det sociala området och 2010 inom integrationsområdet träffat överenskommelser som innehåller ett antal principer som ska utveckla relationerna och tydliggöra rollerna parterna emellan. Regeringen kommer att verka för att dialogerna fortsätter och utvecklas av parterna i syfte att kontinuerligt identifiera och undanröja hinder för att idéburna organisationer ska kunna bidra till en ökad mångfald i utbudet av välfärdstjänster, utan att de för den skull behöver åsidosätta sin roll som röstbärare för sina medlemmar.

Sammanhållen vårdinformation

Regeringen har i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting satsat på att stödja huvudmännen att skapa goda grundförutsättningar för en mer ändamålsenlig informationshantering. Satsningar har gjorts och görs på exempelvis it-infrastruktur, säkerhetslösningar och för att införa en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk.

En enskild som rör sig inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten möter allt fler vårdgivare och utförare inom socialtjänsten etc., både nationellt och internationellt. Därför är det viktigt att behörig personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har tillgång till personuppgifter om den enskilde och relevant information om de insatser som den enskilde fått tidigare. Utan rätt information ökar risken för att felaktiga beslutsunderlag leder till felbehandlingar eller allvarliga interaktioner mellan läkemedel och andra insatser. Samtidigt ska den enskildes integritet skyddas. Förutsättningen att ge vård och omsorg av god kvalitet genom hög säkerhet med hjälp av information måste ständigt vägas mot individens behov av integritet och önskan att inte dela uppgifter.

Dagens lagstiftning sätter integriteten i fokus och ställer långtgående krav på samtycke från den enskilde.

Regeringen har tillsatt en utredning som kommer att granska hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens behov av information i förhållande till den enskildes personliga integritet. Utredningen ska under 2013 lämna förslag på åtgärder som rör tillgången till nödvändiga uppgifter för behörig personal och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

En ny myndighet för tillsyn

En väl fungerande tillsyn är avgörande för att säkerställa att vård- och omsorg är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med gällande lagar och förordningar. Tillsynen på det sociala området kommer även fortsättningsvis att vara ett av de viktigaste verktygen för att granska kvaliteten i olika verksamheter. Inte minst en ökad mångfald och förändringstakt gör det viktigt att kvaliteten följs noga och att eventuella problem åtgärdas effektivt. Det är också viktigt att tillsynen fungerar på ett legitimt, trovärdigt och rättssäkert sätt då det inom det sociala tillsynsområdet ofta omfattar verksamheter i vilka människor ofta befinner sig i ett utsatt läge.

Som ett led i att stärka tillsynen bildas under 2013 en ny tillsynsmyndighet – Inspektionen för vård och omsorg – genom att delar av Socialstyrelsens verksamhet förs över till den nya myndigheten. Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av den nya tillsynsmyndigheten (dir. 2012:67). Se vidare avsnitt 4.9.2.

7.15.3 Omsorg om äldre människor

Delaktighet, välbefinnande och valfrihet är regeringens ledord för utvecklingen inom omsorgen om äldre människor. Alla äldre ska ha rätt att åldras med värdighet. De ska kunna känna trygghet, gemenskap och en delaktighet med samhället i övrigt.

Äldrepolitiken syftar till att äldre människor inte ska diskrimineras på grund av sin ålder, att de ska ses som individer med skilda intressen och bakgrund och att de ska mötas med respekt, behandlas väl och kunna känna välbefinnande. Målet innebär även att det ska finnas tillgång till

vård och omsorg som är anpassad efter den äldre personens behov. Äldre människor ska kunna lita på att vården och omsorgen är av god kvalitet samt att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet. God vård och omsorg inbegriper också att få avsluta livet med värdighet.

Befolkningen blir friskare, lever längre och har helt andra förutsättningar till ett aktivt liv även längre upp i åren. Därför behöver synen på åldrandet förändras. Åldrandet är en naturlig del av livet och det är viktigt för alla att uppleva en känsla av sammanhang och mening genom hela livet. Varje människa ska få fortsätta leva sitt liv utifrån den han eller hon är – ha möjlighet att vidmakthålla vanor, umgänge och kunna ägna sig åt sådant man tycker om och mår bra av. Det ska gälla även när behovet av stöd och hjälp inträder och ökar. Regeringens uppfattning är att omsorgen om de äldre ska utformas med människovärdet i centrum. Äldres personliga behov, rätt att vara olika och göra olika val, måste därför tillgodoses. Äldre ska kunna vidmakthålla självbestämmande och inflytande. Den nationella värdegrunden för äldre människor, som infördes i socialtjänstlagen 2011, befäster detta synsätt.

Regeringens ambition är att långsiktigt främja äldre personers hälsa, oberoende och självbestämmande. Under de kommande åren kommer politiken bl.a. att prioritera åtgärder som underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, höjd kompetens bland äldreomsorgens personal, utveckla nya trygga boendeformer samt insatser för ökad valfrihet och välbefinnande för äldre människor. Det är också angeläget att uppmärksamma och stödja anhörigas insatser och målet är att anhörigskapet också i fortsättningen ska vara frivilligt och inte upplevas som påtvingat eller övermäktigt.

En nationell värdegrund

Regeringen har infört en värdegrund för äldre i socialtjänstlagen som innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Syftet med att formulera en nationell värdegrund är att tydliggöra de etiska värden och normer som ska vara grunden för arbetet och styra hur en verksamhet inom

äldreomsorgen ska bedrivas. En formulerad värdegrund är ett sätt att tänka nytt och ska ses som ett komplement till andra utvecklingsinsatser som pågår inom äldreområdet i syfte att driva på arbetet för ökad kvalitet. Inom arbetet med att implementera värdegrunden i äldreomsorgen satsar regeringen knappt 700 miljoner kronor under mandatperioden. Regeringen vill stimulera kommunerna att klargöra och informera äldre personer, anhöriga och kommuninvånare vad de kan förvänta sig av äldreomsorgen. Ett sätt att genomföra detta är att kommunerna utformar lokala värdighetsgarantier. För detta ändamål har Socialstyrelsen tagit fram en vägledning.

Under 2011 och 2012 har regeringen avsatt 100 miljoner kronor per år i prestationsersättning till de kommuner som förbereder och utvecklar värdighetsgarantier. Under förutsättning att riksdagen beviljar fortsatta medel avser regeringen att satsa 100 miljoner kronor per år, totalt 400 miljoner kronor under mandatperioden. För att få del av 2012 års medel måste kommunerna ha utformat minst tre värdighetsgarantier där det tydligt framgår vilket mervärde garantierna har för den enskilde personen. Nya krav för prestationsersättning för 2013 kommer att utarbetas.

En utbildning i värdegrundsarbete för bl.a. chefer och biståndsbedömare påbörjades 2012 och fortsätter under 2013. Dessutom har ytterligare initiativ tagits för att stödja utvecklingen i värdegrundsarbete inom äldreomsorgen vilka pågår under året. En fördjupningsutbildning för chefer och arbetsledare och arbete med att stimulera kommunerna att anordna utbildning för personal med särskilt ansvar för värdegrundsfrågor är exempel på initiativ som fortsätter under 2013. Till stöd för arbetet med den nationella värdegrunden finns nu ett handledningsmaterial samt ett informationsmaterial riktat till äldre personer, anhöriga och allmänhet.

Att värdegrundsmärka äldreomsorg kan stimulera utförarens förändrings- och förbättringsarbete samt förbättra den enskildes valmöjligheter. Utveckling av kriterier för värdegrundsmärkning av äldreomsorg fortsätter och arbetet slutförs under året.

Främja kunskapsutveckling och kvalitet

Att utveckla redskap för att möjliggöra kvalitetsjämförelser är en förutsättning för en målmedveten kvalitetsutveckling. Regeringen har därför gett flera uppdrag till Socialstyrelsen i syfte att utveckla och förbättra uppföljningen i olika kvalitetsregister inom vården och omsorgen. Socialstyrelsen ska bl.a. utveckla den personnummerbaserade statistiken över äldres vård och omsorg så att månadsvis insamling och presentation kan ske. De ska även utveckla nya indikatorer inom Öppna jämförelser och särskilt fokus ska läggas på att utveckla indikatorer som beskriver vård- och omsorgsprocesserna. Dessutom ska presentationen av Öppna jämförelser förbättras så att de i högre grad visar hur kvaliteten i och resultatet av vård och omsorg om de mest sjuka äldre utvecklas. Den nationella brukarundersökningen om äldres uppfattningar om vård och omsorg ska också utvecklas när det gäller undersökningsmetod och antal deltagare i undersökningen så att resultat kan redovisas på enhetsnivå för särskilt boende och hemtjänst.

För att utöka kunskapen om brukarens upplevelse av vården och omsorgen, har också Myndigheten för vårdanalys fått i uppdrag att ta fram en metod som kan användas för att analysera skillnader i vårdkvalitet utifrån ett brukarperspektiv. Uppdraget innefattar även att bidra till att hitta metoder för hur anhöriga ska kunna fungera som ställföreträdare för äldre som är för sjuka för att svara på frågorna i viktade undersökningar till äldre. Metoden ska komplettera den nationella brukarundersökningen i syfte att jämföra och visa på eventuella systematiska skillnader eller likhet i resultat. Det är ett viktigt steg för att på sikt få fram ett verktyg som så långt som möjligt återger brukarnas upplevelser av den vård och omsorg som ges. En lägesrapport av uppdraget ska lämnas senast den 1 mars 2013 och en slutredovisning senast den 28 februari 2014.

Bemanning

Socialtjänstlagen (3 kap. 3§) föreskriver att insatser ska vara av god kvalitet. Det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten ska också systematiskt och fortlopande utvecklas och säkras.

I samband med tillsynen av ett stort antal särskilda boendeformer för personer med demenssjukdom har vissa brister beträffande bemanning uppmärksamats. De föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen tagit fram för hur särskilda boenden för personer med demenssjukdom ska organiseras och bemannas träder i kraft den 1 januari 2014. Se även avsnitt 7.5.2.

Socialstyrelsens tillsyn har också visat brister i bemanningen i särskilda boenden för personer utan någon demenssjukdom. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram vägledning till kommunerna också för dessa personer. Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget senast den 31 oktober 2012. Detta är i linje med riksdagens tillkännagivande och socialutskottets betänkande Riktlinjer för bemanning inom äldreomsorgen (bet. 2011/12:SOU11, rskr. 2011/12:147)

Satsning på de mest sjuka äldre

Regeringens satsning för de mest sjuka äldre personerna beräknas totalt uppgå till cirka 4,3 miljarder kronor under mandatperioden. Under 2011 har 150 miljoner kronor gått till bl.a. kommuner och landsting som förberedelse för mer resultatbaserade satsningar. De medel som avsattes för 2012 och som avsätts resten av mandatperioden, fördelas huvudsakligen enligt en prestationsbaserad modell och utges till de huvudmän som uppfyller på förhand bestämda krav. Den prestationsbaserade ersättningen utformas som ett erbjudande till kommuner och landsting för att förstärka arbetet med att gemensamt ta ansvar för de mest sjuka äldre.

Satsningen ska leda till att man som äldre ska uppleva att det finns en kontinuitet och att det ska vara lätt att få kontakt med vården och omsorgen. Som äldre ska man känna sig trygg i att man får den vård och omsorg man behöver, ett kompetent och gott bemötande, bra information och möjlighet till delaktighet. Satsningen syftar också till att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från de mest sjuka äldres behov samt organiseras effektivare. Det

arbete som bedrivs inom ramen för satsningen för de mest sjuka äldre ska på sikt bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Satsningen ska utvärderas av Statskontoret. En ny överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting för 2013 kommer att slutas under året.

Ambitionsnivån när det gäller att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre kommer att höjas för varje år. Dessutom kommer erfarenheter från föregående år att vara viktiga ingångsvärden i nästa års inträdeskrav. Inför 2013 kommer inträdeskravet till de prestationsbaserade medlen bl.a. vara att kommuner och landsting har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9.

Hemsjukvården

Regeringen anser att det både ur ett individuellt och strukturellt perspektiv är angeläget att uppnå ett enhetligt huvudmannaskap i landet för hemsjukvård i det ordinära boendet. Målet är att samtliga län på frivillig väg ska ha överfört ansvaret från landstinget till kommunerna i länet senast under 2014.

Hemsjukvården var fram till 2011 kommunaliserad i tio län. En nationell samordnare för hemsjukvård har på regeringens uppdrag stöttat övriga landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Den nationella samordnaren har även haft i uppdrag att utreda frågan om kommunerna ska ges befogenhet att kunna anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare. Utredaren överlämnade betänkandet Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55) till regeringen i juni 2011. Betänkandet har remissbehandlats.

Utredaren föreslog en ändring i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Regeringen anser att det inte finns anledning att ändra paragrafen, utan avser att lämna ett uppdrag till lämplig myndighet att ta fram vägledning för tillämpningen. Vidare så delar regeringen utredarens bedömning att kommunerna inte ska ges befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare.

Regeringen ser positivt på den utveckling som nu pågår bland kommuner och landsting med att

överföra huvudmannaskapet. Målet är att ett enhetligt huvudmannaskap för hemsjukvården ska vara på plats 2014. Om det skulle underlätta processen kan en lagstiftning om att kommunerna ska vara huvudmän för hemsjukvården eventuellt komma att övervägas.

Utvidgning av målgruppen för omvårdnadslyftet

Äldreomsorgen måste kunna ge en värdig och trygg tillvaro och då är det viktigt att personalen har rätt kompetens. Det gäller även stöd och service för personer med funktionsnedsättning. Regeringen har därför tagit initiativet till att utvidga målgruppen som är berättigad till medel inom kompetenssatsningen Omvårdnadslyftet. Från den 1 januari 2013 avser regeringen, att inom befintlig satsning, möjliggöra kompetensutveckling även för personal som med stöd av socialtjänstlagen arbetar med personer med funktionsnedsättning. Personal inom omsorgerna arbetar ofta med både äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Många äldre har också en funktionsnedsättning. Genom den befintliga satsningen möjliggörs för personalen att stärka sin kompetens inom ytterligare områden och på ett effektivt sätt. Alla utövare omfattas av satsningen, såväl offentligt som enskilt driven verksamhet. Socialstyrelsen ansvarar för att komplettera det befintliga kursutbudet med relevanta kurser även för den nya målgruppen. Tillsammans beräknas hela kompetenssatsningen uppgå till cirka 1 miljard kronor under mandatperioden.

Nationell ledarskapsutbildning inom äldreomsorgen

Genomslaget av de senaste årens förändrade lagar och föreskrifter samt det snabbt ökande antalet av privata utförare vid sidan om egenregin, står och faller med kompetenta chefer som kan styra, leda och utveckla verksamheten. Regeringen avser att avsätta ca 100 miljoner kronor under åren 2013–2015 till en ledarskapsutbildning inom anslaget för äldrepolitiken. Syftet är att såväl höja kompetensen som att höja statusen inom detta yrke. Det är också ett viktigt steg för att långsiktigt kvalitetssäkra de omfattande kompetenssatsningarna som är riktade till bas-

personalen. Kommunsektorn måste dock ta huvudansvaret för finansieringen av utbildningen.

Utredning om LOV

En särskild utredare ska analysera och utvärdera effekterna av införandet av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Utredningen är ett led i regeringens strävan att utveckla valfriheten och mångfalden ytterligare. Utvärderingen ska särskilt fokusera på vilken effekt reformen har haft för brukarna och därutöver ge en samlad bild när det gäller utvecklingen av utförare ur ett mångfaldsperspektiv, hur LOV fungerar ur konkurrenssynpunkt samt vilken betydelse reformen haft för utvecklingen av kvalitet, kostnader och effektivitet i de kommuner och inom de områden där LOV tillämpas. Utifrån denna utvärdering ska utredaren bl.a. överväga för- och nackdelar med att införa en obligatorisk lagstiftning om valfrihetssystem på socialtjänstområdet. I bedömningen ska beaktas i vilken utsträckning landets kommuner redan har infört valfrihetssystem på frivillig väg. I uppdraget ingår även att göra en kartläggning av de verksamhetsområden där LOV i dag tillämpas och utifrån denna kartläggning bedöma lämpligheten av att införa valfrihetssystem inom fler verksamhetsområden inom socialtjänsten. I denna del ingår bl.a. att analysera möjligheter och hinder när det gäller att införa valfrihetssystem inom särskilda boendeformer samt föreslå hur införandet av valfrihetssystem på frivillig väg inom detta område kan underlättas.

Vidare ska utredaren analysera hur ersättningssystemen och förfrågningsunderlag påverkar kvalitet och vinstutdelning och om det finns något samband mellan vinstutdelning respektive kvalitet i de verksamheter som ingår i valfrihetssystem inom socialtjänsten och hur kvalitetsuppföljningen genomförs. Om så bedöms vara fallet ska förslag lämnas som möjliggör en effektivare uppföljning, kontroll och tillsyn. Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2014.

Satsningar på boende för äldre

Det behövs både fler särskilda boenden och ett ökat utbud av bostäder som är lämpliga och

attraktiva för äldre som vill välja att förändra sitt boende. Den 22 december 2011 beslutade därför regeringen att förlänga investeringsstödet för trygghetsboenden och särskilda boenden för äldre t.o.m. den 31 december 2014. Med trygghetsbostäder avses bostadslägenheter och utrymmen för de boendes måltider, samvaro, hobby och rekreation och där det finns personal som dagligen på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. Det är också angeläget att genom strategiska anpassningsåtgärder och teknik öka äldres möjligheter att med bibehållen trygghet och värdighet bo kvar i det egna boendet genom effektiva anpassningar och stöd. Sammantaget beräknas satsningar på boendet uppgå till cirka 1,7 miljarder kronor under mandatperioden.

Regeringen har i propositionen Rätten att få åldras tillsammans – en fråga om skälighet, värdighet och välbefinnande i äldreomsorgen (prop. 2011/12:147) föreslagit att äldre människor, som varaktigt levt tillsammans och sammanbott, ska kunna fortsätta att göra det även när den enes behov kräver boende i en särskild boendeform för äldre. Bestämmelsen föreslås träda i kraft den 1 november 2012. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen på området.

7.15.4 Fortsatt utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården

De barn och unga som är i behov av insatser från socialtjänsten tillhör i många fall de mest sårbara och utsatta i vårt samhälle. Regeringen har under mandatperioden vidtagit åtgärder för att stärka och utveckla den sociala barn- och ungdomsvården, bl.a. genom att ge Socialstyrelsen ett uppdrag att utveckla ett program för trygg och säker vård vilket bl.a. omfattar framtagande av föreskrifter, allmänna råd och vägledning på området samt utbildningsmaterial för familjehem och jourhem.

Regeringen bedömer det som viktigt att fortsätta stärka stödet och skyddet för barn och unga samt vidta åtgärder för att stödja utvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården. I juni 2012 fattade regeringen beslut om en lagrådsremiss om stärkt stöd och skydd för barn och unga. I lagrådsremissen föreslår regeringen ändringar i främst socialtjänstlagen (2001:453) i syfte att stärka stödet

och skyddet för barn och ungdomar som far illa eller riskerar att fara illa. Lagrådsremissen stärker även barnrättsperspektivet genom att förtydliga att barnets bästa ska vara avgörande vid beslut och andra åtgärder som rör vård eller behandlingsinsatser. I lagrådsremissen föreslås bl.a. nya bestämmelser i när det gäller barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Barn och unga i samhällsvård är en sårbar grupp och regeringen anser att det är särskilt angeläget att värna deras trygghet och säkerhet. Därför föreslås bland annat att socialnämnden i samband med ett beslut om placering ska teckna avtal med familjehemmet om nämndens och familjehemmets åtaganden under placeringen. Socialnämnden föreslås också bli skyldig att tillhandahålla familjehemmet den utbildning som behövs. Regeringen anser även att det är viktigt att ett placerat barn lätt kan få kontakt med socialtjänsten samt att barnet vet vem det ska vända sig till. När vård ges i ett familjehem eller i ett HVB föreslår regeringen att socialnämnden ska utse en särskild socialsekreterare som ska ansvara för kontakterna med barnet eller den unge. Den särskilt utsedda socialsekreteraren ska besöka barnet eller den unge regelbundet och i den omfattning som är lämplig utifrån barnets och den unges behov och önskemål. Som ett led i att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas, följas upp och säkras föreslår regeringen att socialnämnden ska se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden. För att se hur de nya bestämmelserna efterlevs kommer regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att på nationell nivå följa upp effekterna av de nya bestämmelserna. Regeringen anser att kommunerna årligen ska kompenseras med 65 miljoner kronor för nya åtaganden och ambitionshöjningar från och med den 1 januari 2013 (se avsnitt 7.17.7 anslag 4.7).

Som tidigare nämnts har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende. Regeringen bedömer att det är angeläget att gå vidare och utvidga detta uppdrag. I den ovan nämnda lagrådsremissen görs därför bedömningen att det finns behov att inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag vidareutveckla det långsiktiga nationella säkerhetsprogrammet för barn och unga i samhällsvård i syfte att bidra till att utveckla rutiner, strukturer och andra ändamålsenliga

verktyg som är verksamma inom socialtjänsten. Angelägna uppgifter kommer bl.a. att vara att kontinuerligt följa omfattningen av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården samt analysera och sprida de erfarenheter som görs. Vidare avser regeringen att se över möjligheterna att genomföra brukarundersökningar avseende barn och unga inom samhällsvård.

Nationell och internationell forskning visar att en god utbildning är en av de starkaste skyddande faktorerna för hur det går senare i livet. Detta gäller i synnerhet barn i samhällsvård. Regeringen har därför gett Statens institutionsstyrelse och Specialpedagogiska skolmyndigheten i uppdrag att utveckla en strukturerad modell för skolverksamheten som bedrivs på Statens institutionsstyrelse särskilda ungdomshem. Syftet är att sammanlänka skolrelaterade insatser före, efter och under en placering.

Översyn av bestämmelserna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Utöver förslagen i lagrådsremissen om stärkt stöd och skydd för barn och unga bedömer regeringen att det finns behov av att se över bestämmelserna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt analysera behovet av förändringar och förtydliganden i regelverket. Regeringen fattade därför den 12 juli beslut om att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att göra en sådan översyn. Vissa frågor som berör socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) ska även ingå i uppdraget. Syftet med utredningen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn och unga som bereds vård enligt LVU samt att bidra till kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården, med särskilt fokus på tvångsvård.

Kompetensutveckling

Socialsekreterare som arbetar inom den sociala barn- och ungdomsvården har ett komplicerat och ansvarsfullt arbete. Arbetet med att utreda och ge barn det stöd och den hjälp de är i behov av innebär ofta svåra bedömningar, som kan vara

livsavgörande för barn, ungdomar och föräldrar. Att socialsekreterare som arbetar med dessa uppgifter har tillräcklig kompetens och erfarenhet för att klara uppgifterna är angeläget, bl.a. med barns och föräldrars rätt till rättssäkerhet och kvalitet i verksamheten. Regeringen gör i lagrådsremissen Stärkt stöd och skydd för barn och unga bedömningen att det finns anledning att ytterligare främja och stödja kunskapsutvecklingen, bl.a. avseende kompetens för personer som arbetar med myndighetsutövning. Regeringen avser därför att ta fram ett underlag i syfte att stärka huvudmännens arbete inom detta område.

Barnskyddsutredningen har föreslagit att det ska krävas socionomexamen för att utföra vissa arbetsuppgifter inom den sociala barn- och ungdomsvården. Frågan om kompetens hos handläggare inom socialtjänsten, inklusive den om barn- och ungdomsvården, kommer att beredas vidare inom ramen för 2009 års Behörighetsutrednings förslag i betänkandet Kompetens och ansvar (SOU 2010:65).

En synlig och tillgänglig socialtjänst för barn och unga

Rapporter från olika organisationer pekar på att socialtjänsten ofta uppfattas som en osynlig och otillgänglig aktör. Föräldrar, barn, intresseorganisationer och andra som kommer i kontakt med socialtjänsten har ett självklart intresse av att kunna ta del av bestämmelser som reglerar den sociala barn- och ungdomsvården. Barn ska även veta vilket stöd de har rätt till om det uppstår behov av insatser. Det kan vara svårt att både hitta och förstå vilka regler som finns och vad det är som gäller i olika situationer. Det gäller särskilt för föräldrar, barn och unga men också för olika yrkesgrupper som kommer i kontakt med lagstiftningen. För att föräldrar och barn ska förstå vad som händer, kunna ta tillvara sin rätt och kunna påverka sin situation krävs att regelsystemet är tillgängligt och begripligt. Regeringen anser därför att det finns anledning att vidta åtgärder för att göra socialtjänsten mera synlig, känd och tillgänglig. Denna satsning skulle bl.a. kunna vara en pedagogisk presentation av bestämmelserna i socialtjänstlagen och LVU så att de blir lättillgängliga för barn, unga och föräldrar. Regeringen föreslår att presentationen bör utformas och lanseras

som ”Barntjänsten på nätet”. Regeringen bedömer att det finns ett behov av att närmare analysera hur samhället kan agera för att barn på ett enkelt sätt kan nå socialtjänsten i en akut situation.

Evidensbaserad praktik och öppna jämförelser

Regeringens arbete med evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och den sociala barn- och ungdomsvården fortsätter. Regeringen anser att det behövs fortsatt stöd till det regionala samarbete som sker inom ramen för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Ett prioriterat område för utvecklingsledarna under 2012 har varit att stödja utvecklingsarbete på lokal och regional nivå. Det handlar bl.a. om att identifiera utvecklingsområden som systematiskt kan följas upp. Det arbete som bedrivs inom BBIC-nätverket (Barns behov i centrum) ska bl.a. tas till vara. Från och med 2012 finns utvecklingsledare på plats i samtliga län och medel har avsatts för fortsatt arbete under 2013. Den satsning på öppna jämförelser som initierats av regeringen drivs vidare av Socialstyrelsen som årligen redovisar nationella öppna jämförelser av den sociala barn och ungdomsvården. Socialstyrelsen utvecklar också kontinuerligt nya indikatorer i syfte att utveckla jämförelserna av kvalitet och ge bättre förutsättningar att följa utvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag kommit in med förslag till hur statistiken avseende barn och unga inom samhällsvården kan utvecklas.

7.15.5 Upprättelseprocess

Utifrån en ramöverenskommelse mellan företrädare för regeringspartierna och Socialdemokraterna, Miljöpartiet de gröna samt Vänsterpartiet beslutade regeringen i juni 2012 om propositionen Ersättning av staten till personer som utsatts för övergrepp eller försummelse i samhällsvården (prop. 2011/12:160). Propositionen innehåller förslag till en ny lag om ersättning av staten på grund av övergrepp eller försummelse i samhällsvården av barn och unga. För att övergreppen eller försummelserna ska kunna ge rätt till ersättning enligt lagen ska de

vara av allvarlig art och ha skett i samband med vården när personen varit omhändertagen för samhällsvård någon gång under tidsperioden 1 januari 1920 till och med den 31 december 1980. En särskild myndighet ska pröva och besluta om ersättning efter ansökningar från enskilda. En särskild utredare har tillkallats med uppdrag att genomföra bildandet av den nya myndigheten (dir. 2012:25). Den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. Möjligheten till ersättning är en del av upprättelseprocessen för de barn och unga som under sin barndom varit utsatta för övergrepp eller försummelse inom samhällsvården. Sedan tidigare har den så kallade Vanvårdsutredningen haft i uppdrag att granska och kartlägga allvarliga övergrepp och vanvård inom den sociala barn- och ungdomsvården. Utredningen har redovisat sina resultat i två rapporter till regeringen (SOU 2009:99 och SOU 2011:61). I november 2011 genomförde regeringen en upprättelseceremoni för de drabbade i Stockholms stadshus. En offentlig ursäkt å samhällets vägnar framfördes av riksdagens talman. Regeringen har vidtagit och avser att fortsätta insatserna för att utveckla den sociala barn- och ungdomsvården och stärka skyddet för barn och unga i samhällsvården.

7.15.6 Personer med missbruksproblematik

Kunskaps- och kvalitetsutveckling

I propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47), som sträcker sig över perioden 2011–2015 har regeringen beslutat om ett antal långsiktiga mål inom området. Se avsnitt 9. Ett av dessa innebär att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Kopplat till detta långsiktiga mål finns ett antal prioriterade mål varav ett innebär att tillgången till kunskapsbaserade vård- och stödinsatser ska öka. Det innebär en fortsatt utveckling mot att insatser alltmer baseras på befintlig kunskap om insatsers effekter bl.a. i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Sedan 2008 har staten ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till implementering av riktlinjerna där den bärande idén är att kommuner och landsting ska ta ett

gemensamt ansvar för utvecklingen av missbruks- och beroendevården och tillsammans utveckla en långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. Utvecklingsarbetet har fått namnet Kunskap till praktik. Under 2012 har de åtta län som kom in sent i utvecklingsarbetet fått fortsatt stöd för att få möjlighet att hitta former för en hållbar regional struktur. Under året kommer även modeller för lokal uppföljning att implementeras i 15 län med stöd av länens lokala FoU-enheter med avsikten att utvecklingsarbetet ska fortsätta även under 2013.

Ett annat prioriterat mål under strategiperioden är att regionala och lokala skillnader i kvalitet, tillgänglighet och resultat ska minska. Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården belyser en rad kvalitetsaspekter i den missbruksvård som kommuner och landsting tillhandahåller och gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten och uppmärksamma lokala och regionala skillnader. I det fortsatta utvecklingsarbetet med öppna jämförelser ska missbruks- och beroendevårdens arbete belysas utifrån ett barn- och föräldraperspektiv. Regeringen har för avsikt att samordna arbetet med öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården med utvecklingen av en ändamålsenlig struktur för en samlad uppföljning och utvärdering av effekterna av regeringens insatser inom hela ANDT-området (alkohol, narkotika, dopning och tobak).

Uppmärksamma de närstående med särskilt fokus på barnen

Att uppmärksamma missbrukets konsekvenser för barn och andra närstående är en fortsatt prioriterad fråga för regeringen. I regeringens ANDT-strategi är ett prioriterat mål att barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd. Stödet ska utgå från barnets egna förutsättningar och behov. Regeringen har därför beslutat om ett långsiktigt nationellt utvecklingsarbete för att stärka stödet till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer. Socialstyrelsen ska i samråd med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting leda och samordna sats-

ningen, som ska pågå t.o.m. 2014 (S2011/6353/FST).

En viktig ingång för att nå dessa barn, är genom deras föräldrar, som ofta är kända inom missbruks- och beroendevården. En del i det långsiktiga nationella utvecklingsarbetet är att förstärka barn- och föräldraperspektivet i vården genom att ge föräldrarna, oavsett om de har vårdnaden om barnen eller ej, möjlighet att stärka sitt föräldraskap och uppmärksamma barnens behov. Staten och Sveriges Kommuner och Landsting har därför ingått en överenskommelse som innebär att utvidga det stöd till utveckling av missbruks- och beroendevården, som genomförs inom Kunskap till Praktik, till att omfatta insatser för att förstärka barn- och föräldraperspektivet i vården. Insatserna kommer att ha fokus på lokalt och regionalt utvecklingsarbete utifrån huvudmännens behov. I detta arbete har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting en viktig uppgift att ta tillvara brukarorganisationers och andra idéburna organisationers erfarenheter och kompetens (S2011/7432/FST).

Ansvar och samverkan

Missbruks- och beroendevården är ett område där flera huvudmän har ansvar enligt olika lagstiftningar. Missbruksutredningen har i sitt betänkande (SOU 2011:35) föreslagit en reformerad och utvecklad missbruks- och beroendevård, vilket omfattar ett tydligare ansvar för effektivare vård, stärkt ställning för individen och bättre kvalitet, kunskap och kompetens. Personer med ett tungt missbruk har ett särskilt behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från såväl socialtjänst som beroendevård. Människor med riskbruk eller begynnande missbruk vänder sig oftare till primärvården än tar kontakt med kommunens socialtjänst för hjälp. Målet ska vara en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård utifrån den enskildes behov.

7.15.7 Ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd är välfärdssystemets yttersta skyddsnät och syftar till att träda in under korta perioder av försörjningsproblem när andra försörjningsmöjligheter är uttömda. Den

enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Arbetslöshet är en vanlig orsak till behovet av ekonomiskt bistånd. Då ekonomiskt bistånd enbart ges när alla andra möjligheter till försörjning är uttömda är det inte alltid lönsamt att ta tillfälliga jobb eftersom inkomsterna reducerar biståndet i motsvarande mån.

Jobbstimulans och kommunala insatser

Ett av regeringens övergripande mål är att få fler personer i arbete och minska utanförskapet och därmed öka förmågan till självförsörjning. Ett prioriterat område är därför att göra det mer lönsamt för biståndsmottagare att ta tillfälliga jobb och utöka sin arbetstid. Vidare är det viktigt att biståndsmottagare får tillgång till insatser som ökar deras möjlighet att få arbete samtidigt som kraven på deltagande i sådana aktiviteter stärks.

Regeringen har därför för avsikt att föreslå att beräkningen av försörjningsstöd förändras så att endast en del av arbetsinkomsten påverkar bedömningen av rätten till ekonomiskt bistånd. Syftet med förändringen är att minska marginal-effekterna vid arbete. Utformningen av en sådan förändring, en s.k. jobbstimulans, har föreslagits i en departementspromemoria från Socialdepartementet; Ds 2012:26 Jobbstimulans inom det ekonomiska biståndet m.m., som skickats ut på remiss. I departementspromemorian föreslås jobbstimulansen träda ikraft den 1 juli 2013. Kostnaderna för jobbstimulansen beräknas till 200 miljoner kronor på årsbasis. Regeringen avser att under våren 2013 återkomma till riksdagen om reformens närmare utformning. Vidare avser regeringen föreslå att kommunerna får rätt att anvisa alla personer med försörjningsstöd, oavsett ålder, till praktik och kompetenshöjande insatser. Ett sådant förslag ingår också i departementspromemorian. Regeringen avser att under våren 2013 återkomma till riksdagen i frågan.

För personer som hänvisas till ekonomiskt bistånd för sin försörjning krävs åtgärder inom olika områden eftersom orsakerna inte sällan är komplexa. Insatser från både kommuner och Arbetsförmedling är nödvändiga och kräver effektiva och samordnade lösningar. Kunskapen om de kommunala arbetsmarknadsrelaterade åtgärderna och dess effekter är begränsade varför

det är av stor vikt att området studeras närmare. Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att kartlägga kommunernas och Arbetsförmedlingens insatser till personer med ekonomiskt bistånd som är inskrivna vid Arbetsförmedlingen, kartlägga samverkan mellan Arbetsförmedlingen och kommunerna samt hur kommunerna tillämpar rätten att ställa krav på aktivitet för den som har arbetsförmåga och får försörjningsstöd.

För att stimulera barn och skolungdomars arbete avser regeringen föreslå en höjning av gränsen för arbetsinkomster som får beaktas vid beräkning av rätten till bistånd enligt 4 kap 1 a § SoL. Regeringen aviserar nu en höjning av denna inkomstgräns till ett prisbasbelopp. Höjningen avses träda i kraft 1 juli 2013. Kostnaderna för kommunerna beräknas till 10 miljoner kronor på årsbasis. Regeringen avser att under våren 2013 återkomma till riksdagen i frågan.

Bättre uppföljning av arbets sökande

Arbetslinjen innebär att krav på den enskilde att försöka hitta en egen försörjning kombineras med stöd och drivkrafter till arbete. Erfarenheten visar att övergången från arbetslöshet till sysselsättning kan öka när förmedlingsinsatser kombineras med kontroll och uppföljning av arbets sökandet. Enligt regeringen bör samtliga arbetslösa aktivt söka arbete. Samma krav bör därför i princip ställas på arbetslösa oavsett vilken ersättning från det offentliga den enskilde har. Uppföljningsåtgärderna i de olika regelverken bör, där så är möjligt, också vara likartade.

Det är viktigt att även inskrivna arbetslösa som varken uppbär arbetslöshetsersättning eller aktivitetsstöd söker arbete aktivt och att Arbetsförmedlingen stödjer och följer upp dessa arbets sökande. Detta gäller inte minst personer med ekonomiskt bistånd från kommunerna. Arbetsförmedlingen har här en viktig roll att fylla utifrån den fastlagda ansvarsfördelningen mellan stat och kommun. Mottagaren av ekonomiskt bistånd måste själv ge sitt medgivande till att socialtjänsten lämnar ut information till Arbetsförmedlingen om att den enskilde har ekonomiskt bistånd. Genom att Arbetsförmedlingen får kunskap om att den enskilde har sin försörjning från kommunen kan myndigheten bidra med bättre information för

socialtjänstens biståndsbedömning. Regeringen avser ge Socialstyrelsen i uppdrag att främja informationsspridningen om hur kommuner och Arbetsförmedlingen kan samverka för att stödja arbetssökandet för biståndstagare, bl.a. om hur Arbetsförmedlingen effektivt kan kommunicera med socialtjänsten om detta arbetssökande. Dessa åtgärder kompletteras med fler förslag för att förbättra Arbetsförmedlingens uppföljning av och informationsutbyte rörande biståndsmottagares arbetssökande (se vidare utg.omr 14 avsnitt 3.5).

7.15.8 Hemlöshet

Hemlöshet är en utmaning för det svenska välfärdssamhället. Det är både ett socialpolitiskt och bostadspolitiskt problem som kräver insatser av och samverkan mellan olika aktörer. Regeringens tidigare satsningar inom ramen för en hemlöshetsstrategi 2007–2009 bidrog till en utveckling av kommunernas arbete med vräkningsförebyggande insatser och väckte ett ökat intresse för frågan.

En viktig uppgift framöver är att förankra gjorda erfarenheter så att de kan få mer varaktigt genomslag i hela landet. Ambitionen är att inga barn ska drabbas av vräkning (ref. Hemlöshetsstrategin) och att antalet kommuner som arbetar förebyggande ska öka. Detta kan bli möjligt om fler kommuner arbetar efter den vägledning som finns avseende vräkningsförebyggande arbete. Under 2012 tillsatte regeringen en nationell hemlöshetsamordnare som ska vara kommunerna behjälplig att utifrån en nationell dialog förankra hur lokala handlingsplaner och strategier kan tas fram och användas på ett effektivt sätt. Målet för arbetet med dessa är att utifrån respektive huvudmans ansvarsområde lämna förslag på hur arbetet med att motverka hemlöshet kan samordnas för att bättre än idag förebygga att personer hamnar i hemlöshet och att vräkningar undviks. Länsstyrelserna har också i uppdrag att bistå kommunerna i arbetet med att planera bostadsförsörjningen. I länsstyrelsernas uppdrag ingår att de särskilt ska analysera hur kommunerna beaktar arbetet med att motverka hemlöshet, samt att ge kommunerna råd och stöd i planeringen med att motverka hemlöshet i synnerhet bland barnfamiljer som drabbas av vräkning. Därutöver har Socialstyrelsen fått i uppdrag att som ett

komplement till den nationella kartläggningen avseende hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden ta fram kunskap om hemlösa utrikes födda personer som inte har permanent uppehållstillstånd i Sverige avseende omfattning och karaktär samt vilka stödinsatser som finns för gruppen.

7.15.9 Stöd till brottsoffer

Regeringens målsättning är att alla ska kunna leva i trygghet och säkerhet. En rad insatser har vidtagits för att förbättra situationen för brottsoffer på olika sätt och detta arbete fortsätter. Trots att socialtjänstens verksamhet för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld har utvecklats de senaste åren kvarstår behovet att fortsätta det statliga engagemanget. Det är viktigt att all den kunskap som tagits fram på området nu sprids och används på ett effektivt sätt. Regeringen fördelar varje år 109 miljoner i utvecklingsmedel på detta område och utöver de medel som går till kommunerna och de ideella föreningarna, ska medlen även användas för att ta fram ett nationellt och regionalt kunskaps- och metodstöd.

En avgörande del av stöd till våldsutsatta och hotade personer är det skyddade boendet. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att göra en samlad analys av insatsen skyddat boende för hotade personer och ska då genomföra en kartläggning av omfattningen och kvaliteten av skyddade boenden i Sverige. Myndigheten ska också ta fram ett förslag till modell för hur insatsen kan kvalitetsutvecklas, följas upp och utvärderas kontinuerligt på nationell nivå. Uppdraget omfattar samtliga relevanta verksamheter, såväl kommunala, ideella och privata, som vänder sig till alla typer av brottsoffer.

Inom ramen för Socialstyrelsens långsiktiga uppdrag att fortsätta stimulera utvecklingen av socialtjänstens arbete på detta område har myndigheten tagit fram utbildningsmaterial med fokus på särskilt utsatta grupper av kvinnor, kvinnor med missbruksproblem och kvinnor med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen genomför även, inom ramen för uppdraget, en förstärkt tillsyn av hur socialtjänsten, hälso och sjukvården och andra utförare arbetar med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Dessutom har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla bedömningsinstrument och

stödsinsatser för personer som har utsatts för våld eller andra övergrepp av närstående. Uppdraget syftar till att kvalitetssäkra det stöd och den hjälp som socialtjänsten och andra berörda verksamheter tillhandahåller. I uppdraget ska särskilt uppmärksammas situationen för och behovet av stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat eller utsatts för våld.

Insatser som riktar sig till de som utövar våld mot närstående är en viktig del i arbetet för att bekämpa och förebygga våld i nära relationer. Regeringen anser att det är betydelsefullt att det utvecklas kunskapsbaserade och mer enhetliga metoder och arbetssätt som kan användas i socialtjänsten vid insatser för våldsutövare. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och sprida metoder för arbetet med personer som utövar våld mot närstående och som inte är föremål för insatser inom kriminalvården. De metoder som utvecklas ska beakta de närståendes behov av trygghet och säkerhet. Uppdraget syftar till att utveckla det förebyggande arbetet riktat till personer som utövar våld mot närstående.

7.15.10 Insatser för att utveckla stöd till föräldrar

Regeringens strategi för ett utvecklat föräldrastöd

Utifrån barnkonventionen har varje barn rätt till trygga uppväxtvillkor och till att få utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar.

Barnets allra viktigaste miljö är hemmet och samvaron med sina föräldrar. En trygg anknytning till och ett gott samspel med föräldrarna de första levnadsåren skapar förutsättningar för såväl en trygg uppväxt som för en god fysisk och psykisk hälsa under barndomen och senare i livet. Föräldrarna har huvudansvaret för barnets välbefinnande och ska utifrån familjens livssituation och barnets behov se till barnets bästa och säkerställa de rättigheter barnet har. Många föräldrar upplever att det ställs stora krav på dem i föräldrarollen och uttrycker ett behov av stöd. Staten ska ge föräldrarna lämpligt bistånd i det arbetet.

För att stärka och utveckla stödet till föräldrar under barnets hela uppväxttid presenterade regeringen därför 2009 en nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd med målet att alla

föräldrar ska erbjudas stöd under barnets uppväxt upp till 18 år. Strategin syftar till att dels inspirera kommuner och landsting att utveckla stöd och hjälp till föräldrar i föräldraskapet, dels utgöra ett praktiskt stöd i det organisatoriska planerings- och utvecklingsarbetet.

Inom ramen för arbetet med ett uppnå mål och delmål i strategin har Statens Folkhälsoinstitut på regeringens uppdrag fördelat 130 miljoner kronor i stimulansbidrag till ett urval av kommuner under 2010 och 2011. Stimulansmedlen kopplade till föräldrastödsstrategin bedöms ha bidragit till att utvecklingen av föräldrastöd gått framåt i de kommuner som tagit del av dem. Stimulansmedlen har lett till ökad samverkan kring de föräldrastödande insatserna, fler mötesplatser för föräldrar och ett ökat antal utbildare i föräldrastöd i de kommuner som berörs av satsningen.

Det finns i dag en betydande kunskap om hur ett framgångsrikt lokalt och regionalt föräldrastöd kan bedrivas. Därför tilldelade regeringen under 2012 Statens folkhälsoinstitut 2 miljoner kronor för att ytterligare sprida den kunskap som framkommit under tiden i föräldrastödsprojekten i landet. I augusti 2012 fick Statens folkhälsoinstitut dessutom i uppdrag att utse en aktör som ska ta fram och erbjuda utbildning i föräldrastödande arbete.

Som komplement till det universella stödet riktat till alla föräldrar pågår även två projekt som riktar sig till föräldrar med barn med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning, inom ramen för ett uppdrag till Statens folkhälsoinstitut 2010. Det pågår även andra riktade föräldrastödande insatser vilka redovisas under Utg.omr. 9 ANDT och spel.

Regeringen avser att följa utvecklingen av föräldrastödet i landet och anser att det är angeläget att de föräldrastödande insatserna i enlighet med föräldrastödsstrategin kommer fler föräldrar till del.

Samarbetssamtal och försöksverksamhet

Situationen för barn till ensamstående föräldrar är en fråga som är mycket angelägen i regeringens arbete. Utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad, konstaterar i sitt betänkande (SOU 2011:51) att många särlevande föräldrar saknar information, kunskap och stöd rörande ekonomi och barns försörj-

ning. Brist på kunskap och stöd i frågor som rör ekonomi och barns försörjning kan dessutom försvåra samarbetet mellan föräldrarna och förstärka konflikter.

Utredningen har lämnat förslag om att ekonomiska frågor som rör barnet – utöver frågor om vårdnad, boende och umgänge – ska ingå i kommunernas samarbetsamtal samt att samtal bör erbjudas gifta föräldrar i samband med ansökan om äktenskapsskillnad. Samtalen syftar till att enas om det fortsatta gemensamma ansvaret för barnet. Utredningens förslag har remissbehandlats med ett positivt utfall. Ekonomiska frågor som rör barnet är ofta nära förknippade med frågor om vårdnad, boende och umgänge, och det kan därför finnas en fördel av att ta ett samlat grepp om dessa frågor inom ramen för samarbetsamtalen. För barnets skull är det viktigt att eventuella konflikter hanteras på ett bra sätt, helst utanför domstol, för att undvika att barnet hamnar i kläm. Regeringen har för avsikt att återkomma i frågan. Se även utgiftsområde 9 Barnrättspolitik, avsnitt 8.5.2 Politikens inriktning.

Utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad har vidare lämnat förslag om att en försöksverksamhet med s.k. separationsteam ska prövas i ett antal kommuner i syfte att individanpassa stödinsatser där olika professioner samverkar. Regeringen har därför lämnat ett uppdrag till Socialstyrelsen om en förstudie angående förutsättningarna för att pröva en sådan försöksverksamhet, för att vid behov försöka erbjuda föräldrar och barn stöd vid separation.

7.15.11 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning ska, så långt det är möjligt, kunna delta i samhällsliv och arbetsliv på jämlika villkor som andra. Individuella stödinsatser och lösningar ska utgöra ett komplement för den som behöver det.

Regeringen beslutade i juni 2011 om en strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Strategin bygger bl.a. på de inriktningsmål som regeringen fastställde i en skrivelse till riksdagen i mars 2010 (skr. 2009/10:166). Regeringen aviserar även ett antal nya initiativ i strategin. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) har

fått i uppdrag att ansvara för uppföljning av strategins mål och insatser samt för att utveckla ett sammanhållet system för att beskriva och analysera utvecklingen. Se vidare område 6 Funktionshinderspolitik.

Regeringen har i strategin beslutat om delmål för Socialstyrelsen och för andra strategiska myndigheter vilka årligen ska redovisas till regeringen och till Handisam.

Informationsmaterial till stöd för ökad kompetens

Avsaknad av tillräcklig och relevant kompetens påverkar såväl effektiviteten som säkerheten och kvaliteten i vård och omsorgsinsatserna. Socialstyrelsen har under 2012 redovisat en vägledning för bedömning av kompetensbehov för arbete inom verksamheter som ger stöd, service och omsorg till personer med funktionsnedsättningar. Regeringen kommer från och med 2013 inom pågående kompetenssatsning riktad till personal inom äldreomsorgen öppna upp möjligheten att även omfatta personal inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning inom ramen för socialtjänstlagen (SoL 2001:453). Omsorgspersonalen arbetar ofta med både äldre personer och personer med funktionsnedsättning och utvidgningen av målgrupp för Omvårdnadslyftet avser att stärka kompetensen på ett effektivt sätt.

Bättre anpassade insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning

Insatser för att förebygga psykisk ohälsa och en förbättrad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa är ett av regeringens prioriterade områden. Målsättningen med regeringens politik är att genom strategiska och långsiktiga satsningar åstadkomma varaktiga förbättringar. Sedan 2007 har regeringen gjort en omfattande satsning på att åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk ohälsa. I maj 2012 presenterade regeringen den fortsatta inriktningen på satsningen genom att besluta om handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016. Handlingsplanen ska genom att lyfta fram ett antal strategiska prioriterade områden och därtill kopplade insatser utgöra en grund för regeringens arbete på området under de kommande fem åren. En viktig utgångspunkt

i det fortsatta arbetet är att dessa ska bygga på den satsning som har varit och säkra hållbarheten i redan genomförda åtgärder. Regeringen avser att avsätta ca 870 miljoner kronor per år i syfte att förebygga psykisk ohälsa och att förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. Grupperna barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad problematik är särskilt prioriterade. En av de centrala beståndsdelarna i satsningen är en bred överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting som syftar till att, genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, skapa förutsättningar för ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i kommuner och landsting.

Anhöriga och närståendes insatser spelar en viktig roll i stödet till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Inom ramen för psykiatrisatsningen har regeringen därför tagit initiativ till en särskild satsning på ett förstärkt och riktat stöd genom ett anslag till Nationellt kompetenscentrum Anhöriga på 2 miljoner kronor under 2012. Regeringen avser att avsätta ytterligare 3 miljoner kronor under 2013 och 2014.

Statskontoret fick i juni 2011 regeringens uppdrag att följa upp och analysera hur vården och stödet till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning har utvecklats över tid utifrån den inriktning och de uppföljningsmått satsningen haft (se regeringens skrivelse 2008/09:185).

Inom ramen för det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har att arbeta med öppna jämförelser inom socialtjänsten samlas bland annat in data kring daglig verksamhet. Behov finns att samla in fler data från kommunerna om vilka insatser som leder till arbete från daglig verksamhet och meningsfull sysselsättning.

Socialstyrelsen ska få i uppdrag att, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, utveckla relevanta indikatorer för personer med aktivitetsersättning. Insamlade data bör kunna fånga in vilka kommuner som är mer framgångsrika än andra inom området och därmed bidra till ökat erfarenhetsutbyte och spridning av goda exempel.

Sysselsättning

Regeringen har genomfört olika satsningar för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få tillgång till arbete och anpassad sysselsättning. Möjligheterna till en meningsfull sysselsättning behöver förbättras och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör i större utsträckning leda till att fler personer med psykisk ohälsa kan komma in på arbetsmarknaden.

Att främja meningsfull sysselsättning och underlätta deltagande på arbetsmarknaden är en fortsatt prioriterad fråga inom regeringens psykiatrisatsning. Kampanjen Hjärnkoll, som syftar till att öka kunskapen om och förändra negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa, är en satsning inom ramen för detta. Uppdraget genomförs av Myndigheten för handikappolitisk samordning, Handisam, i samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH.

Handisam fick i december 2011 ett uppdrag av regeringen att ta fram en ny strategi för satsningen åren 2012–2014. Den nya strategins fokus är att förstärka insatserna inom arbetslivet. Målet är att arbetsgivares kunskap om psykisk ohälsa och om hur man kan främja den psykiska hälsan på arbetsplatsen bland annat genom att ett bättre stöd till chefer utvecklas. För 2013 avser regeringen avsätta 18,5 miljoner kronor för det fortsatta arbetet med Hjärnkoll samt för 2013 högst 19,5 miljoner kronor.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen inlett en försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Försöksverksamheten ska genomföras under 2011–2013 med 35 miljoner kronor per år.

Våren 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en modell med kriterier som skulle ligga till grund för fördelningen av de medel som avsatts. Enligt regeringsbeslutet skulle förslaget baseras på en inventering av befintlig forskning och utvecklingsarbete som gäller stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning och deras möjligheter att komma ut i arbetslivet.

Regeringen beslutade i september 2011 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en försöksverksamhet som grundas på den så kallade IPS-modellen (Individual Placement Support). IPS är en standardiserad och manual-

baserad form av arbetslivsinriktad rehabilitering för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Försöksverksamheten ska syfta till att öka deltagarnas möjligheter att kunna lönearbeta genom att stimulera kommuners arbete med metodutveckling, stöd till arbetsgivare vid deras utbildning av personal och precisering av innehåll i anpassad och meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget och hur medel har fördelats senast den 15 januari 2014.

Försöksverksamhet för barn och unga med funktionsnedsättning

Som ovan nämnts (under avsnitt 7.11.2) har Riksrevisionen granskat om offentliga aktörers samordning av stöden till barn och unga med funktionsnedsättning kan göras mer effektiv inom ramen för de medel som satsas på området (RiR 2011:17). Riksrevisionen konstaterade att samordningsproblem kvarstår trots många satsningar från statsmaktens sida under de senaste decennierna. Regeringen anser att det är angeläget att de brister som Riksrevisionen har pekat på i sin granskning åtgärdas, och har därför i juli 2012 beslutat att ge Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå en försöksverksamhet med samordnare för barn och unga med funktionsnedsättning (dnr. S2012/04967/FST). Samordnarens uppgift bör, enligt regeringens beslut, vara att underlätta samverkan mellan olika aktörer i syfte att förbättra samordningen av samhällets stöd till familjer med barn och unga med funktionsnedsättning. Förslag till försöksverksamhet med samordnare bör även innefatta hur verksamheten kan följas upp över tid. Uppföljningen bör kunna tjäna som underlag för beslut om att i framtiden sprida försöksverksamheten nationellt. Socialstyrelsen ska vidare genomföra en förstudie om hur information om de insatser och stöd som barn och unga med funktionsnedsättning kan få samt vilka huvudmän som ansvarar för respektive stöd på bästa sätt görs tillgänglig för målgruppen. Uppdraget ska redovisas senast den 18 januari 2013.

Nationell funktion på dövblindområdet

Regeringen har sedan 2004 gett bidrag till Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor, med syftet att centret ska verka stödjande genom att generera och sprida kunskap, information och metoder i dövblindfrågor. Verksamheten har bedrivits av Stiftelsen Mo Gård och har reglerats genom avtal. Efter en genomgång har regeringen konstaterat att formen för verksamheten behöver ses över. Regeringen bedömer att det även fortsättningsvis finns behov av en nationell funktion med de huvudsakliga uppgifterna att vara ett expertstöd till främst landstingen men också andra ansvariga huvudmän, att samla, utveckla och sprida information, att verka för metodutveckling, och att upprätta samarbetsformer för fördjupad brukarsamverkan. Dessutom ska funktionen stödja kommuner, landsting och andra relevanta aktörer i framtagandet av kurser och utbildningar, bl.a. kring bemötande av och stöd till personer med dövblindhet när det gäller rehabilitering och omsorg. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen i augusti 2012 fått i uppdrag (S2012/5379/FST) att utse en aktör med uppgiften att ha nationellt ansvar för expertstöd, information m.m. inom området dövblindhet. I uppdraget ingår att upphandla och sluta nödvändiga avtal med den aktör som ska bedriva verksamheten samt ansvara för att uppdraget fullföljs, liksom att årligen rapportera till Regeringskansliet (Socialdepartementet) om verksamhetens resultat. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2013.

Modernisering av stöd till personer med funktionsnedsättning

Socialdepartementet avser att tillsätta en interdepartemental arbetsgrupp som ska göra en översyn av förmånerna bilstöd till personer med funktionsnedsättning, handikappersättning och vårdbidrag till barn med funktionshinder. Syftet är att stöden ska göras mer förutsägbara, rätts-säkra och hållbara över tid. Målet med översynen är att åstadkomma ett mer sammanhållet och ändamålsenligt system för ersättning och för merkostnader för personer med funktionsnedsättning.

Efterfrågan på bilstöd har ökat de senaste åren. Regeringen har därför i höständerings-

budget (2011/2012:99) för 2012 föreslagit en ökning av anslaget med 70 miljoner kronor. Om riksdagen antar regeringens förslag uppgår anslaget för 2012 till 326 miljoner kronor. Utöver detta föreslår regeringen i denna proposition en permanent förstärkning av anslaget på 11 miljoner kronor och en tillfällig förstärkning på 33 miljoner kronor för 2013.

Insatser enligt LSS och assistansersättning

Åtgärder mot fusk och felaktigheter i assistansersättningen

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 att en särskild utredare skulle utreda hur stor del av den totala kostnadsökningen inom den statliga assistansersättningen som utgörs av fusk, oegentligheter och överutnyttjande. Utredningen skulle, på grundval av denna analys, presentera förslag i syfte att säkerställa assistansreformens långsiktiga hållbarhet, samtidigt som den enskildes rättigheter enligt lagen värnas. Utredningen om assistansersättningens kostnader lämnade i februari 2012 sitt betänkande Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning (SOU 2012:6). Betänkandet har remissbehandlats.

Regeringen lämnar i denna proposition förslag till lagändringar för att förhindra fusk, felaktigheter och överutnyttjande av assistansersättningen. Regeringen gör vidare bedömningar av hur Försäkringskassans arbete med genomförande, uppföljning och kontroll av beslut om assistansersättning bör utvecklas. Dessutom bedömer regeringen att Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) bör ges i uppdrag att följa upp och utvärdera de åtgärder som genomförs i denna proposition. Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2013.

Översyn av timbeloppet i assistansersättningen

Regeringen har gjort bedömningen att en särskild utredare bör se över grunderna för nuvarande schablonbelopp. Bakgrunden är bl.a. att Utredningen om assistansersättningens kostnader uppvisar att schablonersättningens konstruktion och beloppets nivå ger möjligheter till stora vinster per timme och att detta ger starka ekonomiska drivkrafter att försöka öka antalet beviljade timmar. Regeringen anser att grunderna för nuvarande timbelopp bör ses över

och att en sådan översyn bör genomföras av en särskild utredare.

Regeringsbeslut om att följa utfall av beslut om statlig assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken

Av uppgifter som lämnats av Försäkringskassan (dnr S2012/2324/FST) framgår att andelen indragningar vid omprövningar av assistansersättning, som beror på att den enskilde inte bedöms ha behov av personlig assistans i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan för grundläggande behov, har ökat under åren 2008–2010. Av uppgifter som har redovisats av Försäkringskassan framgår också att andelen indragningar vid tvåårsomprövning har varit oförändrad mellan år 2010 och 2011 och att andelen beslut om utökningar av assistanstimmar har ökat mellan dessa år. På grund av nya rapporteringsrutiner är emellertid inte den nya statistiken helt jämförbar med de uppgifter som finns tillgängliga för åren tidigare än 2010. Med tvåårsomprövning avses enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken att rätten till assistansersättning ska omprövas sedan två år förflutit från senaste prövningen och vid väsentligt ändrade förhållanden.

Regeringen beslutade i maj 2012 att ge Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag ta fram underlag för och bedöma orsakerna till utfallet av Försäkringskassans beslut om assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, såväl vid nybeviljande som vid tvåårsomprövning av sådana beslut, och till eventuella förändringar över tid. ISF ska även redovisa tänkbara orsaker till sådana förändringar. ISF ska också kartlägga vilka assistansberättigade som berörs av förändringarna och vilka eventuella andra insatser som erbjuds dessa. ISF ska delredovisa sitt uppdrag till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast i december 2012 och slutredovisa detta senast i oktober 2014.

Hjälpmedel

Olika typer av hjälpmedel är viktiga för att öka autonomi, delaktighet och livskvalitet för personer med funktionsnedsättning. Tilldelning av hjälpmedel ska utgå från individens behov och förutsättningar. För att uppnå detta ser regeringen det som angeläget att på olika sätt öka

valfriheten inom kommunerna och landstingens hjälpmedelsverksamhet. Den enskilde bör få inflytande över vilken produkt och utformning som är mest ändamålsenlig.

Hjälpmedelsinstitutet är en ideell förening med staten och Sveriges Kommuner och Landsting som gemensam ägare. Institutet utgör ett nationellt resurscenter på hjälpmedelsområdet. Hjälpmedelsinstitutet har sedan lång tid varit ledande i utveckling av olika hjälpmedelsprodukter och tjänster och stöd till huvudmännen på hjälpmedelsområdet. På senare år har institutet också aktivt bidragit till att utveckla en modern och bred användning av välfärdsteknologi inom vård och omsorgsområdet. Regeringen avser att se över formerna för regeringens styrning och inriktning på den verksamhet som Hjälpmedelsinstitutet omfattar.

Förlängning av försöksverksamheten med service- och signalhundar

Service- och signalhundar är hundar som tränas till att hjälpa personer med funktionsnedsättning med olika moment i den dagliga livsföringen. Det finns inget formellt hinder för kommuner och landsting att inom ramen för socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ge stöd till service- och signalhundar men i praktiken sker inte det i dag. För att kommuner och landsting ska bli intresserade av att ge sådant stöd behövs det mer kunskap om hur användningen av service- och signalhundar påverkar behovet av andra offentliga insatser. En försöksverksamhet med service- och signalhundar har pågått under tiden 2009–2011 i syfte att öka antalet service- och signalhundar i aktiv tjänst för att kunna utvärdera konsekvenserna av en ökad användning.

Regeringen har tidigare beslutat att förlänga försöksverksamheten för att få fler observationer och därmed säkrare resultat. Ytterligare hundekipage utbildas t.o.m. 2012 och tiden för utvärdering har förlängts t.o.m. 2014. Sammantaget beräknas kostnaderna för förlängningen uppgå till 2,35 miljoner kronor, varav 850 000 kronor för 2013.

7.16 Förslag om ökad säkerhet vid beslut om och utbetalning av assistansersättning

7.16.1 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 24 mars 2011 att en särskild utredare skulle utreda hur stor del av den totala kostnadsökningen inom den statliga assistansersättningen som utgörs av fusk, oegentligheter och överutnyttjande. Utredningen skulle också utreda och analysera grundorsakerna till kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen bl.a. när det gäller hur stor del av kostnadsutvecklingen som kan hänföras till övervältring av kostnader mellan huvudmän. Utredningen skulle, på grundval av denna analys och med utgångspunkt i och med beaktande av de mål och den allmänna inriktning som föreskrivs i 5 och 6 §§ lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, presentera förslag i syfte att säkerställa assistansreformens långsiktiga hållbarhet samtidigt som den enskildes rättigheter enligt lagen värnas.

Den 16 februari 2012 överlämnade Utredningen om assistansersättningens kostnader sitt betänkande Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning (SOU 2012:6). En sammanfattning av betänkandet samt författningsförslagen och förteckning över remissinstanser finns i *bilaga 2*. I denna proposition behandlar regeringen de förslag som lämnats för att motverka fusk och överutnyttjande inom assistansersättningen samt förslagen för att förbättra rutiner och kontroll hos Försäkringskassan. Betänkandet har remissbehandlats. Ett antal remissinstanser har i sina remissvar lämnat förslag som har direkt eller indirekt anknytning till förslagen i betänkandet. Det saknas förutsättningar för att behandla de förslagen i denna proposition eftersom det krävs ytterligare beredning. Ett flertal enskilda har gett in synpunkter på enskilda förslag i betänkandet. En sammanställning av remissyttrandena finns i Socialdepartementet dnr S2012/1273/FST.

Lagrådet

Regeringen beslutade den 7 juni 2012 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 2*, avsnitt 4. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 2*, avsnitt 5. Lagrådets synpunkter behandlas i avsnitt 7.16.3 och 7.16.7 samt i

författningskommentaren. Regeringen har följt Lagrådets förslag. Härutöver har några redaktionella ändringar gjorts i förhållande till lagrådsremissen.

7.16.2 Bakgrund

I detta avsnitt redovisas de principiella utgångspunkter som förslagen i propositionen utgår ifrån.

Åtgärder för att begränsa fusk och felaktigheter behöver genomföras för att säkerställa assistansens långsiktiga hållbarhet

Den personliga assistansen är en uppskattad insats bland de assistansberättigade och deras stöd och självbestämmande i dagligt liv har förbättrats genom den personliga assistansen. Det är mot denna bakgrund allvarligt när fusk och överutnyttjande av assistansersättningen kan uppkomma och fortgå. Utredningen har gått igenom kända och dokumenterade ärenden där fusk, oegentligheter och utnyttjande förekommer. Dessa ärenden visar bl.a. att assistansersättningen inte fullt ut går till sitt rätta ändamål. Det är av betydelse för assistansens trovärdighet att öka säkerheten i beslut och utbetalningar och så långt möjligt begränsa dessa problem. Det är i sammanhanget också viktigt att notera att alla felaktiga utbetalningar av assistansersättningen inte beror på fusk och överutnyttjande utan också på tillämpningsproblem och handläggningsfel. Även dessa problem bör uppmärksammas.

Regeringen anser mot denna bakgrund att det för assistansinsatsens legitimitet och trovärdighet är nödvändigt att genomföra åtgärder för att motverka fusk och felaktigheter samtidigt som dessa åtgärder måste vara i rimlig proportion till de problem som har kunnat konstateras.

När åtgärder övervägs måste den enskildes rättigheter enligt LSS värnas

Av regeringens direktiv till den särskilde utredaren framgår att syftet med utredningen var att säkerställa assistansersättningens hållbarhet samtidigt som den enskildes rättigheter inom LSS värnas. De bedömningar och förslag som utredaren skulle lämna skulle utgå från och ta hänsyn till verksamhetens mål och allmänna inriktning som detta uttrycks i 5 och 6 §§ LSS, nämligen att verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet

för lagens personkrets. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivs i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ges. Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov och utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Regeringen vill således betona att de förslag och bedömningar som lämnas, måste ligga i linje med lagstiftningens allmänna inriktning och inte får leda till att enskilda assistansberättigades rättigheter och självbestämmande beskärs. De förslag som aktualiseras ska inte påverka insatsernas innehåll utan enbart syfta till att förbättra möjligheterna till kontroll, uppföljning, effektivare handläggning och utökat myndighetssamarbete.

Möjligheterna att erhålla uppgifter för uppföljning och kontroll måste öka

Av regeringens direktiv till den särskilde utredaren framgår bl.a. att åtgärder skulle föreslås för att stärka förutsättningarna för att följa upp och kontrollera utbetalda assistansersättningar. Frågan om den enskildes integritet måste dock noggrant vägas mot de behov som finns för myndigheter att lämna information. De exempel på fusk och oegentligheter som har kommit fram är dock av sådan karaktär att det krävs kraftfulla åtgärder för att kunna komma åt dessa problem. Assistansersättningen omfattar dessutom stora belopp vilket betyder att det är särskilt angeläget att kunna begränsa sådant fusk. Även om ansvaret för att anmäla ändrade förhållanden åvilar den enskilde, så är en viktig utgångspunkt för regeringens förslag att samarbetet myndigheter emellan och Försäkringskassans möjligheter att ta del av information från anordnare av assistans måste förstärkas. Detta kommer också att gagna mottagarna av assistansersättningen bl.a. genom att assistansreformens legitimitet kan säkerställas och att det i större utsträckning blir möjligt att undvika att fel begås och att den enskilde blir återbetalningsskyldig för stora belopp.

7.16.3 Förslag för att motverka fusk och överutnyttjande

Skärpta krav för tillstånd att bedriva verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Regeringens förslag: Tillstånd att yrkesmässigt bedriva verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska få meddelas den som med hänsyn till sina ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt visar sig lämplig att bedriva sådan verksamhet. När det gäller en juridisk person ska lämplighetsprövningen även avse den verkställande direktören och annan med bestämmande inflytande, styrelseledamöter och styrelsesuppleanter som till följd av ekonomiska intressen har en väsentlig gemenskap med sökanden samt bolagsmän i kommandit- och handelsbolag. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om villkoren för tillstånd.

Kommuner och landsting ska vara skyldiga att anmäla till Socialstyrelsen när de bedriver verksamhet med personlig assistans.

Utredningens förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag. Utredningen har inte föreslagit att i lag precisera vilka personer utöver sökanden som ska prövas i lämplighetssyfte.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har yttrat sig över förslaget tillstyrker utredningens förslag eller lämnar förslag till hur reglerna kan anpassas för att bli mer ändamålsenliga.

Gotha hovrätt anser att uttrycket ”omständigheterna i övrigt” är svårt att definiera och att det därför av rättssäkerhetsskäl bör förtydligas vad som kan föranleda en återkallelse. *Brottsförebyggande rådet (Brå)* tillstyrker generellt utredningens förslag. *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget men anser att det i lagens förarbeten bör ges ledning gällande vilka fysiska personer som kan omfattas av bestämmelsen, så som sker i förarbeten till 1994 års alkohollag. Vidare föreslår Socialstyrelsen att det i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) införs en bestämmelse om att tillstånd beviljas endast om verksamheten

bedrivs med god kvalitet och säkerhet och att tillståndet får förenas med villkor. *Försäkringskassan* tillstyrker men anser att tillstånden för assistansanordnare bör tidsbegränsas. *Skatteverket* tillstyrker men föreslår att den föreslagna ändringen kompletteras med ett krav på att anordnare av assistansverksamhet ska vara godkänd för F-skatt. *Rikspolisstyrelsen*, *Inspektionen för socialförsäkringen*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen* tillstyrker förslaget. *Intressegruppen för assistansberättigade* uttalar sig positivt om förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting*, *flera kommuner och funktionshindringsorganisationer* tillstyrker förslaget. *Arbetsgivarföreningen KFO* stöder förslaget men anser att det endast bör gälla verksamhetsansvarig och styrelse. *Assistansanordnarna* föreslår att det ska vara möjligt för små anordnare att lägga ut delar av administrationen. *Vårdföretagarna Almega* är generellt sett positiva till förslaget men anser att det finns en del otydligheter som behöver utredas vidare.

Skälen för regeringens förslag: Socialstyrelsen prövar i dag ansökningar om tillstånd att bedriva yrkesmässig verksamhet enligt LSS utifrån allmänna krav på verksamheterna, framförallt kvalitetskravet i 6 §. Några specifika krav på personlig eller ekonomisk lämplighet för att medges tillstånd finns inte i lagen. Enligt utredningen har det visat sig att det har förekommit ett inte obetydligt antal oseriösa företag bland dem som ansökt om tillstånd för att bedriva verksamhet med personlig assistans, och att det därför finns behov av att pröva de sökandes personliga och ekonomiska lämplighet innan tillstånd meddelas. Behovet finns även när det gäller andra verksamheter än personlig assistans enligt LSS. Regeringen delar utredningens bedömning att det finns behov av tydliga regler i fråga om kriterier för tillståndsprövningen och föreslår därför regler som innebär att tillstånd att yrkesmässigt bedriva verksamhet enligt LSS endast får meddelas den som med hänsyn till sina ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt visar sig lämplig att bedriva sådan verksamhet.

När det gäller andra omständigheter än de ekonomiska kan detta exempelvis avse frågan om det inom verksamheten finns tillräcklig kunskap och erfarenhet för att bedriva verksamhet, både generellt och särskilt när det gäller personlig assistans, och om det finns kunskaper om vilka krav LSS och andra föreskrifter ställer. Det kan

även handla om ifall det förekommit brottslighet inom verksamheten tidigare. För fysiska personer kan övriga omständigheter även avse personliga förhållanden som kan påverka lämpligheten att bedriva verksamhet. *Skatteverket* föreslår att regeln kompletteras med ett krav på att den som är anordnare av assistansverksamhet ska vara godkänd för F-skatt. Regeringen anser att den omständigheten bör kunna vägas in i Socialstyrelsens bedömning av omständigheterna i övrigt. Regeringen anser i likhet med utredningen, att lämplighetsprövningen bör omfatta den sökande personens egen ekonomi och skötsamhet vad gäller bl.a. redovisning, betalning av skatter och arbetsgivaravgifter m.m. Det måste fästas stor vikt vid om den sökande har tillgång till den kunskap och erfarenhet i fråga om ekonomi och redovisning som krävs för att på ett betryggande och korrekt sätt kunna förvalta de stora summor som en verksamhetsutövare kan få ta emot. Bokföring, redovisning och eventuell återbetalning till Försäkringskassan samt betalningar av löner och skatter och arbetsgivaravgifter måste löpande kunna hanteras på ett tillförlitligt sätt. Regeringen delar utredningens bedömning att även motsvarande förhållanden bör gälla de fysiska personer som på ett eller annat sätt har ett direkt inflytande över verksamheten. Det kan gälla personer med inflytande på grund av ägande eller tjänsteställning men också andra personer som rent faktiskt spelar en aktiv roll i verksamheten. Socialstyrelsen efterfrågar ledning gällande vilka fysiska personer som kan omfattas av bestämmelsen. Regeringen anser att den personkrets som ska prövas bör anges i lagen. För att ringa in de personer som bör lämplighetsprövas har en jämförelse gjorts med bl.a. yrkestrafiklagen (2012:210). Förslaget överensstämmer med den avgränsning som har gjorts där.

Socialstyrelsen anför att det i lagens förarbeten bör föras resonemang om vilka brott och vilken form av misskötsamhet som kan påverka bedömningen av en anordnares lämplighet, såsom förs i förarbetena till 1994 års alkohollag, och att 16 b § förordningen (1999:1134) om belastningsregister bör ses över utifrån de föreslagna bestämmelserna. Regeringen, som noterar att 16 b § förordningen om belastningsregister redan ger Socialstyrelsen tillgång till uppgifter ur belastningsregistret i stor utsträckning, vill inte utesluta att

regleringen i förordningen kan behöva ses över, bl.a. i fråga om vilka brott som ska omfattas. När det gäller lämplighetsprövningen i övrigt hänvisar regeringen till tillämpningen av reglerna om tillståndsgivning i alkohollagen (2010:1622). Vidare har *Socialstyrelsen* framfört att det finns behov av att ställa upp villkor för tillstånd, och *Försäkringskassan* menar att tillstånden bör tidsbegränsas. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör få meddela de föreskrifter som behövs i fråga om villkor för tillstånd, och regeringen överväger att återkomma till nämnda frågor i förordning.

För att Socialstyrelsen ska få en fullständig bild av den LSS-verksamhet som förekommer i landet, och som myndigheten har tillsynsansvar för anser regeringen i likhet med utredningen att de kommuner, och i förekommande fall landsting, som bedriver verksamhet med personlig assistans bör anmäla verksamheten till Socialstyrelsen. Anmälan för annan LSS-verksamhet görs redan i dag, och en ytterligare anmälningsplikt torde inte vara alltför betungande. Anmälningarna bör göras innan verksamheten påbörjas.

När tillståndsplikt för verksamhet med personlig assistans infördes, gjorde regeringen bedömningen att Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden inte är tillämpligt i fråga om insatser enligt LSS, eftersom dessa är att anse som sociala tjänster, vilka är undantagna enligt art. 2 2) (j) i direktivet (se prop. 2009/10:176 s. 26). Några andra tjänster är inte berörda i detta förslag.

Den 1 juni 2013 kommer en ny myndighet att inrättas, Inspektionen för vård och omsorg. Avsikten är att den nya myndigheten ska överta Socialstyrelsens tillståndsverksamhet (se avsnitt 4.11.13).

Tillsyn och återkallelse av tillstånd

Regeringens förslag: Socialstyrelsens tillsyn enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska även omfatta tillsyn över att tillståndshavare fortlöpande uppfyller de lämplighetskrav som ställs för att tillstånd ska meddelas. Tillstånd får återkallas om tillståndshavaren inte uppfyller lämplighetskraven.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna som yttrat sig över förslaget är i huvudsak positiva till förslaget. En instans avstyrker förslaget och andra förordar vissa tillägg till förslaget.

Förvaltningsrätten i Växjö tillstyrker men anser att det är viktigt att tydliggöra i vilka avseende den föreslagna regleringen skiljer sig från den nu gällande. *Domstolsverket* framhåller att den utökade möjligheten att återkalla tillstånd kan leda till fler överprövningar. *Ekobrottsmyndigheten*, *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Försäkringskassan*, *Inspektionen för socialförsäringen*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen*, *Sveriges Kommuner och Landsting* samt flera kommuner och funktionshindervisorganisationer tillstyrker förslaget. *Assistansanordnarna* anser att det måste göras en rimlighetsbedömning men håller med om att tillståndet bör dras in i de fall det är bevisat att en anordnare medvetet tillskansar sig ekonomiska fördelar genom att på osaklig grund driva upp timmarna utan den assistansberättigades medverkan. *Arbetsgivarföreningen KFO* ställer sig dock endast positiv till den del av förslaget som avser att återkallelse kan ske vid bristande personlig eller ekonomisk lämplighet men avstyrker den del som avser att återkallelse kan ske vid överträdelse av den föreslagna nya 24 § LSS.

Skälen för regeringens förslag: Socialstyrelsen är som tillsynsmyndighet enligt 26 § första stycket LSS ansvarig för att kontrollera att verksamhet enligt LSS uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (avsikten är att tillsynsansvaret ska överföras till den nya tillsynsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, som kommer att inrättas den 1 juni 2013). Tillsynen inriktas framförallt på kvalitetskravet i 6 § LSS, för att säkerställa att enskilda får de insatser som de har rätt till. Att granska tillståndsinnehavaren i övrigt ingår inte i tillsynsansvaret. Det innebär i sin tur att Socialstyrelsen i dag har små möjligheter att återkalla ett meddelat tillstånd om inte allvarliga missförhållanden som har betydelse för enskildas möjligheter att få de insatser de har rätt till kan påvisas. Någon möjlighet att återkalla tillstånd enbart på grund av att det framkommer uppgifter om t.ex. allvarlig ekonomisk misskötsamhet finns inte.

Utredningen framhåller att den som missköter sig i vissa avseenden inte bör få fortsätta som tillståndshavare enligt LSS även om det inte har kunnat påvisas kvalitetsbrister i verksamheten, eftersom det inte är rimligt att en tillståndshavare som t.ex. underlåter att betala skatt och arbetsgivaravgifter för sina anställda eller som inte kan visa hur en assistansersättning som har mottagits för en assistansberättigads räkning har använts, ska få fortsätta att ta emot och förvalta stora summor som härrör från allmänna medel. Den enskilde bör tryggt kunna vända sig till en tillståndshavare i förvissning om att denna uppfyller lagens krav i alla avseenden. Regeringen delar denna uppfattning. För att Socialstyrelsen ska ha möjlighet att återkalla tillstånd krävs att myndigheten har tillsynsansvar även i fråga om att de som beviljats tillstånd och de övriga personer som lämplighetsprövas i samband med tillståndsgivningen även fortsättningsvis uppfyller de krav på lämplighet och skötsamhet som föreskrivs för att tillstånd ska kunna meddelas. Bestämmelsen bör omfatta både det fallet att tillstånd meddelats felaktigt på grund av att Socialstyrelsen inte haft kännedom om alla relevanta omständigheter och det fallet att tillståndshavaren, eller någon annan i den personkrets som prövas, efter det att tillstånd meddelats visat sig misskötsam. *Göta hovrätt* anför att förutsättningarna för återkallelse kommer att anknyta till ett otydligt uttryck, nämligen lämplighet utifrån omständigheterna i övrigt. Regeringen instämmer i uppfattningen att förutsättningarna för återkallelse måste vara tydliga. En bedömning av lämpligheten utifrån omständigheterna i övrigt förekommer dock i andra sammanhang där det kan bli fråga om återkallelse, t.ex. i alkohollagen (2010:1622) och i lagen (2011:725) om behörighet för lokförare. Mot bakgrund härav, och med hänsyn till den förklaring till vad som avses med omständigheterna i övrigt som ges i kommentaren till förslaget om lämplighetskrav för tillstånd i 23 §, anser regeringen att återkallelserregeln är tillräckligt tydlig.

Skyldighet för anordnare av personlig assistans att tillhandahålla all assistans

Regeringens förslag: Den som har tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans och som har anlitats för att utföra personlig assistans åt en enskild ska vara skyldig att tillhandahålla all den assistans som den enskilde har beviljats ekonomiskt stöd eller assistansersättning för. Undantag från skyldigheten ska dock gälla om tillståndshavaren har särskilda skäl för att inte tillhandahålla all assistans.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Flertalet av de remissinstanser som tydligt tagit ställning till förslaget är positiva till det. Drygt hälften av remissinstanserna lämnar allmänna kommentarer eller avstår från att yttra sig. Vissa funktionshindersorganisationer och *Arbetsgivarorganisationen KFO* har dock avstyrkt eller varit tveksamma till förslaget.

Riksrevisionen framhåller att skyldigheten bör gälla oavsett om anordnaren är privat eller kommunal. *Försäkringskassan* framför att det är ett växande problem att enskilda ofta har flera assistenter på olika tider på dygnet och anser att förslaget bör kompletteras så att det framgår att även underleverantörer måste ha tillstånd av Socialstyrelsen. *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Socialstyrelsen*, *Inspektionen för socialförsäkringen*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen*, *Sveriges Kommuner och Landsting* och flera kommuner tillstyrker förslaget. *Assistansanordnarna* poängterar att det är viktigt att kommunernas yttersta ansvar inte tas bort i akuta situationer som en assistansanordnare inte kan lösa. *Vårdföretagarna Almega* och *Föreningen Sveriges Socialchefer* tillstyrker förslaget. *Riksförbundet FUB* motsätter sig förslaget. *Intressegruppen för Assistansberättigade* avstyrker starkt förslaget med motiveringen att det innebär att den assistansberättigades möjlighet att välja mer än en anordnare tas bort samtidigt som anordnaren förpliktigas att ordna personliga assistenter inklusive vikarier till den assistansberättigade eller riskera att bli av med sitt tillstånd. *Arbetsgivarföreningen KFO* anser att utgångspunkten för förslaget är felaktigt och att förslaget bl.a. inskränker assistansanvända-

rens valfrihet och riskerar att utsätta denne för stora risker då assistansanordnaren sannolikt inte alltid kommer att kunna fullgöra sitt uppdrag. *Handikappförbunden*, *Föreningen JAG* och *Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar* anser att förslaget måste utredas närmare.

Skälen för regeringens förslag: En kommun är enligt 9 § 2 LSS skyldig att svara för att en enskild som har behov av personlig assistans får biträde av en personlig assistent, om inte behovet tillgodoses på annat sätt. Det innebär bl.a. att en kommun aldrig kan vägra att ge stöd till de mest krävande assistansbehoven eller vägra assistans på obekväma arbetstider. Andra assistansanordnare har inte någon sådan lagstadgad skyldighet, och en enskild assistansanordnare är fri att själv välja med vem avtal ska slutas och på vilka tider assistans ska erbjudas. Utredningen framför att det finns exempel på att vissa assistansanordnare endast tar sig an enskilda med enklare behov medan kommunerna får ta ansvar för svårare och därmed dyrare fall. Det förekommer också att privata assistansanordnare endast åtar sig att lämna assistans under normal arbetstid och hänvisar till kommunen för assistans under kvällar, nätter och helger. Utredningen framhåller att det därmed skapas en osund konkurrenssituation eftersom timbeloppet för assistansersättningen är detsamma oavsett vem som lämnar assistansen eller när den utförs. *Försäkringskassan* framför att det är ett växande problem att assistansberättigade ofta har ett flertal olika assistenter på olika tider på dygnet, och att syftet med lagstiftningen, att ha ett begränsat antal personliga assistenter, håller på att urholkas. För att motverka denna situation bör det enligt regeringens mening ställas så likartade krav som möjligt på privata assistansanordnare och kommunen när det gäller skyldigheten att erbjuda assistans. Att införa en skyldighet för alla assistansanordnare att erbjuda assistans till alla som begär det skulle dock innebära ett alltför stort intrång i enskildas frihet att bedriva näringsverksamhet på det sätt de önskar. Det skulle dessutom försvåra för små assistansanordnare att bevara en verksamhet i mindre skala. Däremot finns det möjlighet att ställa krav på assistansanordnare att tillhandahålla assistans även på obekväma arbetstid. Genom ett sådant krav utjämnas skillnaderna mellan kommunernas och privata assistansanordnares förutsättningar

att bedriva assistansverksamhet. För att inte försvåra främst för mindre företag att bedriva verksamhet måste det emellertid finnas en möjlighet att hänvisa till annan anordnare om det finns särskilda skäl. Det gäller framförallt när en anordnare vid sjukfall och andra oförutsedda händelser tvingas hänvisa till kommunen eller annan anordnare.

Flera remissinstanser befarar att förslaget ska inskränka assistansanvändarens valfrihet. Exempelvis anför *Assistansanordnarna* samt *STIL* och *ILI* att förslaget är rimligt under förutsättning att den enskildes valfrihet inte begränsas. *Sveriges Kommuner och Landsting* förutsätter däremot att förslaget innebär att den enskilde assistansberättigade själv inte ska kunna välja kommunen under obekvämt arbetstid, vilket skulle minska konkurrensneutraliteten i förslaget. En av de grundläggande intentionerna med systemet med personlig assistans är den enskildes valfrihet och självbestämmanderätt. Regeringen anser därför att bestämmelsen endast bör riktas mot assistansanordnare, som genom förslaget inte ska kunna neka sina kunder assistans på vissa tider. Regeringen anser att den enskilde även fortsättningsvis ska vara fri att välja olika assistansanordnare för olika tider eller behov om han eller hon så önskar. Den föreslagna skyldigheten bör kunna medföra en starkt ställning för den enskilde assistansberättigade eftersom han eller hon aldrig kan tvingas att mot sin vilja anlita flera anordnare för olika tider på dygnet. Detta överensstämmer väl med lagstiftarens ursprungliga intentioner. Regeringens förslag innebär ingen förändring för kommunernas ansvar i förhållande till enskilda som behöver personlig assistans.

Utbetalning av assistansersättning till tillståndshavare

Regeringens förslag: Assistansersättning ska, förutom till den försäkrade själv och till kommunen, endast få betalas ut till den som har tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som har yttrat sig över förslaget tillstyrker drygt en tredjedel. Övriga har avstått från att lämna synpunkter.

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget men anser att en motsvarande bestämmelse bör införas i LSS. *Försäkringskassan* tillstyrker förslaget. *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Inspektionen för socialförsäkringen*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen*, flera kommuner och funktionshindersorganisationer tillstyrker förslaget. *Assistansanordnarna*, *Vårdföretagarna* *Almega* och *Arbetsgivarförbundet KFO* tillstyrker förslaget. KFO betonar att förslaget måste kompletteras med övergångsbestämmelser så att utbetalning kan ske till de verksamheter som den 1 januari 2011 bedrev assistansverksamhet och som också senast den 31 mars 2011 ansökt om tillstånd till Socialstyrelsen men fått avslagsbeslut som överklagats och är föremål för behandling och slutligt avgörande av domstol.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen föreslår ovan att det ska krävas ekonomisk och annan lämplighet för tillstånd att anordna personlig assistans. Denna åtgärd kan inte helt nå sitt syfte om assistansersättningen skulle kunna betalas ut till någon annan som inte genomgår samma kontroll som en assistansanordnare med tillstånd. Utredningen anser att det är rimligt att assistansersättning som ofta uppgår till stora belopp enbart får betalas ut till någon som kan antas förvalta, använda och redovisa medlen på ett korrekt sätt. Regeringen instämmer i bedömningen och föreslår därför att utbetalning bara får göras till den assistansanordnare som har meddelats tillstånd av Socialstyrelsen. En legal ställföreträdare för en försäkrad är att jämställa med den försäkrade själv, och assistansersättning kan därför betalas ut även till en ställföreträdare. Regeringen anser inte att det bör införas sådana övergångsbestämmelser som KFO efterfrågat. Det torde röra sig om relativt få ärenden och om domstolen ändrar ett avslaget tillståndsbeslut måste utbetalningsfrågan kunna lösas på annat sätt under en övergångsperiod.

Krav för att ersättning för personlig assistans ska lämnas

Regeringens förslag: Ersättning för assistans som utförs av någon som är under 18 år eller som är bosatt utanför EES-området, eller av någon som till följd av sjukdom, ålderdom eller annan orsak saknar förmåga att arbeta som personlig assistent, ska inte anses som kostnader för personlig assistans enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Inte heller ersättning för assistans som utförs på arbetstid som överstiger den tid som anges i lagar om arbetstid eller i kollektivavtal ska anses som sådana kostnader. Assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken ska inte heller få betalas ut för sådan assistans.

Om det finns särskilda skäl, ska assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken kunna betalas ut till den som anlitat en personlig assistent som inte är bosatt inom EES-området. Sådan assistansersättning ska lämnas med skäligt belopp, i stället för med schablonbeloppet.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår också att ekonomiskt stöd och assistansersättning inte ska lämnas när assistans utförs av en personlig assistent som i egenskap av god man, förvaltare eller ombud företräder en assistansberättigad som har fyllt 18 år.

Remissinstanserna: Ungefär lika många av de svarande remissinstanserna tillstyrker förslaget som avstyrker eller är kritiska till det. Framför allt avstyrks eller framförs kritiska synpunkter på delförslaget om att ersättning inte ska lämnas för personlig assistans som utförs av den som är god man till den assistansberättigade. Ett antal remissinstanser framför också kritik mot delförslaget om att ersättning inte ska utbetalas då arbetstiden överstiger den tid som anges i 2-4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete.

Försäkringskassan är positiv till utredningens förslag men föreslår när det gäller förslaget om god man som assistent att äldre bestämmelser ska gälla under en övergångsperiod. Avseende förslaget att en assistent som är bosatt utanför EU eller EES-området inte ska få ersättning framhåller *Försäkringskassan* att det kan vara svårt att genomföra kontrollen av bosättningen i

länder utanför EU/EES. *Statskontoret* påpekar när det gäller krav på bosättning inom EES-området, att det kan bidra till att värna assistanssystemets långsiktiga hållbarhet. *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Socialstyrelsen*, *Inspektionen för socialförsäkringen*, *Arbetsförmedlingen*, *Föreningen Sveriges Socialchefer* och *Föreningen Sveriges Förmyndare* tillstyrker förslaget i sin helhet. *Sveriges Kommuner och Landsting* tillstyrker i huvudsak men föreslår att förslaget kompletteras med en regel om att företrädare för en assistansberättigad inte får ha egenintresse i utförandet av assistansen. Flera kommuner tillstyrker förslaget. *Svenska kommunalarbetsareföbundet* anser att flertalet av de krav som föreslås är bra men är tveksamt till förslaget om att ersättning inte betalas till assistent som till följd av sjukdom, ålderdom eller annan orsak saknar arbetsförmåga med motiveringen att termer som ålderdom och arbetsförmåga är oklara. *Vårdföretagarna Almega* tillstyrker att ersättning inte ska betalas ut till assistent som samtidigt är god man m.m. och förslaget om att ersättning inte utbetalas till assistent som inte har fyllt 18 år samt kravet på bosättning inom EES. *Vårdföretagarna Almega* anser att förslaget om att ersättning inte utbetalas till assistent på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2-4 §§ lagen om arbetstid m.m. i husligt arbete behöver förtydligas för att undvika missförstånd. När det gäller kravet på arbetsförmåga menar *Almega* att det behöver utredas ytterligare vem som har ansvar för att tolka arbetsförmåga och lämplighet. *Arbetsmiljöverket* anser att förslaget om viss arbetstid är oklart eftersom lagen om arbetstid m.m. i husligt arbete inte omfattar alla. Många omfattas i stället av arbetstidslagen och kollektivavtal. Verket stöder förslaget om införandet av en 18-årsgräns för personliga assistenter. Samtliga funktionshindersorganisationer avstyrker eller är kritiska till förslaget angående god man. Flertalet har även synpunkter på övriga delar i förslaget. *Arbetsgivarföreningen KFO* avstyrker förslaget om god man och anser att förslaget om begränsning av arbetstiden bör ändras så att assistansersättning inte ska kunna betalas ut för tid då en personlig assistent arbetar utöver den tid som anges i arbetsmiljölagen eller i gällande kollektivavtal. *Assistansanordnarna* avstyrker förslaget om god man och när det gäller krav på viss arbetstid har *Assistansanordnarna* svårt att se hur lag om arbetstid

m.m. skulle förändra arbetsvillkoren för personliga assistenter eller förhindra fusk. Assistansanordnarna ställer sig bakom 18-årsgräns och krav på arbetsförmåga.

Skälen för regeringens förslag

Assistans som utförs under förhållanden som strider mot arbetstidslagstiftningen

En assistansberättigad som själv anställer en personlig assistent kan inte få ersättning för assistanskostnader när arbetet utförs på arbetstid som överstiger den tid som anges i lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete. Begränsningen gäller inte när assistenten är anställd av någon annan än den assistansberättigade själv. Utredningen har vid sin genomgång av fall med fusk och oegentligheter funnit att det inte sällan lämnas osannolika uppgifter om assistenters arbetstider. Detta ger enligt utredningen upphov till misstankar om att assistansersättningen används felaktigt. Även om så inte är fallet anser utredningen att det inte är tillfredsställande att Försäkringskassan betalar ut ersättning som ska täcka kostnader för arbete som strider mot arbetstidslagstiftningen. Utredningen föreslår därför att assistansersättning och ekonomiskt stöd till kostnader för personlig assistans bara ska betalas ut för arbete som håller sig inom ramen för vad som är tillåtet enligt lagen om arbetstid m.m. i husligt arbete. Regeringen delar utredningens syn att det inte är rimligt att assistansersättning och ekonomiskt stöd för assistans ska utbetalas för arbete som sker under förhållanden som strider mot arbetstidslagstiftningen. Som *Arbetsmiljöverket* har påpekat gäller lagen om arbetstid m.m. i husligt arbete bara för assistenter som är anställda av den assistansberättigade själv. Det framgår av utredningens betänkande att avsikten med förslaget är att alla assistenter ska omfattas av arbetstidsbegränsningen, oavsett vem som är arbetsgivare. Regeringen delar denna bedömning. Bestämmelsen bör därför även avse arbetstid enligt arbetstidslagen (1982:673), som tillämpas för i princip alla arbetstagare. Arbetstid kan även bestämmas i kollektivavtal, varför det även bör hänvisas till sådana.

Assistans som utförs av en personlig assistent som till följd av sjukdom, ålderdom eller annan orsak saknar förmåga att utföra arbete som personlig assistent

Utredningen har funnit ett antal fall där man allvarligt kunnat ifrågasätta assistenternas förmåga att utföra något arbete, t.ex. därför att assistenterna själva länge varit sjukskrivna eller har uppnått en mycket hög ålder. Det har enligt utredningen i några fall varit fråga om uppenbart fusk. Utredningen anser att frånvaron av regler kring detta ger utrymme för överutnyttjande eller felaktig användning av assistansersättningen samt att det finns risk för att den enskilde inte får den assistans som denne har rätt till. Regeringen föreslår därför i likhet med utredningen att en bestämmelse införs som innebär att assistansersättning inte lämnas när den som utför assistansen inte har förmåga att fullgöra sin uppgift. Den bristande arbetsförmågan bör vara relaterad till sjukdom, ålderdom eller liknande omständighet, och avse just förmågan att arbeta som personlig assistent. Någon fast övre åldersgräns bör inte anges utan arbetsförmågan bör bedömas från fall till fall. I fråga om vad som avses med arbetsförmåga, bör den praxis som Försäkringskassan har i fråga om andra förmåner kunna tjäna som vägledning. Med arbetsförmåga avses helt nedsatt arbetsförmåga. Den som kan arbeta deltid bör inte vara förhindrad att göra det som personlig assistent. Förslaget är främst avsett att ge kommunen eller Försäkringskassan en grund för att agera då en uppgiven assistent knappast kan anses förmögen att utföra något assistansarbete och fusk således kan misstänkas. Tanken är inte att alla assistenters arbetsförmåga ska utredas i varje enskilt fall, utan endast på förekommen anledning. På sidan 238 i detta avsnitt föreslås en rätt för kommunen och Försäkringskassan att begära uppgifter från arbetsgivaren angående dessa förhållanden.

Utredningens förslag innebär i praktiken att den som inte kan arbeta som assistent inte heller får arbeta som assistent. Det kan diskuteras om en sådan regel behövs. Som ett alternativ till förbudet kan därför övervägas om inte de kontrollmöjligheter som föreslås i detta avsnitt på sidorna 232–240 är tillräckliga. Försäkringskassan kan genom den uppgiftsskyldighet som föreslås där för dels assistansanordnare, och dels Skatteverket, få tillgång till uppgifter om en enskild assistents arbetsförmåga. Om det t.ex.

visar sig att en assistent får hel sjukersättning måste utgångspunkten vara att assistenten saknar förmåga att arbeta som assistent. Försäkringskassan bör i så fall kunna vidta fortsatta kontrollåtgärder för att undersöka dels vad assistansersättningen används till, och dels den assistansberättigades verkliga behov. Regeringen anser dock att det krävs starkare regler för att motverka felaktig användning av assistansersättningen, och instämmer därför i utredningens förslag.

Assistans som utförs av personer som är bosatta utanför EES-området

I dag finns inga begränsningar i fråga om vem en enskild får anlita för att utföra sådan personlig assistans som ekonomiskt stöd eller assistansersättning utbetalas för. Utredningen beskriver att det i vissa fall av fusk och överutnyttjande har förekommit problem med att assistenter anlitas vid vistelse i länder utanför EU eller EES-området, varvid det saknas möjligheter till kontroll för kommunen och Försäkringskassan. Denna bristande kontrollmöjlighet har utnyttjats i så gott som alla ärenden där grov organiserad brottslighet har förekommit. Enligt utredningen är det vanligt att ordinarie assistenter följer med när en assistansberättigad gör utlandsresor. I dessa fall betalas löner, skatt och arbetsgivaravgifter i vanlig ordning och någon ökad risk för fusk med assistansersättningen torde inte uppstå. Regeringen delar utredningens uppfattning att det är rimligt att utgå ifrån att ordinarie assistenter i de flesta fall tillgodoser de hjälpbehov som finns även vid sådana tillfällen. För detta talar även insatsens mycket personliga karaktär. I detta avsnitt föreslås också att en assistansanordnare ska vara skyldig att tillhandahålla all assistans som en assistansberättigad är i behov av. Det innebär att en enskild assistansberättigad normalt ska kunna begära att den ordinarie assistenten följer med vid utlandsvistelser. För att förstärka kontrollmöjligheterna anser regeringen att assistenterna ska kunna identifieras och vara bosatta inom EES-området för att rätt till ekonomiskt stöd eller assistansersättning ska föreligga. Det är en uppgift för den enskilde respektive för assistansanordnaren att redovisa utförd assistans och lämna uppgifter om assistenterna.

När det gäller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken anser utredningen att det finns anledning att göra vissa undantag från

regeln när det finns särskilda skäl. Det gäller framförallt när akuta behov uppstår utomlands, och när en assistansberättigad som är under 18 år har en förälder som är bosatt utomlands och som vill utföra arbete som personlig assistent vid umgänge med barnet. *Försäkringskassan* anser inte att det finns behov av att göra undantag, men några remissinstanser, bl.a. *STIL* och *ILI* samt *Assistansanordnarna* menar att det borde kunna göras ytterligare undantag, framförallt när en assistansberättigad vill studera eller av andra skäl bo utomlands under någon tid. Regeringen instämmer i bedömningen att det även i de fall när en enskild önskar vistas en tid utomlands för att arbeta eller studera kan vara befogat att göra undantag från kravet på assistentens bosättning inom EES-området. Saken får bedömas i varje enskilt fall. Sådan assistans bör dock inte ersättas med schablonbeloppet, utan beräknas och ersättas med ett skäligt belopp, eftersom de förutsättningar som gäller för schablonbeloppet inte alltid är relevanta när andra arbetsförhållanden råder.

Assistenter under 18 år och assistenter som är god man, förvaltare eller ombud

Utredningen har föreslagit att assistansersättning inte bör lämnas för personlig assistans som utförs av någon som företräder en enskild assistansberättigad som har fyllt 18 år i egenskap av god man, förvaltare eller ombud. Skälen till det är den risk för intressekonflikter som anses föreligga och att den assistans som lämnas ska vara av god kvalitet och i den omfattning som beviljats.

Det är givet att den assistans som lämnas ska vara av god kvalitet för den enskilde assistansberättigade. Att arbeta som personlig assistent kan vara tungt och krävande både fysiskt och psykiskt. Den som är underårig kan sakna den personliga mognad och erfarenhet som krävs för arbetet som assistent. Sådant arbete kan lätt komma i konflikt med arbetsmiljöföreskrifter rörande minderåriga. Arbetsmiljöverket stödjer därför förslaget. Regeringen instämmer i utredningens förslag om att personlig assistans som utförs av en assistent som inte fyllt 18 år inte ska berättiga till ekonomiskt stöd eller assistansersättning.

När det gäller godmanskap och förvaltarskap i förhållande till arbete som assistent kan dock konstateras att det i dag finns många exempel där en personlig assistent samtidigt är god man

för den enskilde och där kvaliteten i assistansinsatsen är hög. Det har i remissbehandlingen framkommit exempel som visar att det skulle innebära begränsningar för den enskilde om möjligheterna att anlita en god man som assistent skulle stoppas. Regeringen anser att ytterligare underlag behövs för att bedöma om åtgärder behöver vidtas inom dessa områden. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att göra en särskild analys och bedömning av om det finns behov av åtgärder när det gäller personlig assistans som utförs av en assistent som också är den assistansberättigades gode man, förvaltare eller ombud. Se vidare avsnitt 7.16.5.

Närstående som personliga assistenter

Regeringens förslag: Bestämmelserna om att ersättning som en enskild själv lämnar till någon som han eller hon lever i hushållsgemenskap med inte anses som kostnad för personlig assistans ska upphävas.

När ekonomiskt stöd till kostnader för personlig assistans har beviljats och assistansen utförs av någon som är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den assistansberättigade och som inte är anställd av kommunen, ska Socialstyrelsen ha rätt att utföra inspektion för tillsyn av assistansen i bostaden. Kommunen ska under samma förutsättningar ha rätt att besöka den insatsberättigade för att utreda behovet av assistans. Om en myndighet utan giltig anledning vid upprepade tillfällen vägras besöka den enskilde eller inspektera assistansen i bostaden, får det ekonomiska stödet eller assistansersättningen dras in eller sättas ned. Den enskilde ska ha informerats om denna påföljd. Beslut om indragning eller nedsättning ska kunna överklagas.

Med närstående avses make, sambo, barn, förälder och syskon samt deras makar, sambor och barn.

Utredningens förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag. Utredningen föreslår inte att ersättningen ska kunna dras in eller sättas ned först efter upprepad vägran att låta myndigheterna besöka bostaden. Utredningen föreslår också att även

kommunen och Försäkringskassan ska få inspektera utförandet av assistansen i bostaden.

Remissinstanserna: 18 av de remissinstanser som yttrat sig över förslaget tillstyrker detta, 15 instanser avstyrker eller är tveksamma. Knappt hälften av de som svarat på remissen har inte uttalat sig om förslaget.

Försäkringskassan tillstyrker förslaget i stort men anser att ordet inspektion är olämpligt och föreslår att författningsförslaget nyanseras. *Socialstyrelsen* framhåller att det bör framgå av lagtexten att det kan avse oanmälda inspektioner, eftersom en oanmäld inspektion i hemmet kan uppfattas som integritetskränkande. *Inspektionen för socialförsäkringen* anser att om myndigheterna ska tillåtas göra inspektioner bör det gälla även när assistenten är anställd av kommunen. Även *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att inspektionen ska kunna göras vid anställning hos kommunen. *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Barnombudsmannen*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen*, *flera kommuner*, *Föreningen Sveriges Socialchefer* och *Svenska Kommunalarbetsareförbundet* tillstyrker förslaget. *Skatteverket* avstyrker att bestämmelserna i 9 a § tredje stycket LSS upphävs, med motivering att bestämmelsen kom till för att undvika skattemässiga tveksamheter i samband med att en brukare själv anställer nära anhöriga som personliga assistenter. *Intressegruppen för Assistansberättigade* framhåller att det är helt oacceptabelt att göra assistansberättigades hem till föremål för oanmälda inspektioner. *Personskadeförbundet RTP* anser att förslaget innebär en oacceptabel sanktion. *Arbetsgivarföreningen KFO* avstyrker förslaget med motivering att det är integritetskränkande för assistansanvändaren och snedvrider konkurrensen mellan assistansanordnare av olika slag. Inspektioner av aktuellt slag bör enligt KFO inte tillåtas annat än då det föreligger stark misstanke om rent fusk och kriminalitet. *Assistansanordnarna* anser att förslaget mycket kraftigt strider mot den enskildes rätt till integritet och privatliv. *Vårdföretagarna Almega* avstyrker med motivering att det är orimligt att en myndighet tillförsäkrar sig rätten att få tillträde till en enskilds hem genom tvång. *Handikappförbunden* anser att förslaget måste förtydligas och betonar att kontroller inte får innebära att rätten att leva ett självständigt liv åsidosätts.

Skälen för regeringens förslag

Närstående som assistenter

När lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) infördes gjordes ingen begränsning för enskilda i fråga om vem som kunde anställas eller anlitas som personlig assistent. Det stod den enskilde fritt att som assistent anställa en familjemedlem eller någon annan som han eller hon levde i hushållsgemenskap med. I den praktiska tillämpningen uppdagades snart vissa problem beträffande arbetstid, arbetsmiljö, skatter, socialavgifter och liknande frågor när anhöriga anställdes som assistenter. Mot bakgrund av dessa problem, framförallt tolkningen av skattebestämmelser, infördes regler som innebär att ekonomiskt stöd och assistansersättning inte lämnas om en enskild person med funktionsnedsättning själv anställer eller anlitar en personlig assistent som han eller hon lever i hushållsgemenskap med (se 9 a § LSS och 51 kap. 16 § SFB).

Behov av åtgärder

Utredningen konstaterar i sitt betänkande att en av de vanligaste situationer där fusk med assistansersättning förekommer är när vuxna assistansberättigade har sina närstående som assistenter. Enligt nuvarande regler måste dessa vara anställda av någon annan än den assistansberättigade själv, men enligt utredningen är ofta även assistansanordnaren inblandad i eller i vart fall införstådd med fusk. I vissa fall där närstående står för utförandet av all assistans kan också syftet med assistansen, att öka den assistansberättigades möjligheter att leva ett självständigt liv, motverkas. Utredningen redovisar fall där familjemedlemmar är beroende av inkomst från assistansersättningen och där den assistansberättigade kan tvingas avstå från skola, daglig verksamhet eller andra aktiviteter som skulle begränsa rätten till assistansersättning. Den assistansberättigade kan också få avstå från rehabilitering och andra åtgärder som skulle leda till mer självständighet. Det handlar inte om ett stort antal fall, men utredningen anser ändå att det är viktigt att försvåra förutsättningarna för sådant fusk, bl.a. för att upprätthålla förtroendet för lagstiftningen. Möjligheten till kvalitetskontroll av den utförda assistansen minskar också om det enbart är närstående som är assistenter.

Regeringen anser mot bakgrund av de beskrivna problemen att det finns ett klart behov av att införa regler som hindrar fusk i samband med att närstående arbetar som personliga assistenter. En lösning som utredningen har övervägt är att kräva att anhöriga ska vara anställda av kommunen för att kunna vara personliga assistenter. Detta skulle enligt utredningen försvåra och verka återhållande på fusk bl.a. genom att kommunen skulle få viss insyn i de faktiska förhållandena. Det finns dock flera problem med en sådan lösning. Dels skulle de assistansberättigade bli beroende av kommunen som arbetsgivare för assistenterna, dels finns det kommuner som är tveksamma till att vara arbetsgivare i den formen. Det finns också en del mindre assistansanordnare som i hög grad anställer anhöriga som assistenter, och som genom en sådan åtgärd skulle få stora ekonomiska problem. Utredningen föreslår i stället att möjligheten för berörda myndigheter att ha insyn i förhållandena i bostaden ska utökas, genom att ge myndigheterna rätt att utföra besök och inspektion i hemmet beträffande dem som har närstående som assistenter. Detta skulle dock inte gälla om assistenten är anställd av kommunen. Vid inspektioner skulle det t.ex. kunna upptäckas att den assistansberättigade inte behöver så mycket hjälp som har uppgetts, men också att en enskild som inte har möjlighet att själv framföra synpunkter på assistansen inte får den hjälp som han eller hon behöver. Flera remissinstanser, bl.a. *Assistansanordnarna*, *STIL* och *ILLI*, har kraftiga invändningar mot förslaget och anför att ett sådant system kränker den personliga integriteten.

Socialstyrelsens tillsyn

Socialstyrelsen är den myndighet som har tillsyn över all verksamhet enligt LSS. Tillsynen innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Tillsynen omfattar även assistansverksamhet där den assistansberättigade själv är arbetsgivare för assistenten (se prop. 2009/10:176 s. 23 f). Socialstyrelsen ska inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten. Den som

bedriver verksamhet som står under Socialstyrelsens tillsyn är skyldig att på myndighetens begäran lämna över handlingar och annat material, samt lämna de upplysningar som Socialstyrelsen behöver för sin tillsyn. Socialstyrelsen har rätt att inspektera verksamheten och då få tillträde till lokaler eller andra utrymmen som används för verksamheten. För tillträde till bostäder krävs dock att den eller de boende lämnar sitt samtycke till inspektionen. Den som utför inspektion har rätt att få hjälp av polismyndigheten för att inspektionen ska kunna genomföras (25–26 e §§ LSS).

Som ett led i att stärka tillsynen kommer den 1 juni 2013 en ny tillsynsmyndighet att inrättas, Inspektionen för vård och omsorg. Avsikten är att Socialstyrelsens tillstånds- och tillsynsverksamhet enligt bl.a. LSS kommer att föras över till den nya myndigheten.

Försäkringskassans rätt att besöka den försäkrade

Försäkringskassan prövar ansökningar om assistansersättning enligt SFB. Försäkringskassan ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av balken får Försäkringskassan bl.a. besöka den försäkrade (110 kap. 13–14 §§ SFB). Med uttrycket "när det behövs" menas enligt förarbetena såväl att åtgärden typiskt sett behövs som att något i det enskilda fallet medför att åtgärden behövs. Åtgärderna kan vidtas inte bara när det gäller att bestämma rätten till en ersättning utan även i andra situationer och kan även omfatta avstämningsmöten efter att en förmån beviljats. För att åtgärderna ska få vidtas krävs dock att de behövs för bedömningen av frågan om ersättning (prop. 2008/09:200 s. 557). Ersättning får enligt 110 kap. 53 § SFB dras in eller sättas ned om en enskild utan giltig anledning vägrar medverka vid sådana utredningsåtgärder enligt 110 kap. 14 § som har betydelse för rätten till eller storleken av ersättningen. Indragning eller nedsättning av ersättning enligt denna bestämmelse kan bl.a. grunda sig på besöksvägran enligt 110 kap. 14 § 2, men enligt förarbetena kan vägran att ta emot besök av Försäkringskassan aldrig ensamt vara ett tillräckligt skäl för indragning eller nedsättning (prop. 1996/97:121 s. 32).

Kommunens prövning av rätten till personlig assistans enligt LSS

Kommuner ansvarar för och prövar ansökningar om insatsen personlig assistans eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans. Det finns ingen särskild regel i LSS om kommunernas utredningsskyldighet, men av allmänna förvaltningsrättsliga principer följer att myndigheter som handlägger ärenden har ett ansvar för att utredningen blir så fullständig som möjligt. Kommunen har ingen sådan befogenhet som föreskrivs för Försäkringskassans del, att i utredningssyfte besöka den som ansöker om en insats. Om den enskilde samtycker till besök finns det givetvis ingenting som hindrar att kommunen vidtar sådana åtgärder som en del av utredningen.

Skydd mot intrång i den personliga integriteten

Av 2 kap. 6 § regeringsformen följer att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot husrannsakan och liknande intrång, samt mot annat betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Detta skydd mot intrång i den personliga integriteten kan begränsas genom lag för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle men begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den.

Enligt artikel 8 i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) har var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Denna rättighet får inte inskränkas av det allmänna annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till vissa närmare angivna ändamål, bl.a. landets ekonomiska välbefinnande och förebyggande av oordning och brott. En sådan lag måste bl.a. uppfylla tillräckliga krav på precision så att inskränkningen blir i rimlig utsträckning förutsebar för enskilda. Av Europadomstolens praxis följer att inskränkningen måste svara mot ett angeläget samhälleligt behov och att åtgärden måste stå i rimlig proportion till det syfte som ska tillgodoses genom inskränkningen.

Inspektion och besök hos den försäkrade för att stävja fusk när närstående är assistenter

En rätt för myndigheter att utföra inspektion i en enskild medborgares bostad är en mycket integritetsingripande åtgärd. En sådan rätt bör ges till en myndighet bara om det föreligger ett verkligt angeläget behov av att kunna utföra sådana inspektioner och bara i den utsträckning åtgärden inte sträcker sig längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Proportionalitetskravet innebär bl.a. att en inskränkning inte ska göras om syftet kan uppnås på något annat mindre ingripande sätt.

Frågan om gränsdragningen och avvägningen mellan den enskildes integritet och myndigheternas behov av kontroll har behandlats i tidigare lagstiftningsärenden på detta område. När bestämmelsen om Försäkringskassans rätt att göra hembesök i ärenden enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring infördes, uttalades i förarbetena (prop. 1996/97:121 s. 29 f.) bl.a. att hembesök kan vara ett värdefullt led i utredningen i ett ärende om det behövs kompletterande underlag för att myndigheten ska kunna ta ställning till en sökt förmån eller till den fortsatta rätten av en beviljad förmån. Sådana besök kunde också ses som en serviceåtgärd gentemot den försäkrade och göras efter överenskommelse med vederbörande. Hembesök antogs också kunna vara ett effektivt sätt att kontrollera om missbruk och fusk förekommer. Det poängterades att den bestämmelse som föreslogs uteslutande gällde åtgärden att besöka den försäkrade och att den alltså i och för sig inte gav myndigheten någon befogenhet att undersöka en bostad. Lagrådet anförde i sitt yttrande över förslaget att regeringsformens bestämmelser om skydd mot husrannsakan måste vara åtminstone analogt tillämpliga på sådana undersökningsåtgärder som här avsågs. Intresset av att motverka missbruk av socialförsäkrings- och bidragssystemen var enligt Lagrådets mening utan tvekan ett sådant ändamål som var godtagbart från de synpunkter som anges i 2 kap. regeringsformen. Lagrådet ansåg likväl att det var tveksamt om det var förenligt med bestämmelsen att legitimera en generellt eller stickprovsmässigt inriktad kontroll utan åtminstone någon individualiserad prövning i det särskilda ärendet (prop. 1996/97:121 s. 59–61). Regeringen anförde i propositionen (a. prop. s. 32–33) att det alltid måste finnas sakliga skäl för att Försäkringskassan ska

få besöka en försäkrad som en utrednings- eller kontrollåtgärd i ett ersättningsärende. Skälen kan vara individuella och föreligga i det enskilda ärendet. När det gäller besök som kontrollåtgärd ansåg regeringen att det emellertid också kan finnas generella skäl som talar för att besök genomförs i en viss typ av ärenden inom ramen för en samlad insats. Även sådana generella skäl borde enligt regeringens mening kunna läggas till grund för beslut om besök. Sådana besök, och än mer vetskapen hos allmänheten om att de kan förekomma, ansågs av regeringen vara av väsentlig betydelse när det gäller att inskräpa vikten av att lämna korrekta uppgifter i försäkrings- och bidragsärenden. Regeringen anförde vidare att det här inte är fråga om någon tvångsåtgärd, även om det kan sägas ligga ett visst indirekt tvång i att en vägran att ta emot besöket kan leda till indragning av en ersättning, om omständigheterna i övrigt motiverar det. Regeringen ansåg i det lagstiftningsärendet att bestämmelsernas räckvidd var begränsad och att de endast föreskriver en rätt för Försäkringskassan att besöka den försäkrade. Rätten gäller bara själva sammanträffandet med den försäkrade och ger inte någon rätt till tillträde till bostaden eller rätt att undersöka denna. Under dessa omständigheter ansåg regeringen att intresset av att kunna använda generellt beslutade insatser i form av besök för att motverka överutnyttjande av försäkring och bidrag är tillräckligt starkt för att motivera den olägenhet en sådan ordning innebär för de försäkrade.

Även när bestämmelserna om Försäkringskassans rätt att göra hembesök överfördes till SFB och befogenheten utvidgades till fler förmåner hade Lagrådet vissa synpunkter. Lagrådet anförde att det naturligtvis måste finnas starka skäl för att införa en möjlighet för Försäkringskassan att göra hembesök eller annars besöka den enskilde inom ramen för ärenden rörande fler bidrag i SFB. Lagrådet påpekade att det måste vägas in att det för den enskilde oftast är ett integritetskänsligt ingrepp som Försäkringskassan förfogar över, och att följderna kan bli att ersättningen dras in eller sätts ned om den enskilde skulle vägra ta emot Försäkringskassans besök (prop. 2008/09:200, bil. 5, s. 1167). Regeringen ansåg i det lagstiftningsärendet att de föreslagna bestämmelserna innefattade en rimlig avvägning mellan den enskildes krav på integritet och

Försäkringskassans behov av utredningsbefogenheter (a. prop. s. 557).

Utredningens förslag innebär att den enskildes rätt att neka myndigheter att göra hembesök ställs mot dennes rätt till ekonomiskt stöd enligt LSS eller assistansersättning enligt SFB, eftersom stödet eller ersättningen kan dras in eller sättas ned som en påföljd vid vägrat tillträde. Ett krav på den enskilde att acceptera hembesök i utredningssyfte för att få rätt till en förmån från det allmänna anses i och för sig inte utgöra en direkt påtvingad inskränkning av hemfriden. Däremot kan ett krav mot den enskilde att acceptera ett intrång sedan en förmån väl beviljats ofta anses vara påtvingat. En rätt för en myndighet att besöka den assistansberättigade för att utreda assistansbehovet utgör inte i sig en åtgärd som kan betecknas som husrannsakan eller annat liknande intrång i regeringsformens mening. Däremot skulle åtgärden kunna anses innefatta en inskränkning i den enskildes rätt till respekt för privatliv och hem enligt artikel 8 i Europakonventionen, särskilt om den enskilde löper en risk att ersättningen dras in eller sätts ned vid en vägran att ta emot ett besök. En sådan reglering som ger en myndighet rätt att i vissa situationer besöka den assistansberättigade i utredningssyfte måste mot den bakgrunden vara motiverad av ett angeläget samhälleligt behov, vara proportionerlig och preciserad i lag.

Det kan i och för sig ifrågasättas om en rätt för myndigheterna att besöka den assistansberättigade är ett effektivt instrument för att hindra fusk när närstående är assistenter. *STIL* och *ILI* menar att förslaget bygger på en felaktig uppfattning om att assistans bara ges i hemmet. Även *Kammarrätten i Sundsvall* påtalar att en assistansberättigad kan vistas under längre perioder på en annan plats än den där han eller hon är folkbokförd, vilket innebär att ordet bostad kan leda till tillämpningssvårigheter. Regeringen är väl medveten om att assistans är en insats som kan ges på många olika sätt och överallt i samhället samt på de tider som den enskilde själv bestämmer. Å ena sidan kan det mot den bakgrunden i vissa situationer vara svårt för en myndighet att göra någon säker bedömning av assistansens utförande vid ett hembesök. Å andra sidan kan vetskapen om att myndigheterna har möjlighet att göra hembesök ha en kraftigt återhållande inverkan på försök att fuska med assistansen. *Försäkringskassan*, som redan i

dag genomför hembesök, anser att förslaget stärker möjligheterna att kontrollera att assistans faktiskt utförs och även möjligheterna att agera där medvetet fusk förekommer i och med att sanktionen mot den som inte medverkar till hembesök skulle bli skarpare.

Regeringen anser att det är ett stort och angeläget samhälleligt intresse att motverka fusk med ekonomiskt stöd enligt och LSS och med assistansersättningen. Det är av stor vikt att värna allmänhetens förtroende för systemet och att förebygga fusk som utgör brott. Som framhållits i tidigare lagstiftningsärenden är åtgärden av begränsad räckvidd då den endast gäller rätten att sammanträffa med den enskilde, inte att undersöka bostaden. Mot denna bakgrund anser regeringen, i likhet med utredningen, att myndigheternas möjligheter till att besöka den enskilde är ett rimligt och väl avvägt krav som kan ställas på en enskild assistansberättigad som vill att en närstående ska utföra assistansen. Regeringen bedömer att en sådan reglering är förenlig med såväl regeringsformen som Europakonventionen.

Trots vad som sagts ovan anser regeringen att det som alternativ till att vara tvungen att acceptera hembesök bör vara möjligt för den enskilde att i stället välja att en närstående assistent anställs av kommunen. Förslaget leder med en sådan ordning till att integritetsintrånget för en enskild som inte vill medge myndigheterna tillträde till bostaden kan begränsas ytterligare. Regeringen delar inte den uppfattning som förts fram av *Inspektionen för socialförsäkringen* och *Sveriges Kommuner och Landsting* om att inspektionsrätten ska gälla även när närstående assistenter är anställda av kommunen. Enligt regeringens mening får det förutsättas att det förhållandet att kommunen är arbetsgivare har återhållande effekt på dem som avser att fuska. Vidare kommer kommunen i egenskap av arbetsgivare för assistenter att ha viss insyn i verksamheten. Det bedöms därför inte nödvändigt att införa en besöksrätt för kommunerna även i dessa fall.

Förslaget är inte begränsat till vuxna assistansberättigade, vilket innebär att en vårdnadshavare som vill vara assistent åt sitt barn antingen måste samtycka till inspektion eller vända sig till kommunen för att bli anställd av denna.

Regeringen instämmer i utredningens förslag att de myndigheter som ska ges rätt att göra

besök i hemmet, bör omfatta de myndigheter som beslutar om och som betalar ut ersättningen, dvs. Försäkringskassan respektive kommunen. Enligt utredningens förslag ska dessa myndigheter få rätt att inspektera utförandet av assistansen. Utredningen framför dock att detta inte ska förstås som en rätt att utföra tillsyn eftersom det är ett ansvar som vilar på Socialstyrelsen. Enligt regeringens mening bör det emellertid klart och tydligt framgå att syftet med kommunens och Försäkringskassans besök endast är att utreda den enskildes behov, och att undersöka om den assistans som ersätts faktiskt utförs. Försäkringskassan har redan i dag befogenhet att göra sådana besök hos den försäkrade enligt 110 kap. 14 § 2 SFB. Någon ytterligare reglering av detta torde inte behövas. För kommunen är det emellertid en ny befogenhet som bör regleras på samma sätt som den befogenhet som Försäkringskassan har enligt SFB. Befogenheten bör därför också formuleras på samma sätt som i SFB, nämligen som en rätt att besöka den enskilde, inte en rätt att besöka bostaden. Någon avgörande skillnad mot utredningens förslag i det avseendet är dock inte avsedd. Ledning för tillämpningen av den nya bestämmelsen i LSS kan hämtas från förarbetena till 110 kap. 14 § SFB.

Utredningen föreslår att en rätt att besöka bostaden också bör omfatta Socialstyrelsen som ett led i tillsynen över kvaliteten i verksamheten och över hur assistansanordnarna lever upp till de i detta avsnitt tidigare föreslagna kraven för tillstånd. Regeringen delar utredningens bedömning även i dessa delar. Syftet med sådan inspektion av assistansen i bostaden är att Socialstyrelsen ska få möjlighet att granska de tillståndshavare som bedriver verksamhet i de assistansberättigades hemmiljö och att kontrollera att de uppfyller de lämplighetskrav som ställs på dem. En sådan kontroll kommer med de ändringar om omfattas av förslaget om tillsyn och återkallelse av tillstånd att omfattas av Socialstyrelsens tillsynsansvar. Vidare är ett viktigt syfte med sådana inspektioner att Socialstyrelsen får möjlighet att kontrollera att den enskilde assistansberättigade får de insatser som han eller hon behöver, och att den enskildes behov inte förbises i de fall då en närstående är assistent. Socialstyrelsen har redan i dag rätt att inspektera verksamhet som står under dess tillsyn (26 d § LSS), och att då få tillträde till lokaler eller andra utrymmen som används för

verksamheten. För tillträde till bostäder krävs dock samtycke från de boende. Den enskilde kan således i dag ovillkorligen neka myndigheterna att utföra inspektion i hemmet. Den ändring som föreslås innebär endast att den enskilde inte längre ska kunna vägra inspektion av assistansen i bostaden utan att riskera någon påföljd. *Kammarrätten i Sundsvall* påpekar att ordet bostad är otydligt och kan leda till tillämpningsproblem. Ordet bostäder används emellertid redan i dag i den paragraf som reglerar Socialstyrelsens inspektioner (26 d § LSS) och något annat ord bör därför inte användas i detta sammanhang.

Avsikten med förslaget är inte att myndigheterna med tvång ska kunna ta sig in i den enskildes bostad. Den rätt till hjälp från polisen som Socialstyrelsen har vid inspektion i andra sammanhang, bör inte omfatta dessa situationer. Utredningen föreslår i stället som sanktion att ersättningen bör kunna minskas eller dras in om den assistansberättigade utan giltig anledning vägrar någon av myndigheterna tillträde för inspektion av assistansen. Regeringen instämmer huvudsakligen i utredningens förslag.

När det gäller assistansersättningen kan Försäkringskassan redan i dag enligt 110 kap. 53 § SFB dra in eller sätta ned assistansersättningen på grund av vägran från den enskilde att medverka vid besök. Vägran att medverka till besök kan dock enligt nuvarande tillämpning aldrig vara det enda skälet till att ersättningen sätts ned eller dras in. Utredningens förslag innebär att sanktionen ska kunna vidtas redan på den grunden att ett besök vägras och även när Socialstyrelsen vägras besök. Regeringen anser dock att det bör krävas något mer än endast en vägran att utan giltig anledning vid ett enstaka tillfälle vägra besök från myndigheterna för att ersättningen ska få sättas ned eller dras in. Den enskilde kan ha godtagbara skäl för att vid något tillfälle neka hembesök utan att för den skull behöva redovisa skälen för myndigheterna. Om hembesök däremot vägras vid upprepade tillfällen utan att det kan redovisas en giltig anledning till det, anser regeringen att det måste kunna få konsekvenser för den enskildes rätt till ersättning. Det kan härvid även konstateras att Socialstyrelsens inspektioner är avsedda att säkerställa den enskildes rättigheter och att se till att den enskilde får det stöd som han eller hon behöver.

I LSS, som brukar beskrivas som en rättighetslag, finns i dag inga sanktioner kopplade till krav på den enskilde. Lagen innehåller förutsättningar för den enskildes rätt till olika insatser och vissa krav på de verksamheter som ska tillgodose den enskildes rättigheter. I utredningen föreslås emellertid att en möjlighet för kommunen att sätta ned eller dra in ekonomiskt stöd för personlig assistans när myndigheternas besök i hemmet vägras införs i LSS, på motsvarande sätt som Försäkringskassan ska ha möjlighet att göra enligt SFB. Även om detta är en ny företeelse i LSS, anser regeringen att det är befogat att införa en sådan sanktionsmöjlighet när det gäller närstående assistenter. Det kan även poängteras att rätten för kommunen att göra hembesök endast gäller själva sammanträffandet med den enskilde, på det sätt som gäller för Försäkringskassan i dag. Kommunen ges inte någon rätt till fritt tillträde till bostaden för att inspektera den eller undersöka denna närmare. Det handlar endast om besök i syfte att utreda rätten till ersättning och hur omfattande behov den enskilde har, för att kunna avgöra storleken på ersättningen. Vägledning för tillämpningen av sanktionsmöjligheten bör kunna hämtas från Försäkringskassans praxis kring nedsättning och indragning av ersättning. Regeringen anser vidare att det av rättssäkerhetsskäl bör krävas att myndigheterna har informerat den enskilde om vad som kan bli aktuellt vid vägrat tillträde, för att nedsättning eller indragning av ekonomiskt stöd enligt LSS eller assistansersättning enligt SFB ska kunna beslutas.

Rätten för myndigheterna att besöka den assistansberättigade och att inspektera assistansen i den enskildes bostad måste dock begränsas vid sådana fall då den assistansberättigade har giltig anledning att vid ett enskilt tillfälle vägra sådana besök. Giltig anledning kan, såsom utredningen föreslagit, vara att den assistansberättigade är allvarligt sjuk eller måste delta i någon inbokad aktivitet eller behandling. Regeringen anser, till skillnad från utredningen, att även andra boendes önskemål kan ha betydelse för frågan om det finns godtagbara skäl för att vägra besök i hemmet. I vilken utsträckning ett nekande från annan boende att tillåta besök eller inspektion ska påverka rätten till assistansersättning eller ekonomiskt stöd får dock avgöras från fall till fall. Ledning bör hämtas från Försäkringskassans tillämpning av

nuvarande reglering om giltig anledning för att vägra medverka vid utredningsåtgärder.

Utredningen föreslår att den bestämmelse som gäller i dag om att ersättning som en enskild själv lämnar till någon som han eller hon lever i hushållsgemenskap med inte anses som en kostnad för personlig assistans ska upphävas samtidigt med att den nya bestämmelsen om inspektion och besök införs. *Skatteverket* invänder att bestämmelsen tillkom för att undvika skattemässiga tveksamheter i samband med att någon själv anställer nära anhöriga som personliga assistenter och att bestämmelsen bör vara kvar för att försvåra möjligheter till skatteundandraganden. Utredningen påpekar dock att assistentens ersättning är att anse som arbetsinkomst och ska beskattas i inkomstlaget tjänst även i de fall hushållsgemenskap föreligger. Mot den bakgrunden instämmer regeringen i utredningens förslag om att ta bort nuvarande bestämmelser i 9 a § tredje stycket LSS och 51 kap. 16 § SFB.

Återbetalning och återkrav av felaktigt utbetald assistansersättning

Regeringens förslag: Den som har tagit emot assistansersättning för den försäkrades räkning, ska vara skyldig att utan uppmaning betala tillbaka sådan ersättning som inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter. Om det inte finns särskilda skäl, ska ersättningen betalas tillbaka av den försäkrades förmyndare i stället för av den försäkrade om denne är under 18 år. Om det finns flera förmyndare, ska de solidariskt svara för återbetalningsskyldigheten.

Försäkringskassan ska kunna besluta om återkrav av assistansersättning från den försäkrades förmyndare, annan ställföreträdare eller den till vilken assistansersättning betalats ut enligt 51 kap. 19 § SFB. Återkrav mot annan än den försäkrade får uppgå till högst det belopp som denne tagit emot. Om det inte finns särskilda skäl, ska hela beloppet återkrävas från den försäkrades förmyndare i stället för från den försäkrade, om denne är under 18 år. Om det finns flera förmyndare, ska de solidariskt svara för återkravet.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslår dock inte någon huvudregel för återbetalning eller återkrav när det gäller en försäkrad som är under 18 år.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser som tydligt tar ställning till förslaget tillstyrker det. Flera funktionshindersorganisationer och organisationer som företräder assistansanordnare avstyrker eller riktar kritik mot förslaget.

Kammarrätten i Sundsvall uttalar sig inte för eller emot förslaget men anser att det kan övervägas om bestämmelser om återbetalning i LSS ska utformas i enlighet med de bestämmelser som föreslås gälla för återbetalning och återkrav av assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken (SFB). *Domstolsverket* framhåller att även detta förslag kan komma att leda till fler överprövningar och det saknas enligt verket en konsekvensanalys och förutsätter att det sker en uppföljning av vilka ekonomiska konsekvenser förslaget kommer att få. *Försäkringskassan* är i stort sett positiv till förslaget men föreslår att placeringen av bestämmelsen ändras så att kopplingen till förutsättningarna för återkrav i 108 kap. 2 § SFB stärks. *Försäkringskassan* anser också att lagstiftaren på ett mer tydligt sätt generellt bör ta ställning emot återkrav mot barn så att det endast kan bli aktuellt om synnerliga skäl föreligger. *Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)* tillstyrker men anser att lagförslaget bör förtydligas. Vidare noterar ISF att utredningen inte har berört frågan om hur möjligheten att rikta återkrav direkt mot en assistansanordnare eller annan som tagit emot assistansersättning för den försäkrades räkning kan komma att påverka den rättsliga relationen mellan den försäkrade och anordnaren. *Sveriges Kommuner och Landsting* samt *Jämtlands läns landsting* och flera kommuner tillstyrker förslaget. *Barnombudsmannen* delar utredningens uppfattning att det är oacceptabelt att barn kan komma att belastas av stora skulder samtidigt som vårdnadshavaren går fri. *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen*, *Vårdföretagarna Almega* och *Föreningen Sveriges Socialchefer* tillstyrker förslaget. *DHR* och *Intressegruppen för Assistansberättigade* avstyrker med motivering att det bl.a. innebär att anordnaren får en helt ny roll i förhållande till den assistansberättigade och att förslaget åsidosätter den nu gällande

tystnadsplikten mellan uppdragsgivare och uppdragstagare. *Kommunala Företagens Samorganisation (KFS)* efterlyser ett förtydligande av i vilka situationer man vill kunna återkräva en assistansanordnare och vad en anordnare i sådana fall borde ha insett.

Skälen för regeringens förslag: När utbetald ersättning inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter ska den försäkrade utan uppmaning betala tillbaka ersättningen till Försäkringskassan, senast i samband med slutavräkning. Om återbetalning inte görs får Försäkringskassan besluta om krav på återbetalning (51 kap. 20 § SFB). Försäkringskassan ska besluta om återbetalning om den försäkrade eller någon annan som har fått ersättningen har orsakat att denna har lämnats felaktigt eller med ett för högt belopp, eller om ersättningen i annat fall har lämnats felaktigt eller med ett för högt belopp och den som fått ersättningen har insett eller skäligen borde ha insett detta (108 kap. 2 § SFB). Försäkringskassan får om det finns särskilda skäl helt eller delvis efterge krav på återbetalning (108 kap. 11 §).

Enligt utredningens genomgång kan det ofta vara svårt för Försäkringskassan att få tillbaka utbetald ersättning. Ett av skälen till det är att krav endast riktas mot den försäkrade, även om medlen aldrig utbetalats till honom eller henne, utan till en ställföreträdare eller en assistansanordnare. Det förekommer även att barn som är försäkrade enligt SFB belastas av stora skulder till Försäkringskassan, trots att det är vårdnadshavare eller förmyndare som har tagit emot och tillgodogjort sig pengarna. Ofta är det fusk med assistansersättning som har föranlett det felaktigt utbetalda beloppet. Även ersättning som betalats ut till assistansanordnare kan behöva återkrävas, exempelvis om en assistansberättigad avlider innan den ersättning som betalats ut har förbrukats för assistans. Utredningen föreslår därför att Försäkringskassan bör kunna kräva återbetalning förutom från den försäkrade själv, även från dennes ställföreträdare eller från assistansanordnare som tagit emot utbetalning av medel. Återkravet ska högst kunna uppgå till det belopp som tagits emot. *Malmö kommun* menar dock att ingen ska kunna ansöka om ersättning, som någon annan sedan blir återbetalningsskyldig för. Kommunen anser att Försäkringskassan i normalfallet endast ska kunna besluta om återkrav från den

försäkrade om denne varit 18 år eller äldre vid utbetalning av assistansersättningen. Mot bakgrund av Försäkringskassans svårigheter med att få in belopp som ska återbetalas, anser regeringen emellertid att en regel som innebär att den som tagit emot utbetalning av assistansersättning under vissa förutsättningar ska kunna bli återbetalningsskyldig bör införas. *Assistansanordnarna* samt *STIL* och *ILI* menar att det är helt rimligt att assistansanordnare återkrävs om de varit delaktiga i felaktig hantering eller om utbetald ersättning varit för hög i förhållande till rapporterade timmar, men anser att det är orimligt att assistansanordnare ska behöva ifrågasätta myndighetsbeslut och krävas på återbetalning på grund av felaktiga beslut från myndigheter. Regeringen anser dock, i likhet med utredningen, att förutsättningarna i 108 kap. 2 § SFB bör gälla även för sådana återkrav, vilket innebär att den som återkrävs måste ha orsakat den felaktiga eller för höga utbetalningen, eller i vart fall skäligen borde ha känt till att ersättningen betalats ut felaktigt eller med för högt belopp. Assistansanordnare ska således i normalfallet inte behöva kontrollera och ifrågasätta meddelade beslut. *ISF* ifrågasätter Försäkringskassans möjlighet att med stöd av den föreslagna paragrafen återkräva belopp som inte använts t.ex. på grund av att den försäkrade avlidit, eftersom nuvarande regler enligt inspektionens bedömning enbart syftar på felaktigheter som förelåg redan vid utbetalningstillfället. Mot bakgrund av reglernas konstruktion med preliminära utbetalningar och slutavräkning, och med beaktande av att det samtidigt föreslås att den som tagit emot en utbetalning utan uppmaning ska betala tillbaka medel som inte använts till kostnader för personlig assistans, avser regeringen i likhet med utredningen att sådana belopp bör kunna återkrävas. Om det visar sig att bestämmelserna inte kan tillämpas på det sättet kan det finnas anledning för regeringen att återkomma i frågan. *ISF* anser vidare att frågan om hur den rättsliga relationen mellan den försäkrade och anordnaren påverkas bör undersökas innan förslaget genomförs. Regeringen är medveten om att den försäkrade och anordnaren är fria att ingå avtal så som de önskar inom ramen för de krav som ställs på dem i LSS, SFB och annan lagstiftning. Att krav riktas mot den som tagit emot en utbetalning påverkar dock inte relationen mellan dem i någon annan bemärkelse, eftersom det avtal de har ingått

gäller ändå. Däremot kan det finnas anledning för Socialstyrelsen att granska hur den enskilde assistansberättigades behov av insatser tillgodoses om det förekommer fusk och felaktig hantering av mottagna medel hos assistansanordnaren.

Utredningens förslag innebär en valfrihet för Försäkringskassan att rikta krav mot den försäkrade eller mot någon annan som tagit emot medlen. *Försäkringskassan* och *Kronofogdemyndigheten* anför att det när det gäller underåriga borde finnas en huvudregel som pekar ut förmyndaren som betalningsansvarig i första hand, och att barn ska kunna bli betalningsskyldiga endast om det finns synnerliga skäl. Även Barnombudsmannen tycker att förslaget skulle ha formulerats som en skyldighet att rikta krav mot vårdnadshavaren, och inte bara en möjlighet. Regeringen instämmer i den bedömningen, och föreslår som ett ytterligare skydd för de barn som beviljas assistansersättning, att återkrav som huvudregel ska riktas mot förmyndaren. Regeringen anser dock att det bör räcka med att det finns särskilda skäl, såsom att barnet är nära 18 år och själv ansökt om förmånen, eller att förmyndaren placerat alla tillgångar hos barnet, för att kravet i stället ska kunna riktas mot barnet.

Ersättning för assistans som utförts innan ett ärende har avgjorts

Regeringens förslag: Assistansersättning som avser assistans som utförts under tid före det att ett ärende har avgjorts lämnas endast om den enskilde månadsvis redovisar till Försäkringskassan att assistansen utförs i enlighet med kraven och förutsättningarna i socialförsäkringsbalken.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Av remissinstanserna som har yttrat sig över förslaget har en tydlig majoritet tillstyrkt.

Socialstyrelsen och *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att motsvarande bestämmelser ska införas i LSS. *Arbetsgivarförbundet KFO* framhåller att det är viktigt att det ställs krav på Försäkringskassans handlägningsrutiner och att

kommunen ser över vilka andra insatser som kan behövas i avvaktan på beslut om assistans. Flera myndigheter och kommuner, *Jämtlands läns landsting*, flera funktionshindersonsorganisationer, *Assistansanordnarna* och *Vårdföretagarna Almega* tillstyrker förslaget. *Intressegruppen för Assistansberättigade* avstyrker ändringen i föreslagen form med motivering att den missgynnar mindre företag och kooperativ.

Skälen för regeringens förslag: Assistansersättning lämnas endast under förutsättning att den används för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter (51 kap. 4 § SFB). I 51 kap. 7 § SFB föreskrivs att assistansersättning inte får lämnas för längre tid tillbaka än en månad före den månad när ansökan gjorts eller det kommit in en anmälan från kommunen att det kan antas att den enskilde har rätt till assistansersättning. Det innebär att viss assistans kan ha utförts redan innan Försäkringskassan beviljar assistansersättning. Enligt 11 a § förordningen (1993:389) om assistansersättning ska den försäkrade redovisa att assistansersättningen har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter. Utredningen framför att det ofta förekommer krav på stora belopp i assistansersättning för personlig assistans som uppges ha genomförts i förfluten tid och i avvaktan på slutgiltigt avgörande i frågan om assistansersättning. Kontrollmöjligheterna beträffande sådan ersättning är små och risk för fusk med assistansersättningen kan därför föreligga. *Försäkringskassan* påtalar att det förekommer stora problem på detta område.

Regeringen anser mot denna bakgrund att Försäkringskassans kontrollmöjligheter måste stärkas för att motverka fusk med assistansersättning för assistans som utförs under Försäkringskassans handläggningstid. Det bör klargöras att den enskilde har en skyldighet att redovisa vad assistansersättningen används till, på samma sätt som gäller för den löpande redovisningen efter att ärendet har avgjorts. Den som ansöker om assistansersättning eller om förhöjd sådan ersättning och i avvaktan på beslut anlitar någon för att utföra assistansen bör därför säkerställa att anställningsavtal för assistenten finns och att erforderliga uppgifter och tidsredovisning beträffande assistansen dokumenteras och redovisas till Försäkringskassan på samma sätt som redovisningen av sådan assistans som redan är beviljad.

Redovisningen bör göras löpande månadsvis. Regeringen överväger att återkomma till hur denna redovisning ska göras i förordningen om assistansersättning.

Enligt utredningen behövs inte någon motsvarande bestämmelse angående ekonomiskt stöd från kommunen enligt LSS eftersom kommunens kostnadsansvar inte är knutet till det timbelopp som regeringen årligen fastställer och då kommunen genom sitt ansvar för insatser ändå torde få tillräcklig kännedom om en sökandes förhållanden. *Sveriges Kommuner och Landsting* och *Föreningen Sveriges Socialchefer* har framfört att samma behov angående redovisning för förfluten tid även finns för kommunerna. Regeringen delar dock utredningens bedömning, att kommunernas basansvar för de behov som enskilda har innebär att det inte finns samma behov av skärpta regler.

Anmälning- och uppgiftsskyldighet mellan myndigheter

Regeringens förslag: En kommun ska vara skyldig att underrätta Försäkringskassan när någon som får assistansersättning beviljas boende med särskild service, daglig verksamhet, barnomsorg eller någon annan insats som påverkar behovet av personlig assistans. En kommun ska vidare anmäla till Försäkringskassan om det finns anledning att anta att assistansersättning används för annat än köp av personlig assistans eller kostnader för personliga assistenter.

Såväl kommunen som Försäkringskassan ska anmäla till Socialstyrelsen om det finns anledning att anta att en tillståndshavares lämplighet att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas.

Skatteverket ska vara skyldigt att på Försäkringskassans begäran lämna sådana uppgifter om personliga assistenter och dem som bedriver yrkesmässig verksamhet med personlig assistans som behövs för kontroll av användningen av assistansersättning.

Personuppgifter i socialförsäkringsdatabasen som behövs för kontroll ska få lämnas ut av Försäkringskassan på medium för automatiserad behandling.

Utredningens förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som har yttrat sig om förslaget tillstyrker 31 och två avstyrker.

Datainspektionen avstyrker förslaget och betonar att i det fortsatta beredningsarbetet bör anges vilka uppgifter som Försäkringskassan ska kunna få del av beträffande personer och på vilket sätt det ska ske. *Datainspektionen* anser att det är viktigt att pröva om det är nödvändigt att rutinemässigt överlämna uppgifter från Skattemyndigheten till Försäkringskassan. *Sveriges Kommuner och Landsting* avstyrker förslaget om att kommuner ska anmäla beviljade insatser till Försäkringskassan med motiveringen att detta ansvar måste åvila den enskilde. *Riksrevisionen* tillstyrker och betonar att det är viktigt att myndigheter samverkar och utbyter information innan beslut om assistansersättning fattas. *Åklagarmyndigheten* framhåller att det måste ges goda möjligheter till informationsutbyte mellan myndigheter. *Ekobrottsmyndigheten* anser att behovet av myndighetssamverkan är särskilt stort eftersom det vid fusk med assistansersättning förekommer brottsupplägg som påminner om organiserad brottslighet på skattebrottsområdet. Även *Brottsförebyggande rådet* betonar vikten av myndighetssamverkan. *Försäkringskassan* tillstyrker och framhåller att en utökad anmälningsplikt skulle bidra till att ersättning inte betalas ut med för högt belopp. *Rikspolisstyrelsen*, *Socialstyrelsen*, *Inspektionen för socialförsäkringen*, *Statskontoret*, *Skatteverket*, *Arbetsförmedlingen*, *Diskrimineringsombudsmannen*, *Lunds universitet*, flera kommuner och funktionshindersorganisationer samt tre assistansanordnare tillstyrker förslaget. *Skatteverket* föreslår en komplettering som innebär att även Skatteverket ska vara skyldigt att anmäla till Socialstyrelsen när verket får kännedom om något som tyder på att assistansanordnarens tillstånd kan ifrågasättas.

Skälen för regeringens förslag

Bestämmelser om myndigheternas uppgiftsskyldighet m.m.

Enligt 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, ska en myndighet på begäran av en annan myndighet lämna uppgift som den förfogar över, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle

hindra arbetets behöriga gång. Bestämmelsen är en precisering av den i 6 § förvaltningslagen (1986:223) uttryckta principen att myndigheterna ska biträda och hjälpa varandra i möjligaste mån. I den mån en uppgift omfattas av sekretess gäller dock sekretessen gentemot såväl enskilda som mot andra myndigheter (8 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen). För att myndigheter ska kunna fullgöra de uppgifter som har ålagts dem är det emellertid ibland nödvändigt att de kan få tillgång även till sådan information som är sekretessbelagd hos andra myndigheter. Av denna anledning finns ett antal sekretessbrytande bestämmelser. Av särskilt intresse är 10 kap. 28 § första stycket OSL. Enligt denna bestämmelse kan uppgifter lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. Uppgiftsskyldigheten måste vara uttryckligt reglerad. I SFB finns ett antal bestämmelser om sådan uppgiftsskyldighet. Enligt 110 kap. 31 § SFB är alla myndigheter skyldiga att på begäran lämna Försäkringskassan uppgifter om en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av balken. Med namngiven person torde endast avses den försäkrade själv (se JO 2008/09 s. 345). Myndigheter som har uppgifter som omfattas av denna bestämmelse är således skyldiga att lämna ut uppgifterna utan hinder av sekretess. Det saknar betydelse att en uppgift i vissa fall omfattas av ett starkare sekretesskydd hos den utlämnande myndigheten än hos Försäkringskassan.

I syfte att myndigheter ska kunna bistå varandra för att upptäcka och förhindra felaktiga utbetalningar har lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen införts. Lagen gäller bland annat sådana ekonomiska förmåner som beslutas av Försäkringskassan och kommunerna. En underrättelseskyldighet föreligger om det finns anledning att anta att en ekonomisk förmån har beslutats eller betalats ut felaktigt eller med ett för högt belopp. Underrättelse om detta ska lämnas till den myndigheten som har fattat beslutet. Underrättelseskyldigheten gäller för Migrationsverket, Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket, Kronofogdemyndigheten, Centrala studiestödsnämnden, Arbetsförmedlingen och arbetslöshetskassorna, men inte för kommunerna. I förarbetena till lagen (prop. 2007/08:48 s. 21) anfördes att en

underrättelseskyldighet för kommunerna skulle försämra möjligheterna att åstadkomma en för-troendesituation mellan socialtjänsten och den enskilde, och mot den bakgrunden ansåg inte regeringen att det utan närmare utredning skulle föreslås en sådan underrättelseskyldighet för kommunerna.

Kommunens skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan

Enligt 106 kap. 24 § SFB lämnas inte assistansersättning för tid när den försäkrade vårdas på en offentligt finansierad institution, bor i en gruppbostad eller deltar i skola, barnomsorg eller daglig verksamhet. Den försäkrade är enligt 110 kap. 46 § SFB skyldig att anmäla till Försäkringskassan om sådana insatser beslutas. Enligt utredningen får Försäkringskassan ändå inte alltid kännedom om att den enskilde beviljats sådana insatser av kommunen, vilket kan leda till att assistansersättning betalas ut på felaktig grund. Utredningen föreslår därför en anmälningsskyldighet för kommunen för att säkerställa att information om dessa förhållanden når Försäkringskassan. *Sveriges Kommuner och Landsting* avstyrker förslaget eftersom ansvaret att informera om sådana förhållanden vilar på den enskilde. Regeringen konstaterar att den enskildes anmälningsskyldighet har visat sig inte vara tillräcklig. Regeringen anser därför att det är befogat att införa en skyldighet för kommunen att informera om nya insatser och föreslår därför en sådan. *Lagrådet* påtalar att förslagets konsekvenser för straffbarheten av underlåten uppgiftsskyldighet bör övervägas närmare. Enligt 2 och 4 §§ bidragsbrottslagen (2007:612) kan bl. a. den som uppsåtligt eller av grov oaktsamhet underlåter att anmäla ändrade förhållanden som han eller hon är skyldig att anmäla enligt lag eller förordning, och på så sätt orsakar fara för att en ekonomisk förmån felaktigt betalas ut eller betalas ut med ett för högt belopp, dömas för bidragsbrott eller vårdslöst bidragsbrott. Den skyldighet som regeringen föreslår för kommunen är enligt regeringens mening inte av sådan karaktär att den bör vara straffsanktionerad. Det handlar inte om en sådan anmälningsskyldighet som avses i bidragsbrottslagen, utan om ett rutinmässigt informationslämnande angående beslut som har fattats av kommunen. Regeringen anser därför att lagtexten bör formuleras så att det klart framgår att det här inte är fråga om en sådan

anmälningsskyldighet som det syftas på i bidragsbrottslagen. När det gäller konsekvenserna för den enskilde assistansberättigades anmälningsskyldighet och straffbarheten av dennes underlåtenhet att anmäla ändrade förhållanden, konstaterar regeringen att straffansvar enligt bidragsbrottslagen förutsätter att det finns en konkret fara för exempelvis en felaktig utbetalning. Uppbyggnaden och effektiviteten av Försäkringskassans kontrollsystem kan alltså leda till att sådan fara inte föreligger i det enskilda fallet. Redan när bidragsbrottslagen infördes konstaterades i förarbetena till lagen att ett utökad informationsutbyte bl. a. med kommuner kan komma att aktualiseras, och att ett straffrättsligt skydd behövs även om förbättrade kontroller prioriteras (prop. 2006/07:80 s. 40 och 54). Det ansågs vara en fördel att kontrollsystemets uppbyggnad och funktionssätt får avgörande betydelse för farerequisitets innehåll, eftersom ett förbättrat kontrollsystem i praktiken minskar det straffbara området (a. prop. s. 64). Att detta område minskas genom att bestämmelser om förbättrad kontroll införs ligger således helt i linje med intentionerna med bidragsbrottslagen. Straffansvar enligt bidragsbrottslagen förutsätter även att det finns en skyldighet att anmäla ändrade förhållanden. Skyldigheten att anmäla ändrade förhållanden enligt socialförsäkringsbalken gäller inte sådana ändringar som den handläggande myndigheten redan har kännedom om (110 kap. 46 § fjärde stycket enligt nu föreslagen lydelse av paragrafen). Även i detta avseende kan alltså förutsättningarna för straffansvar för den enskilde assistansberättigade påverkas av att kommunen åläggs att lämna information om ändrade förhållanden.

Utredningen anser vidare att anmälningsskyldigheten för kommuner även bör omfatta sådant som tyder på att assistansersättning används felaktigt. Kommunens verksamhet är av varierande slag och innebär ofta många kontakter med den enskilde och dennes familj. Kommunen har därför särskilda förutsättningar att uppmärksamma om allt inte står rätt till. Utredningen anser inte att det föreligger något hinder mot att införa en preciserad anmälningsskyldighet till Försäkringskassan trots att kommunen inte omfattas av underrättelseskyldighet enligt lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen, särskilt mot

bakgrund av att kommunen omfattas av anmälningsskyldighet till polis och åklagare enligt bidragsbrottslagen (2007:612). Regeringen delar utredningens bedömning. Avsikten är inte att anmälningar ska göras slentrianmässigt från kommunens sida. Anmälningsskyldigheten bör inträda när det rent faktiskt finns en anledning till att anta att assistansersättning används för annat än vad det är avsett för. Så kan exempelvis vara fallet när kommunen genom sin övriga verksamhet får vetskap om att en assistansberättigad klarar betydligt mer av sin dagliga livsföring än vad som borde vara fallet för den som har beviljats assistansersättning. Avsikten är inte att kommunen ska göra någon utredning av förhållandena, utan den närmare undersökningen får i stället vidtas av Försäkringskassan efter en anmälan. Anmälningar om misstänkt felaktig användning av och fusk med assistansersättning förekommer redan i dag i stor utsträckning från allmänheten till Försäkringskassan. Mot bakgrund av att det är samma typ av uppgifter som kommer att anmälas av kommunen, anser regeringen att uppgifterna får ett tillräckligt sekretesskydd hos Försäkringskassan efter överlämnandet, även om sekretessen är svagare än hos kommunen.

En anmälningsskyldighet för kommunen när det gäller omständigheter som tyder på felaktig användning av assistansersättning, innebär att kommunen kan lämna ut uppgifterna till Försäkringskassan utan hinder av eventuell sekretess. Detta gäller även om uppgifterna får ett svagare sekretesskydd hos Försäkringskassan. De uppgifter som kan komma att lämnas ut kan avse enskilda personer som av någon anledning misstänks för att använda assistansersättning på felaktigt sätt. Det kan då också vara fråga om känsliga personuppgifter. Kommunen får inom socialtjänsten behandla personuppgifter för sådant uppgiftslämnande som föreskrivs i lag eller förordning (6 § andra stycket lagen [2001:454] om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten). Med socialtjänst förstås i detta sammanhang bl.a. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och om stöd och service till vissa funktionshindrade (2 § lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten).

När uppgifterna kommer in till Försäkringskassan kommer de att omfattas av sekretess enligt 28 kap. 1 § OSL. Enligt den bestämmelsen gäller sekretess hos Försäkrings-

kassan för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs och uppgiften förekommer i ärende enligt lagstiftningen om vissa ekonomiska förmåner för enskilda. Försäkringskassan får i sin verksamhet behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerade eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om bl.a. assistansersättning ska kunna bedömas och fastställas (114 kap. 2 och 7 §§ SFB). Känsliga personuppgifter får behandlas om de är nödvändiga för handläggning av ett ärende (114 kap. 11 § SFB). De uppgifter som kommunen kan komma att lämna enligt den föreslagna anmälningsskyldigheten är sådana som har avgörande betydelse för rätten till och omfattningen av assistansersättning, vilket är en del av bedömningen i handläggningen av ärenden om assistansersättning. Försäkringskassan bör därför vara oförhindrad att hantera de personuppgifter som lämnas in från kommunen.

Försäkringskassans och kommunens skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsen

För att effektivisera Socialstyrelsens tillsyn över tillståndshavarna krävs att myndigheten får kännedom om omständigheter som gör att tillståndet skulle kunna ifrågasättas. Regeringen anser att såväl Försäkringskassan som kommunen bör vara skyldiga att anmäla sådana uppgifter till Socialstyrelsen. En anmälan till Socialstyrelsen innebär att myndigheten kan inleda en utredning eller en inspektion av den aktuella anordnaren.

Anmälningsskyldigheten innebär att Försäkringskassan och kommunerna kan lämna ut uppgifter till Socialstyrelsen utan hinder av sekretess. Kommunen får inom socialtjänsten behandla personuppgifter för sådant uppgiftslämnande som föreskrivs i lag eller förordning (6 § andra stycket lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten). Även Försäkringskassan får behandla personuppgifter för att tillhandahålla information på grund av uppgiftsskyldighet som föreskrivs i lag eller förordning (114 kap. 9 § 1 SFB). Socialstyrelsen kommer att ta emot uppgifterna inom den tillsynsverksamhet som regleras i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Den verksamheten omfattas av lagen om behandling av personuppgifter inom

socialtjänsten enligt 2 § andra stycket i den lagen. De personuppgifter som lämnas får således hanteras av Socialstyrelsen om det är nödvändigt för att arbetsuppgifterna ska kunna utföras (6 § lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten). Om det är nödvändigt för verksamheten, eller om uppgifterna lämnas i ett ärende får även person- och samordningsnummer, känsliga personuppgifter och uppgifter om lagöverträdelse behandlas (7 § samma lag). Efter överlämnandet till Socialstyrelsen torde uppgifterna omfattas av sekretess enligt 26 kap. 1 § OSL eller, om den paragrafen inte skulle vara tillämplig, av samma sekretess som hos kommunen eller Försäkringskassan (11 kap. 1 och 8 §§ OSL), eftersom Socialstyrelsen får uppgifterna i sin tillsynsverksamhet. Socialstyrelsen kan genom det föreslagna anmälningsförfarandet komma att ta emot uppgifter om affärs- och driftsförhållanden i sin tillsynsverksamhet. Inom Socialstyrelsens tillståndsverksamhet gäller sekretess för sådana uppgifter (30 kap. 23 § OSL jämfört med 9 § och bilagan till offentlighets- och sekretessförordningen [2009:641]). Regeringen överväger behovet av att i förordning införa sekretesskydd även vid tillsynsverksamhet hos Socialstyrelsen.

Försäkringskassans kontroll av uppgifter hos Skatteverket

I Skatteverkets beskattningsverksamhet gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden (27 kap. 1 § OSL). Sekretessen är absolut. Den bestämmelse i SFB som ålägger Skatteverket uppgiftsskyldighet och bryter sekretessen (110 kap. 31 §) torde bara gälla uppgifter om den försäkrade själv. Försäkringskassans möjligheter att kontrollera uppgifter om bl.a. utförd assistans mot uppgifter om inkomster och arbetsgivare hos Skatteverket är således begränsade, om inte Skatteverket enligt lagen (2008:206) om under rättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen (se ovan) självmant anmäler till Försäkringskassan när det finns misstanke om fusk. Om Försäkringskassan misstänker att de uppgifter som redovisas är felaktiga måste myndigheten enligt utredningen ha möjlighet att begära uppgifter hos Skatteverket. Regeringen anser att Försäkringskassans kontrollmöjligheter därför bör stärkas och utökas till stickprovskontroller och rutinmässiga körningar av uppgifter om lämnad assistans tillsammans med

vilka som har varit assistenter och arbetsgivare för assistenterna. Om det är känt att denna typ av kontroller kan genomföras är det sannolikt att det skulle motverka att det för att dölja fusk lämnas uppgifter med olika innehåll till olika myndigheter. *Datainspektionen* tillstyrker inte förslaget på det underlag som presenterats i utredningen, och anför att, även om det finns förståelse för att uppgifter behöver utbytas mellan Försäkringskassan och Skatteverket, intrång i den personliga integriteten bara får ske om det finns motstående legitima och grundläggande intressen som väger tyngre. Nyttan ska ställas i relation till vilka personuppgifter det är fråga om, hur integritetskänsliga de är, hur viktigt det är att få tillgång till den informationen och om det finns alternativa sätt att tillgodose behovet. *Datainspektionen* anser att det föreslagna uppgiftslämnandet kan komma att omfatta uppgifter av integritetskänslig natur. Eftersom det råder absolut sekretess hos Skatteverket har uppgifterna högt skyddsvärde. Vid Försäkringskassan får uppgifterna svagare sekretesskydd. *Datainspektionen* anser att det bör anges vilka uppgifter Försäkringskassan ska få del av, vilka personer det kan gälla och på vilket sätt uppgifterna ska lämnas ut samt om det finns alternativa lösningar. Regeringen delar *Datainspektionens* synpunkter att behovet av uppgiftslämnande nog måste vägas mot de enskilda personernas integritet. Den genomgång som utredningen har gjort av förekommande fusk på assistansområdet innebär dock ett det finns ett klart behov av utökade kontrollmöjligheter för myndigheterna. Att som alternativ, såsom *Datainspektionen* föreslår, låta Skatteverket sälla bland uppgifterna och endast förmedla de uppgifter där fusk kan misstänkas, skulle inte innebära någon större förändring gentemot idag, eftersom Skatteverket redan i dag ska anmäla sådana misstankar. *Skatteverket* tillstyrker förslaget och instämmer i uppfattningen att kontrollerna ska göras systematiskt och inte först vid misstanke om felaktigheter. Även *Riksrevisionen* ser positivt på utredningens förslag. *Ekobrottsmyndigheten* anför att det är av betydelse att åtgärder inte bara syftar till att förbättra utredningsmöjligheterna när misstankar om brott finns utan också att åtgärder skapas för att upptäcka nya fall av brottslighet och att det därvid krävs ett fungerande under rättelsearbete mellan de myndigheter som hanterar assistansersättningen och utredningar

om misstänkt fusk. Ekobrottsmyndigheten menar att det t.ex. kan finnas kopplingar mellan personer som haft uppdrag som assistenter vid tidigare brottslighet som rör assistansersättning och personer som nu fungerar som anordnare och att det är exempel på uppgifter som bland annat Skatteverket kan få fram, och myndigheten ser därför positivt på förslag som underlättar myndighetssamverkan. *Brottsförebyggande rådet* framför liknande synpunkter. Regeringen anser mot bakgrund av ovanstående att behovet av uppgiftslämnandet överväger det intrång i den personliga integriteten som det innebär för enskilda. Genom att i lagen tydligt ange vilka personer Skatteverket ska lämna uppgifter om och i vilket syfte anser regeringen att uppgiftslämnandet blir tillräckligt begränsat och avvägt. För att uppgiftslämnandet ska bli effektivt anser *Skatteverket* att det inte bör begränsas till ärenden hos Försäkringskassan, vilket kan omöjliggöra systematiska kontroller. Regeringen föreslår därför att Skatteverket på begäran ska vara skyldigt att lämna de uppgifter till Försäkringskassan om assistansanordnare och om personliga assistenter som behövs för kontroll av användningen av assistansersättning. En sådan lagstadgad uppgiftsskyldighet bryter sekretessen hos Skatteverket.

För att möjliggöra för Skatteverket att lämna de uppgifter som behövs för kontroll, måste Försäkringskassan först kunna lämna vissa underlagsuppgifter till Skatteverket, t.ex. namn och personnummer för assistenter. Ett sådant utlämnande torde vara möjligt utifrån 10 kap. 2 § OSL, eftersom det kan anses som nödvändigt med hänsyn till Försäkringskassans ansvar att följa upp användningen av assistansersättningen. Om kontrollerna ska kunna göras regelbundet och rutinmässigt krävs att Skatteverket får underlagsuppgifterna på medium för automatiserad behandling, dvs. i elektronisk form. Regeringen föreslår att regler för detta införs i SFB.

De föreslagna bestämmelserna innebär hantering av personuppgifter, i vissa fall även känsliga uppgifter om en persons hälsa, hos såväl Försäkringskassan som hos Skatteverket. Försäkringskassan får enligt 114 kap. 7 § första stycket 2 SFB hantera personuppgifter om det är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar enligt SFB ska kunna bedömas

eller fastställas. Även känsliga personuppgifter som rör hälsa får behandlas för sådant ändamål om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet (114 kap. 11 § andra stycket SFB). Försäkringskassan bör därför enligt nu gällande regler ha rätt att hantera de uppgifter som ska tas emot enligt den föreslagna uppgiftsskyldigheten.

Enligt 1 kap. 5 § 3 lagen (2001:181) om behandling av personuppgifter i Skatteverkets beskattningsverksamhet får Skatteverket behandla uppgifter för att tillhandahålla information som behövs i författningsreglerad verksamhet hos någon annan än Skatteverket för att utgöra underlag för beräkning, beslut och kontroll i fråga om förmån, bidrag och andra stöd. Uppgifter som rör någons hälsa, och andra känsliga personuppgifter samt uppgifter om lagöverträdelse m.m. får endast behandlas om uppgifterna har lämnats i ett ärende eller är nödvändiga för handläggningen av det (1 kap. 7 § lagen om behandling av personuppgifter i Skatteverkets beskattningsverksamhet). De personuppgifter som Skatteverket kan komma att lämna ut till Försäkringskassan bör således kunna hanteras av Skatteverket enligt nu gällande regler.

När uppgifterna kommer in till Försäkringskassan kommer de att omfattas av sekretess enligt 28 kap. 1 § OSL. Enligt den bestämmelsen gäller sekretess hos Försäkringskassan för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs och uppgiften förekommer i ärende enligt lagstiftningen om vissa ekonomiska förmåner för enskilda. Den föreslagna uppgiftsskyldigheten kan få till följd att uppgifter som omfattas av absolut sekretess hos Skatteverket får ett svagare sekretesskydd hos Försäkringskassan. Enligt regeringens mening har dock Försäkringskassan ett tillräckligt sekretesskydd för sådana uppgifter som skulle kunna överlämnas. En liknande bedömning har för övrigt gjorts i förarbetena till lagen om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen (se prop. 2007/08:48 s. 19).

Uppgiftsskyldighet för anordnare av personlig assistans

Regeringens förslag: Arbetsgivare och uppdragsgivare för personliga assistenter ska vara skyldiga att lämna uppgifter till kommunen och Försäkringskassan om assistenten. Uppgifter som visar om assistenten är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den assistansberättigade, om assistenten har fyllt 18 år och om assistenten är bosatt inom eller utanför EES-området ska lämnas innan assistansen börjar utföras och vid ändrade förhållanden. Uppgifter som visar den arbetstid som assistenten har arbetat hos en assistansberättigad ska lämnas månadsvis i efterhand. Uppgifter som visar att assistenten inte saknar arbetsförmåga ska lämnas på begäran av kommunen eller Försäkringskassan.

Försäkringskassan ska få göra förfrågningar hos anordnare av personlig assistans när det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller tillämpning av socialförsäkringsbalken i övrigt, och anordnaren ska på begäran av Försäkringskassan lämna uppgifter om en namngiven person i fråga om förhållanden som har betydelse för Försäkringskassans tillämpning av balken.

En assistansanordnare som har tagit emot assistansersättning ska vara skyldig att anmäla ändrade förhållanden som denne har kännedom om och som påverkar rätten till eller storleken på ersättningen.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen har föreslagit att även den som avser att anställa någon som personlig assistent ska lämna uppgifter, men inte den som är uppdragsgivare. Utredningen har föreslagit att fler krav ska ställas på den som ska utföra assistansen vilket skulle innebära att fler uppgifter skulle lämnas av arbetsgivaren. Vidare har utredaren föreslagit att uppgifterna ska lämnas utan anmaning, utan att närmare ange när uppgifterna ska lämnas. Utredningen har också föreslagit att skyldigheten att anmäla ändrade förhållanden även ska gälla vårdnadshavare, god man eller förvaltare för den försäkrade, samt att exemplen på vad som avses med ändrade förhållanden utökas.

Remissinstanserna: *Myndigheten för handikappolitisk samordning – Handisam*, flera funktionshindersorganisationer och två assistansanordnare avstyrker eller är kritiska till utredningens förslag. En tredjedel av de remissinstanser som har yttrat sig över förslaget har tillstyrkt detta. Drygt hälften av remissinstanserna avstår från att kommentera förslaget.

Domstolsverket betonar vikten av att den som har en uppgiftsskyldighet inte bara blir informerad om vilken skyldighet som föreligger, utan att det skriftligt ska framgå vilken information som har lämnats och hur den lämnats. *Försäkringskassan* tillstyrker förslaget och betonar att det är en förutsättning att arbetsgivaren har en skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan för att myndigheten ska kunna kontrollera att ersättningen används korrekt. Enbart uppgifter som har betydelse för Försäkringskassans tillämpning bör dock lämnas. *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Socialstyrelsen*, *Inspektionen för socialförsäkringen*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen* tillstyrker förslaget. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att första delen av förslaget är bra men vill lägga till att även kommunen ska kunna begära att anordnaren lämnar uppgifter om andra förhållanden. Flera kommuner, *Riksförbundet FUB*, *Svenska kommunalarbetsareförbundet* och *Vårdföretagarna Almega* tillstyrker förslaget. *Assistansanordnarna* tillstyrker men lyfter fram att det kan bli problem när den personliga assistenten har skyddad identitet eller är utländsk medborgare och inte bosatt i Sverige och därmed saknar svenskt personnummer. *DHR*, *Intressegruppen för Assistansberättigade* och *Personskedeförbundet RTP* reagerar kraftfullt mot förslaget, bl.a. med motiveringen att det åsidosätter nu gällande tystnadsplikt mellan uppdragsgivare och uppdragstagare. *Myndigheten för handikappolitisk samordning – Handisam* framhåller att bedömningen av assistansbehov är en fråga mellan myndighetsutövaren och den försäkrade och är kritisk mot att den handläggande myndigheten ska få vända sig till anordnaren för att hämta in uppgifter om den försäkrade. *Handikappförbunden* anser att förslaget bör förtydligas och framhåller att begrepp som andra förhållanden är svårtolkat. *Arbetsgivarförbundet KFO* anser att förslaget är integritetskränkande mot assistansanvändaren och omöjlig för assistansanordnaren att uppfylla. *KFO* menar att behovsbedöm-

ningen ska göras av den myndighet som beslutar om detta efter hörande av den assistanssökande och inte av anställda hos olika privata anordnare. *Kommunala Företagens Samorganisation KFS* har inget emot att lämna uppgifter som är nödvändiga för att kunna utöva bättre kontroll. Däremot ifrågasätter KFS utgångspunkten att det ska var möjligt att vidgå den assistansberättigade.

Skälen för regeringens förslag: På sidan 220 i detta avsnitt föreslås vissa krav som måste vara uppfyllda i fråga om en personlig assistent för att ersättning för assistansen ska betalas av kommunen eller Försäkringskassan. För att utbetalande myndighet ska kunna kontrollera om kraven i fråga om assistenten är uppfyllda krävs att myndigheterna får in de uppgifter som är av betydelse. Uppgifterna behövs även för att öka möjligheterna att kontrollera vid vilken tidpunkt som assistansen har utförts och vilken assistent som har utfört denna. Flera remissinstanser bland annat *DHR*, *HSO* samt *STIL* och *ILI* har starka invändningar mot förslaget om att assistansanordnarna ska vara skyldiga att till myndigheterna lämna uppgifter om sina anställda assistenter och om de assistansberättigade som de har avtal med. Remissinstanserna menar framförallt att en uppgiftsskyldighet skulle strida mot den tystnadspflicht som brukar råda mellan anordnare och kund och mot integritetsintressen. Det skulle enligt remissinstanserna vara ytterst olämpligt om assistansanordnarna skulle agera kontrollanter. De menar vidare att förslaget kan vara praktiskt ogenomförbart då assistansanordnarna inte alltid har tillgång till uppgifterna. *Försäkringskassan* anser däremot att en förutsättning för att myndigheten ska kunna kontrollera att ersättningen används korrekt är att arbetsgivaren har en skyldighet att lämna uppgifter. Regeringen är väl medveten om att uppgiftslämnandet kan innebära ett intrång i den enskilde assistansberättigades och den enskilde assistentens integritet. Uppgiftslämnande från arbetsgivare och anordnare förekommer dock redan i dag i viss utsträckning, dels i fråga om förmåner enligt socialförsäkringsbalken och dels i fråga om andra ärenden hos exempelvis kommunerna. Detta uppgiftslämnande är en förutsättning för att myndigheterna ska kunna fatta riktiga beslut. Den ytterligare skyldighet som föreslås är till för att ytterligare förstärka förutsättningarna för Försäkringskassan att göra

riktiga bedömningar och fatta korrekta beslut. Försäkringskassans egen bedömning är att förslaget är en förutsättning för att ersättningens användning ska kunna kontrolleras. Regeringen anser därför att nyttan med uppgiftslämnandet överväger det intrång i integriteten som det innebär för enskilda. Regeringen vill dock i likhet med *Försäkringskassan* understryka att arbetsgivare och anordnare enbart ska lämna de uppgifter som är nödvändiga för Försäkringskassans tillämpning av reglerna om assistansersättning.

Regeringen anser i likhet med utredningen att det är assistansanordnare som i egenskap av arbetsgivare för assistenten, och sådana brukare som själva är arbetsgivare åt sina assistenter, som bör lämna uppgifterna. Därutöver krävs att uppdragsgivare, t.ex. den som anlitar en enskild näringsidkare som assistent, har samma uppgiftsskyldighet. Arbetsgivaren torde ha rätt att behandla personuppgifter enligt 10 § b personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL. Givetvis gäller PUL:s regler om information m.m. till den registrerade. Om det skulle finnas någon sekretessregel som skyddar uppgifterna hos arbetsgivaren kommer den föreslagna uppgiftsskyldigheten att bryta sådan sekretess. När kommunen tar emot uppgifterna kommer de att skyddas av sekretess i 26 kap. 1 § OSL som har ett omvänt skaderekvisit. När uppgifterna tas emot av Försäkringskassan omfattas de av sekretess enligt 28 kap. 1 § OSL som har ett rakt skaderekvisit. Kommunen har enligt lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten rätt att hantera personuppgifter. Försäkringskassan har motsvarande rätt i 114 kap. 2 och 7 §§ socialförsäkringsbalken.

Utredningen föreslår att uppgifterna ska lämnas utan någon särskild uppmaning av Försäkringskassan eller kommunen. Regeringen anser att det krävs tydliga föreskrifter om när uppgifterna ska lämnas. Mot bakgrund av att uppgifterna ska användas för kontroll är det rimligt att uppgifterna lämnas innan en assistent påbörjar sitt arbete och vid ändrade förhållanden. Myndigheterna har därmed möjlighet att påtala för den enskilde brukaren att förutsättningarna för ersättning inte är uppfyllda, om någon brist upptäcks utifrån de uppgifter som lämnas. I fråga om de krav som föreslås på sidan 220 i detta avsnitt angående personliga assistenters arbetsförmåga, räcker det dock med att uppgifter lämnas på begäran. Att kravet är uppfyllt är

nämligen inte avsett att kontrolleras i varje enskilt fall, utan endast på förekommen anledning. Avsikten är inte att sådana uppgifter ska begäras slentrianmässigt av Försäkringskassan och kommunen, utan endast när det finns en verklig anledning att anta att något sådant förhållande föreligger som gör att assistenten inte har förmåga att utföra assistansarbetet. Hur detta ska visas får givetvis avgöras från fall till fall.

För att kontrollen ska bli effektiv, måste redovisningen utformas så att det framgår vilka assistenter som arbetar åt en särskild brukare. Detta gäller även i de fall det är kommunen som ersätter kostnaderna för den personliga assistansen.

Regeringen instämmer i utredningens förslag att Försäkringskassan bör ges möjlighet att inhämta uppgifter direkt från assistansordnare när det gäller vissa särskilda omständigheter som har betydelse för Försäkringskassans tillämpning av reglerna om assistansersättning, på samma sätt som i dag kan ske bl.a. från en försäkrads arbetsgivare eller läkare. Det kan exempelvis gälla frågan om när assistans har utförts och av vem. *Assistansordnarna* framför att det kan bli problem i vissa fall, t.ex. när en assistent har skyddad identitet eller saknar personnummer. Regeringen anser att sådana omständigheter naturligtvis måste vägas in vid uppgiftslämmandet och överväger att i förordning återkomma med närmare föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas.

Det är enligt utredningen mycket vanligt att anmälningsskyldigheten i fråga om ändrade förhållanden när det gäller assistansersättning inte efterföljs. Det leder till utbetalningar av assistansersättning på felaktig grund. I avsnitt 5.9 föreslås därför en skyldighet för kommunen att underrätta Försäkringskassan när beslut fattas om insatser som påverkar rätten till assistansersättning. För att ytterligare stärka Försäkringskassans möjligheter att få vetskap om ändrade förhållanden anser regeringen att kretsen av anmälningsskyldiga bör utökas. Även en assistansordnare som har tagit emot utbetalning av assistansersättning bör därför åläggas en skyldighet att anmäla ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken på ersättningen. Utredningen har föreslagit en sådan anmälningsskyldighet för vårdnadshavare, förvaltare och god man. Regeringen delar utredningens uppfattning om

att sådana personer bör anmäla ändrade förhållanden som de känner till, men menar att en sådan skyldighet följer redan av ställföreträdarskapet. Regeringen anser inte heller att det är lämpligt att i lagen utöka listan med exempel på förhållanden som ska anmälas, på det sätt som föreslagits av utredningen, men självfallet ska anmälan göras om en försäkrad befinner sig på sjukhus eller beviljas daglig verksamhet, barnomsorg eller liknande insatser, eftersom sådana förhållanden påverkar rätten till eller storleken på assistansersättningen.

Lagrådet har, som angetts på sidan 234, påtalat att konsekvenserna för straffbarheten enligt bidragsbrottslagen (2007:612) bör övervägas närmare. Genom den föreslagna anmälningsskyldigheten för tillståndshavare vidgas tillämpningsområdet för bidragsbrottslagen något. Regeringen anser att det är rimligt att en tillståndshavare som tagit emot utbetalning av assistansersättning och som uppsåtligt eller av grov oaktsamhet underlåter att anmäla ändrade förhållanden som denne känner till kan komma att dömas enligt bidragsbrottslagen. Tillståndshavaren kan själv ha vinning av de felaktiga eller för höga utbetalningarna. Redan i dag kan tillståndshavare dömas för brott enligt bidragsbrottslagen i de fall då de lämnar oriktiga uppgifter. Det som tillkommer enligt förslaget är att de även kan dömas vid underlåten anmälan. Med hänsyn till att det krävs uppsåt eller grov oaktsamhet, att farerequisitet ska vara uppfyllt samt att anmälningsskyldigheten bara inträder när tillståndshavaren har kännedom om de ändrade förhållandena och när Försäkringskassan inte känner till ändringen, torde det i praktiken bli fråga om ytterst få fall. När det gäller konsekvenserna för den enskilde assistansberättigades anmälningsskyldighet och straffbarheten av dennes underlåtenhet hänvisas till sidan 234.

Uppgiftsskyldighet m.m. för andra än myndigheter och anordnare av personlig assistans

Regeringens förslag: Försäkringskassans befogenhet att vidta åtgärder för bedömning av frågan om ersättning ska omfatta även begäran om att en försäkrad ska genomgå undersökning eller delta i utredning för bedömning av behovet av hjälp i den dagliga livsföringen.

Ett ombud som lämnar uppgifter för den som ansöker om assistansersättning ska lämna uppgifterna på heder och samvete.

Utredningens förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag.

Remissinstanserna: *Försäkringskassan* och *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget om att ombud ska lämna uppgifter på heder och samvete. *Socialstyrelsen* föreslår att det även i LSS införs en bestämmelse om att uppgifter om faktiska förhållanden ska lämnas på heder och samvete av sökanden och av dennes vårdnadshavare, gode man, förvaltare eller ombud. Det skulle bidra till att stävja problem med felaktiga eller överdrivna uppgifter.

Skälen för regeringens förslag: Den som ansöker om en förmån ska lämna uppgifter om faktiska förhållanden på heder och samvete. För bedömningen av rätten till en sökt förmån kan dock ytterligare utredningsåtgärder behöva vidtas. I 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken preciseras Försäkringskassans befogenheter i detta avseende. Av bestämmelsen framgår bl.a. att när det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av SFB får Försäkringskassan begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Utredningen anser att det bör förtydligas att Försäkringskassan får besluta om sådana åtgärder också när det behövs för bedömning av den försäkrades behov av hjälp i den dagliga livsföringen. Precis som när det gäller andra utredningar enligt paragrafen är det i första hand mindre ingripande utredningar som kan begäras av Försäkringskassan. Regeringen instämmer i utredningens förslag.

Utredningen anför att en mycket viktig faktor för att motverka fusk och felaktiga utbetalningar är att rätt beslut fattas från början. En förutsättning för det är att beslutsunderlaget är så korrekt som möjligt. Mot bakgrund av att uppgifter i assistansersättningsärenden ofta lämnas av andra än en försäkrad är det viktigt att den information som lämnas av dessa lämnas på heder och samvete på samma sätt som om den försäkrade själv skulle ha lämnat uppgifterna. Regeringen har i tidigare lagstiftningsärenden bedömt att kravet på att lämna uppgifter på heder och samvete även gäller för vårdnadshavare och gode män enligt föräldrabalkens regler (prop. 2008/09:200 del 2, s. 569 f.). Ett ombud som lämnar uppgifter för den som ansöker om assistansersättning kan dock inte anses ha en sådan skyldighet i dag. Eftersom det är tämligen vanligt att försäkrade företräds av ombud i assistansersättningsärenden anser regeringen i likhet med utredningen att det bör finnas en lagstadgad skyldighet för ombud i assistansersättningsärenden att lämna uppgifterna på heder och samvete i en ansökan.

7.16.4 Förbättra rutiner och kontroll hos Försäkringskassan

Ökad kvalitet i det första beslutet om assistansersättning

Regeringens bedömning: Det är väsentligt att Försäkringskassan vidtar åtgärder som syftar till att öka kvalitet och säkerhet särskilt i det första beslutet om assistansersättningen.

Regeringen anser att det är angeläget att Försäkringskassan förbättrar det utredningsunderlag som behövs för att fatta beslut om assistansersättningen på säkra grunder.

Utredningens bedömning: Försäkringskassan ska tillföras medel för att kunna betala för egna utredningar av opartiska specialister och konsulter.

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som tydligt tar ställning till bedömningen är majoriteten positiva. Drygt hälften har inte yttrat sig i denna del.

Riksdagens ombudsmän (JO) delar utredningens uppfattning om vikten av kvaliteten på

Försäkringskassans första beslut. *Förvaltningsrätten i Växjö* framhåller att det är angeläget med en rättssäker och likvärdig hantering av assistansersättningen och att det redan från början görs en korrekt bedömning. *Åklagarmyndigheten* betonar att det är viktigt att Försäkringskassans initiala beslut förbättras och att besluten vilar på ett sakligt och fullständigt underlag som klargör det individuella hjälpbehovet. *Försäkringskassan* delar utredningens åsikt om att det initiala beslutet om assistansersättning är strategiskt viktigt i arbetet med att förebygga fusk och överutnyttjande och anser att det är hälso- och sjukvården som ska tillhandahålla utredningar av opartiska specialister. Försäkringskassan föreslår därför att medel ska tillföras hälso- och sjukvården i stället för Försäkringskassan för detta ändamål.

Inspektionen för socialförsäkringen anser att Försäkringskassan bör ges möjlighet att vid behov komplettera underlag i alla ärenden där beslutsunderlagen är eller misstänks vara bristfälliga och inte bara där det finns misstanke om fusk eller missbruk. *Sveriges Kommuner och Landsting*, flera kommuner och funktionshindersorganisationer, ett par assistansanordnare samt *Föreningen Sveriges Socialchefer* tillstyrker förslaget.

Skälen för regeringens bedömning: Utredningen understryker att det är särskilt viktigt att utredning och dokumentation m.m. är av hög kvalitet när den sökande ansöker om assistansersättning för första gången. Ett beslut av hög kvalitet tillgodoser brukarens intresse av stabilitet och möjlighet att planera långsiktigt men det är också av betydelse för att förebygga och förhindra fusk och överutnyttjande inom assistansersättningen. Ett sådant beslut säkerställer att sökanden uppfyller de krav som gäller för beviljande och ger en god grund vid eventuella överklaganden. Det innebär också att tvåårsomprövningar av assistansersättningen inte kommer att handla om att rätta till bristfälliga beslut som kan leda till oplanerade förändringar för den assistansberättigade.

Försäkringskassans beslut om ersättning kan dock försvåras om den sökande saknar en dokumenterad medicinsk historik. Försäkringskassan har tidigare framfört till regeringen att den önskar ett förtydligande av sitt mandat och resurser för att kunna använda medicinsk expertis. Utredningen anser att det är viktigt att myndigheten ges möjlighet till en opartisk

utredning som kan säkerställa att villkoren är uppfyllda för att ersättning ska kunna beviljas.

Utredningen understryker vidare betydelsen av att Försäkringskassans interna riktlinjer följs bl.a. genom att hembesök görs. Dessa hembesök bör inte genomföras av en ensam handläggare. Den sökandes behov ska således klarläggas i direkt kontakt med den sökande så långt möjligt och kontakten får inte ersättas av kontakter med anhöriga och/eller ombud. I de fall tolk behöver anlitas så är det viktigt att tolken är opartisk och certifierad.

Försäkringskassan har i sitt remissyttrande över utredningens betänkande framhållit att den i vissa fall har behov av en beskrivning av en oberoende expert angående förhållandet mellan det medicinska tillståndet och hjälpbehovet. Försäkringskassan anser dock att det är hälso- och sjukvården som ska tillhandahålla utredningar av opartiska specialister. Därför föreslår Försäkringskassan att medel ska tillföras hälso- och sjukvården istället för Försäkringskassan för detta ändamål. Utgångspunkten bör enligt Försäkringskassan vara att det är hälso- och sjukvården som ska tillhandahålla de medicinska underlagen.

Regeringen anser att det är angeläget att Försäkringskassan har tillgång till det utredningsunderlag som behövs för att fatta beslut om assistansersättning på säkra grunder och att de underlag som Försäkringskassan inhämtar håller hög kvalitet. Enligt regeringens mening bedöms kostnaderna för detta – t.ex. för medicinska underlag – vara av sådan omfattning att Försäkringskassan bör finansiera det inom befintliga ramar.

Regeringen anser i likhet med utredningen att de krav som gäller för handläggning av assistansersättningen kräver stor noggrannhet och att det är viktigt att beslut som får stora och långvariga ekonomiska konsekvenser för staten ägnas stor omsorg. Regeringen anser att åtgärder som syftar till att öka säkerheten i besluten bör genomföras. Det kan gälla t.ex. att erforderliga kontakter tas med den sökande så att utredningsunderlaget blir fullständigt och av hög kvalitet. Ytterligare exempel på hur säkerheten i besluten kan öka finns i utredningen. Utredningen har i sina bedömningar framhållit att hembesök bör genomföras och att dessa besök inte bör genomföras av en ensam handläggare. Utredningen understryker att den sökandes behov bör klarläggas i direkt kontakt

med den sökande så långt möjligt. Detta innebär t.ex. att kontakten inte får ersättas av kontakter med anhöriga eller ombud. Vidare framhålls att i de fall tolk behöver anlitas så är det viktigt att tolken är opartisk och certifierad.

Förbättrad kontroll och uppföljning

Regeringens bedömning: Det är angeläget att Försäkringskassan fortsätter att utveckla it-stödet för att effektivisera beslutsstöd, kontroll och informationsförsörjning. Försäkringskassans anslag bör för respektive år 2013–2016 tillföras 20, 40, 35 och 15 miljoner kronor för kostnader för investeringar i it-system och för personal som ska arbeta med att förstärka handläggning och kontroll av assistansärenden. Försäkringskassan bör vidare fortsätta sitt arbete med att stärka kontrollperspektivet i handläggningen av assistansersättningen.

Utredningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens.

Remissinstanserna: De remissinstanser som tydligt har tagit ställning till bedömningen har tillstyrkt denna.

Försäkringskassan anser dock att 20 miljoner kronor är en alltför låg uppskattning av resursbehovet och begär dessutom att få ett särskilt uppdrag för att fortsätta arbetet med att se över ytterligare åtgärder mot fusk och oegentligheter inom assistansersättningen. *Inspektionen för socialförsäringen* framhåller att det är viktigt att även försäkringsvillkoren bör prövas vid en tvåårsprövning. *Riksrevisionen*, *Förvaltningsrätten i Växjö*, *Ekobrottsmyndigheten*, *Brottsförebyggande rådet*, *Skatteverket*, *Rikspolisstyrelsen*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen*, flera kommuner och funktionshindersorganisationer samt ett par assistansanordnare tillstyrker.

Skälen för regeringens bedömning

Försäkringskassan bör tillföras resurser för att utveckla det it-baserade stödet

Utredningen har uppmärksammat att de förslag som utredningen lämnar innebär att Försäkringskassan behöver utveckla effektiva it-baserade system för att sköta administrativa frågor kring ansökan, handläggning, statistik,

analys och uppföljning. Även assistansberättigade och assistansanordnare kommer att möta krav på inrapportering av uppgifter som de i dag inte behöver lämna. Utredningen anser att det finns ett behov av ett utvecklingsarbete av it-system som skulle kunna leda till en effektivisering och stöd för handläggarna men också till bättre statistik och uppföljning. Försäkringskassan behöver också, enligt utredningens mening, ett it-baserat system som möjliggör systematiska kontroller och effektiviserar samarbete mellan berörda myndigheter. Försäkringskassan har påbörjat en utveckling av statistiksystemet för assistansersättningen och har avsatt resurser för denna utveckling. Utredningen menar att den planerade utvecklingen av statistiksystemet inte kan anses stödja den verksamhet som blir resultatet av de förslag som utredningen lägger fram. Utredningen uppskattar att 20 miljoner kronor behöver tillföras för att få till stånd ett bredare it-baserat system som kan stödja handläggning, kontroll, uppföljning, uppgiftslämnande och utbetalningar. Detta tillskott bör enligt utredningen finansieras genom lån i Riksgälden under åren 2013–2015.

Försäkringskassan framför i sitt remissyttrande att den delar utredarens bedömning att det finns behov av ett bredare it-baserat system som kan stödja handläggning, kontroll, uppföljning, uppgiftslämnande och utbetalningar. Försäkringskassan framhåller dock att den anser att uppskattningen av investeringskostnaderna för utveckling av it-stöd till 20 miljoner kronor är för låg. Utvecklingen av ett nytt it-stöd innebär en omfattande utveckling som även kan komma att påverka annan it-utveckling inom Försäkringskassan.

Regeringen delar utredningens uppfattning att det är angeläget att Försäkringskassan fortsätter att utveckla it-stödet för att effektivisera beslutsstöd, kontroll och informationsförsörjning när det gäller assistansersättningen.

En fortsatt vidareutveckling av it-system är en nödvändig förutsättning för att säkerhet i beslut, uppföljning och kontroll ska kunna förbättras. Innan it-systemet har hunnit utvecklas fullt ut bedöms Försäkringskassan även behöva tillföras medel för att hantera ökade kostnader för handläggning och kontroll av assistansersättningen. Regeringen föreslår därför att Försäkringskassans anslag bör för respektive år 2013–2016 tillföras 20, 40, 35 och 15 miljoner

kronor för kostnader för investeringar i it-system och för personal som ska arbeta med att förstärka handläggning och kontroll av assistansärenden.

Andra åtgärder för förbättrad kontroll och uppföljning

Utredningen framhåller att kontrollfrågor, både vid handläggning och efterkontroller, behöver prioriteras mer än vad som görs i dag. Det är allvarligt att det bland de av utredningen granskade fallen som avser fusk, kunde konstateras att Försäkringskassan sällan själv hade upptäckt dem. I de granskade fallen kunde också konstateras att Försäkringskassan i flera fall inte följt upp misstankar, reagerat sent eller inte alls på signaler om oegentligheter. Utredningen anser att den låga prioriteringen av kontrollarbetet behöver brytas och att det är särskilt viktigt att den lokala organisationen ser kontrollfrågorna som en integrerad del av handläggningen.

Regeringen har erfarit att Försäkringskassan numera har ökat prioriteringen av kontroll av beslut om assistansersättning samt vidtagit en rad åtgärder för att förbättra såväl säkerheten i besluten som kontrollen av dessa. Försäkringskassan har förtydligat handläggningen av två-årsomprövningar i ett metodstöd. Förtydligande har skett vad gäller kontroll av tidredovisningar och räkningar. Information har skickats till samtliga assistansberättigade och deras anordnare där det förtydligats vilka uppgifter som ska finnas på tidredovisningarna för att dessa ska betraktas som korrekta. Möjligheten till undantag från tidredovisningen har upphört. Regeringen ser positivt på de initiativ som Försäkringskassan har tagit och anser att myndigheten bör fortsätta sitt arbete med att stärka kontrollperspektivet i handläggningen av assistansersättningen.

Regeringen vill i detta sammanhang nämna några av de bedömningar som utredningen har redovisat och som kan vara en del i detta arbete, nämligen att uppgifter om assistenter och anordnare av assistans bör följas upp genom regelbundna kontroller hos Skatteverket. Att dispens från tidredovisningar inte längre bör lämnas och att kontrollen av tidredovisningar bör förbättras. Vidare bör tidredovisningar som är ofullständiga eller innehåller andra väsentliga brister inte godtas. Vid misstanke om fusk eller felaktig användning av assistansersättningen ska

en särskild utredning göras. Utredningen påpekar vidare att Försäkringskassan bör genomföra informationsinsatser till brukare och anordnare för att säkerställa att assistansersättningen används på ett korrekt sätt och att risken för oavsiktliga fel undanröjs.

Organisation och styrning

Regeringens bedömning: Försäkringskassan bör överväga åtgärder för att ytterligare effektivisera ärendehandläggning och kontrollverksamhet i assistansersättningen. Försäkringskassan bör utifrån sin kompetens och sitt myndighetsansvar utforma organisation och styrformer som innebär att beslut, utbetalningar och kontroll av den aktuella ärendetyper förbättras.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) bör inom ramen för det uppdrag som föreslås i avsnitt 7.16.5 rapportera och bedöma de åtgärder som Försäkringskassan vidtagit för att utveckla sin organisation och styrning så att handläggning och kontroll av ärenden som gäller assistansersättning ska bli mer effektiv.

Utredningens bedömning: Försäkringskassan ska tillföras medel för att utveckla it-baserade handläggningssystem.

Försäkringskassans handläggning av nyansökningar om assistansersättning bör centraliseras eller koncentreras. Målet om en enkel och snabb handläggning måste ges upp till förmån för krav på kvalitet och materiellt riktiga beslut. Förenkla metoder att beräkna antal assistanstimmar måste överges.

Remissinstanserna: De flesta av remissinstanserna som har yttrat sig över bedömningen tillstyrker denna.

Statskontoret anser att regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att redovisa vilka åtgärder myndigheten vidtagit, respektive inte avser att vidta mot bakgrund av de åtgärder utredningen redovisar om hur den bör förändra sin handläggning av assistansersättningen. *Rikspolisstyrelsen, Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, Arbetsförmedlingen, Handikappförbunden, Riksförbundet FUB, Föreningen JAG, STIL och Independent Living Institute, Assistansanordnarna, Vårdföretagarna Almega* några kommuner och *Jämtlands läns*

landsting tillstyrker i denna del. *Föreningen Sveriges Socialchefer* anser att bedömningen angående Försäkringskassans handläggning av nyansökningar i de flesta delarna är bra men motsätter sig att Försäkringskassan får ännu längre handläggningstider.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningens överväganden

Utredningen anser att assistansersättningen innebär en komplicerad ärendehandläggning för Försäkringskassan som kräver en specialiserad kompetens. Försäkringskassan har enligt utredningen i flera dokument tagit upp frågan om en koncentration av ärendehandläggningen och utredningen finner en sådan ändring befogad. Utredningen anser att det finns goda skäl att överväga en sådan förändring trots att assistansersättningen vid handläggningen innebär direktkontakter med den sökande och hembesök. Utredningen menar att det finns goda erfarenheter från andra myndigheter som koncentrerat och specialiserat ärendehandläggning där detta lett till en ökad effektivisering bl.a. genom ett mer utvecklat samarbete inom organisationen.

Utredningen anser vidare att assistansersättningen behöver en mer specialiserad styrning och uppföljning. De mål som i dag gäller för alla ärendetyper i Försäkringskassan bör inte tillämpas för denna ärendekategori eftersom myndigheten, enligt utredningen, prioriterar en snabb genomströmning av ärenden och inte premierar kontrollinsatser eller uppföljning av misstankar om tveksamheter.

Uppföljning av åtgärder vidtagna av Försäkringskassan

Regeringen anser att det är nödvändigt att Försäkringskassan även fortsättningsvis överväger åtgärder för att ytterligare effektivisera organisation och styrning av assistansersättningen. Till skillnad från den bedömning som utredningen gör anser regeringen att det är upp till Försäkringskassan att utifrån sin kompetens och sitt myndighetsansvar finna organisation och styrformer som innebär att beslut, utbetalningar och kontroll av den aktuella ärendetyper förbättras.

Regeringen anser att ISF inom ramen för sitt uppdrag att följa upp de åtgärder som föreslås i denna proposition (se avsnitt 7.16.5) ska rapportera och bedöma de åtgärder som Försäkringskassan vidtagit för att utveckla sin organisation och styrning så att handläggning och kontroll av ärenden som gäller assistansersättning ska bli mer effektiv.

7.16.5 Utredning och uppföljning

Timschablonen

Regeringens bedömning: En särskild utredare bör lämna förslag till ny modell för assistansersättningens timbelopp.

Utredningens bedömning: Utredningen har redovisat en modell för en alternativ konstruktion av schablonbeloppet som behöver fördjupas och kompletteras.

Remissinstanserna: *Försäkringskassan* är positiv till utredningens modell om möjlig ny reglering av schablonersättningen och tillstyrker att förslaget utreds vidare. *Statskontoret* framhåller att det är svårt att bedöma vilka förutsättningar det finns för att införa en ersättningsmodell som utredningen beskriver och anser att det finns flera aspekter som bör analyseras närmare. *Sveriges Kommuner och Landsting* är positiv till modellen som avser kostnader för administration m.m. och assistansomkostnader. Däremot avstyrks modellen att ersätta faktiska kostnader med den del som avser att täcka löner för personliga assistenter. *Borgholms kommun* och *Malmö kommun* ställer sig bakom den modell som presenteras. *Lycksele kommun*, *Piteå kommun* och *Stockholms kommun* ställer sig bakom att schablonbeloppets konstruktion behöver ses över. *Skellefteå kommun* anser att utredningen borde lämnat ett förslag som avser assistansersättningens timbelopp. *Assistansanordnarna* ser stora nackdelar med utredningens modell på en ny möjlig reglering av schablonersättningen eftersom det skulle innebära ökad administrativ belastning, speciellt för större anordnare och leda till stora begränsningar i den enskildes liv och valfrihet. *Föreningen Sveriges Socialchefer* anser att

utredningens alternativa modell för reglering av schablonersättningen är värd att utreda vidare.

Skälen för regeringens bedömning: Utredningen har i sitt betänkande pekat på att nuvarande modell för schablonersättning för assistansersättningen har en kostnadsdrivande effekt. Utredningen har därför övervägt om en alternativ konstruktion av schablonbeloppet skulle kunna vara att föredra och redovisat vissa utgångspunkter för en sådan konstruktion. Utredningen anser att en ny utformning av schablonbeloppet kräver ytterligare underlag och analys innan ett eventuellt införande.

I 51 kap. 11 § SFB, föreskrivs att det för varje år ska bestämmas med vilket belopp per timme som assistansersättning lämnas. Beloppet ska bestämmas som ett schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om schablonbeloppet.

I 5 § förordning (1993:1091) om assistansersättning föreskrivs att Försäkringskassan senast den 1 mars varje år ska lämna regeringen förslag till schablonbelopp för det kommande året. Försäkringskassan ska dessförinnan höra Sveriges Kommuner och Landsting i frågan. Timbeloppet för år 2012 är 267 kronor.

Enligt 5 a § samma förordning, avses med kostnader för personliga assistenter löne- och lönebikostnader, assistans- och utbildningskostnader, kostnader för arbetsmiljöinsatser, personalomkostnader och administrationskostnader. Arbetsmiljöinsatser i första stycket 3 omfattar inte hjälpmedel som den försäkrade behöver för att själv eller med hjälp av någon annan tillgodose sina behov.

Schablonersättningen infördes 1997 för att underlätta administrationen av den statliga assistansersättningen. Med tidigare regler fick den ersättningsberättigade ersättning för de verkliga kostnaderna som den enskilde hade för sin assistans, dvs. lönekostnader samt kostnader för administration m.m. Den nuvarande schablonersättningen bygger däremot på ett beräknat genomsnitt av olika kostnadslag. Det innebär att ersättningen kan vara för hög i förhållande till de verkliga kostnaderna för assistans till vissa ersättningsberättigade och för låg i förhållande till kostnaderna för assistans till andra. För ersättningsberättigade som har behov av en högre ersättning för att kunna täcka

kostnader för personlig assistans finns en möjlighet att ansöka om ett förhöjt timbelopp (51 kap. 11 § andra stycket SFB).

Regeringen har tidigare konstaterat att det finns problem med nuvarande schablonbelopp för assistansersättningen och har också vidtagit åtgärder för att erhålla underlag för att kunna föreslå åtgärder. Det är dock enligt regeringens mening förenat med vissa svårigheter att förena administrativ effektivitet vid hantering av assistansersättningen med kostnadskontroll och ändamålsenlig tilldelning av ersättning som tillgodoser skiftande behov hos brukare som har funktionsnedsättning av olika omfattning och svårighetsgrad. Som nämns tidigare kan schablonersättningen vara för låg för assistansberättigade som kan ha omfattande behov och till stor del har sin assistans förlagd till tider i veckan och på dygnet som innebär höga lönekostnader. På motsvarande sätt kan ersättningen vara alltför hög när den utbetalas till assistansberättigade som får sin assistans på tid som inte innebär förhöjda kostnader.

Utredningen redovisar i sitt betänkande bl.a. att schablonersättningens konstruktion och beloppets nivå ger möjligheter till stora vinster per timme och att detta ger starka ekonomiska drivkrafter att försöka öka antalet beviljade timmar. Regeringen anser mot denna bakgrund att grunderna för nuvarande schablonbelopp bör ses över och att en sådan översyn bör genomföras av en särskild utredare.

För att komma till rätta med de problem med nuvarande modell som har framkommit bör den särskilde utredaren analysera bl.a. hur möjligheterna till överutnyttjande kan minska, hur möjligheterna till uppföljning och analys kan öka, hur de verkliga kostnaderna för assistansen kan bättre överensstämma med ersättningens storlek utan att de totala kostnaderna ökar. Vidare bör analyseras hur den administrativa effektiviteten vid hantering av schablonbeloppet kan öka.

Uppdrag om möjligheter till självständighet, delaktighet och utveckling för barn och unga med ekonomisk ersättning för personlig assistans

Regeringens bedömning: Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att analysera och bedöma hur barns och ungas möjligheter till självständighet, delaktighet och utveckling m.m. påverkas av att de får ekonomisk ersättning för personlig assistans. I utredningsarbetet bör vetenskaplig expertis på området engageras.

Utredningens förslag: En bestämmelse införs om att den som är vårdnadshavare för ett barn som omfattas av personkretsen i LSS är skyldig att se till att barnet får den vård, habilitering och utbildning som står till buds även om ekonomisk ersättning begärs för personlig assistans.

Remissinstanserna: Den övervägande delen av de remissinstanser som yttrar sig över förslaget tillstyrker och sju remissinstanser avstyrker eller lämnar kritiska synpunkter på förslaget.

Förvaltningsrätten i Växjö ifrågasätter behovet av ytterligare reglering och dessutom särreglering i LSS samtidigt som andra stödformer inte har motsvarande regelverk. *Försäkringskassan* tillstyrker men anser att det ska förtydligas att den som är vårdnadshavare är skyldig att se till att barnets behov av andra insatser enligt LSS och socialtjänstlagen tillgodoses även om ekonomisk ersättning begärs för personlig assistans. *Socialstyrelsen* tillstyrker men anser att det är olämpligt att föra in specialreglering om vårdnadshavares ansvar i LSS och föreslår att bestämmelsen förs in i föräldrabalken med en hänvisning i LSS. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att "hjälpmedel" för tydlighetens skull bör läggas till. *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Barnombudsmannen*, *Inspektionen för socialförsäkring*, *Statskontoret*, *Arbetsförmedlingen* och flera kommuner tillstyrker förslaget. *Jämtlands läns landsting* tillstyrker och betonar att i bedömningen av barns rätt till personlig assistans är det viktigt att det framgår att bedömningen ska göras med beaktande av FN:s barnkonvention i sin helhet och särskilt artikel 23. *Vårdföretagarna Almega* och *Föreningen Sveriges Socialchefer* tillstyrker förslaget. *Handikappförbunden*, *Riksförbundet*

FUB, *Föreningen JAG*, *Intressegruppen för Assistansberättigade*, *Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar* och *Assistansanordnarna* vänder sig mot att införa en särlagstiftning just för barn som är assistansberättigade.

Skälen för regeringens bedömning: Utredningen har iakttagit fall där föräldrar avböjt habilitering och träning för barn med funktionsnedsättning eftersom de föredragit att ansöka om personlig assistans. Utredningen framhåller också fall där barn med assistansersättning hållits borta från bl.a. skolgång. Utredningen understryker att fall där assistansersättning helt eller delvis får ersätta andra åtgärder som ett barn behöver är ovanliga, men de fall som har iakttagits har varit allvarliga. Utredningen föreslår en bestämmelse som innebär att vårdnadshavaren får en skyldighet att se till att ett barn med funktionsnedsättning får den vård, habilitering och utbildning som står till buds.

Regeringen anser att det är mycket viktigt att det finns nödvändiga förutsättningar för att barn med funktionsnedsättning ska få goda möjligheter till utveckling. Detta innebär att barn och unga ska kunna tillförsäkras en utveckling i enlighet vad som framgår av LSS, nämligen jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet samt att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Regeringen anser att det är ytterst allvarligt att vårdnadshavare i vissa fall satt egna ekonomiska intressen före barnets intresse att utvecklas. Detta problem som både leder till hämmande av barnets personliga utveckling och ett missbruk och överutnyttjande av assistansersättningen måste stävjas.

Regeringen anser dock inte att nya lagregler inom detta område bör föreslås i detta skede, utan anser att ytterligare underlag behöver tas fram för att belysa situationen för barn och unga som erhåller ekonomisk ersättning för personlig assistans och vilka möjligheter dessa har till en god utveckling. Regeringen anser därför att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att göra en analys och bedömning inom detta område och att detta arbete också bör omfatta en kartläggning av forskning och andra kvalificerade kunskapsunderlag som är relevanta för frågeställningen. Regeringen gör bedömningen att vetenskaplig expertis på området bör engageras i utredningsarbetet. Regeringen avser därefter att återkomma i frågan med förslag på åtgärd.

Uppdrag om personlig assistans som utförs av god man

Regeringens bedömning: Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att göra en särskild analys och bedömning av personlig assistans som utförs av en assistent som också är den assistansberättigades gode man, förvaltare eller ombud.

Utredningens förslag: Ersättning lämnas inte för personlig assistans som utförs av någon som företräder en assistansberättigad som har fyllt 18 år i egenskap av god man, förvaltare eller ombud.

Remissinstanserna: 15 remissinstanser av de som yttrat sig över förslaget avstyrker eller är kritiska till förslaget om att ersättning inte ska lämnas för personlig assistans som utförs av den som är god man till den assistansberättigade. Det gäller t.ex. *Handikappförbunden*, *Personskadeförbundet RTP*, *STIL* och *Independent Living Institute*, *Arbetsgivarföreningen KFO* och *Assistansanordnarna*. Vidare har ett flertal enskilda personer lämnat synpunkter som innebär att förslaget om god man inte bör genomföras.

Ett antal remissinstanser tillstyrker förslaget. Det gäller bl.a., *Rikspolisstyrelsen*, *Brottsförebyggande rådet*, *Socialstyrelsen*, *Inspektionen för socialförsäkringen*, *Arbetsförmedlingen*, *Föreningen Sveriges Socialchefer* och *Vårdföretagarna Almega*.

Skälen för regeringens bedömning: Det har i remissbehandlingen framkommit exempel som visar att det skulle innebära svåra kvalitetsbrister för den assistansberättigade om relationen till assistenten tillika gode mannen skulle brytas. Vidare skulle sådana åtgärder innebära begränsningar som inte ligger i linje med lagstiftningens intentioner om att den enskilde i största möjliga utsträckning ska ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Av remissvaren framgår således att det finns starka invändningar mot att genomföra detta förslag. Regeringen anser att ytterligare underlag behövs för att bedöma om åtgärder behöver vidtas inom detta område. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att göra en särskild analys och bedömning av ändamålsenligheten i personlig assistans som utförs av en personlig assistent

som också är den assistansberättigades gode man, förvaltare eller ombud.

Uppföljning av genomförda åtgärder för att förhindra fusk och felaktigheter i assistansersättningen

Regeringens bedömning: Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) bör ges i uppdrag att följa upp och utvärdera vilka effekter propositionens förslag har fått. Om ISF finner att kompletterande åtgärder för att förhindra fusk och felaktigheter behöver vidtas, bör dessa redovisas. ISF bör även följa upp de åtgärder som Försäkringskassan vidtagit för att utveckla organisation och styrning så att handläggning och kontroll av ärenden som gäller assistansersättning ska bli mer effektiv. Vidare bör ISF följa Försäkringskassans arbete med att utveckla ett ändamålsenligt it-stöd för handläggning och kontroll av assistansärenden. Uppföljningen bör delrapporteras till regeringen år 2015 och slutrapporteras år 2017.

Utredningens förslag: Utredningen har inte lämnat något förslag eller bedömning i denna del.

Skälen för regeringens bedömning: De förslag som lämnas i denna proposition syftar till att motverka fusk, felaktigheter och överutnyttjande av assistansersättningen. Regeringen anser att det är viktigt att få information om i vilken utsträckning de lämnade förslagen har bidragit till att undanröja de problem med fusk och felaktigheter som utredningen har redovisat. Det är också viktigt att följa tillämpningen av lagreglerna och åtgärderna så att dessa inte blir oskäligt långtgående och besvärande för assistansberättigade, assistansanordnare, personliga assistenter, statliga myndigheter och kommuner.

Organisationer som företräder assistansberättigade har i remissvar framfört synpunkter bl.a. på de konsekvenser som kan komma att uppstå för den assistansberättigade genom de lämnade förslagen. *Handikappförbunden* framhåller i sitt remissvar att det i utredningen saknas en konsekvensanalys av effekterna för den assistansberättigade.

Som framgår tidigare anser regeringen att det är av stor betydelse att de förslag som genomförs inte är i strid med lagstiftningens mål och allmänna inriktning. Av 5 och 6 § § LSS framgår bl.a. att verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Samtidigt kan konstateras att assistansersättningen inte helt går till avsett ändamål, även om allt inte beror på fusk och överutnyttjande utan också på tolknings- och tillämpningsproblem samt handlägningsproblem. Regeringen anser att det är viktigt att de förslag som lämnas är väl avvägda och motverkar fusk och felaktigheter samtidigt som mål och allmän inriktning i LSS värnas. En noggrann uppföljning och utvärdering av de åtgärder som lämnas är därför särskilt angelägen. I denna uppföljning bör även bedömning av kostnadskonsekvenserna av förslagen ingå. I detta sammanhang bör nämnas att utvecklingen av omfattningen av de uppgifter som kommunerna får bör följas noggrant. Det är också särskilt angeläget att frågan om den enskildes integritet i förhållande till ökade möjligheter till uppföljning och kontroll kan uppmärksammas.

Regeringen anser att ISF bör ges detta uppdrag. Under förutsättning att de föreslagna reglerna träder i kraft den 1 juli 2013, bör en första delredovisning av uppföljningen ske i december 2015 och en slutredovisning av uppföljningen i december 2017.

7.16.6 Konsekvenser

Konsekvenser för kommunerna

Kommunerna blir skyldiga att anmäla till Socialstyrelsen om de får veta något som tyder på att ett tillstånd kan ifrågasättas. Anmälnings-skyldighet till Försäkringskassan gäller om kommunen får information om att assistansersättning används till något annat än personlig assistans. Dessutom blir kommunerna skyldiga att anmäla verksamhet med personlig assistans till Socialstyrelsen innan verksamheten påbörjas.

Bestämmelserna innebär vidare att kommunerna får besöka en assistansberättigad när det behövs för bedömning av rätten till personlig assistans eller i övrigt för tillämpningen av reglerna. Vidare berörs kommunerna av bestämmelserna när personer som i stället för att medge hembesök, väljer att låta den anhörige assistenten bli anställd av kommunen. Dessutom erhåller kommunerna från arbetsgivare till assistenter uppgifter som ska användas för kontrolländamål. Kommunerna kommer vidare att få till uppgift att underrätta Försäkringskassan om någon som beviljats assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken beviljas boende med särskild service, daglig verksamhet, barnomsorg eller någon annan insats som kan påverka behovet av personlig assistans.

En följd av förslagen blir att antalet personer som beviljas assistansersättning kan komma att förändras. Om detta skulle resultera i att kommunen behöver ge fler insatser så kan detta påverka kommunens kostnader. Eventuella ökade kostnader för kommunerna är en följd av den ansvarsfördelning som finns avseende personlig assistans och andra insatser och inte en direkt konsekvens av de förslag som lämnas i denna proposition. Landstingens kostnader bedöms inte påverkas av förslagen.

Regeringen bedömer att kommunerna kan komma att få ett visst merarbete på grund av de förslag som lämnas. Det gäller främst de hembesök som behöver utföras men också i de fall anhöriga assistenter anställs av kommunen. Det merarbete som kan komma att uppstå bedöms vara av begränsad omfattning och bör i nuläget inte kostnadsberäknas. Regeringen anser dock att omfattningen av de uppgifter som kommunerna får bör följas noggrant och omfattas av det uppdrag som ges till ISF att följa upp de förslag som lämnas. Regeringen bedömer mot denna bakgrund att finansieringsprincipen inte bör tillämpas i detta skede. De nya skyldigheter som åläggs kommunerna kan innebära att det kommunala självstyret i någon utsträckning begränsas.

Utredningen har konstaterat att direktiven ger tydliga signaler att överväga om kontrollsystemet för assistansersättningen behöver stärkas och, om så krävs, lägga de författningsförslag som kan vara nödvändiga. Utredningens kartläggning och analys visar att kontrollsystemet behöver stärkas och att detta endast

kan uppnås genom vissa ändringar i regelverket för assistansersättningen. När det gäller utformningen av författningsförslagen har utredningen utgått från det nu gällande regelverket på området. Utredningen gör bedömningen att nuvarande problem kommer att kvarstå och troligen förvärras om förslagen i utredningen inte genomförs. Regeringen har också tidigare vidtagit olika åtgärder för att öka säkerheten i beslut om och utbetalning av assistansersättning. Efter förslag i prop. 2007/08:61, Kostnader för personlig assistans, infördes kravet på att den ersättningsberättigade ska kunna visa att ersättningen har använts på rätt sätt, dvs. använts för köp av assistans eller till lön m.m. för personlig assistans. Vidare infördes skyldigheten för en assistansberättigad som inte har använt hela assistansersättningen för att köpa assistans eller betala kostnader för personliga assistenter att betala tillbaks den återstående delen till Försäkringskassan. Regeringen har vid sina överväganden av åtgärder på området funnit att det inte är tillräckligt att föreslå enbart åtgärder för att ytterligare förstärka Försäkringskassans möjligheter till uppföljning och kontroll eller andra insatser. Eftersom kommunerna utför personlig assistans och även andra insatser inom funktionshindersområdet och genom detta har omfattande kontakter och insyn i området, har dessa goda möjligheter att bidra med information om hur assistansen utförs och uppföljning av denna. Några alternativa lösningar som är likvärdiga i fråga om effektivitet har inte regeringen kunnat finna. Regeringen anser mot denna bakgrund att det allmänna intresse som finns att motverka fusk, oegentligheter och överutnyttjande av assistansersättningen uppväger inskränkningen av det kommunala självstyret.

Konsekvenser för staten

Sveriges Domstolar

Domstolsverket har påpekat att vissa av de förslag som lämnas kan leda till ökat antal mål i de allmänna domstolarna på kort sikt och i de allmänna förvaltningsdomstolarna även på lång sikt. Domstolsverket utgår från att det kommer att ske en uppföljning av vilka ekonomiska konsekvenser förslagen kommer att få.

Regeringen ser i likhet med Domstolsverket att vissa av de lämnade förslagen kan komma att påverka utvecklingen av antalet mål i såväl de allmänna domstolarna som de allmänna

förvaltningsdomstolarna. Det är dock förenat med svårigheter att innan reglerna börjat tillämpas bedöma vilka konsekvenser detta i praktiken skulle få. Det är viktigt att noga följa denna utveckling och vidta de åtgärder som en ökad måltillströmning föranleder. I avsnitt 7.16.5 görs bedömningen att Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) bör få i uppdrag att följa upp och utvärdera vilka effekter de i denna proposition föreslagna lagreglerna har fått. I uppdraget ska även ingå att bedöma kostnadskonsekvenserna av förslagen. Vid delrapporteringen av detta uppdrag bör ett underlag om målutvecklingen kunna presenteras. Regeringen avser att återkomma i denna fråga.

Socialstyrelsen

Utredningen bedömer att Socialstyrelsen behöver tillföras 2,5 årsarbetare för de ytterligare uppgifter som föreslås för tillståndsgivning och uppföljande granskning av tillståndspliktiga verksamheter enligt LSS inklusive personlig assistans samt tillsyn. Regeringen bedömer att Socialstyrelsens anslag bör tillföras 750 000 kronor år 2013 och därefter 1,5 miljoner kronor per år för dessa uppgifter. När det gäller övriga uppdrag till Socialstyrelsen, Försäkringskassan och ISF bedömer regeringen att dessa ryms inom de medelsramar som har anvisats myndigheterna.

Försäkringskassan

Utredningen bedömer att Försäkringskassan behöver få förstärkning under de inledande tre åren på grund av att utredningens förslag torde leda till ökade kostnader för handläggning och kontroll av assistansersättningen innan it-systemet har hunnit utvecklas fullt ut. Utredningen bedömer att Försäkringskassan tillfälligt behöver tillföras 50 årsarbetare för att förbättra handläggningen och kontrollen av assistansersättningen. Utredningen bedömer vidare att 20 miljoner kronor behöver tillföras för att få ett mer anpassat it-system som kan stödja handläggning, kontroll, uppföljning m.m. Utredningen gör också bedömningen att Försäkringskassan behöver medel för att betala ersättning till opartiska specialister. Kostnaderna för detta beräknas av utredningen uppgå till 4 miljoner kronor år 2013, 6 miljoner kronor år 2014 och därefter 2 miljoner kronor per år.

Försäkringskassan framhåller att den anser att utredningens uppskattning av investerings-

kostnaderna för utveckling av it-stöd till 20 miljoner kronor är för låg. Utvecklingen av ett nytt it-stöd innebär enligt myndigheten en omfattande utveckling som även kan komma att påverka annan it-utveckling inom Försäkringskassan. Regeringen gör i avsnitt 7.16.4 bedömningen att Försäkringskassans anslag bör för respektive år 2013–2016 tillföras 20, 40, 35 och 15 miljoner kronor för kostnader för investeringar i it-system och för personal som ska arbeta med att förstärka handläggning och kontroll av assistansärenden under it-systemets uppbyggnad.

I avsnitt 7.16.4 görs vidare bedömningen att det är angeläget att myndigheten har tillgång till det utredningsunderlag som behövs för att fatta beslut om assistansersättningen på säkra grunder. Enligt regeringens mening bedöms kostnaderna för detta ändamål – t.ex. medicinska underlag – vara av en sådan omfattning att Försäkringskassan bör finansiera det inom befintliga ramar.

Skatteverket

Genom förslaget om att Försäkringskassan ges ökade möjligheter att hos Skatteverket kontrollera uppgifter, kommer verket att behöva ha en beredskap för t.ex. stickprovskontroller och rutinmässiga körningar av uppgifter om lämnad assistans. Förslagen förväntas öka möjligheterna att upptäcka fusk och felaktiga utbetalningar och därigenom öka möjligheterna till att brott upptäcks. Skatteverket har i sitt remissvar framfört att utformningen av informationstjänsten kan påverka verkets resursbehov. Avisering av uppgifter via fil bedöms av Skatteverket inte medföra några avsevärda kostnader utan kan hanteras i den ordinarie verksamheten. Om en särskild informationstjänst för att överlämna uppgifter online till Försäkringskassan ska utvecklas, bedöms detta kosta 3 miljoner kronor och en årlig förvaltningskostnad på 1,5 miljoner kronor. Regeringen gör bedömningen att informationen från Skatteverket till Försäkringskassan kan ske genom avisering via fil. Det begränsade dröjsmål som denna överföringsteknik i vissa fall kan innebära, bedöms dock inte innebära att någon annan mer kostnadskrävande teknik behöver användas.

Rikspolisstyrelsen

Förslaget om tydligare lämplighetsprövning vid tillståndsgivning kan komma att föranleda ett något utökat antal förfrågningar från Socialstyrelsen om utdrag ur belastningsregistret, framförallt när det gäller styrelsesuppleanter, men kostnaderna för detta bör rymmas inom befintliga anslag.

Konsekvenser för assistansanordnare

Assistansanordnare blir skyldiga att på begäran av Försäkringskassan lämna uppgifter som har betydelse för Försäkringskassans tillämpning av bestämmelserna om assistansersättning. Assistansanordnare ska dessutom utan uppmaning kunna lämna uppgifter till Försäkringskassan om anställda personliga assistenter. Om assistansanordnaren är betalningsmottagare av assistansersättningen har de också skyldighet att anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken på assistansersättningen. Vidare innebär förslagen ökad återkallelsemöjlighet av tillstånd, möjligheter till återkrav av assistansersättning från assistansanordnare, möjligheter för Försäkringskassan att hos Skatteverket kontrollera uppgifter om assistansanordnare samt skärpta krav för tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans och inspektion av utförandet av assistansen.

Regeringen gör bedömningen att de förslag som lämnas innebär att assistansanordnare kan komma att få visst merarbete men att detta inte kommer att vara av någon sådan omfattning att det negativt påverkar förutsättningarna att bedriva verksamheten. Vid en analys av hur reglerna kan komma att påverka konkurrensen på området så bedöms assistansföretagen konkurrera i stort sett enbart inom samma verksamhetsområde, nämligen personlig assistans. Något ökade administrativa uppgifter bedöms därför inte påverka konkurrensen i förhållande till en ev. vidare marknad.

Regeringen gör bedömningen att de krav som ställs avseende uppgiftslämnandet är uppgifter som anordnaren använder och har förhållandevis lätt tillgängliga. Detta torde inte ställa avsevärt högre krav på framtagande av uppgifter. Vidare kommer de tillståndspliktiga verksamheterna att granskas vilket kommer att ställa krav på viss medverkan från assistansanordnare.

Förslagen syftar till att underlätta upptäckt av fusk, oegentligheter och överutnyttjande av

assistansersättningen. Åtgärderna bedöms motverka att oseriösa och kriminella personer etablerar sig i assistansbranschen, att överutnyttjandet begränsas och att förtroendet för assistansbranschen kan öka. Dessa åtgärder är sammantaget till gagn för assistansanordnarna och kommer att kunna bidra till att företagens förutsättningar på sikt förbättras. *Regelrådet* har i sitt remissvar framhållit att utredningens förslag såvitt kan bedömas endast medför begränsade effekter för företag och avstår därför från att yttra sig i detta ärende.

Konsekvenser för personliga assistenter

Förslagen innebär bl.a. att det i lagen anges vissa krav på den som anställs som personlig assistent, vilka ska vara uppfyllda för att ersättning ska utgå. Vidare gäller att när ekonomiskt stöd till kostnader för personlig assistans har beviljats och assistansen utförs av någon som är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den assistansberättigade och som inte är anställd av kommunen, ska Socialstyrelsen ha rätt att utföra inspektion för tillsyn av assistansen i bostaden. Försäkringskassan respektive kommunen ska under samma förutsättningar ha rätt att besöka den assistansberättigade för att utreda behovet av assistans. För att kontroll ska kunna ske av att krav för att ersättning för personlig assistent ska lämnas har uppfyllts, blir den som anställer eller ger en personlig assistent uppdrag, skyldig att lämna kommunen respektive Försäkringskassan uppgifter om assistenten. Uppgifter som ska lämnas är de som krävs för kontroll av att förutsättningarna för ersättning är uppfyllda. Arbetsgivare och uppdragsgivare ska på begäran av kommunen lämna uppgifter om en assistents arbetsförmåga. Förslagen är utformade för att försvåra några av de vanligaste fallen av observerat fusk. Förslagen ökar även den assistansberättigades trygghet och minskar risken för att han eller hon inte får den assistans som beviljats.

Arbetsgivarföreningen KFO har noterat att utredningen inte gjort någon analys av förslagets konsekvenser med avseende på arbetstagare hos assistansanordnarna. *Svenska Kommunalarbetsareförbundet* inriktar sitt remissvar på frågor som rör anställda som i det här fallet främst arbetar som personliga assistenter och anhörigvårdare. Förbundet framhåller att flertalet av utredningens förslag är bra. Att

minimera fusk och överutnyttjande av assistansersättning är viktigt för reformens trovärdighet och överlevnad. Enligt förbundet torde utredningens förslag också stärka de personliga assistenternas arbetsmiljö genom krav på inspektion av assistansen i bostaden, oavsett vem som utför assistansen. Det är enligt yttrandet också positivt med en minimigräns på 18 år som personlig assistent.

Regeringen kan konstatera att flera av de förslag som lämnas påverkar de anställda som arbetar som personliga assistenter. Åtgärder som påtagligt påverkar assistenterna är dels inspektion för tillsyn av assistansen i bostaden och hembesök för utredning av behov av personlig assistans samt arbetsgivares och uppdragsgivares skyldighet att lämna uppgifter om assistenten. Även förslaget om Försäkringskassans möjligheter att hos Skatteverket kontrollera uppgifter påverkar assistenterna. Som framgår tidigare kan en följd av inspektioner och besök i den enskildes hem bli att arbetsmiljön för assistenterna kan stärkas. Förslaget som gäller uppgiftsskyldighet är nödvändigt för att utbetalande myndighet ska kunna kontrollera om kraven i fråga om assistenten är uppfyllda. Det kan gälla uppgifter om namn och personnummer på assistenten och vem denne utför assistans åt. Som framgår i avsnitt 7.16.3 är regeringen väl medveten om att uppgiftslämnandet kan innebära ett intrång i den enskildes integritet, men anser att nyttan med uppgiftslämnandet överväger det intrång i integriteten som det innebär för enskilda. Regeringen vill dock understryka att det också är väsentligt att arbetstagare kan erhålla erforderlig information om när uppgifter om dem måste lämnas ut och hur arbetsgivaren lämnar information till arbetstagaren att sådana uppgifter lämnats ut.

Domstolsverket har i sitt remissvar påtalat vikten av att den som har en uppgiftsskyldighet inte bara blir informerad om vilka skyldigheter som han eller hon har, utan även att det av skriftlig dokumentation tydligt framgår vilken information som har lämnats och hur den lämnats. Att Försäkringskassan har klara rutiner för hur information om uppgiftsskyldigheten ska lämnas och dokumenteras är alltså viktigt, inte minst ur ett rättssäkerhetsperspektiv.

Regeringen anser att arbetsgivaren vid reglernas ikraftträdande bör ge skriftlig information till dem som är anställda som

innehar ett uppdrag som personliga assistenter om vilka uppgifter om dem som kan komma att lämnas till Försäkringskassan eller kommunen. Vidare bör gälla att när en personlig assistent påbörjar en anställning eller ett uppdrag bör denne av sin arbetsgivare få information om vilka uppgifter som enligt reglerna kan komma att lämnas ut. Denna information bör vara skriftlig och överlämnas när anställningen eller uppdraget påbörjas. Det är också väsentligt att den personliga assistenten fortlöpande får upplysningar, även dessa i skriftlig form, vid de tillfällen då information om ändrade förhållanden lämnas till Försäkringskassan eller kommunen. Regeringen anser att den uppföljning av utredningens förslag som redovisas i avsnitt 7.16.5 också måste omfatta konsekvenser för arbetstigare.

Konsekvenser för assistansberättigade

Flera av de förslag som lämnas i denna proposition får konsekvenser för de som är assistansberättigade. Bl.a. kan nämnas att anordnare av personlig assistans blir skyldiga att anmäla ändrade förhållanden och att på begäran av Försäkringskassan lämna uppgifter om förhållanden som har betydelse för myndighetens tillämpning. Vidare föreslås att Socialstyrelsen ska ha rätt att utföra inspektion för tillsyn av assistansen i bostaden och Försäkringskassan respektive kommunen ska under samma förutsättningar ha rätt att besöka den assistansberättigade för att utreda behovet av assistans. Dessutom införs en skyldighet för kommunen att underrätta Försäkringskassan när den assistansberättigade beviljas insatser av kommunen som påverkar grunderna för assistansersättningen. Kommunen och Försäkringskassan föreslås bli skyldiga att till Socialstyrelsen anmäla om de får kännedom om något som påverkar rätten till assistansersättning.

Flera remissinstanser har framfört synpunkter på att utredningens förslag innebär att uppgifter som rör den enskildes förhållanden kommer att lämnas från anordnare av assistans till myndigheter. *Intressegruppen för assistansberättigade (IfA)* framhåller att personer med stora funktionsnedsättningar har rätt till samma respekt och integritet som andra. Att tilldela instanser som de anlitar för tjänsten personlig assistans (anordnare) uppgiftsskyldighet rörande deras privatliv eller att göra deras hem till

föremål för oanmälda inspektioner är därför principiellt helt oacceptabelt. Åtgärderna mot bedrägerier riktade mot assistansersättningen måste generellt utformas utifrån respekt för den enskilde och dennes integritet. *Personskadeförbundet RTP* anför att de saknar en konsekvensanalys av effekterna för den assistansberättigade. Förbundet kan aldrig acceptera att den enskilde riskerar en inskränkning av sina rättigheter, sin valfrihet och sin integritet. Som nämns i tidigare avsnitt efterlyser även *Handikappförbunden* i sitt remissvar en konsekvensanalys av effekterna för den assistansberättigade.

Utredningen uppger att förslagen har diskuterats med brukarorganisationerna och att företrädare för assistansanordnarna har hörts om hur de ser på frågor utredningen har att ta ställning till. Utredningen har dock gjort bedömningen att om förslagen inte genomförs kommer nuvarande problem att kvarstå och troligen förvärras. Regeringen har efter bl.a. remissynpunkter avstått från att i propositionen presentera vissa av de förslag som utredningen har lämnat. Det gäller förslaget om att ersättning inte ska lämnas när assistans utförs av en personlig assistent som företräder en assistansberättigad som fyllt 18 år i egenskap av god man, förvaltare eller ombud. Vidare gäller det förslaget att regler bör införas om att den som är vårdnadshavare för ett barn som omfattas av personkretsen är skyldig att se till att barnet får den vård, habilitering och utbildning som står till buds även om ekonomisk ersättning begärs för personlig assistans.

Regeringen bedömer i likhet med utredningen att de förslag som lämnas är nödvändiga för att motverka fusk och felaktigheter. Försäkringskassans förbättrade information om assistansersättningen kommer att leda till att färre personer av misstag överutnyttjar assistansersättningen. Även bokförings- och skattebrotten torde minska. Uppgiftsskyldigheten förbättrar också förutsättningarna för att rätt ersättning ska kunna utgå både när behoven för den enskilde ökar och när de minskar. Det finns inom andra förmånsslag inom socialförsäkringen exempel på att informationsöverföring sker mellan arbetsgivare och Försäkringskassan. Även inom kommunernas äldreomsorg finns exempel på då utförare av vård och omsorgsuppgifter till äldre, oavsett om det är en kommunal eller enskild utförare, informerar kommunens

biståndshandläggare om ändrade förhållanden hos den enskilde som påverkar grunderna för beslutet om insatser. Enligt regeringens mening bör överföring av relevanta uppgifter om den enskildes förhållanden kunna aktualiseras även inom assistansersättningen. Information som rör den enskildes personliga förhållanden och som inte har betydelse för frågan om utbetalning av ersättning, ska naturligtvis inte utlämnas.

Regeringen har i avsnitt 7.16.3 framhållit att inspektioner i den enskildes bostad är en integritetsingripande åtgärd och bör ges till en myndighet bara om ett verkligt behov föreligger och bara i den utsträckning det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Förslaget om myndigheternas möjligheter till inspektioner och till att besöka den enskilde är i detta sammanhang ett rimligt och väl avvägt villkor som kan ställas på en enskild assistansberättigad som vill anställa en närstående som assistent. Som alternativ till att medge besök i hemmet bör det vara möjligt att välja att en närstående assistent anställs av kommunen. Förslaget blir därför inte alltför ingripande mot en enskild som inte vill medge besök från myndigheterna.

Den rätt som personer med funktionsnedsättning i dag har till personlig assistans, kommer inte att påverkas av de föreslagna åtgärderna. Inte heller möjligheterna att bestämma över den personliga assistansen kommer att förändras. Regeringen gör bedömningen att reformens legitimitet kommer att stärkas och att handläggning och rättssäkerhet kommer att förstärkas med de förslag som lämnas.

Frågan om den enskildes integritet måste dock noggrant vägas mot de behov som finns för myndigheter att lämna information. Vissa exempel på fusk och oegentligheter som har kommit fram är dock av sådan karaktär att det krävs kraftfulla åtgärder för att kunna komma åt dessa problem. Försäkringskassan har framfört att det är viktigt att assistansanordnarna enbart lämnar uppgifter som har betydelse för Försäkringskassans tillämpning. En arbetsgivare kan ha mycket information som rör den anställdes personliga förhållanden som inte har betydelse för Försäkringskassans utbetalning av ersättning, sådan information ska enligt Försäkringskassan stanna hos arbetsgivaren. Försäkringskassan understryker dock att det är en förutsättning att arbetsgivaren har en skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan för att myndigheten ska

kunna kontrollera att ersättningen används korrekt.

Regeringen kan konstatera att samarbetet myndigheter emellan och Försäkringskassans möjligheter att ta del av information från anordnare av assistans, är nödvändiga för att få effektiva åtgärder inom området och kommer på sikt att gagna mottagarna av assistansersättningen bl.a. genom att assistansreformens legitimitet kan säkerställas. Som framgår av avsnitt 7.16.5 anser regeringen att det är en viktig förutsättning att de förslag som genomförs inte är i strid med lagstiftningens mål och allmänna inriktning. Av 5 och 6 §§ LSS framgår bl.a. att verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Samtidigt kan konstateras att assistansersättningen i dag inte helt går till avsett ändamål, även om allt inte beror på fusk och överutnyttjande utan också på tolknings- och tillämpningsproblem samt handlägningsproblem. Regeringen har anfört att det är viktigt att de förslag som lämnas är väl avvägda och motverkar fusk och felaktigheter samtidigt som mål och allmän inriktning i LSS värnas. Regeringen har därför föreslagit att Inspektionen för socialförsäkringen ska ges i uppdrag att göra en uppföljning och utvärdering av de åtgärder som lämnas. Eventuella problem som i detta sammanhang skulle kunna uppstå ska därvid kunna uppmärksammas och rapporteras.

7.16.7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: De föreslagna lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2013. De nya reglerna om ålders- och bosättningskrav på assistenter ska inte tillämpas när anställningsavtal har ingåtts före ikraftträdandet.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens i fråga om ikraftträdandet.

Utredningen föreslår dock inte några särskilda övergångsbestämmelser.

Remissinstanserna: Försäkringskassan anser att ikraftträdandetipunkten är rimlig.

Skälen för regeringens förslag: De nya bestämmelserna bör träda i kraft och få genomslag så snart som möjligt. Reglerna kommer emellertid att påverka många enskilda, varför det är rimligt att det finns tillräckligt med tid för dessa att anpassa sig till de nya bestämmelserna. Det datum för ikraftträdande som utredningen föreslår är väl avvägt utifrån de förutsättningarna. Några av förslagen kan ha påverkan på anställningsförhållanden. *Lagrådet* har framfört att detta främst torde gälla inskränkningen i möjligheten att som personlig assistent anlita en person som är under 18 år, liksom en person som är bosatt utanför EES. *Lagrådet* erinrar bl.a. om att det redan i dag enligt arbetstidslagstiftningen finns tvingande regler angående arbetstid. Regeringen föreslår därför att nu nämnda förslag inte bör gälla för de fall då anställningsavtal har ingåtts före ikraftträdandet, och detta bör regleras i övergångsbestämmelserna. Med utgångspunkt i *Lagrådets* resonemang anser regeringen att övriga förslag bör gälla omedelbart vid ikraftträdandet. De förslag som rör tillståndshavare och återkallelse av tillstånd kan innebära skärpta krav för näringsidkare. Regeringen anser dock att enskilda näringsidkare har att räkna med att förutsättningar och krav för verksamheten kan komma att ändras. Några övergångsbestämmelser föreslås därför inte för dessa.

7.16.8 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

9 a §

Ändringen innebär att paragrafens tredje stycke upphävs. Delar av stycket ändras och flyttas till 9 c och 9 d §§.

9 c §

Paragrafen är ny och ersätter delvis 9 a § tredje stycket som upphävs. Till skillnad från vad som föreskrevs i 9 a § tredje stycket kan en enskild själv lämna ersättning till någon som han eller

hon lever i hushållsgemenskap med och ändå få ekonomiskt stöd för kostnaden för sådan assistans, men den enskilde har då att räkna med besök av kommunen och tillsynsmyndigheten. Det gäller dock inte om den personliga assistenten är anställd av kommunen.

Kommunens rätt att besöka den insatsberättigade enligt *första stycket första punkten*, är inte avsedd som en åtgärd för tillsyn av insatsens utförande. Kommunens rätt att besöka den enskilde är i stället avsedd som en utredningsåtgärd på samma sätt som Försäkringskassans rätt att besöka en försäkrad enligt 110 kap. 14 § 2 socialförsäkringsbalken (SFB). Samma förutsättningar ska gälla för kommunen som gäller för Försäkringskassan enligt nämnda paragraf. För bedömningen av när ett besök kan anses behövas, hänvisas därför till förarbetena till den bestämmelsen. I *andra punkten* föreskrivs en rätt för tillsynsmyndigheten att utföra tillsynsinspektion av verksamheten i bostaden.

Paragrafen ger inte stöd för myndigheterna att tvinga sig in i bostaden. Konsekvensen av att tillträde nekas är i stället att det ekonomiska stödet kan dras in eller sättas ned enligt *andra stycket*. Det får ske om den enskilde vid upprepade tillfällen utan giltig anledning nekar någon av myndigheterna att göra besök och om den enskilde har blivit informerad om påföljden. Med giltig anledning avses exempelvis att den enskilde är allvarligt sjuk eller har angelägna åtaganden som inte kan avbokas. Även andra boendes inställning till besök kan utgöra giltig anledning att vägra släppa in myndigheterna. Ledning för vad som kan utgöra giltig anledning kan hämtas från Försäkringskassans tillämpning av vägran att medverka vid utredningsåtgärder enligt 110 kap. 53 § SFB.

9 d §

Paragrafen är ny och ersätter delvis 9 a § tredje stycket som upphävs. I paragrafen anges vissa krav för att ersättning för assistans ska anses som sådana kostnader som den enskilde kan beviljas ekonomiskt stöd för enligt 9 § 2. I *första punkten* föreskrivs en åldersgräns för personliga assistenter. Enligt *andra punkten* måste en assistent vara bosatt inom EES-området. Assistenten ska anses bosatt där han eller hon har sitt egentliga hemvist, vilket ska ha samma betydelse som i socialförsäkringsbalken. I *tredje punkten* krävs att assistansen inte utförs av

någon som saknar förmåga att utföra arbete som personlig assistent. Arbetsförmågan ska vara helt nedsatt och orsakad av ålderdom, sjukdom eller liknande. Någon viss övre åldersgräns avses inte, utan det får avgöras från fall till fall om den enskilde har förmåga att arbeta. I fråga om nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom hänvisas till Försäkringskassans tillämpning av uttrycket där det förekommer i samband med förmåner enligt SFB. Med liknande orsaker avses exempelvis funktionsnedsättning hos assistenten. Kravet i *fjärde punkten* gäller, till skillnad från vad som tidigare har föreskrivits i 9 a § tredje stycket, även om assistenten inte är anställd av den insatsberättigade själv. Allt arbete som utförs av en personlig assistent ska tas med vid beräkningen av arbetad tid, oavsett för vilken insatsberättigad arbetet utförs.

11 a §

Paragrafen är ny och reglerar en uppgiftsskyldighet för den som är arbetsgivare eller uppdragsgivare för en assistent angående vissa förhållanden som rör assistenten och den enskilde som assistenten arbetar för. Skyldigheten gäller även om arbetsgivaren har tystnadsplikt enligt avtal med assistenten eller den insatsberättigade. Med uppdragsgivare kan avses dels den som anlitar en assistent genom bemanningsföretag och dels den som anlitar en assistent som bedriver enskild näringsverksamhet.

13 §

I *andra stycket* införs ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om villkor för tillstånd. Bestämmelsen har preciserats efter *Lagrådets* påpekande om behov av förtydligande.

15 §

Paragrafen innehåller vissa uppgifter för kommunen inom området för stöd och service till vissa funktionshindrade. I paragrafen har det införts tre nya punkter med informationskyldighet för kommunen. Skyldigheten i *nionde punkten* att underrätta Försäkringskassan avser vissa beslut som kommunen fattar. Undermåttsskyldigheten är inte en sådan anmälningsskyldighet som avses i bidragsbrottslagen (2007:612). Anmälningsskyldigheten i *tionde punkten* gäller omständigheter som rör användningen av assistansersättning, och

anmälningsskyldigheten i *elfte punkten* avser omständigheter beträffande den som har tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans. Kommunen kan få kännedom om omständigheter enligt tionde och elfte punkterna genom uppgifter som framkommer i kommunens handläggning av ärenden och verksamheten i övrigt, men också i vissa fall genom uppgifter från allmänheten, om sådana upplysningar har tillräcklig tyngd. Anmälningsskyldigheten innebär att kommunen kan lämna ut uppgifterna utan hinder av eventuell sekretess. Övriga ändringar i paragrafen är endast redaktionella.

23 §

Ändringen i *första stycket* är endast redaktionell.

Andra stycket är nytt och innebär att endast den som med hänsyn till ekonomiska förhållanden och andra omständigheter visar sig lämplig att bedriva verksamhet får meddelas tillstånd. Den som söker tillstånd har bevisbördan för att lämplighetskravet är uppfyllt. Ekonomiska förhållanden avser sökandens ekonomiska skötsamhet i fråga om redovisning, betalning av skatter och arbetsgivaravgifter och liknande. Omständigheter i övrigt som har betydelse vid lämplighetsprövningen är bl. a. kompetens, utbildning och erfarenhet av betydelse för verksamheten, kunskaper om de krav som ställs på verksamheten enligt gällande föreskrifter samt tillgång till kompetent administrativ och ekonomisk förvaltning. Även fysiska personers personliga lämplighet, såsom eventuell tidigare brottslighet bör vägas in i bedömningen. Om ett tillstånd för samma sökande, eller någon annan i personkretsen som ska prövas, tidigare har återkallats bör det kunna påverka bedömningen av lämpligheten. För att definiera den personkrets som ska lämplighetsprövas har samma avgränsning använts som i yrkestrafiklagen (2012:210).

Ändringen i *tredje stycket* innebär att kommuner som bedriver verksamhet med personlig assistans ska anmäla verksamheten till tillsynsmyndigheten, på samma sätt som kommunerna ska anmäla annan verksamhet enligt paragrafen.

24 §

Paragrafen är ny. Bestämmelsen riktar sig endast till den som har tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans. En enskild

insatsberättigad har fortfarande möjlighet att anlita olika assistansanordnare för olika tider och tillfällen om han eller hon så önskar. Tillståndshavaren förhindras från att begränsa sitt åtagande gentemot en enskild insatsberättigad till vissa tider eller insatser. Skyldigheten gäller inte om tillståndshavaren har särskilda skäl för att inte tillhandahålla all assistans. Härmed avses i första hand oförutsedda händelser som exempelvis akuta sjukfall som små assistansanordnare saknar förutsättningar att ha beredskap för. Kommunens skyldighet enligt 9 § 2 att tillhandahålla assistans till den som behöver det begränsas inte till följd av denna paragraf. Ett tillstånd kan återkallas enligt 26 g § om skyldigheten inte efterföljs. Paragrafen har utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag.

26 §

Ändringen i *första stycket* innebär att tillsynen även omfattar granskning av att tillståndshavare uppfyller det lämplighetskrav som föreskrivs i 23 § för att någon ska meddelas tillstånd. Tillsynen är avsedd att omfatta samtliga personer som ska lämplighetsprövas enligt 23 § andra stycket. Ändringen i *andra stycket* innebär att den i det stycket föreskrivna begränsningen för när återkallelse får användas inte ska gälla den nya återkallelsemöjligheten i 26 g § tredje stycket.

26 f §

Ändringen är endast en följdändring.

26 g §

Tredje stycket är nytt. Genom bestämmelsen införs nya grunder för återkallelse av tillstånd. Tillsynsmyndigheten kan härigenom ingripa också mot sådana företeelser som inte påverkar enskildas möjlighet att få de insatser de har rätt till, utan även vid annan misskötsamhet hos tillståndshavaren. Grund för återkallelse är dels om tillståndshavaren inte kan anses lämplig att bedriva verksamheten, och dels om tillståndshavaren inte uppfyller skyldigheten att tillhandahålla assistans enligt 24 §. Skäl för att anse att en tillståndshavare inte är lämplig är exempelvis att det förekommit brottslighet, underlåtelse att betala skatt och arbetsgivaravgifter eller bristande redovisning i verksamheten. Även sådant som underlåtenhet att uppfylla föreskriven uppgiftsskyldighet kan

motivera att lämpligheten ifrågasätts. Lämplighetsbedömningen är avsedd att motsvara den bedömning som görs vid tillståndsprövning enligt 23 § och omfatta samtliga personer som anges i den paragrafens andra stycke.

27 §

Enligt den nya *nionde punkten* får ett beslut om indragning eller nedsättning av ekonomiskt stöd enligt 9 c § andra stycket överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Ändringarna träder i kraft den 1 juli 2013. De nya föreskrifterna i 9 d § 1 och 2 tillämpas inte i fråga om personliga assistenter som har anställts före ikraftträdandet. Föreskrifterna ska dock tillämpas från ikraftträdandet i fråga om de assistenter som anlitas på annat sätt än genom anställning.

De nya föreskrifterna om tillsyn och återkallelse av tillstånd ska gälla även för de tillståndshavare som har meddelats tillstånd före ikraftträdandet. Bestämmelserna har utformats i enlighet med vad *Lagrådet* har anfört.

Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

51 kap.

1 §

I paragrafen har endast ett tillägg gjorts avseende den nya uppgiftsskyldigheten i 24 §.

7 §

Ändringen innebär en särskild redovisningskyldighet för sådan assistans som utförs under den tid handläggningen av en ansökan om assistansersättning pågår. Med uttrycket "kraven och förutsättningarna i denna balk" inkluderas även krav och förutsättningar i andra föreskrifter som det hänvisas till i balken, såsom föreskrifter i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

11 §

Tredje stycket är nytt och innebär ett undantag från paragrafens första stycke att assistansersättning ska lämnas med ett schablonbelopp. Ersättning lämnas i stället med skäligt belopp,

vilket normalt motsvarar de faktiska kostnader som den assistansberättigade har haft för assistansen. Om de faktiska kostnaderna som redovisas förefaller omotiverat höga vid en jämförelse med schablonbeloppet och med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet, kan ersättningen bestämmas till ett lägre belopp. Ett högre belopp än de faktiska kostnaderna kan dock aldrig anses som skäligt.

16 §

Paragrafen motsvarar i huvudsak nya 9 d § LSS, varför det hänvisas till kommentaren till den paragrafen. Till skillnad mot bestämmelsen i LSS kan dock enligt *andra stycket* undantag göras från kravet på att en personlig assistent ska vara bosatt inom EES-området, om det finns särskilda skäl. Med särskilda skäl avses exempelvis att ett behov uppstår akut på grund av att den ordinarie assistenten blir sjuk utomlands, eller att den assistansberättigade har behov av att vistas en längre tid utomlands och det inte är rimligt att en ordinarie assistent följer med. Särskilda skäl kan också vara att en förälder till en försäkrad som är under 18 år är bosatt utanför EES-området och vill arbeta som personlig assistent åt sitt barn vid umgänge med barnet.

16 a §

Paragrafen är ny och motsvarar delvis nya 9 c § LSS. Till skillnad från den paragrafen regleras bara tillsynsmyndighetens rätt att utföra inspektion av assistansen i bostaden, och inte den utbetalande myndighetens rätt att i utredningssyfte besöka den enskilde. Försäkringskassans rätt att besöka den försäkrade följer redan av 110 kap. 14 § 2.

19 §

Ändringen innebär att assistansersättning förutom till den försäkrade och kommunen får betalas ut endast till den som har tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans.

20 §

Ändringen innebär att återbetalningsskyldighet beträffande assistansersättning åligger antingen den försäkrade eller den som har tagit emot utbetalning av medlen för den försäkrades räkning. För en underårig försäkrad gäller dock att dennes förmyndare som huvudregel ska svara för återbetalningen i stället för den försäkrade.

Om det finns särskilda skäl är den underårige själv återbetalningsskyldig. Särskilda skäl kan exempelvis vara om den underårige är straffmyndig och själv lämnat felaktiga uppgifter i syfte att få högre ersättning än vad han eller hon har rätt till, eller om förmyndaren har placerat stora tillgångar hos den underårige.

24 §

Paragrafen är ny och motsvarar 11 a § LSS.

108 kap.

9 a §

Paragrafen är ny. För återkrav gäller vad som anges i 108 kap. 2 § vilket innebär att återkrav kan bli aktuellt om den som tagit emot pengarna har orsakat att ersättningen lämnats felaktigt eller med för högt belopp, eller om denne insett eller skäligen borde ha insett att ersättningen har lämnats felaktigt eller med ett för högt belopp.

110 kap.

1 §

Ändringen i paragrafen är endast en följd av andra ändringar i kapitlet.

5 §

Tredje stycket är nytt och innebär att även den försäkrades ombud ska lämna uppgifter på heder och samvete.

14 §

I *första punkten* förtydligas att förfrågan får göras även hos en anordnare av personlig assistans, och i *fjärde punkten* föreskrivs att Försäkringskassan får besluta om särskild undersökning eller utredning också när det behövs för bedömningen av den försäkrades behov av hjälp i den dagliga livsföringen. Precis som i fråga om utredning för andra behov är det i första hand mindre ingripande utredningar som kan begäras, såsom undersökning av specialistläkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller liknande.

31 §

Ändringen i *första stycket* innebär en utökad skyldighet för anordnare av personlig assistans att lämna uppgifter till Försäkringskassan och andra handläggande myndigheter enligt socialförsäkringsbalken. Uppgiftsskyldigheten innebär inte en skyldighet att efterforska förhållanden eller att självmant rapportera till

myndigheterna. Jämför dock ändringen i 110 kap. 46 §.

34 a §

Paragrafen är ny. Uppgiftsskyldigheten innebär att Skatteverket kan lämna uppgifter utan hinder av eventuell sekretess. Till skillnad mot skyldigheten att lämna uppgifter enligt 110 kap. 31 §, är Skatteverket skyldigt att lämna uppgifter även om andra än en försäkrad. För att Skatteverket ska lämna ut uppgifterna krävs att uppgifterna behövs för Försäkringskassans kontroll av användningen av assistansersättning.

42 a §

Anmälningsskyldigheten motsvarar vad som föreskrivs för kommunen i nya 15 § 11 LSS.

46 §

Det nya *tredje stycket* innebär en ny anmälningsskyldighet för den som tar emot utbetalning av assistansersättning. Anmälningsskyldigheten omfattar ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av en förmån. Skyldigheten innebär inte att förhållanden måste efterforskas, utan omfattar bara omständigheter som den som tagit emot utbetalningen har kännedom om. Det kan i sammanhanget påpekas att skyldigheten för den försäkrade att anmäla ändrade förhållanden enligt första stycket, utifrån föräldrabalkens regler om ställföreträdarskap även omfattar vårdnadshavare, god man och förvaltare. De omständigheter som ska anmälas är alla sådana som påverkar rätten till eller storleken av en förmån, och exemplifieras i andra stycket. Anmälningsskyldigheten omfattar givetvis även andra förhållanden än de uppräknade, såsom sjukhusvård och insatser som exempelvis daglig verksamhet och barnomsorg.

57 a §

Paragrafen är ny. Uttrycket giltig anledning är avsett att ha samma innebörd som i 110 kap. 53 §. Ordet närstående ska ha samma betydelse som i nya 51 kap. 16 a §. Se även kommentar till 9 c § LSS.

58 §

Ändringen innebär att den försäkrade måste ha blivit informerad om att ersättning kan dras in eller sättas ned enligt 110 kap. 57 a § för att påföljden ska få tillämpas.

114 kap.

1 §

Ändringen är endast en följd av andra ändringar i kapitlet.

26 a §

Paragrafen är ny. Bestämmelsen är främst avsedd att underlätta för Försäkringskassan att få tillgång till uppgifter från Skatteverket enligt nya 110 kap. 34 a §.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Ändringarna träder i kraft den 1 juli 2013. Föreskrifterna i 51 kap. 16 § första stycket 1 och andra stycket tillämpas inte i fråga om personliga assistenter som har anställts före ikraftträdandet. Föreskrifterna ska dock tillämpas från ikraftträdandet i fråga om de assistenter som anlitats på annat sätt än genom anställning. Bestämmelserna har utformats i enlighet med vad Lagrådet har anfört.

7.17 Budgetförslag

7.17.1 4:1 Personligt ombud

Tabell 7.10 Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags- sparande	Belopp
2011	Utfall	91 691		12 769
2012	Anslag	104 460 ¹	Utgifts- prognos	96 493
2013	Förslag	104 460		
2014	Beräknat	104 460		
2015	Beräknat	104 460		
2016	Beräknat	104 460		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Regeringens överväganden

Verksamhet med personligt ombud för kommunerna är en frivillig verksamhet vilket medför att antalet ombud kan variera något år från år. Socialstyrelsen redovisar emellertid en stabil

utveckling och myndigheten beräknar att anslaget täcker nuvarande verksamhet.

Tabell 7.11 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:1 Personligt ombud

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	104 460	104 460	104 460	104 460
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	104 460	104 460	104 460	104 460
Anvisat 2012¹	104 460	104 460	104 460	104 460

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 104 460 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Personligt ombud* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 104 460 000 kronor för respektive år.

7.17.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tabell 7.12 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tusental kronor

År	Utfall	322 404	Anslags-sparande	608
2011	Utfall	322 404	Anslags-sparande	608
2012	Anslag	353 326 ¹	Utgifts-prognos	353 326
2013	Förslag	353 976		
2014	Beräknat	353 929		
2015	Beräknat	352 929		
2016	Beräknat	352 929		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- statsbidrag till tolktjänst,
- bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation,
- bidrag till nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor,

- verksamhet vid Hjälpmedelsinstitutet,
- försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning,
- försöksverksamhet med service- och signalhundar,
- insatser för attitydförändring på arbetsmarknaden,
- insatser för familjer med barn med omfattande funktionsnedsättning,
- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom funktionshindersområdet,
- statistikutveckling inom funktionshindersområdet,
- öppna jämförelser av daglig verksamhet i LSS och meningsfull sysselsättning inom SoL,
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder samt
- vissa verksamheter av betydelse för personer med funktionsnedsättning.

Statsbidrag till rådgivning och annat personligt stöd samt till tolktjänst utgår, dels för den utökade målgrupp som landstinget fick ansvar för när LSS trädde i kraft, dels för det utökade ansvar som landstingen samtidigt fick för tolktjänsten. Socialstyrelsen fördelar statsbidraget till landstingen.

Tolktjänsten innebär en skyldighet för landstingen att organisera, finansiera och tillhandahålla tolktjänst för vardagstolkning till döva, dövblinda m.fl.

Statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation finansierar bidrag som går till landstingen för inköp både av den kommunikationsutrustning som användarna behöver och, i de fall utrustningen ska användas av närstående, den utrustning som de behöver. Socialstyrelsen meddelar grunder för fördelningen av statsbidraget.

Fördelningen till vissa verksamheter av betydelse för personer med funktionsnedsättning har tidigare år fastställs av regeringen. Från och med 2013 fördelas medlen av Socialstyrelsen i enlighet ett antal förordningar. Socialstyrelsen ansvarar även för administration och uppföljning.

Regeringens överväganden

För 2012 har följande verksamheter av betydelse för personer med funktionsnedsättning fått del av statsbidrag:

- Synskadades riksförbund (SRF) för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade.
- SRF för punktskriftsutbildning för vuxna.
- Förbundet Sveriges Dövblinda (FSDB) för produktion av informationskällor för dövblinda personer.
- Nationellt kunskapscentrum för dövblindfrågor för kunskapsutveckling, och informationsspridning.
- Stiftelsen Rikstolkjänst för att tillhandahålla tolkservice för förtroendevalda i vissa organisationer.
- Föreningen rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.
- Ågrenska stiftelsen för riksverksamhet för familjer med barn som har sällsynta diagnoser.
- Handikapporganisationernas rekreationsanläggningar.

Myndigheten för vårdanalys bildades den 1 januari 2011. Myndigheten har även uppgifter inom socialtjänstens områden. Till följd av detta minskas detta anslag med 2 miljoner kronor från

2013 tills vidare. Anslaget 1:1 *Myndigheten för vårdanalys* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg ökas med motsvarande belopp. Tillsammans med tidigare överföringar från detta anslag så innebär denna överföring att myndighetens anslag permanent förstärkts med 7 miljoner kronor per år från och med 2013.

Regeringen har tidigare genom årliga beslut beviljat Ågrenska stiftelsen tillfälliga stöd för åren 2008–2012 till en verksamhet för personer med sällsynta diagnoser. Mot bakgrund av förändringar i regeringsformen (prop. 2009/10:80, bet. 2009/10:KU19, rskr. 2009/10:304) och nya principer för fördelningen av bidrag beslutade regeringen i maj 2012 om förordningen (2012:316) om viss verksamhet på funktionshindersområdet. Förordningen täcker det verksamhetsområde som Ågrenska stiftelsen tidigare fått statsbidrag för. Regeringens avsikt är att samla de medel som fördelas genom förordningen på ett anslag. Mot denna bakgrund föreslår regeringen att 1,65 miljoner kronor förs över från anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* till detta anslag.

Regeringen föreslår även att detta anslag för 2013 och 2014 tillförs 1 miljon kronor för att finansiera uppbyggnaden av ett system för öppna jämförelser av daglig verksamhet i LSS och meningsfull sysselsättning inom SoL.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2013 att detta anslag ökas med 650 000 kronor jämfört med 2012.

Tabell 7.13 Härlledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	353 326	353 326	353 326	353 326
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-1 000	-1 000	-2 000	-2 000
Överföring till/från andra anslag	1 650	1 603	1 603	1 603
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	353 976	353 929	352 929	352 929

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 353 976 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersonområdet* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 353 929 000 kronor, 352 929 000 kronor, 352 929 000 kronor.

7.17.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tabell 7.14 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

År	Slagsnamn	Belopp	Ändring	Övrigt
2011	Utfall	260 502	Anslags-sparande	-7 685
2012	Anslag	326 000 ¹	Utgifts-prognos	316 000
2013	Förslag	299 995		
2014	Beräknat	266 995		
2015	Beräknat	266 995		
2016	Beräknat	266 995		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera bilstöd till personer med funktionsnedsättning som har rätt till stödet. Bidrag kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. I särskilda fall kan även bidrag till körkortsutbildning beviljas.

Antalet personer som har rätt till bilstöd, omfattningen av fordonets anpassningsbehov, prisutvecklingen på marknaden för anpassning av fordon samt inkomstutvecklingen är de faktorer som framför allt styr utgifterna.

Regeringens överväganden

Efterfrågan på stödet har ökat de senaste åren. Regeringen har därför i höständringsbudget (2011/2012:99) för 2012 föreslagit en ökning av anslaget med 70 miljoner kronor. Om riksdagen

antar regeringens förslag uppgår anslaget för 2012 till 326 miljoner kronor. Utöver detta föreslår regeringen i denna proposition en permanent förstärkning av anslaget på 11 miljoner kronor och en tillfällig förstärkning på 33 miljoner kronor för 2013. Den tillfälliga förstärkningen på 33 miljoner kronor finansieras genom att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskas med 33 miljoner kronor.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2013 att detta anslag minskas med 26 miljoner kronor jämfört med 2012 förutsatt att riksdagen antar regeringens förslag om förstärkning av 2012 års anslag på höstilläggsbudget.

Regeringen avser att noga följa utvecklingen av efterfrågan på stödet.

Tabell 7.15 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	256 000	256 000	256 000	256 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	33 000			
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volymer	10 995	10 995	10 995	10 995
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	299 995	266 995	266 995	266 995

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 299 995 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 266 995 000 kronor för respektive år.

7.17.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 7.15 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

År	Utfall	19 860 280	Anslags-sparande	299 720
2011	Utfall	19 860 280	Anslags-sparande	299 720
2012	Anslag	21 044 000 ¹	Utgifts-prognos	21 070 000
2013	Förslag	22 272 000		
2014	Beräknat	23 367 000		
2015	Beräknat	24 710 000		
2016	Beräknat	26 066 000		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera kostnader för statlig assistansersättning.

Assistansersättning lämnas till personer med omfattande funktionsnedsättning som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Personer som innan de fyllt 65 år beviljats assistansersättning får behålla ersättningen efter fyllda 65 år. Antalet assistanstimmar får däremot inte utökas. Kommunen där den ersättningsberättigade är bosatt ersätter kostnaderna för de första 20 timmarna. Genom ersättningen avlastar staten kommunerna kostnader för mer omfattande insatser enligt LSS.

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning mätt i assistanstimmar per vecka och beviljad ersättning per timme är de faktorer som styr utgifternas storlek. Timbeloppet för 2012 är 267 kronor. För 2013 är det 275 kronor.

Regeringens överväganden

Omfattningen av personlig assistans och kostnaderna för assistansersättningen har underskattats. När assistansreformen infördes beräknades att varje person skulle beviljas i genomsnitt drygt 40 timmar i veckan och att cirka 7 000 personer skulle omfattas av insatsen. I december 2011 hade cirka 16 000 personer assistans med i genomsnitt 115,8 timmar.

Regeringen har beslutat om en rad åtgärder för att förhindra fusk och felaktigheter i assistansersättningen, se avsnitt 7.16.

Tabell 7.16 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	21 044 000	21 044 000	21 044 000	21 044 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	892 000	1 596 000	2 568 000	3 552 000
Volym	336 000	727 000	1 098 000	1 470 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	22 272 000	23 367 000	24 710 000	26 066 000

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 22 272 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 23 367 000 000 kronor, 24 710 000 000 kronor respektive 26 066 000 000 kronor.

7.17.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tabell 7.17 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

År	Utfall	1 480 238	Anslags-sparande	526 492
2011	Utfall	1 480 238	Anslags-sparande	526 492
2012	Anslag	1 950 930 ¹	Utgifts-prognos	1 827 833
2013	Förslag	1 772 630		
2014	Beräknat	1 783 780		
2015	Beräknat	1 615 580		
2016	Beräknat	1 644 330		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamålet med anslaget är att genom riktade insatser inom äldreområdet öka de äldres valfrihet, trygghet och självbestämmande inom äldreomsorgen och att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att systematiskt förbättra verksamheten inom äldreområdet. Medel ges för att stimulera kommuner och landsting att utveckla kvalitén i äldreomsorgen, att höja kompetensen bland äldreomsorgens personal, att öka antalet platser i särskilt boende samt att stimulera främja nya boendeformer för ett tryggt boende för äldre. Medel ges också för att införa förslagen om en nationell värdegrund samt till olika typer av insatser för att öka kunskapen inom äldreområdet. Medel ges även för att främja kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom äldreområdet. Från anslaget utbetalas även statsbidrag till pensionärs och anhörigorganisationer, samt till kommun och landstingssektorn i enlighet med överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om evidensbaserad praktik samt prestations- och resultatbaserade statsbidrag.

Bemyndigande och ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2013 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 670 000 000 kronor 2014–2016.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldre som ska administreras av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) samt investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende och trygghetsboende för äldre som ska administreras av Boverket.

Tabell 7.18 Beställningsbemyndigande

Tusentals kronor

	Utfall 2011	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015–2016
Ingående åtaganden	-	438 750	670 000	-	-
Nya åtaganden	-	490 800	273 000	-	-
Infriade åtaganden	-	-259 550	-293 000	-295 000	-355 000
Utestående åtaganden	432 815	670 000	650 000	-	-
Erhållet/föreslaget bemyndigande	470 000	670 000	670 000	-	-

Regeringens överväganden

För att möta de ökade behovet kring att ge stöd till trossamfundet tillförs anslaget 9:2 *Stöd till trossamfund* under utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid 15 miljoner kronor från och med 2013. Förslaget finansieras bl.a. genom att detta anslag minskas med 5 miljoner kronor.

Regeringen har framförlit inom ramen för överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om evidensbaserad praktik gjort riktade kunskaps- och infrastruktursatsningar i Socialtjänsten. Eftersom dessa satsningar kommer samtliga målgrupper för socialtjänstens insatser till del så har finansieringen hämtats från flera anslag. För att renodla finansieringen av denna typ av insatser så föreslår regeringen att 105 miljoner kronor förs över från detta anslag till anslag 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* Regeringen avser att se över behovet av nivån på de socialtjänstövergripande kunskaps- och infrastruktursatsningarna inför budgetpropositionen 2015.

Uppföljningar av regeringens satsning på ett investeringsstöd för byggande av särskilt boende och trygghetsbostäder för äldre visar att byggprojekten som får stöd genom detta anslag ofta färdigställs senare än vad som från början beräknats. Det innebär att anslagsbelastningen blir lägre på kort sikt men högre på längre sikt. Regeringen bedömer därför att det finns ett utrymme att på detta anslag bistå med finansiering till ett antal angelägna insatser. För 2013 föreslår regeringen en tillfällig förstärkning av anslag 4:4 *Bilstöd för personer med funktionsnedsättning* med 33 miljoner kronor. Detta anslag minskas med motsvarande belopp.

Under åren 2013–2015 kommer det utgå ersättning till personer som utsatts för övergrepp eller försummelse i samhällsvården. Regeringen räknar med att det i detta sammanhang kommer uppstå kostnader för resor, ersättning till vittnen för förlorad inkomst samt kostnader för psykologiskt stöd i anslutning till prövning av sökandes rätt till ersättning. Till följd av det föreslår regeringen anslaget 4:8 *Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården* ökas med 9,4 miljoner kronor och att detta anslag minskas med motsvarande belopp.

För åren 2013–2015 föreslår regeringen även att verksamheten vid den nyupprättade

Ersättningsnämnden hämtar en del av sin finansiering från detta anslag. Regeringen föreslår därför att anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* för 2013 tillförs 25,9 miljoner kronor och att detta anslag minskas med motsvarande belopp.

Sammantaget innebär regeringens förslag att för 2013 att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskar med 178,3 miljoner kronor jämfört med 2012.

Tabell 7.19 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor				
	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	1 950 930	1 950 930	1 950 930	1 950 930
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-178 300	-167 150	-335 350	-306 600
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	1 772 630	1 783 780	1 615 580	1 644 330

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår regeringen att 1 772 630 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 1 783 780 000 kronor, 1 615 580 000 kronor respektive 1 644 330 000 kronor.

7.17.6 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tabell 7.20 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor				
År	Typ	Belopp	Notering	Belopp
2011	Utfall	775 295	Anslags-sparande	12 462
2012	Anslag	847 775 ¹	Utgifts-prognos	804 105
2013	Förslag	843 929		
2014	Beräknat	878 457 ²		
2015	Beräknat	901 650 ³		
2016	Beräknat	939 173 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 843 929 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 843 929 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 853 929 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Statens institutionsstyrelses (SiS) förvaltningskostnader. 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 missbruksvården finansieras till omkring två tredjedelar med avgifter, medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag. SiS har även i uppdrag att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom myndighetens verksamhetsområde.

Tabell 7.21 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2011		1 310 279	2 085 574	-775 295
Prognos 2012		1 336 000	2 161 000	-825 000
Budget 2013		1 326 000	2 195 000	-869 000

Regeringens överväganden

Regeringen bedömer att SiS fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2011. Inriktningen för myndighetens verksamhet bör i stort kvarstå.

Efter några år med underskott gjorde SiS ett positivt resultat för 2011 med ett utgående överföringsbelopp på 2 miljoner kronor. Myndigheten har fullföljt de åtgärder som påbörjades under 2009 i syfte att uppnå balans mellan utbud och efterfrågan på vårdplatser och skapa större flexibilitet i verksamheten. Regeringen har låtit Statskontoret och Ekonomistyrningsverket utreda SiS finansieringsmodell (S2009/9138/FST, S2010/9059/FST). Regeringen gör bedömningen att finansieringsmodellen för SiS behöver förtydligas i syfte att stärka myndighetens förutsättningar att långsiktigt och effektivt styra verksamheten.

Mot bakgrund av att den ekonomiska situationen för SiS nu bedöms som stabil så anser regeringen att det under åren 2013–2015 finns ett utrymme på SiS anslag att delfinansiera Ersättningsnämndens verksamhet. Regeringen

kommer noga följa anslagsbelastningen på SiS under ovanstående period. Regeringen föreslår därför att detta anslag minskas med 10 miljoner kronor under 2013. Anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* tillförs motsvarande belopp.

Tabell 7.22 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:6 Statens institutionsstyrelse

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012 ¹	847 775	847 775	847 775	847 775
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	3 517	38 346	61 742	88 498
Beslut	-10 000	-10 409	-10 684	0
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	2 637	2 745	2 817	2 900
Förslag/beräknat anslag	843 929	878 457	901 650	939 173

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 843 929 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 878 457 000 kronor, 901 650 000 kronor respektive 939 173 000 kronor.

7.17.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 7.23 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

			Anslags-sparande	
2011	Utfall	188 748		3 194
2012	Anslag	360 881 ¹	Utgifts-prognos	252 042
2013	Förslag	450 881		
2014	Beräknat	772 881		
2015	Beräknat	610 381		
2016	Beräknat	602 381		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget ändamål är att finansiera bidrag för utveckling av socialt arbete genom bl.a. satsning på evidensbaserad praktik i socialtjänsten, satsning för att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser och brukarinflytande, satsning på

hemlöshet, nya bestämmelser för att stärka förutsättningarna för och uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården samt andra särskilda tillfälliga åtgärder i samma syfte, reformering av försörjningsstödet, bidrag för att utveckla samverkan med idéburna organisationer, bidrag till statistiska undersökningar, bidrag till organisationer som arbetar för utsatta barn och deras familjer, bidrag till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn samt medel för andra insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor.

Regeringens överväganden

Regeringens satsning för att bl.a. stärka skyddet för barn och ungdomar inom den sociala barn- och ungdomsvården fortsätter. För 2013 innebär det att detta anslag ytterligare ökas med 60 miljoner kronor. Den 14 juni 2012 fattade regeringen beslut om en lagrådsremiss om stärkt stöd och skydd för barn och unga. Förslagen i lagrådsremissen innebär ett förtydligt ansvar för kommunerna och därmed bör det generella stödet till kommunsektorn i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen höjas. Regeringen föreslår till följd av det att anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 ökas med 65 miljoner kronor och att detta anslag minskas med motsvarande belopp.

Regeringen har framförallt inom ramen för överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om evidensbaserad praktik gjort riktade kunskaps- och infrastruktursatsningar i Socialtjänsten. Eftersom dessa satsningar kommer samtliga målgrupper för socialtjänstens insatser till del så har finansieringen hämtats från flera anslag. För att renodla finansieringen av denna typ av insatser så föreslår regeringen att 105 miljoner kronor förs över från anslag 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* till detta anslag. Regeringen avser att se över behovet av nivån på de socialtjänstövergripande kunskaps- och infrastruktursatsningarna inför budgetpropositionen 2015.

För 2013 föreslår regeringen även att verksamheten vid den nyupprättade Ersättningsnämnden hämtar en del av sin finansiering från detta anslag. Regeringen föreslår därför att anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* tillförs 10 miljoner kronor och att detta anslag minskas med motsvarande belopp.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2013 att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökar med 90 miljoner kronor jämfört med 2012.

Tabell 7.24 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor				
	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	360 881	360 881	360 881	360 881
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	90 000	412 000	249 500	241 500
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	450 881	772 881	610 381	602 381

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 450 881 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 772 881 000 kronor, 610 381 000 kronor respektive 602 381 000 kronor.

7.17.8 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården

Anslaget används för att finansiera kostnader för ersättning enligt föreslagen lag om ersättning på grund av övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga (prop. 2011/12:160 Ersättning av staten till personer som utsatts för övergrepp eller försummelser i samhällsvården). Anslaget används också för kostnader för resor, ersättning till vittnen för förlorad inkomst samt kostnader för psykologiskt stöd i anslutning till prövning av sökandes rätt till ersättning.

Tabell 7.25 Anslagsutveckling 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	0	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	309 400	484 400	484 400	
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volym				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	309 400	484 400	484 400	0

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Regeringens överväganden

Enligt den föreslagna lagen om ersättning på grund av övergrepp eller försummelse i samhällsvården av barn och unga (prop. 2011/12:160) har personer som utsatts för övergrepp eller försummelse av allvarig art i samband med att de varit omhändertagna för samhällsvård under perioden 1 januari 1920 till och med den 31 december 1980 rätt till ersättning. Ersättning lämnas med schablonbelopp om 250 000 kronor. En särskild nämnd ska handlägga och besluta i ersättningsfrågorna efter det att ansökan lämnats till nämnden. De beräknade kostnadskonsekvenserna i propositionen är baserade på beräkningar som gjordes av Upprättelseutredningen (SOU 2011:9). Utredningen har gjort sina uppskattningar utifrån offentlig statistik, svensk och internationell forskning samt erfarenheter från liknande ersättningssystem. Utredningens bedömning är att mellan 2000 och 5000 personer kommer beviljas ersättning. I propositionen konstaterar regeringen att beräkningarna är behäftade med stor osäkerhet och bedömer det som mest troligt att kostnaderna kommer hamna i den övre delen av spannet och uppgå till ca 1 250 miljoner kronor fördelat över tre år. Regeringen bedömer att fler ärenden kommer avgöras under det andra och tredje verksamhetsåret. För 2013 föreslår regeringen att 300 miljoner tillförs anslaget för ersättning.

Inom anslaget finansieras även kostnader för resor, ersättning till vittnen för förlorad inkomst samt kostnader för psykologiskt stöd i anslutning till prövning av sökandes rätt till ersättning. För att anslaget även ska kunna användas för dessa ändamål föreslår regeringen att anslaget tillförs 9,4 miljoner kronor och att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskas med motsvarande belopp.

Tabell 7.26 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	0	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	309 400	484 400	484 400	
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volym				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/beräknat anslag	309 400	484 400	484 400	0

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 309 400 000 kronor anvisas under anslaget 4:8 *Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården* för 2013. För 2014 och 2015 beräknas anslaget till 484 400 000 kronor för respektive år.

7.17.9 4:9 Ersättningsnämnden

Anslaget används för Ersättningsnämndens förvaltningskostnader. Ersättningsnämnden ska enligt prop. 2011/12:160 Ersättning av staten till personer som utsatts för övergrepp eller försummelse i samhällsvården handlägga och besluta i ersättningsfrågorna efter det att ansökan lämnats till nämnden.

Tabell 7.27 Anslagsutveckling 4:9 Ersättningsnämnden

Tusental kronor

2011	Utfall		Anslags- sparande	0
2012	Anslag	0	Utgifts- prognos	0
2013	Förslag	45 900		
2014	Beräknat	44 350 ¹		
2015	Beräknat	39 350 ²		
2016	Beräknat	0		

² Motsvarar 43 475 tkr i 2013 års prisnivå.³ Motsvarar 37 926 tkr i 2013 års prisnivå.

Regeringens överväganden

Ersättningsnämndens uppgift blir att handlägga och besluta i ersättningsfrågorna efter det att ansökan lämnats till nämnden. Nämnden ska bistås av en kanslifunktion som har bred kompetens inom områden av betydelse för nämndens beslutsfattande. Den 29 mars tillkallade regeringen en särskild utredare med uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av nämndmyndigheten (dir. 2012:25). Inom ramen för uppdraget inkom utredaren i juni 2012 med kostnadsberäkningar för den nya myndigheten (S2012/4583/FST). Utredaren framhåller i sin delrapport att det råder osäkerhet om det faktiska antalet ansökningar om ersättning som kommer att lämnas in till nämnden vilket enligt utredarens mening förutsätter flexibilitet i arbetssätt och resurssättning. Regeringen delar utredarens bedömning och menar att det finns anledning att noga följa nämndens verksamhet. Nämnden bedöms vara verksam under en treårsperiod. Finansieringen av nämndens verksamhet, som beräknas uppgå till 45,9 miljoner kronor under 2013, hämtas från tre andra anslag inom utgiftsområde 9 enligt följande:

Anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och andra åtgärder inom äldreområdet* minskas med 25,9 miljoner kronor, anslagen 4:6 *Statens institutionsstyrelse* och 4:7 *Bidrag till socialt arbete m.m.* minskas med 10 miljoner kronor vardera.

Tabell 7.28 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:9 Ersättningsnämnden

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012 ¹	0	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	0	0	0	0
Beslut	45 900	44 350	39 350	0
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/ beräknat anslag	45 900	44 350	39 350	0

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 45 900 000 kronor anvisas under anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* för 2013. För 2014 och 2015 beräknas anslaget till 44 350 000 kronor respektive 39 350 000 kronor.

7.17.10 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tabell 7.29 Anslagsutveckling 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

2011	Utfall	14 578	Anslags- sparande	484
2012	Anslag	14 752 ¹	Utgifts- prognos	14 328
2013	Förslag	14 889		
2014	Beräknat	15 181 ²		
2015	Beräknat	15 451 ³		
2016	Beräknat	15 780 ⁴		

¹ Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.² Motsvarar 14 869 tkr i 2013 års prisnivå.³ Motsvarar 14 869 tkr i 2013 års prisnivå.⁴ Motsvarar 14 868 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för förvaltningskostnader för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Anslaget används också för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och till de adopterades organisationer. MIA ansvarar för vissa frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner. Vidare ansvarar myndigheten bl.a. för information i frågor om internationella adoptioner.

MIA är centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att MIA har fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2011.

Tabell 7.30 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor				
	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	14 752	14 752	14 752	14 752
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	137	450	720	1 050
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-21	-21	-22
Förslag/beräknat anslag	14 889	15 181	15 451	15 780

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 14 889 000 kronor anvisas under anslaget 4:10 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 15 181 000 kronor, 15 451 000 kronor respektive 15 780 000 kronor.

8 Barnrättspolitik

8.1 Omfattning

FN:s konvention om barnets rättigheter – barnkonventionen – är utgångspunkten för regeringens politik för barnets rättigheter. Barnkonventionen är en del av det internationella systemet för skyddet av de mänskliga rättigheterna som har byggts upp och utvecklats under decennierna, i syfte att garantera den enskilde skydd mot övergrepp samt för att tillgodose grundläggande behov. De mänskliga rättigheterna, inklusive barnets rättigheter, ska respekteras fullt ut i Sverige. All lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.

Barnrättspolitiken syftar till att ta till vara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt från barnkonventionen. Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år. Barnrättspolitiken är sektorsövergripande. Detta innebär att barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik liksom alla verksamheter som rör barn.

För att barnkonventionens intentioner ska realiseras, krävs insatser inom politiken på alla de områden där barn är berörda.

Inom ramen för barnrättspolitikens område finns myndigheten Barnombudsmannen. Barnombudsmannen har till uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen, driva på genomförandet av och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom område 8 Barnrättspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2011	Budget 2012 1	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
5:1 Barnombudsmannen	19	21	20	23	24	24	25
5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	12	31	30	22	22	22	22
Summa Barnrättspolitik	31	52	51	46	46	46	47

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

8.3 Mål

Målet för barnrättspolitikerna är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (BP 2008/09:1).

8.4 Resultatredovisning

8.4.1 Övergripande åtgärder för att stärka barnets rättigheter i Sverige

Nedan presenteras de övergripande åtgärder som regeringen har vidtagit under 2011 för att skapa förutsättningar för genomförandet av barnets rättigheter i Sverige på både nationell, regional och lokal nivå.

Strategi för att stärka barnets rättigheter

Sommaren 2010 överlämnade regeringen en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige, riksdagen godkände den strategin i december 2010 (prop. 2009/10:232). Strategin består av nio principer som uttrycker grundläggande förutsättningar för att stärka barnets rättigheter. Principerna utgår från de mänskliga rättigheter som varje barn upp till 18 år ska tillförsäkras, enligt internationella överenskommelser och särskilt då de åtaganden som följer av barnkonventionen.

Att förverkliga barnets rättigheter är en pågående process där det är viktigt att alla berörda aktörer på statlig och kommunal nivå utgår från gemensamma principer. Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige ska vara utgångspunkt för alla offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå som i sina verksamheter ska säkerställa barnets rättigheter. Den vänder sig till riksdag, regering, statliga myndigheter, landsting och kommuner. Regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter ska ses som ett verktyg i arbetet med att förverkliga barnets rättigheter.

Under 2011 fick Barnombudsmannen i uppdrag att sprida och kommunicera strategin. I uppdraget ingick att genomföra en konferens för statliga myndigheter, samt att ta fram ett förslag till en kommunikationsstrategi för att sprida den nationella strategin. Konferensen, med temat Ett lyft för barnets mänskliga rättigheter, genom-

fördes i december 2011. Förslaget till kommunikationsstrategi lämnades till regeringen i februari 2012. I juli 2012 fick Barnombudsmannen i uppdrag av regeringen att, med utgångspunkt från det ovan nämnda förslaget, genomföra insatser för att sprida och kommunicera regeringens strategi.

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om att stärka barnets rättigheter

I syfte att intensivifiera och utveckla arbetet med barnets rättigheter i verksamheter inom kommuner och landsting ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under 2010 en överenskommelse om att stärka barnets rättigheter. Vidare gav regeringen i uppdrag till Barnombudsmannen att bistå SKL i arbetet. Överenskommelsen gäller under åren 2010–2013 och utgångspunkten är att arbetet ska vara långsiktigt.

Överenskommelsen ska främja ett helhets-tänkande i arbetet med barnets rättigheter och syftar till att öka kunskapen om hur barnets rättigheter kan omsättas i verksamheter i landsting och kommuner.

En handlingsplan för hur barnets rättigheter kan stärkas i kommuners och landstings verksamheter har tagits fram, baserat på en kartläggning av bl.a. utbildningsbehov som SKL har genomfört i samråd med Barnombudsmannen. Överenskommelsen omfattar också en utbildningssatsning för strategiska personer inom kommuner och landsting i syfte att åstadkomma en långsiktigt hållbar struktur för utveckling och spridning av kunskap på nationell och regional nivå om barnkonventionen och hur den kan omsättas i praktiken. Vidare har framtagandet av en vägledning påbörjats. SKL har inom ramen för överenskommelsen även tagit fram en särskild webbplats för genomförandet av barnkonventionen.

Att lyssna till barn och unga

Barnombudsmannen har på uppdrag av regeringen utvecklat en metod, Unga direkt, för att inhämta barns och ungas åsikter och erfarenheter i frågor som berör dem.

Barnombudsmannen har bl.a. inhämtat åsikter och erfarenheter från placerade barn och ungdomar, barn och unga som utsatts för våld och andra övergrepp samt från barn som lever med skyddade personuppgifter. Metoden kommer att spridas till lokal nivå genom insatser inom ramen för det ovan nämnda uppdrag som Barnombudsmannen har fått för att sprida och kommunicera regeringens strategi.

Förbättrat uppföljningssystem för barnrättspolitiken

För att kunna vidta lämpliga åtgärder och göra prioriteringar som rör barn är det nödvändigt att professionella på lokal, regional och nationell nivå har god kunskap om barns levnadsvillkor. Därför har Barnombudsmannen på uppdrag av regeringen utvecklat en plattform för att följa barns levnadsvillkor inom olika områden utifrån barnkonventionen, ett uppföljningssystem för barnrättspolitiken. Från och med 2012 ansvarar Barnombudsmannen för drift, spridning och utveckling av uppföljningsverktyget Max 18. (Se under politikens inriktning rubrik, Ett förbättrat uppföljningssystem).

Uppföljningssystemet ska kunna användas för att följa utvecklingen av barns levnadsvillkor, men också kunna användas av beslutsfattare för att prioritera insatser på de områden som är mest relevanta för barnen. Indikatorerna i uppföljningssystemet ska därför göras lättillgängliga för aktörer vars arbete rör barn.

Ökad samordning och tematiska dialoger

För att öka samordningen av och dialogen om barnrättsfrågorna har regeringen tagit initiativ till ovan nämnda strategi som en gemensam utgångspunkt för det fortsatta arbetet. Därutöver har regeringen tagit initiativ till temadialoger, med utgångspunkt i rekommendationerna från kommittén för barnets rättigheter (barnrättskommittén).

Under 2011 genomfördes två temadialoger genomförts, en dialog om barn i ekonomiskt utsatta familjer och en dialog om framtida utmaningar för att stärka barnets rättigheter.

Kartläggning av svensk lagstiftnings överensstämmelse med barnkonventionen

En promemoria har utarbetats i Socialdepartementet med syfte att belysa hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med rättigheterna i barnkonventionen (Ds 2011:37). I kartläggningen konstateras sammanfattningsvis att svensk lagstiftning överlag står i god överensstämmelse med rättigheterna i barnkonventionen och att lagstiftningen får anses väl utbyggd med hänsyn till rättigheterna. De svenska reglerna överstiger ofta de minimikrav som ställs i konventionen. I kartläggningen anges exempel där tillsynsmyndigheter har pekat på brister när det gäller tillämpningen av lagstiftningen. Vidare konstateras att för att tillgodose varje enskilt barns rättigheter i varje tänkbar situation är det viktigt med uppföljning och utvärdering av beslut och åtgärder som rör barnet ur ett barnrättsperspektiv och att det är nödvändigt med en väl fungerande tillsyn.

För att få en fördjupad kunskap kring barnkonventionens rättsliga ställning bjöd barn- och äldreministern i maj 2012 in till ett nordiskt kunskapsseminarium om barnkonventionens rättsliga ställning.

Rapportering till barnrättskommittén

I september 2012 lämnade regeringen sin femte rapport om åtgärder och framsteg för att stärka barnets rättigheter till barnrättskommittén (S2012/3601/FST). Rapporten omfattar även åtgärder och framsteg i förhållande till de två fakultativa protokollen till barnkonventionen, om indragning av barn i väpnade konflikter samt försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi, vidare omfattar rapporten en statistikbilaga.

För att stärka den nationella samordningen och dialogen inför rapporteringen har tematiska dialoger genomförts, vidare har ett särskilt samråd hållits med organisationer från det civila samhället och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Som ett led i detta har också Barnombudsmannen haft i uppdrag att lämna en rapport till regeringen som ett underlag för Sveriges rapport (S2011/3599/FST). Barnombudsmannens rapport innehåller en beskrivning och analys av de områden som Barnombudsmannen har uppmärksammat under 2009–2011

avseende tillämpningen av lagstiftning, frågor som barn och unga uppmärksammat Barnombudsmannen på, samt utvecklingen av arbetet med genomförandet i kommuner, landsting och statliga myndigheter. Barnombudsmannens rapport bifogades i sin helhet till regeringens rapport till barnrättskommittén.

8.4.2 Särskilda åtgärder för att stärka barnets rättigheter i Sverige

Nedan presenteras ett antal åtgärder som har genomförts under 2011 inom några områden som regeringen särskilt har lyft fram utifrån ett barnrättsperspektiv. Dessa områden är: att motverka våld och andra övergrepp mot barn, stöd i föräldraskapet och den sociala barn- och ungdomsvården.

Vid sidan av dessa områden har regeringen också genomfört andra insatser för barn och barns rättigheter. Dessa redovisas under respektive område i statens budget (utg.omr. 16, Utbildning och universitetsforskning, utg.omr. 9 Politik för sociala tjänster och utg.omr. 8, Migration).

Motverka våld och andra övergrepp mot barn

Barn har rätt att skyddas mot allt slags våld och övergrepp. Regeringen har därför vidtagit ett flertal initiativ för att förebygga våld mot barn.

Kunskapen om den anmälda brottsligheten och attityder till och förekomsten av våld mot barn inom familjen ligger till grund för regeringens och berörda myndigheters arbete på området.

I oktober 2011 redovisade Brottsförebyggande rådet (Brå) ett uppdrag att kartlägga omfattningen och utvecklingen av barnmiss-handel under perioden 2000–2009 (dnr S2010/4932/FST). Brås studie visar att den polisanmälda misshandeln av barn i åldrarna 0–6 år har ökat sedan slutet av 1980-talet. Brå konstaterar att den allra största delen av ökningen av den polisanmälda barnmisshandeln under 00-talet beror på förändringar i anmälningsbeteendet hos föräldrar, personal på förskola och skola samt socialtjänsten. En del av ökningen kan också, enligt Brå, bero på att alltmer kvalificerade undersökningar numera sker vid s.k. Barnhus, i samråd mellan olika myndigheter. Det allra

grövsta, dödliga våldet mot barn har minskat under en längre period och uppvisar en fortsatt minskning även under 1990-talet och 00-talet.

På regeringens uppdrag presenterade Stiftelsen Allmänna Barnhuset i december 2011 en studie om barns, ungas och föräldrars erfarenheter och attityder till fysisk bestraffning och annan kränkande behandling – en nationell kartläggning 2011. Studien var en uppföljning av de studier som gjordes år 1980, 2000 och 2006. Studien visar att våldet mot barn i Sverige har minskat stadigt under många år, medan det inte har skett några större förändringar under de senaste tio åren. Ungefär 3 procent av föräldrarna uppgav i studien att de slagit barnet någon gång under det sista året, men ingen förälder angav att de gjort det mer än tio gånger. Studien omfattar även barns och ungas egna upplevelser av våld. 14 procent av niondeklassarna uppgav att de har blivit slagna någon gång och nästan tre procent att detta hänt många gånger, vilket är nästan samma resultat som vid de tidigare undersökningarna under 2000-talet.

Den i särklass allvarligaste riskfaktorn för barnmiss-handel är om det förekommer våld mellan de vuxna i hemmet. Om föräldern är alkohol- eller drogpåverkad i samband med konflikten är risken för våld mot barnet också betydande. Precis som vid de tidigare undersökningarna år 2000 och år 2006 uppgav barn med kroniska sjukdomar och funktionshinder att de har blivit slagna dubbelt så ofta som barn utan sjukdomar. De lever också oftare i familjer där det har förekommit våld mellan föräldrarna.

Regeringen anser att det är viktigt att inhämta barns och ungas egna erfarenheter av våld, för att komplettera ovan nämnda kartläggningar. Barnombudsmannen fick därför i uppdrag att inhämta åsikter och erfarenheter från barn och unga som har utsatts för våld och andra övergrepp, samt från barn och unga som lever med skyddade personuppgifter. Barnombudsmannen presenterade uppdragen i mars 2012 i sin årsrapport för 2012 (Signaler – Våld i nära relationer. Barn och ungdomar berättar) samt i rapporten Oskyddad – barn och ungdomar om att leva med skyddade personuppgifter. Barnombudsmannen har systematiskt lyssnat på barn och unga, med erfarenheter av våld i nära relationer, som beskriver hur de har upplevt att samhället har kunnat ge dem skydd och stöd i utsatta situationer. Barnen har också identifierat vad som skulle behöva förändras och förbättras

för att förebygga våldet. Flera av dem lever med skyddade personuppgifter och har erfarenhet av att leva i familjer med hedersnormer. I rapporten lämnar Barnombudsmannen bl.a. förslag om hur barn och unga som utsatts för våld och övergrepp i nära relationer ska få sina rättigheter tillgodosedda. Förslaget bereds inom regeringskansliet.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att leda och, tillsammans med Statens folkhälsoinstitut och SKL, samordna en långsiktig nationell satsning för att utveckla och förstärka stödet till barn som växer upp i familjer med våld, missbruksproblem, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (se vidare utg.omr. 9, Politik om sociala tjänster ANDTS-avsnitt).

Vidare har Socialstyrelsen haft i uppdrag att genomföra en kartläggning av verksamheter som har kunskap om våld mot barn, inklusive sexuella övergrepp mot och sexuell exploatering av barn samt barn som bevittnar våld. Socialstyrelsen har kartlagt verksamheter som har behov av ökad kunskap och överlämnade i juni 2012 till regeringen ett förslag till nationell samordning på området. Förslaget bereds inom regeringskansliet.

Karolinska sjukhuset har på regeringens uppdrag avslutat ett tre-årigt projekt för att utarbeta metoder för att förebygga och motverka våld mot spädbarn, s.k. shaken baby syndrom. Projektet innefattar utbildning av sjukhuspersonal och föräldrar i hur man på bästa sätt informerar blivande föräldrar om de mycket allvarliga risker för barnets hälsa som skakning av ett spädbarn medför, samt hur man kan identifiera barn som har blivit utsatta. Både sjukhuspersonalen och föräldragruppen har kontaktats efter utbildnings- och informationstillfällena för att utvärdera resultaten av den kunskap de fått. Projektet har visat att det går att förebygga våld i form av skakning av spädbarn genom information till båda föräldrarna. Vad som nu återstår är granskning och vidare spridning av kunskaperna.

Under våren 2012 initierade regeringen en kraftsamling mot våld i nära relationer (utg.omr. 4, Rättsväsendet, avsnitt 2.4.1 och 2.4.2).

Under 2010 överlämnade en utredning för att stärka skyddet mot tvångsäktenskap och barnäktenskap sitt betänkande (SOU 2010/2012:35), se närmare under utg.omr. 17, Ungdomspolitik).

Arbete för att stoppa kommersiell sexuell exploatering av barn och barnsexhandel

Regeringen tog initiativ till ett seminarium om barnpornografi och barnsexhandel i maj 2012. Syftet med seminariet var att väcka insikt om sexuell exploatering av barn. På mötet belystes barnpornografi i ett bredare perspektiv och arbetet mot grooming som fenomen, mot bakgrund av en ny lagstiftning sedan några år. Barnsexhandel och det internationella samarbetet mot barnpornografi och barnsexhandel belystes också.

Socialdepartementet är svensk representant i en expertgrupp för samarbete om utsatta barn inom ramen för Östersjöstaternas råd och bidrar årligen med verksamhetskostnader. Rapporterade resultat bedöms av regeringen som positiva och i linje med den prioriteringsplan som överenskommit för arbetet 2011–2013.

Socialdepartementet har, tillsammans med Rikskriminalpolisen och ECPAT Sverige har låtit genomföra en informationskampanj för att uppmärksamma resenärer på sexuell exploatering av barn i samband med turism och resande. En kort TV-spot, som uppmanar de svenska resenärerna att meddela iakttagelser av omständigheter som kan tyda på sexuell exploatering av barn till sin researrangör, till polisen eller till ECPAT Sverige, har visats på Arlanda Express och på samtliga flygplatser under vintern 2011/12. Reseföretag och andra aktörer har fortsatt möjlighet att använda sig av detta informationsmaterial, i syfte att bidra till att förhindra sexuell exploatering av barn i samband med turism och resande.

Nätverksorganisationen Surfa Lugnt har på regeringens uppdrag haft i uppdrag att undersöka hur socialtjänsten använder internet för att möta unga samt vilka utmaningar, utvecklingsmöjligheter och behov som socialtjänstens medarbetare upplever i arbetet med unga på internet. Rapporten har också som syfte att sprida kunskaper och arbetsmetoder till socialtjänstens professionella. Enligt organisationen finns det en osäkerhet i att använda internet som kommunikationskanal bland professionella. Surfa Lugnt drar därmed slutsatsen att det finns ett behov av att integrera internet i socialtjänstens dagliga arbete. Slutrapport har lämnats till Socialdepartementet i juni 2012 (S2011/2650/FST).

Ungdomsstyrelsen har fått i uppdrag genomföra ett projekt för att förebygga sexuell

exploatering och exponering av barn och unga via internet och andra interaktiva medier (Se under utg.omr. 17, Ungdomspolitik).

Stöd i föräldraskapet

Föräldrarna står närmast barnet och ska se till barnets behov och bevaka dess rättigheter. Det är därför viktigt att föräldrar får kunskap om de rättigheter som barn har och vad dessa rättigheter innebär, liksom att det finns möjligheter till olika slags föräldrastöd.

Regeringen fattade 2009 beslut om en nationell strategi för föräldrastöd, En vinst för alla, som syftar till att stärka och utveckla det generella föräldrastödet (se utg.omr. 9, Politik för sociala tjänster).

I juni 2010 gav regeringen Barnombudsmannen i uppdrag att ta fram och sprida ett informationsmaterial till föräldrar och blivande föräldrar om barnets rättigheter i enlighet med barnkonventionen. Syftet var att utifrån från de rättigheter barn har enligt barnkonventionen ge föräldrar och blivande föräldrar stöd i att skapa en relation till sitt barn präglad av respekt för barnet. Frågor kring hur man som förälder kan agera för att undvika sådant som strider mot barnets rättigheter och som kränker barnets integritet har också belysts. Materialet ska användas i verksamheter som kommer i kontakt med föräldrar och blivande föräldrar, såsom mödrahälsovården och barnhälsovården och andra verksamheter för föräldrastöd. Informationsmaterialet har redovisats för regeringen den 30 september 2011 och uppdraget i sin helhet ska redovisas den 31 december 2012 (S2010/4933/FST).

I december 2009 fick BRIS stöd av regeringen (Socialdepartementet) för den fortsatta utvecklingen av internetbaserad rådgivning för föräldrar och andra vuxna – Barnperspektivet.se. Syftet med arbetet har varit att bygga upp en webbplats för att erbjuda ett lättillgängligt stöd till föräldrar och andra vuxna. Regeringen har därefter, i februari 2011, beviljat BRIS ytterligare medel som bidrag för det slutliga utvecklandet av denna rådgivning. En redovisning av hur medlen använts lämnades till Regeringskansliet (Socialdepartementet) i början av december 2011. Den internetbaserade rådgivningen ingår numera i BRIS ordinarie verksamhet (2010/8456/FST).

Den sociala barn- och ungdomsvården

Sedan flera år pågår ett arbete för att stärka barn och ungas rättigheter i den sociala barn- och ungdomsvården (se utg.omr. 9, Politik för sociala tjänster).

Viktiga aspekter för att stärka barns rättigheter är barns rätt att komma till tals och barns rätt att vara delaktiga i socialtjänstens utredningar och vid genomförandet av insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser av vård av unga. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2012 har endast hälften av landets kommuner direktiv för hur barnets åsikter ska inhämtas och dokumenteras under pågående utredning. Däremot uppger flertalet kommuner, 90 procent, att de har rutiner för att erbjuda placerade barn enskilda samtal i samband med att ansvarig socialsekreterare gör uppföljningsbesök på familjehemmet eller institutionen (Socialstyrelsens öppna jämförelser 2012).

Socialstyrelsen har haft i uppdrag från regeringen att ta fram ett program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende (HVB) som kommunerna kan använda i arbetet med barn som placeras utanför det egna hemmet. Socialstyrelsen har samtalat med fler pojkar än flickor, 73 procent pojkar och 27 procent flickor, eftersom fler pojkar än flickor är inskrivna vid HVB. I uppdraget ingick att ta fram vägledning inom området för att bidra till en evidensbaserad praktik och en rättssäker handläggning. En del av uppdraget har varit att ta fram ett material till kommunerna för grundutbildning av familjehem. Uppdraget slutredovisades i juni 2012. Regeringen har vidare gett Socialstyrelsen ett tilläggsuppdrag att kommunicera och sprida det kunskapsstöd som myndigheten utarbetat avseende trygg och säker vård i familjehem och HVB. Detta ska slutredovisas den 1 juni 2013.

För att ytterligare stärka säkerheten samt låta barn och unga komma till tals, så har det inrättats ett 020-nummer hos Socialstyrelsen dit barn och unga kan ringa när de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten eller när de vill veta vilka rättigheter de har. Numret togs i bruk i april 2010 och vid utgången av det året hade 96 telefonsamtal och 22 e-postmeddelanden inkommit. Under 2011 hörde 216 barn av sig via telefon eller e-post, vilket var en ökning jämfört

med föregående år (Socialstyrelsen, Lägesrapport 2012).

Ett viktigt verktyg för att inhämta placerade barn och ungas upplevelser av placeringen är att Socialstyrelsen talar med barn och unga vid tillsynsbesök på HVB. Inom ramen för sin tillsynsverksamhet under 2011 har Socialstyrelsen talat med 2 100 barn som varit placerade på HVB. De flesta unga ger en nyanserad bild med både positiva och negativa omdömen, men det är också tydligt att vissa ungdomar är mer nöjda än andra. Socialstyrelsen konstaterar att de ungas möjligheter att vara delaktiga i vårdens planering och genomförande generellt sett är goda, men konstaterar även vissa brister. Det handlar till exempel om att ungdomarna inte visas tillräcklig respekt och att de har små möjligheter att få en förtroendefull kontakt med någon i personalen (Socialstyrelsen, Tillsynsrapport 2012).

När det gäller HVB för ensamkommande asylsökande barn visade tillsynen 2010 bland annat att brister i rättssäkerhet och delaktighet oftare förekom i dessa boenden än för övriga HVB. Resultatet för 2010 är inte helt jämförbart med vad som framkom i tillsynen 2011, eftersom granskningsområdena skiljer sig åt, men Socialstyrelsen konstaterar att det fortfarande finns kvalitetskillnader. Skillnaderna är inte stora men genomgående. Bland annat har en mindre andel av de ensamkommande asylsökande barnen genomförandeplaner som följs upp och de är i mindre grad delaktiga. För den gruppen har socialnämnden också något mindre samverkan med boendet och något sämre kontakt med den unge (Tillsynsrapport 2012, Socialstyrelsen).

Socialstyrelsens tillsyn visar att Statens institutionsstyrelse (SiS) i huvudsak följer lagens bestämmelser, men att det finns vissa brister som rör institutionernas sätt att dokumentera besluten och tillgodose ungdomarnas rättsäkerhet. Socialstyrelsen har 2011 ställt krav på åtgärder i 19 procent av besluten, jämfört med 53 procent av besluten 2010. Socialstyrelsens bedömning är att detta tyder på att SiS i större utsträckning tillgodoser barns och ungas rättigheter (Tillsynsrapport 2012, Socialstyrelsen).

8.4.3 Barnombudsmannens verksamhet

Barnombudsmannens uppdrag att företräda barns och ungas intressen, att bevaka efterlevnaden och att driva på genomförandet av barnkon-

ventionen är omfattande och kräver både ett strategiskt förhållningssätt och tydliga prioriteringar.

Under 2011 har Barnombudsmannen haft barn och unga som upplevt våld i nära relationer som fördjupningsområde. Inom ramen för detta har myndigheten lyssnat på barn och unga som har utsatts för våld eller sexuella övergrepp. De har också särskilt lyssnat på barn och unga som lever i familjer med hedersnormer och barn och unga med erfarenhet av att ha levt med skyddade personuppgifter. I samband med detta arbete har Barnombudsmannen också skickat en enkät till samtliga åklagarkammare för att följa upp hur rättsväsendet bemöter barn och unga som utsatts för våldsbrott i nära relationer.

Utöver de dialoger som initierats inom Barnombudsmannens fördjupningsområden har myndigheten under året också haft en fördjupad dialog med flera myndigheter som är centrala ur ett barnrättsperspektiv: Handisam, Migrationsverket, Kronofogdemyndigheten, Konsumentverket, Rikspolisstyrelsen, Säkerhetspolisen, Åklagarmyndigheten, Försäkringskassan, Kriminalvården och de tre skolmyndigheterna. Barnombudsmannen har också varit drivande i myndighetsnätverket för barn och unga där ca 30 myndigheter numera ingår.

Barnombudsmannens rättsliga befogenheter har använts vid flera tillfällen under året. Tio kommuner kallades till dialog om socialnämndernas ansvar för den sociala barnvården. En sammanställning av dialogen har skickats till samtliga kommuner. På ett liknande sätt kallades tio kommuner till dialog om avhysningar av barn. Även denna dialog utmynnade i konkreta råd som sänts till samtliga kommuner. De rättsliga befogenheterna användes också för att inhämta information om hur Rikspolisstyrelsen säkerställer att ordningsvakter får utbildning om bemötande av barn och unga i utsatta situationer, samt för att inhämta information om hur barn och unga deltar i polisverksamheten. Försäkringskassan kallades till samtal angående assistansersättning och återkrav riktade till minderåriga.

8.5 Politikens inriktning

Att arbeta för ett Sverige som ger varje person en trygg och utvecklande barndom är en ständig

utmaning som ställer höga krav på regeringen och övriga berörda i samhället. Barns uppväxtvillkor förändras över tid, och för regeringen såväl som för andra samhällsaktörer är det angeläget att vara uppmärksam på nya situationer och företeelser som kan ha betydelse för barns möjligheter till goda och trygga uppväxtvillkor. Barns rättigheter och de åtgärder som behövs för att värna och stärka rättigheterna utvecklas i takt med dessa förändringar.

Barn har rätt till en trygg uppväxt där de respekteras utifrån sina individuella förutsättningar och behov. Barn har vidare rätt till en skola fri från mobbning och annan kränkande behandling. Barn har rätt att bo under trygga förhållanden, oavsett om det är med sina föräldrar, i familjehem, i hem för vård eller boende (HVB) eller i andra särskilda boendeformer. Att fullfölja sin skolgång med slutbetyg från grundskolan är en grundläggande förutsättning för att komma vidare på vägen mot arbetsmarknaden. Barnkonventionen är en utgångspunkt för regeringens arbete.

Regeringen har till FN överlämnat Sveriges femte rapport till kommittén för barnets rättigheter om barnkonventionens genomförande under perioden 2007–2012.

Regeringens arbete med att genomföra barnkonventionen har de senaste femton åren varit både strategiskt och systematiskt. Svensk lagstiftnings överensstämmelse med barnkonventionen har varit föremål för flertalet genomgångar, senast 2011 (Ds 2011:37). Bedömningen var att svensk lagstiftning över lag står i god överensstämmelse med barnkonventionen, men att det bör säkerställas att också tillämpningen gör detsamma.

Utöver dessa allmänna åtgärder har regeringen stärkt barnets rättigheter inom bl.a. socialtjänsten och utbildningsväsendet. I juni 2012 fattade regeringen beslut om en lagrådsremiss om stärkt stöd och skydd för barn och unga. I lagrådsremissen föreslår regeringen ändringar i främst socialtjänstlagen (2001:453) i syfte att stärka stödet och skyddet för barn och ungdomar som far illa eller riskerar att fara illa. Lagrådsremissen stärker även barnrättsperspektivet genom att förtydliga att barnets bästa ska vara avgörande vid beslut och andra åtgärder som rör vård eller behandlingsinsatser. Vidare har regeringen fattat beslut om en översyn av bestämmelserna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt

analysera behovet av förändringar och förtydliganden i regelverket. Regeringen har inom ramen för den migrationspolitiska överenskommelsen med Miljöpartiet de gröna enats om att utöka rätten till utbildning för barn som vistas i landet utan tillstånd (se vidare under utg.omr. 8, Migration och utg.omr. 16, Utbildning och universitetsforskning). Vidare har rättigheterna för barn som tillhör de nationella minoriteterna stärkts samt barns rätt till kultur. Barns rättigheter inom idrotten har också stärkts.

Barn har rätt att skyddas från alla typer av våld, fysiskt såväl som psykiskt. Detta är en mycket viktig och grundläggande faktor för ett barns trygghet, tillit och välbefinnande, liksom för utvecklingen senare i livet. Att bekämpa våld mot barn har länge varit en prioriterad fråga för regeringen och flera insatser har genomförts för att förebygga förekomsten av våld mot barn. Trots detta finns det fortfarande utmaningar för att skydda barn mot våld och andra övergrepp.

Vidare finns det utmaningar när det gäller att säkerställa att barn i utsatta situationer får sina rättigheter tillgodosedda, t.ex. inom den sociala barn- och ungdomsvården, barn till föräldrar med missbruk, barn med funktionsnedsättning, asylsökande barn och barn utan tillstånd att vistas i Sverige. Ytterligare en utmaning är att säkerställa barns rätt att komma till tals i olika sammanhang.

Den 28 juni 2012 enades regeringen och Miljöpartiet de gröna om att vuxna som håller sig undan verkställighet av avvisnings- eller utvisningsbeslut och personer som vistas i landet utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för detta ska få tillgång till subventionerad vård motsvarande den vård som asylsökande har i dag, dvs. subventionerad fullständig hälso- och sjukvård, regelbunden tandvård och läkemedel. Barn som vistas i landet utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för detta ska få tillgång till samma vård som bosatta och asylsökande barn samt barn som håller sig undan verkställighet av avvisnings- eller utvisningsbeslut, dvs. fullständig hälso- och sjukvård samt regelbunden tandvård.

Regeringen kommer fortlöpande att se över prioriteringar och behov av insatser inom barnrättspolitik. Att förverkliga barnets rättigheter är en pågående process där det är viktigt att alla berörda aktörer på statlig och kommunal nivå utgår från gemensamma principer. Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige ska vara en utgångspunkt för att alla offentliga aktörer på

statlig och kommunal nivå i sina verksamheter ska säkerställa barnets rättigheter. Regeringen avser att presentera sina åtgärder i ett samlat åtgärdsprogram.

Bland de områden som är särskilt angelägna för det nationella genomförandet avser regeringen för framtiden att särskilt lyfta fram:

- det strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen, innefattande förstärkt uppföljning, samordning och kompetensutveckling samt att sprida metoder för att lyssna till barn, i syfte att förbättra tillämpningen av barnkonventionen,
- stödet i föräldraskapet, innefattande stöd- och utbildningsinsatser för föräldrar med barn i olika åldrar och med olika förutsättningar och behov,
- barn i ekonomisk utsatthet,
- arbetet med att bekämpa våld mot barn, innefattande åtgärder för att bekämpa alla former av våld mot barn, och att förhindra sexuell exploatering av barn.

Arbetet med barns rättigheter har pågått under många år både på nationell och på lokal nivå. Barns rättigheter har stärkts på många sätt och medvetenheten är relativt hög. Kommuner, landsting och många myndigheter arbetar i sina olika verksamheter med frågor som berör och påverkar barn, och har därför att hantera olika frågor som rör barns rättigheter. Regeringens bedömning är att det fortfarande finns utmaningar, inte minst när det gäller att omsätta rättigheterna i den praktiska verksamheten. En förutsättning för detta är att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper har kunskap om barnets rättigheter och hur dessa kan bli verklighet i berörda verksamheter. Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige behöver spridas och kommuniceras till kommuner, landsting och statliga myndigheter. Ett första steg tog regeringen redan 2010 genom den ovan nämnda överenskommelsen med SKL. Ett andra steg har tagits 2012 genom det uppdrag som Barnombudsmannen har fått för att sprida och kommunicera strategin (se resultatredovisning, avsnitt 8.4.1).

Att föräldrar får stöd i sitt föräldraskap är angeläget, liksom att stödet anpassas till olika familjers skilda behov och är tillgängligt för alla. Regeringens nationella strategi för föräldrastöd (Nationell strategi för utvecklat föräldrastöd –

en vinst för alla) vars övergripande mål är att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets hela uppväxt är viktigt i det arbetet.

Barn i ekonomisk utsatthet är en prioriterad fråga för regeringen. Den kommunala sektorn är grundläggande i arbetet mot ekonomisk utsatthet. Regeringen lägger därför stor vikt vid att upprätthålla en dialog med berörda aktörer.

8.5.1 Åtgärder för att stärka barnets rättigheter

Lyssna mer till barn och unga

Regeringen anser att barns och ungas egna perspektiv måste tas till vara i högre utsträckning på alla nivåer och i mötet med det enskilda barnet. Detta är en viktig del i strategin för att stärka barnets rättigheter. Regeringens målsättning är att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska få ökad kunskap om barnets rättigheter och hur dessa kan bli verklighet i berörda verksamheter. Bland annat behöver metoder och arbetssätt för att lyssna till och samtala med barn, med hänsyn tagen till barns olika förmågor och förutsättningar, spridas. Fortsatt uppmärksamhet behöver också ges till barns behov i olika sammanhang, t.ex. när barns uppväxtvillkor påverkas av händelser inom familjen, som missbruk eller sjukdom.

Ett förbättrat uppföljningssystem

För att kunna vidta lämpliga åtgärder och göra prioriteringar som rör barn är det nödvändigt att ha god kunskap om barns levnadsvillkor på lokal, regional och nationell nivå. Barnombudsmannen har haft i uppdrag att utveckla en plattform för att följa barns levnadsvillkor inom olika områden utifrån barnkonventionen, ett uppföljningssystem för barnrättspolitik.

Till följd av den utökade verksamheten ökades anslaget 2012 med 2 500 000 kr. För 2013 föreslås anslaget ökas med ytterligare 2 000 000 kr. För att finansiera ökningen minskas anslaget 5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige med motsvarande belopp.

Uppföljningssystemet ska användas för att mäta och beskriva de aspekter av barns levnadsvillkor som regeringen bedömer är centrala ur ett

barnrättsperspektiv och ge en samlad bild av barns levnadsvillkor. Uppföljningssystemet ska kunna användas för att följa utvecklingen av barns levnadsvillkor, och även kunna användas av beslutsfattare för att prioritera insatser. De allra flesta beslut som rör barn fattas på lokal och regional nivå, därför är det enligt regeringens mening angeläget att kommuner och landsting ges stöd i att använda sig av uppföljningssystemet.

Regeringen anser vidare att fler indikatorer behöver utvecklas för att få en så heltäckande bild av barns levnadsvillkor som möjligt.

Utveckling av barnrättsperspektivet i verksamheter

Myndigheter, kommuner och landsting ska tolka och tillämpa lagar och förordningar, inom ramen för lagens ordalydelse, så att åtaganden enligt barnkonventionen och andra internationella överenskommelser som rör barnets rättigheter respekteras i praktiken, i beslut och åtgärder.

Kommuner och landsting har ansvaret för de flesta verksamheter som rör barns levnadsvillkor och säkerställandet av deras rättigheter och det är i kommuner och landsting som de flesta beslut som påverkar barn fattas. Därför har regeringen, som tidigare nämnts, ingått en överenskommelse med SKL i syfte att intensivifiera och utveckla arbetet med barns rättigheter i verksamheter inom kommuner och landsting (S2010/4938/FST) och gett i uppdrag till Barnombudsmannen att bistå SKL i arbetet (S2010/5114/FST).

Regeringen anser även att det krävs en fortsatt utveckling av barnrättsperspektivet inom statliga myndigheter. I detta sammanhang har Barnombudsmannen en viktig roll. För att ytterligare förstärka det pådrivande arbetet har Barnombudsmannen nyligen fått i uppdrag att sprida och kommunicera regeringens strategi för barnets rättigheter till kommuner, landsting och statliga myndigheter (Regeringsbeslut S2012/8293/FST)

Barn i ekonomisk utsatthet

Barn till föräldrar med svag anknytning till arbetsmarknaden och bristfällig utbildning löper större risk att hamna i ekonomisk utsatthet. Åt-

gärder inom dessa områden är därför av stor betydelse för att motverka att barn lever i ekonomisk utsatthet. Regeringens samlade insatser inom alla samhällsområden bidrar tillsammans till en handlingsplan för att minska ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer.

Barn i ekonomisk utsatthet är en prioriterad fråga för regeringen inom barnrättspolitikerna såväl som inom andra politikområden (se särskilt utg.omr. 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn, resultatredovisning).

Den svenska familjepolitiken ger ett omfattande ekonomiskt stöd till barnfamiljer, både genom direkta bidrag och genom att underlätta för föräldrar att kombinera arbete och familj. De familjeekonomiska stöden förstärker ensamstående ekonomi i större utsträckning än sammanboendes.

För att möta den sämre utvecklingen på arbetsmarknaden föreslog regeringen ett arbetsmarknadspaket i budgetpropositionen för 2012. I detta paket ingår förstärkt stöd och förmedling till dem som riskerar att bli långtidsarbetslösa, en förbättrad uppföljning av arbetslösas jobbsökande, samt högre kvalitet och aktivitet i jobb- och utvecklingsgarantin och i jobbgarantin för ungdomar.

Barn till utrikes födda föräldrar har generellt en lägre ekonomisk standard jämfört med barn till föräldrar födda i Sverige. Den så kallade etableringsreformen har nu varit i kraft i drygt ett år. Reformen syftar till att uppnå en snabbare etablering på arbetsmarknaden för vissa nyanlända flyktingar och deras anhöriga. Etableringsreformen har ett tydligt jämställdhetsfokus och innebär bland annat att en statlig individuell ersättning, etableringsersättningen, har införts vilken stärker incitamenten för såväl kvinnor som män att delta i aktiviteter och att arbeta vid sidan av etableringsaktiviteter. Det är ännu för tidigt att säga något om utfallet av reformen.

Kommuner och landsting har inom sina befogenheter ansvar för att främja och skydda barnets rättigheter i enlighet med de internationella åtaganden som finns. Målet för barnrättspolitikerna är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Den kommunala sektorns betydelse i arbetet mot ekonomisk utsatthet är grundläggande, eftersom familjer och barn i ekonomisk utsatthet kan ges stöd på lokal nivå där man kan arbeta nära barnet.

Regeringen lägger därför stor vikt vid en fortlöpande dialog med berörda aktörer i denna angelägna fråga.

Att motverka våld och andra övergrepp mot barn

Barn har rätt att skyddas från alla typer av våld, fysiskt såväl som psykiskt. Detta är en mycket viktig och grundläggande faktor för ett barns trygghet, tillit och välbefinnande, liksom för utvecklingen senare i livet.

Regeringen har de senaste åren vidtagit en rad insatser avsedda att bekämpa våld mot barn, bl.a. har Barnombudsmannen haft i uppdrag att inhämta åsikter och erfarenheter från barn och unga som har utsatts för våld och andra övergrepp. (Se ovan under avsnitt Resultatredovisning Att lyssna till barn samt att motverka våld och andra övergrepp mot barn). Den erfarenhet som dessa ungdomar berättar om kan, tillsammans med övrig statistik och kunskap på området, bidra till en bättre utveckling av arbetet. Det handlar både om förebyggande åtgärder, för att bli bättre på att upptäcka våld, men också att rätt insatser vidtas när ett barn har utsatts och att insatserna följs upp på ett bra sätt. Som ett led i regeringens strävan att utveckla den sociala barn- och ungdomsvården överlämnade regeringen i juni 2012 lagrådsremissen Stärkt stöd och skydd för barn och unga. I lagrådsremissen föreslår regeringen bl.a. att barnrättsperspektivet ska stärkas, och att socialnämnden ska utse en särskild socialsekreterare för barn som placeras utanför det egna hemmet som ska följa och ansvara för kontakterna med barnet. I syfte att tydliggöra socialtjänstens roll, i det förebyggande arbetet och ansvaret för uppsökande verksamhet, föreslår regeringen nya bestämmelser som klargör socialnämndens ansvar. Vidare föreslår regeringen att anmälningsskyldigheten ska förtydligas och att kommunerna ska tillhandahålla utbildning för familjehemmen. Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2013 (se även utg.omr. 9, Politik för sociala tjänster).

Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att kartlägga, sammanställa och sprida kunskap som kan stödja, underlätta och förbättra hälso- och sjukvårdens arbete när det gäller att uppmärksamma, bemöta och ta hand om barn och unga som de misstänker far illa eller riskerar att fara illa. Även tandvårdens roll i arbetet med att

uppmärksamma barn som far illa ska beaktas i uppdraget. Uppdraget ska slutredovisas den 30 september 2013 (S2012/2206/FS).

Regeringen avser att verka för att fortsätta utveckla området bl.a. genom förbättrad tillgång till att den kunskap som finns kan samlas och spridas till berörda aktörer.

Ny handlingsplan mot sexuell exploatering och människohandel av barn

En för regeringen angelägen fråga är arbetet mot all sexuell exploatering och människohandel av barn. Varje barns rätt till skydd och stöd regleras dels i nationell lagstiftning, dels genom de internationella överenskommelser som Sverige har anslutit sig till.

Sexuell exploatering av barn förekommer bl.a. i form av handel med barn för sexuella ändamål, barnprostitution och barnpornografi. Regeringen har i nuvarande handlingsplan mot sexuell exploatering av barn (2007) angett målen att inget barn i Sverige ska utsättas för sexuell exploatering, inga barn i andra länder ska utsättas för sexuell exploatering av personer från Sverige, barn som drabbas av sexuell exploatering ska få det stöd och den hjälp de behöver samt att Sverige ska bidra till ett effektivt internationellt samarbete i frågan. Dessa mål är fortsatt aktuella.

För att ta ytterligare steg mot målen kommer regeringen under hösten 2012 påbörja en uppföljning och revidering av handlingsplanen mot sexuell exploatering av barn.

Implementeringen av det fakultativa protokollet till barnkonventionen om barnets rättigheter om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi utgör en viktig utgångspunkt i detta arbete. Även skyddet för barn som riskeras att bli utsatta för eller barn som är utsatta för människohandel samt samverkan mot all människohandel av barn utgör en central del i en kommande handlingsplan.

Regeringen gav i juni 2012 Ungdomsstyrelsen i uppdrag att ta fram särskild information som riktar sig till flickor och pojkar i syfte att förebygga att de blir utsatta för sexuell exploatering via internet och andra interaktiva medier. Uppdraget sträcker sig under åren 2012–2013. (Se under utg.omr. 17, Kultur, medier, trossamfund och fritid för mer information).

Tilläggsprotokoll om ett klagomålsförfarande avseende kränkningar av bestämmelser i barnkonventionen

Den 19 december 2011 antog FN:s generalförsamling ett fakultativt protokoll till barnkonventionen om ett klagomålsförfarande. Generalförsamlingens antagande av tilläggsprotokollet i december 2011 innebär att alla MR-konventioner nu har en klagomålsprocedur.

Sverige tar internationella överenskommelser på stort allvar. Innan Sverige undertecknar och ratificerar ett internationellt instrument analyseras konsekvenserna för den svenska lagstiftningen och dess tillämpning noga. Protokollet om en klagomålsprocedur bereds för närvarande inom regeringkansliet.

Fortsatt EU- och internationellt arbete

Regeringen ska fortsätta sitt internationella arbete med att främja barnets rättigheter.

Sverige ska profilera sig såväl inom EU, Europarådet som i övriga internationella sammanhang som en aktiv aktör i arbetet för barnets rättigheter. Regeringen ska därför bidra till förverkligandet av Europeiska kommissionens Agenda för barnets rättigheter samt genomförandet av Europarådets strategi för barnets rättigheter 2012–2015.

Samarbetet med FN:s generalsekreterares särskilde representant för våld mot barn ska fortsatt prioriteras.

Frågorna om att stoppa allt slags våld mot barn, att bekämpa sexuella övergrepp mot och exploatering av barn i alla sammanhang, inklusive i samband med turism och resande, samt att värna om rättigheterna för barn med funktionsnedsättning är några exempel på frågor som fortsatt ska prioriteras i det internationella arbetet.

Inom ramen för det nordiska samarbetet och samarbetet inom närområdet ska Sverige arbeta för ett fortsatt erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan länderna.

8.5.2 Insatser för att stärka stödet till föräldrar

Utifrån barnkonventionen har varje barn rätt till trygga uppväxtvillkor och till att få utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsätt-

ningar. Föräldrarna har huvudansvaret för att tillgodose barnets behov och säkerställa de rättigheter som barnet har. Staten ska ge lämpligt bistånd till föräldrarna under barnets uppväxt.

Barnets allra viktigaste miljö är hemmet och samvaron med sina föräldrar. Föräldrarna har huvudansvaret för att tillgodose barnets behov och säkerställa de rättigheter barnet har. Staten ska ge föräldrarna lämpligt bistånd i det arbetet. I regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige betonas därför vikten av att föräldrar ska erbjudas stöd i sitt föräldraskap.

En trygg anknytning till och ett gott samspel med föräldrarna de första levnadsåren skapar förutsättningar för såväl en trygg uppväxt som för en god fysisk och psykisk hälsa under barndomen och senare i livet. Föräldrarna har huvudansvaret för barnets välbefinnande och ska utifrån familjens livssituation och barnets behov se till barnets bästa. Många föräldrar upplever att det ställs stora krav på dem i föräldrarollen och uttrycker ett behov av stöd. Regeringen presenterade 2009 en nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd, med syfte att stärka och utveckla stödet till föräldrar under barnets hela uppväxttid. I strategin är barnrättsperspektivet samt det gemensamma, jämställda föräldraskapet och ansvarstagandet för barnet centrala utgångspunkter. Föräldrars kunskaper om barnets rättigheter, barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa och barnets rätt att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem är betydelsefulla i arbetet. Målet är att alla föräldrar ska erbjudas stöd under barnets uppväxt upp till 18 år.

Som framkommit av tidigare års budgetpropositioner ((budgetpropositionen 2010/11:1 respektive 2011/12:1 utg.omr. 9 Barnrättspolitik, Politikens inriktning) anser regeringen att det är viktigt att stärka stödet till särlevande föräldrar för att de ska kunna enas om det fortsatta gemensamma ansvaret för barnet. Regeringen har därför sedan 2011 avsatt medel för att bl.a. förstärka de s.k. samarbetssamtalen som kommuner är skyldiga att erbjuda särlevande föräldrar enligt socialtjänstlagen (2001:453). Kommunerna är skyldiga att erbjuda samtal under sakkunnig ledning i syfte att nå enighet i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge. Samarbetsamtalen syftar till att finna lösningar som är till barnets bästa. Regeringens målsättning är att alla föräldrar som separerar ska erbjudas samarbetsamtal med syfte att enas om ansvaret för barnet. Det är viktigt att samtalen har ett tydligt barn-

perspektiv och att barnet har möjlighet att komma till tals i samband med samtalen, och att samtalen erbjuds inom rimlig tid efter separationen. Det finns, enligt regeringen, ett behov av bättre information och stöd till föräldrarna kring det ekonomiska ansvaret för barnet i samband med en separation. Det finns därför fördelar med att förutom frågor om vårdnad, boende och umgänge i samband med en separation, även inkludera frågor om det ekonomiska ansvaret för barnet så att fler föräldrar kan få hjälp att hitta konstruktiva lösningar och se till barnets bästa för att på så vis undvika att ta frågan till domstol.

Utredningen om ekonomi och föräldrarsamarbete vid särlevnad har i sitt betänkande Fortsatt föräldrar – om ansvar, ekonomi och samarbete för barnets skull (SOU 2011:51) lämnat förslag om att samarbetssamtalen även ska behandla ekonomiska frågor om barnet och att samtal bör erbjudas gifta föräldrar i samband med ansökan om äktenskapsskillnad. Utredningens förslag har remissbehandlats med ett positivt utfall och regeringen instämmer i behovet. Regeringen har för avsikt att återkomma i denna fråga.

Utredningen har vidare lämnat förslag om att en försöksverksamhet med s.k. separationsteam prövas i ett antal kommuner i syfte att individanpassa stödinsatser där olika professioner samverkar. Regeringen kan konstatera att antalet vårdnadstvister har ökat kraftigt. Regeringen har uppdragit till Socialstyrelsen att genomföra en förstudie för att utreda möjligheterna att i ett antal kommuner bedriva försöksverksamhet med separationsteam, för att vid behov erbjuda föräldrar och barn vid en separation.

Mer information om utredningens förslag finns under utg.omr. 9, Politik för sociala tjänster, Politikens inriktning och utg.omr. 12, Ekonomisk trygghet för familjer och barn, Politikens inriktning.

8.6 Budgetförslag

8.6.1 5:1 Barnombudsmannen

Tabell 8.2 Anslagsutveckling för 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor				
2011	Utfall	18 551	Anslags-sparande	-95
2012	Anslag	21 030 ¹	Utgifts-prognos	20 405
2013	Förslag	23 250		
2014	Beräknat	23 716 ²		
2015	Beräknat	24 142 ³		
2016	Beräknat	24 659 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 23 223 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 23 224 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 23 224 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Barnombudsmannens förvaltningskostnader. Barnombudsmannen ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen, samt driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i samhället. Barnombudsmannen ska särskilt uppmärksamma att lagar och författningar, samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och vid behov föreslå författningsändringar.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 8.3 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor				
Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)	
Utfall 2011				
(varav tjänsteexport)	1130	1130		0
Prognos 2012				
(varav tjänsteexport)	0	0		0
Budget 2013				
(varav tjänsteexport)	0	0		0

Avgiftsintäkterna upphörde från och med den 1 januari 2012. Avgiftsintäkterna har omfattat ett internationellt projekt om barns rättigheter.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att Barnombudsmannen har fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2011.

Barnombudsmannen har under 2010 och 2011 haft i uppdrag att utveckla ett uppföljningsverktyg (en plattform) för att samla befintlig statistik om barns levnadsvillkor med utgångspunkt i barnets rättigheter. Barnombudsmannen ansvarar från och med 2012 för driften och den fortsatta utvecklingen av ett uppföljningsverktyg för att bättre kunna följa barns levnadsvillkor. För detta ändamål ökades Barnombudsmannens anslag 2012 med 2,5 miljoner kronor. Det var oklart om denna anslagsförstärkning skulle täcka de ökade kostnaderna. Barnombudsmannen har under 2012 inkommit med kompletterande kostnadsberäkningar. Mot bakgrund av det föreslår regeringen att detta anslag ökas ytterligare med 2 miljoner kronor från och med 2013. För att finansiera ökningen minskas anslaget 5:3 *Insatser för att förverkliga konventionen om barns rättigheter i Sverige* med 2,2 miljoner kronor.

Tabell 8.4 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	21 030	21 030	21 030	21 030
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	220	671	1 060	1 533
Beslut	2 000	2 042	2 079	2 124
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-27	-27	-28
Förslag/ beräknat anslag	23 250	23 716	24 142	24 659

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 23 250 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 23 716 000 kronor, 24 142 000 kronor respektive 24 659 000 kronor.

8.6.2 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

Tabell 8.5 Anslagsutveckling för 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

2011	Utfall	12 440	Anslags-sparande	1 325
2012	Anslag	31 461 ¹	Utgifts-prognos	30 177
2013	Förslag	22 261		
2014	Beräknat	22 261		
2015	Beräknat	22 261		
2016	Beräknat	22 261		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Anslaget används för insatser för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen. Det handlar bl.a. om utbildning, informationsspridning, kunskapsinsamling, metodutveckling samt uppföljning och utvärdering av genomförda insatser inom området.

Vidare används anslaget för insatser som främjar och skyddar barns rättigheter inom olika områden. Det är enligt regeringen angeläget att anslaget används för insatser som är långsiktiga, uppföljningsbara och som ökar kunskapen om barnkonventionens tillämpning och hur barnets rättigheter ska omsättas i olika verksamheter.

Regeringens överväganden

I samband med budgetpropositionen för 2012 förstärktes anslaget med 20 miljoner kronor för 2012 och 13 miljoner kronor för 2013 och 2014 för att ytterligare stödja föräldrar i deras föräldraskap. Jämfört med 2012 innebär det således att anslaget för 2013 minskas med 7 miljoner kronor.

Barnombudsmannen ansvarar från och med 2012 för driften och den fortsatta utvecklingen av ett uppföljningsverktyg för att bättre kunna följa barns levnadsvillkor. För detta ändamål ökades Barnombudsmannens anslag 2012 med 2,5 miljoner kronor. Det var oklart om denna anslagsförstärkning skulle täcka de ökade kostnaderna. Barnombudsmannen har under 2012 inkommit med kompletterande kostnadsberäkningar. Mot bakgrund av det föreslår regeringen att anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* ökas ytterligare med 2 miljoner kronor från och med 2013.

För att finansiera ökningen minskas detta anslag med 2,2 miljoner kronor.

Tabell 8.6 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	31 461	31 461	31 461	31 461
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-9 200	-9 200	-9 200	-9 200
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/ be- räknat anslag	22 261	22 261	22 261	22 261

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 22 261 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 22 261 000 kronor för respektive år.

9 Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

9.1 Omfattning

Området omfattar insatser mot narkotika och dopning samt för minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol, liksom ett minskat tobaksbruk och spelberoende.

Vidare finansierar regeringen bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska insatser.

Inom området finansieras även Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll och Alkoholsortimentsnämnden.

9.2 Utgiftsutveckling

Tabell 9.1 Utgiftsutveckling inom Alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Miljoner kronor

	Utfall 2011	Budget 2012 ¹	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
6:1 Alkoholsortimentsnämnden	0	0	0	0	0	0	0
6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel	190	299	290	299	299	114	114
Summa Alkohol, narkotika, doping, tobak samt spel	190	299	290	299	299	114	114

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

9.3 Mål

Regeringens förslag: Följande mål ska gälla för Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitiken inom utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

- ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk.
- att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande.

Skälen till regeringens förslag: Regering och riksdag har antagit en samlad ANDT-strategi för perioden (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr.2010/11:203) i vilken mål för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken antagits. På spelområdet har ett nationellt mål för spelpolitiken antagits (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Regeringen föreslår att dessa områden förs samman till ett gemensamt politikområde under utgiftsområdet.

ANDT-strategi

Den samlade strategin syftar till att underlätta statens styrning av stödet på ANDT-området. Den anger mål, inriktning och prioriteringar för samhällets insatser under åren 2011–2015. Förutom det övergripande målet innehåller strategin sju långsiktiga mål till vilka ett antal prioriterade mål knyts som ska uppnås under strategiperioden. En ändamålsenlig struktur är under uppbyggnad, uppföljning och utvärdering, vilket också innefattar öppna jämförelser, av ANDT-strategins mål.

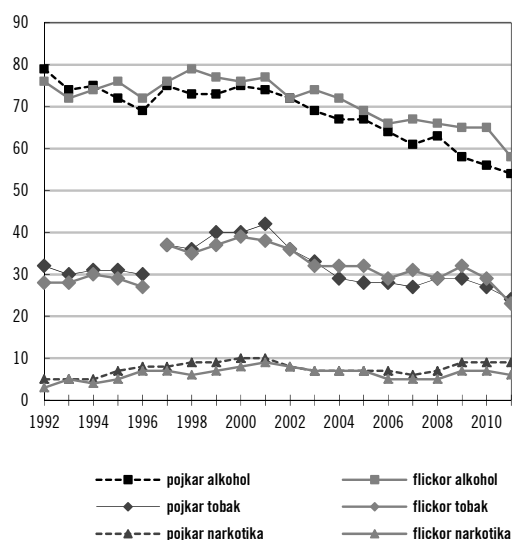
ANDT och spel utgör också ett av de målområden inom folkhälsopolitiken som ingår i uppföljningen av det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet. Inom varje målområde följs utvecklingen av faktorer som har särskild betydelse för hälsoutvecklingen i befolkningen (se vidare avsnitt 5.3).

9.4 Resultatredovisning

Utvecklingen på området för alkohol, narkotika, dopning och tobak är i huvudsak positiv.

Som framgår av diagram 9.1 har andelen 15-16-åringar som uppger att de dricker alkohol stadigt minskat sedan mitten av 2000-talet från en relativt hög nivå. Andelen 15-16-åringar som konsumerar tobak har i stort sett gått ned sedan början av 2000-talet. Andelen i samma åldersgrupp som någon gång provat narkotika ökade under 1990-talet för att sedan sjunka fram till 2007. Under 2008 skedde en viss uppgång då 9 procent av pojkarna och 7 procent av flickorna uppgav att de någon gång använt narkotika. Därefter har utvecklingen varit relativt stabil och år 2011 var andelen 9 respektive 6 procent.

Diagram 9.1 Andel konsumenter av alkohol, tobak och narkotika bland elever i årskurs 9, 1992–2011



Källa: CAN

Debutåldern för narkotikaanvändning är högre än för alkohol. Bland eleverna i gymnasiets årskurs 2 uppgav 20 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna år 2011 att de någon gång använt narkotika. Dessa nivåer är i stort sett oförändrade sedan mätningarna startade 2004.

Enligt ESPAD-undersökningen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) som presenterades i maj 2012 är det förhållandevis få unga människor som experimenterar med narkotika. Jämfört med de flesta andra EU-länder är det i Sverige långt fler som tar avstånd från än som förespråkar användande av droger.

Alltsedan dopningsfrågor introducerades i olika riksrepresentativa undersökningar under 1990-talets första hälft har omkring en procent av de yngre männen svarat att de någon gång provat anabola androgena steroider (AAS).

Fortsatt sjunkande alkoholkonsumtion

Totalkonsumtionen under år 2011 uppgick till 9,4 liter per person och invånare. Det är en sänkning med 0,2 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre jämfört med föregående år. Konsumtionen har sjunkit sedan 2004 då den nådde en topp, mycket beroende på att den oregistrerade konsumtionen hade en topp då.

Uppräkningar av datamaterialet görs med syfte att kompensera för att alkoholmängder vanligen underrapporteras i frågeundersökningar. Från om med årets rapport har uppräkningsfaktorerna som används i beräkningarna uppdaterats. Då den tidigare metoden används blir resultaten lägre för åren 2009–2011. Som mest skiljer sig totalkonsumtionen utifrån det reviderade förfarandet jämfört med tidigare förfarande åt med 4 dl ren alkohol per år och invånare. Beräknas totalkonsumtionen för 2011 efter tidigare modell för uppräkning får man istället ett värde på 9,1 liter ren alkohol per person över 15 år.

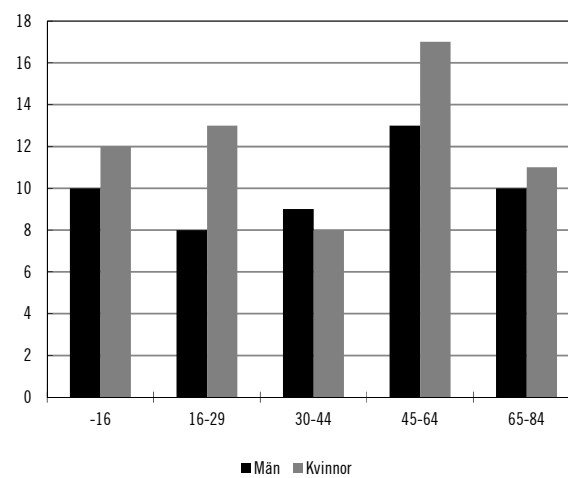
Systembolagets försäljning ökar medan resandeförsel och smuggling minskar

Alkohol från systembolaget utgör den största delen av all alkohol som konsumeras. År 2011 utgjorde alkohol från systembolaget drygt 60 % av den alkohol som konsumeras. Sedan 2004 har systembolaget i det närmaste stegvis ökat sin försäljning med 15 % medan den oregistrerade konsumtionen stegvis har minskat med hälften. Vin utgör den största delen av konsumerad alkohol. Vinets andel av den totala konsumtionen har i stort sett ökat stegvis sedan 2004.

Enligt Världshälsoorganisationen är den svenska totalkonsumtionen per invånare 15 år och äldre lägre än genomsnittet i Europeiska unionen (EU). När det gäller yngres intensivkonsumtion visar ESPAD studien att andelen 15–16-åringar som rapporterar att de har intensivkonsumerat alkohol någon gång den senaste månaden är lägre i Sverige än genomsnittet i Europa.

Rökningen fortsätter att minska

Diagram 9.2 Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder, 2011



Enligt Statens folkhälsoinstitut har rökningen under de senaste 20 åren minskat med ungefär en procentandel per år i den vuxna befolkningen. Snusningen har senaste åren legat på en stabil nivå i åldersgruppen 16–84.

Andelen dagligrökare i Sverige är i ett internationellt perspektiv låg, 12 procent av kvinnorna och 10 procent av männen rökte 2011. I årskurs 9 var det 26 procent av flickorna och 19 procent av pojkarna som uppgav att de röker. I årskurs 2 på gymnasiet var det 39 procent av flickorna och 32 procent av pojkarna (röker allt från ibland till dagligen) (Henriksson & Leifman, 2011).

Spelproblemen i befolkningen har omfördelats

Forskningsprogrammet SWELOGS som leds och finansieras av Statens folkhälsoinstitut publicerade i januari 2011 sin rapport Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009 (FHI 2010:23). Resultatet kan jämföras med den svenska studie som genomfördes 1997/1998.

Färre personer spelar för allt mer pengar. Andelen personer som spelar spel om pengar har minskat från 88 till 70 procent under det senaste decenniet. Andelen problemspelare i befolkningen är två procent. Andelen problemspelare är högst bland de med lägst utbildning och lägst inkomst.

Spelproblemen i befolkningen har omfördelats under det senaste decenniet. Andelen problemspelare har fördubblats bland män 18–24 år och bland kvinnor 25–44 år. Samtidigt har spelproblemen minskat bland pojkar 16–17 år, vilken var den grupp som hade mest problem med spelet för tio år sedan. Andelen problemspelare har även minskat bland män 45–64 år och kvinnor 18–24 år.

9.5 Regeringens åtgärdsprogram

I regeringens åtgärdsprogram konkretiseras statliga uppdrag och satsningar under budgetåret. I programmet initieras även satsningar inom områden där sådana saknas. Regeringen har för avsikt att årligen sammanställa dessa åtgärdsprogram, för att följa upp och konkretisera insatser inom de olika sakområdena för att nå målen.

Regional och lokal samordning är prioriterat. Mot den bakgrunden finansierar regeringen samordningsfunktioner på länsstyrelserna. Dessa fungerar som en länk mellan den lokala, regionala och nationella nivån och främjar regional samverkan mellan myndigheter, idéburna organisationer, näringslivet m.fl. År 2012 har samtliga länsstyrelser en sådan funktion på heltid. I de flesta av landets kommuner finns i dag särskilda personer som ansvarar för den lokala samordningen av det förebyggande arbetet.

Inom det tillgångsbegränsande målområdet sker satsningar på ökad samverkan mellan polis och kommunala verksamheter. Samverkansöverenskommelser mellan polis och kommun hade i februari 2012 tecknats i 251 av landets kommuner. Dessa överenskommelser syftar till att utveckla det lokala förebyggande arbetet.

För en effektiv kommunal tillsyn är det viktigt att Statens folkhälsoinstitut och länsstyrelserna ger kommunerna information, råd och stöd som håller hög kvalitet. Samordningen mellan områdena tillsyn och förebyggande arbete har fortsatt under 2012 och den årliga länsrapporten med underlag från länsstyrelser och kommuner är viktig för att kunna följa utvecklingstrender för verksamheten.

Länsstyrelserna presenterade 2012 en rapport om hur man under 2011 och 2012 genomfört ett gemensamt utvecklingsarbete. Det övergripande syftet har varit att åstadkomma en likvärdig till-

syn inom alkohol- och tobaksområdet. Uppdraget har handlat om att ta fram en modell för hur tillsynen ska bedrivas. Utvecklingsarbetet innebär en ambitionshöjning för länsstyrelsernas tillsynsarbete och bör resultera i en höjd tillsynsaktivitet också vad gäller kommunernas tillsyn och därmed en förbättrad efterlevnad av bestämmelserna i alkohol- och tobakslagen.

Medel har även fördelats till länsstyrelserna för lokal spridning och utveckling av metoden Ansvarsfull alkoholserving, som syftar till att minska våld kopplat till restauranger genom att se till att alkohol inte serveras till berusade och minderåriga. Statens folkhälsoinstitut har regeringens uppdrag att stödja genomförandet av metoden. De bärande komponenterna är utbildning av restaurangpersonal, samverkan mellan myndigheter och bransch samt ökad tillsyn. Enligt Statens folkhälsoinstitut arbetar mer än 80 procent av landets kommuner med metoden. Enligt institutet kan man se tydliga effekter på våldsbrottsligheten. Arbetet har bidragit till en minskning av våldsbrotten med i genomsnitt 2,3 procent per år i en kommun som arbetar med metoden. Varje våldsbrott som begås under sen kväll och nattetid kostar i genomsnitt 130 000 kronor. Enligt institutets rapport har 15 000 fall av misshandel undvikits under projekttiden, vilket man beräknar gett en besparing i samhället på cirka 2 miljarder kronor.

Medel har via Statens folkhälsoinstitut fördelats till frivilligorganisationerna för att stärka deras alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande arbete. Med stöd av dessa bidrag har enligt Socialstyrelsen många betydande och angelägna insatser genomförts, som bidragit till en utveckling av samhällets kunskaper om att motverka drogmissbruk.

Statens folkhälsoinstituts uppdrag att genomföra särskilda åtgärder inom det nationella tobaksförebyggande arbetet har fokuserat på följande områden: nationellt stöd till lokalt arbete och nationell samordning av tobaksfrågan, kraftsamling för tobaksavvänjning samt en förstärkning av Statens folkhälsoinstituts tillsyn avseende tobakslagen och kompetens- och utbildningsinsatser för länsstyrelser och kommuner. Uppdraget har bidragit till ett ökat intresse och mer struktur och prioritet åt tobaksfrågorna.

Regeringen gav i september 2011 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att i avvaktan på en långsiktig lösning fortsatt stödja mödra- och

barnhälsovårdens arbete med att informera blivande föräldrar om riskerna med alkohol, narkotika, dopning och tobaksbruk under graviditeten. Institutet ska bl.a. ansvara för att upprätthålla de nätverk av barnmorskor och sjuksköterskor som finns för att utveckla det ANDT-förebyggande arbetet inom mödra- och barnhälsovården. Arbetet ska ske i samråd med Socialstyrelsen i syfte att skapa en gemensam grund för ett långsiktigt förebyggande arbete riktat till mödra- och barnhälsovården. Syftet är att få till stånd en ändamålsenlig samordning kring de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården vilka beslutades i november 2011.

Tillsammans med de övriga nordiska länderna har Sverige under flera år arbetat för att det alkoholskadeförebyggande arbetet ska ges högre prioritet inom EU och internationellt. Gemensamt för en nordisk alkoholpolitik är att man värnar om folkhälsoperspektivet. Ett globalt nätverk har bildats med representanter från WHO:s medlemsländer. Sverige och Sydafrika har valts till ordförande i nätverket. Under 2006 antogs en EU-strategi för att stödja medlemsländerna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna. Europeiska kommissionen presenterade en första lägesrapport under hösten 2009. EU:s alkoholstrategi sträcker sig t.o.m. 2012. Under 2012 har det pågått ett gemensamt arbete mellan kommissionen och medlemsländerna att ta fram en slutrapport med förslag på nästa steg för att utforma en ny strategi.

9.6 Analys

I och med den samlade ANDT-strategi som regering och riksdag antog 2011 har en ökad samordning mellan olika huvudmän och sektorer underlättats. Samhällets mål har tydliggjorts och en rad olika insatser har initierats. Kontinuitet och långsiktighet har varit viktiga element i det förebyggande arbetet. Det är därför angeläget att aktörer på nationell, regional och lokal nivå fortsätter att prioritera det förebyggande arbetet för att nå målet om att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar och för att skydda barn och ungdomar.

Som en effekt har vi under senare år konstaterat att alkohol- och tobaksbruket i befolkningen fortsatt nedåt. Sverige har på vissa områden gått

emot den allmänna ökningstrenden i Europa, exempelvis vad gäller s.k. intensivkonsumtion av alkohol bland unga. Andelen som prövat eller använder narkotika och/eller röker har minskat under 2000-talet. Genomförandet av rökfria miljöer fick en påverkan på exponering av tobaksrök hos arbetstagare och har bidragit till minskningen. Även om utvecklingen har gått i rätt riktning så ligger ANDT-användningen fortfarande på en alltför hög nivå.

Åtgärder mot tobaksbruk är ett kostnads-effektivt sätt att förbättra folkhälsan och inom sjukvården är rökavvänjning en av de mest kostnadseffektiva metoderna. Fortsatta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder är angelägna, riktade såväl till barn och unga som till vuxna.

9.7 Politikens inriktning

Regeringen har i propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken m.m. (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203) angett mål och inriktningen för hur samhällets insatser på ANDT-området ska genomföras, samordnas och följas upp under åren 2011–2015. För att fortsätta ett kraftfullt ANDT-arbete beräknar regeringen att avsätta närmare 260 miljoner kronor per år under mandatperioden.

Samverkan ska fortsatt prioriteras för en mer effektiv och tydlig myndighetsstyrning inom de sektorer som har central betydelse för genomförandet av regeringens ANDT-strategi. Regeringens råd för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor, ANDT-rådet, som består av representanter för myndigheter, kommuner, forskarvärlden och idéburna organisationer har en viktig uppgift i att bidra till ökad samordning och samverkan för att kunna nå uppställda mål i strategin.

De nuvarande samordningsstrukturerna på nationell, regional och lokal nivå ska kvarstå. Särskilt ska små kommuners behov av samverkan och samordning uppmärksammas. Ökad samordning och samverkan med idéburna organisationer bör ingå som en naturlig del i den regionala och lokala samordningen.

Fortsatta insatser behövs för att förbättra samarbetet mellan olika myndigheter och mellan myndigheter och organisationer. För att stimu-

lera utvecklingen på regional och lokal nivå och förbättra det ANDT-förebyggande arbetet krävs en fortsatt satsning på den regionala ANDT-samordningen samt på metod- och kompetensutveckling. Vården och stödsatserna behöver utvecklas (se Individ- och familjeomsorg, avsnitt 7.11.3) och tillsyns- och kontrollmetoderna effektiviseras. Ett förslag till ett långsiktigt hållbart system för uppföljning och utvärdering inom ANDT-området har tagits fram i samverkan med berörda myndigheter, forskare och andra centrala aktörer. Systemet ska implementeras under strategiperioden.

Insatserna för att integrera det brottsförebyggande och drogförebyggande arbetet behöver utvecklas. En ökad samverkan för tidiga insatser för att minska nyrekrytering i narkotikabrottslighet är angelägen liksom en målinriktad och effektiv samverkan mellan Kriminalvården och berörda myndigheter, t.ex. socialtjänsten, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, för ett effektivt återfallsförebyggande arbete och meningsfulla frigivningsförberedelser.

Tillsynen behöver förstärkas, vilket bl.a. Riksrevisionen konstaterade i rapporten Statliga stöd i alkoholpolitiken – Påverkas ungas alkoholkonsumtion (RiR 2010:21). Länsstyrelserna är centrala för det regionala drogförebyggande arbetet genom sin tillsyn och genom att ge stöd till samordningen av ANDT-frågorna i länen.

Ett av målen i ANDT-strategin är att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak. Det är också ett prioriterat mål att färre barn ska födas med skador orsakade av ANDT. Den kunskap som genererats under det tidigare Riskbruksprojektet ska tas tillvara och spridas, exempelvis genom det nätverk av barnmorskor som byggts upp. Det gäller inte minst kunskap om hur man tidigt kan upptäcka och stödja blivande föräldrar med ett risk- eller missbruk för att minska riskerna att barnet skadas. Kvinnor som har ett etablerat och långvarigt missbruk behöver tät uppföljning och ett kvalificerat stöd under graviditeten. För att kunna tillgodose denna grupps behov krävs en ökad tillgång till specialutbildade barnmorskor med kunskap om drogproblematik.

En fortsatt prioriterad fråga för regeringen är att uppmärksamma missbrukets konsekvenser för barn och andra närstående. Barn i familjer med missbruksproblem, eller där föräldrarna av andra skäl sviktar i sin omsorg, ska erbjudas ett

ändamålsenligt stöd utifrån sina egna förutsättningar och behov. För att utveckla ett ändamålsenligt stöd för alla barn i dessa familjer krävs insatser inom flera politiska områden. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att leda och samordna en satsning, som syftar till att stödja kompetensuppbyggnad och kvalitetsutveckling och att främja ett familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården och socialtjänsten. De idéburna organisationerna ska också involveras i detta arbete, som ska pågå t.o.m. 2014.

För att stödja barnen behöver insatser göras för att förstärka både barnperspektivet och föräldraperspektivet i vården med syftet att föräldrarna, oavsett om de har vårdnad om barnen eller inte, får möjlighet att stärka sitt föräldraskap och barnens behov uppmärksammas. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, har därför ingått en överenskommelse som innebär att det stöd till utveckling av missbruks- och beroendevården, som genomförs inom utvecklingsarbetet Kunskap till praktik, utvidgas till att också omfatta insatser för att förstärka barnperspektivet och föräldraperspektivet i vården. Insatserna kommer att ha fokus på lokalt och regionalt utvecklingsarbete utifrån huvudmännens behov.

Under 2012 initierade regeringen en särskild satsning mot cannabis som kommer att pågå under hela strategiperioden. En del är samarbetet mellan storstäderna Malmö, Göteborg och Stockholm. Det utvecklingsarbete mellan städerna som påbörjades under 2011 har lett till en bred och samordnad satsning – Trestad2. Det övergripande syftet är att minska användningen av cannabis bland ungdomar under 25 år. För att nå detta mål kommer städerna dels att utveckla förebyggande metoder och arbetssätt för att förhindra en debut i missbruk, dels att utveckla metoder och arbetssätt för att genom tidiga insatser avbryta ett begynnande missbruk så snart som möjligt, dels att utveckla insatser för att stödja individer att bryta med ett mer avancerat missbruk. Till satsningen knyts också forskare som har till uppgift att följa och utvärdera satsningen både i sin helhet och i det lokala arbetet i respektive stad.

Statens folkhälsoinstitut har fått i uppdrag att samla och sprida kunskaper och metoder för att förebygga ett cannabismissbruk. Utvecklingsmedel har dessutom tilldelats bl.a. Cannabisnätverket, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) för Local Hero och

Drogportalen, nätverket Krogar mot knark, STAD för projekten PRODIS (PREventiOn av Dopning i Sverige) och 100 % ren hårdträning.

Statens folkhälsoinstitut har också fått ett fortsatt uppdrag att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på universitet och högskolor. Målet är att alla lärosäten ska utveckla ett långsiktigt och strukturerat preventivt arbete.

Tandvården utgör en möjlig resurs i arbetet med att förebygga tobaksbruk och sjukdom på grund av tobaksbruk, eftersom tandvården har erfarenhet av att tidigt identifiera personer som använder tobaksprodukter. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att utveckla och pröva användningen av en strukturerad metod för kort rådgivning som en metod i det förebyggande arbetet.

En särskild satsning kommer att genomföras med syfte att utveckla företagshälsovårdens arbete med preventiva och tidiga insatser.

Ett annat prioriterat mål i ANDT-strategin är att antalet döda och skadade i trafiken på grund av alkohol och andra droger ska minska. Målet innebär att strukturer för samverkan mellan polismyndighet, kommuner, beroendevård, landsting, trafikmyndigheter och andra berörda regionala aktörer, i enlighet med metoden Samverkan Mot Alkohol och Droger i Trafiken (SMADIT) eller liknande metod, bör fortsatt utvecklas.

Utvecklingen inom ANDT-området är i allt större utsträckning beroende av vad som pågår i omvärlden. Sverige kommer därför att fortsätta att arbeta för en mer folkhälsobaserad alkoholpolitik inom EU och för en global uppslutning bakom WHO:s nyligen antagna globala alkoholstrategi. På narkotikaområdet kommer det fortsatta arbetet att fokusera på insatser som upprätthåller en restriktiv politik i linje med FN:s narkotikakonventioner. Detta kommer också att vara riktmärket inför översynen av EU:s narkotikastrategi som inleddes under 2012. Inom EU kommer ett nytt tobaksdirektiv att förhandlas fram med början under 2012.

Utredningar

Utredningen om vissa alkoholfrågor har presenterat ett delbetänkande avseende gårdsförsäljning av alkoholdrycker (SOU 2010:98). Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

I augusti 2011 inrättades en arbetsgrupp med uppdrag att utreda om provköp bör införas som metod för tillsyn enligt alkohollagen, tobaks-

lagen, lagen om handel med vissa receptfria läkemedel samt handel med nikotinläkemedel enligt lagen om handel med läkemedel. Uppdraget var begränsat till att enbart gälla provköp av den som fyllt 18 år. I mars 2012 presenterade arbetsgruppen ett förslag till hur provköp kan lagregleras och inordnas i det ordinarie tillsynsarbetet. Förslaget bereds inom Regeringskansliet.

Regeringen har vidare gett direktiv till och tillsett en utredning om hur tillsynen av alkohol- och tobaksreklam kan organiseras. Utredningen ska bl.a. göra en kartläggning av omfattningen, inriktningen och formerna av sådan marknadsföring av alkoholdrycker som riktar sig till konsumenter, kartlägga i vilken omfattning barn och ungdomar exponeras för marknadsföring av alkoholdrycker och tobak via digitala medier och tv (inklusive beställ-tv) samt klarlägga vilka metoder som används. Utredaren ska mot bakgrund av den tekniska utvecklingen analysera förutsättningarna för att bedriva central tillsyn av gällande regler för marknadsföringen av alkoholdrycker och tobak och vid behov lämna förslag, inklusive författningsförslag, på hur den centrala tillsynen kan effektiviseras. Utredaren ska vidare för samtliga aktörer som bedriver e-handel och hemleverans av alkoholdrycker till konsumenter utreda hur tillsyn av e-handel och hemleverans av alkoholdrycker till konsumenter bör bedrivas och om ålderskontrollen behöver säkerställas och lämna nödvändiga författningsförslag. Uppdraget ska redovisas senast den 1 april 2013.

Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att utreda och analysera förekomsten av passiv rökning på allmänna platser, i synnerhet där barn vistas, och att lämna förslag på åtgärder för att ytterligare minska den passiva rökningen på dessa platser. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2013.

Ökad uppmärksamhet kring spelberoende

Insatserna mot spelberoende har under den senaste tioårsperioden dominerats av grundläggande åtgärder, såsom kunskapsinhämtande, stöd till de mest drabbade och informations-spridning till nyckelgrupper. Under senare tid har också problemen med spelberoende fått ökad uppmärksamhet. Fokus för regeringens fortsatta arbete kommer att vara att utveckla både de förebyggande insatserna och stödinsatser för personer med ett spelberoende. Inrikt-

ningen i arbetet mot spelberoende bör vara att integrera det i det ordinarie arbetet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

9.8 Budgetförslag

9.8.1 6:1 Alkoholsortimentsnämnden

Tabell 9.2 Anslagsutveckling 6:1 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2011	Utfall	42		186
2012	Anslag	224 ¹	Utgifts-prognos	225
2013	Förslag	224		
2014	Beräknat	230 ²		
2015	Beräknat	235 ³		
2016	Beräknat	240 ⁴		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

² Motsvarar 224 tkr i 2013 års prispivå.

³ Motsvarar 224 tkr i 2013 års prispivå.

⁴ Motsvarar 224 tkr i 2013 års prispivå.

Anslaget används för Alkoholsortimentsnämndens förvaltningskostnader. Nämndens uppgift är att pröva överklaganden av Systembolagets beslut att avvisa eller avföra viss alkoholhaltig dryck från sitt sortiment.

Tabell 9.3 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 6.1 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	224	224	224	224
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning ²	0	6	11	16
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/ beräknat anslag	224	230	235	240

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 224 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 Alkoholsortimentsnämnden för

2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 230 000 kronor, 235 000 kronor respektive 240 000 kronor.

9.8.2 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel

Tabell 9.4 Anslagsutveckling 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2011	Utfall	190 181		66 576
2012	Anslag	298 629 ¹	Utgifts-prognos	290 090
2013	Förslag	298 629		
2014	Beräknat	298 629		
2015	Beräknat	113 629		
2016	Beräknat	113 629		

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2012 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att finansiera särskilda åtgärder inom alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelområdet.

Regeringens överväganden

Arbetet med att minska alkohol- och tobaks-konsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bedrivs i enlighet med den strategi som riksdagen fattade beslut om den 30 mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203).

Tabell 9.5 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	298 629	298 629	298 629	298 629
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut			-185 000	-185 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
Förslag/ beräknat anslag	298 629	298 629	113 629	113 629

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 298 629 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 Åtgärder avseende

alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 298 629 000 kronor, 113 629 000 kronor respektive 113 629 000 kronor.

9.9 Övrig statlig verksamhet

Systembolaget Aktiebolag är ett av staten helägt företag. Verksamheten omfattar detaljhandelsförsäljning av spritdrycker, vin och starköl. Systembolagets uppdrag är att bidra till att begränsa medicinska och sociala alkoholskador och därigenom förbättra folkhälsan. Koncernens verksamhet bedrivs i Systembolaget AB och de helägda dotterbolagen IQ-initiativet AB samt AB K14 Näckströmsgatan.

Systembolaget sålde 458 (454) miljoner liter alkoholdrycker under 2011. Det är en ökning med 0,9 procent jämfört med 2010. Volymökningen hänför sig främst till varugrupperna vin och alkoholfritt som ökade med 1,7 respektive 25,5 procent, medan spritförsäljningen minskade med 3,2 procent. Försäljningen av ekologiska produkter ökade med 23,1 procent under året. Intäkterna uppgick under 2011 till 24 416 (24 115) miljoner kronor. Antalet kunder hos Systembolaget ökade under 2011 med 1,6 miljoner till 117 miljoner, medan webbplatsen hade 17 miljoner besök.

Trots att Systembolagets försäljning har ökat är den totala alkoholkonsumtionen per person i Sverige jämfört med 2009 i stort sett oförändrad, enligt Stockholms universitet (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD). Den andel av alkoholen som konsumeras i Sverige och som är inköpt på Systembolaget är nu den högsta sedan SoRAD inledde sina mätningar i mitten av 90-talet. Koncernens resultat före skatt uppgick till 222 (396) miljoner kronor. Finansnettot uppgick till 54 (65) miljoner kronor.

Systembolaget hade vid årsskiftet 418 (414) butiker i 289 av Sveriges 290 kommuner. Utöver butikerna finns 548 ombud runt om i Sverige, där kunderna kan beställa varor för avhämtning.

Ålderskontrollen, som ska motverka att ungdomar under 20 år kommer över alkohol, följs upp med kontrollköp. Under 2011 begärdes legitimation i 94 (94) procent av kontrollköpen, vilket är i nivå med bolagets målsättning. Opinionsindex för 2011, som mäter hur stor andel av Sveriges befolkning som vill behålla Systembolaget och detaljhandelsmonopolet för

alkohol är med 68 procent något högre än för 2010 (66).

Den svenska alkoholmarknaden har genomgått en kraftig förändring sedan Sverige blev medlem i EU och Systembolaget har därigenom fått utvidgade uppgifter. En central uppgift för Systembolaget kommer fortfarande att vara att uppfylla EU-rättens krav på att detaljhandelsmonopolet ska fungera icke-diskriminerande, dvs. att inköps- och försäljningsvillkor är objektiva och tillämpas likvärdigt på medborgare och produkter i gemenskapen samt att villkoren är transparenta. Konkurrensverket har sedan den 1 januari 1995 regeringens uppdrag att utöva tillsyn över detaljhandelsmonopolet vad gäller dess icke-diskriminerande funktionssätt och rapportera till Europeiska kommissionen två gånger om året. Systembolagets försäljningsstatistik visar att det finns en stor efterfrågan på lokalt producerade produkter i de lokala systembutikerna. För att kunna bemöta denna efterfrågan beslutade Systembolaget 2008 att en lokal producent, efter ansökan, ska kunna sälja sina produkter i den närmaste systembutiken. Enligt bolagets beslut i maj 2010 vidgades möjligheten ytterligare till att de lokala dryckesproducenterna från och med den 1 juli 2010 kan sälja sina produkter i de tre systembutiker som ligger närmast produktionsstället. Mellan 2010 och 2011 ökade försäljningen av lokalproducerat med 133 procent. Vid årsskiftet fanns 320 lokala produkter från ett 80-tal producenter.

Tabell 9.6 Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren

	2011	2010	2009	2008	2007
Nettoomsättning	24 416	24 115	23 360	21 296	20 211
Resultat efter finansiella poster	222	396	467	833	366
Eget kapital	2 027	2 170	2 213	2 069	2 163
Räntabilitet på eget kapital ³	7,6	13,8	16,1	36,6	13,9
Medeltalet årsanställda	3 196	3 255	3 219	3 232	3 049
Arbetsproduktivitet ⁴	836	833	838	798	775
Lageromsättningshastighet ⁵	24,5	25,7	25,4	23,2	22,3

³Resultat efter schablonskatt i procent av justerat eget kapital vid årets början.

⁴Antal hanterade arbetsenheter (förpackningar efter viktning per varugrupp) per dagsverke (8 timmar).

⁵Omsättningen dividerad med genomsnittligt lagervärde till försäljningspris.

Tabell 9.7 Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och målluppfyllelse

Perspektiv	Strategiska nyckeltal	2011	2010	2009	2008	2007	Mål 2011	Mål 2012
Samhälle	Opinionsindex	68	66	66	64	61	66	68
	Ålderskontroll, procent ¹	94	94	93	90	85	94	94
Kund	Nöjd-Kund-Index (NKI)	79	78	78	77	75	79	80
Medarbetare	Nöjd-Medarbetare-Index (NMI)	75	75	75	74	72	75	*
Finansiellt	Handelsmarginal exkl. alkoholskatt (moderbolaget), procent	21,7	21,8	22,2	22,6	23,1	22,5	22,5

*Översyn av nyckeltalet pågår.

10 Forskning under utgiftsområde 16

Utbildning och universitetsforskning

10.1 Omfattning

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS, finansierar enligt rådets instruktion grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet och inom social- och folkhälsovetenskap. Rådet ska även göra strategiska satsningar inom områden där särskilda behov föreligger. Enligt sin instruktion har FAS ansvar

10.3 Mål

FAS ska genom sin verksamhet bidra till att uppnå målet för forskningspolitiken som formulerades i propositionen Ett lyft för forskning och innovation (2008/09:50, bet. 2008/09:UbU4, rskr. 2008/09:160). Målet är att stärka Sveriges ställning som forskningsnation och därmed stärka konkurrenskraften i en globaliserad värld för att bidra till ökad hållbar ekonomisk tillväxt och välfärd i Sverige. Forskningen ska vara av högsta internationella klass och den ska till stor del bedrivas inom områden som har eller har förutsättningar att få betydelse för människors välfärd, samhällets utveckling och näringslivets konkurrenskraft. Målet för regeringens forskningspolitik anges under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning och är att Sverige ska vara en framstående kunskaps- och forskningsnation som präglas av hög kvalitet.

10.4 Resultatredovisning

FAS samverkar med övriga statliga forskningsfinansiärer, främst genom den samordningsgrupp som myndigheterna bildat i enlighet med vad som anförts i den forsknings- och innovationspolitiska propositionen 2008. Under året har FAS tillsammans med övriga myndigheter i samordningsgruppen gjort en myndighetsgemensam forskningssatsning om barn och ungdomars psykiska hälsa. Myndigheten samarbetar även med de statliga forskningsfinansiärerna inför den första uppföljningen av de strategiska satsningar som gjordes under 2009. FAS har ett regelbundet samarbete med Vinnova om respektive myndighets bidrag till forskning inom arbetslivsområdet. Myndigheten samverkar även med andra myndigheter och organisationer såväl nationellt som internationellt.

10.5 Forskningsmedel

Med anledning av vad som angavs i den forsknings- och innovationspolitiska propositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50, bet. 2008/09:UbU4, rskr. 2008/09:160) har FAS under året förstärkt sin

forskningsfinansiering inom området arbetsliv samt finansierat forskning om alkohol, narkotika och tobak. FAS driver också ett tvärvetenskapligt forskningsprogram som bl. a. belyser företagshälsovårdens roll i arbetet med att minska sjukfrånvaron och stödja återgång i arbete. Under 2011 betalade FAS ut cirka 426 miljoner kronor i forskningsstöd inklusive särskilda medel (35 miljoner kronor) för forskning om äldre och åldrande. FAS beviljade 304 miljoner kronor under året i forskningsstöd som kommer att betalas ut under flera år. FAS förvaltningskostnader var cirka 25 miljoner kronor.

FAS fördelar forskningsmedel efter utlysning och ansökan i öppen konkurrens. Sedan 2007 gör FAS långsiktiga satsningar på starka forskningsmiljöer, s.k. FAS-centra, som kan ges stöd under upp till 10 år. FAS ger också stöd till treåriga forskningsprojekt och postdoc-ansökningar men även till sexåriga s.k. programstöd. FAS prioriterar stödformer som särskilt riktar sig till yngre forskare.

En analys av utfallet från 2011 års ansökningsomgång visar att det är fler kvinnor än män som lämnar in ansökan om forskningsstöd. Beviljandegraden är dock högre för manliga sökanden än kvinnor vad gäller projektstöd. Detta förklaras primärt av myndigheten med att det är fler män än kvinnor bland sökande professorer och att professorer generellt sett har en högre beviljandegrad.

10.5.1 Internationellt forskningssamarbete

FAS arbetar aktivt för att främja internationalisering av svensk forskning och verka för ett ökat samarbete med utländska forskare och finansiärer. FAS bedriver ett aktivt arbete inom det europeiska forskningssamarbetet och för att främja svenskt deltagande i EU:s ramprogram för forskning och utveckling. FAS samverkar även med forskningsfinansiärer i andra länder genom European Science Foundation och den under 2011 bildade organisationen av statliga, europeiska forskningsfinansiärer benämnd Science Europe. Under 2011 har FAS vidare genomfört en utlysning av forskningsmedel med inriktning mot samverkan med Kina.

10.5.2 Ny kommunikationsstrategi för att nyttiggöra forskningsresultat

FAS arbetar på olika sätt för att sprida information till relevanta grupper och aktörer i samhället om den forskning man finansierar men även för att främja en dialog om forskningens effekter i samhället. FAS deltar i ett stort antal samverkansprojekt med andra forskningsfinansiärer såväl nationellt som internationellt när det gäller forskningskommunikation. Kommunikationscheferna för FAS, Verket för innovationssystem, Vetenskapsrådet och Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande har en samverkansgrupp. Gemensam kommunikation sker även kring den gemensamma satsningen Barns och ungdomars psykiska hälsa som samordnas av FAS.

FAS styrelse beslutade 2011 om en ny kommunikationsstrategi för perioden 2011–2014. Målet är att kommunikationen i ännu högre grad ska bidra till att skapa kunskap om FAS-finansierad forskning och främja en aktiv dialog kring FAS ansvarsområden samt att FAS ska vara en tydlig och aktiv aktör. Under året har en ny kommunikationsplattform inklusive bl.a. elektroniskt nyhetsbrev och ny grafisk profil byggts upp.

10.5.3 Årlig revision

Riksrevisionen har i sin revisionsberättelse för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap gjort ett uttalande med reservation om FAS:s årsredovisning för 2011. Uttalandet avser en satsning på ett tvärvetenskapligt forskningsprogram inom företagshälsovård som FAS gjort i enlighet med den förra forsknings- och innovationspropositionen. Under rubriken Grund för uttalande med reservation anger Riksrevisionen följande. Myndigheten har felaktigt avräknat en anslagspost med ett för högt belopp om 6 950 000 kronor som borde ha finansierats med bidrag. Om kostnaderna inte hade avräknats från forskningsanslaget hade det utgående överföringsbeloppet, årets anslagssparande, varit 25 881 000 kronor vilket är 13 928 000 kronor över det enligt regleringsbrevet tillåtna anslagssparandet på 3 procent.

Enligt Riksrevisionens uppfattning ger årsredovisningen i övrigt en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av myndigheten.

Socialdepartementet har fört en dialog med FAS med anledning av Riksrevisionens iakttagelse. FAS avser att fr. o. m. 2012 utbetala de fortsatta bidragen till företagshälsovård i enlighet med Riksrevisionens anvisningar.

10.6 Analys och slutsatser

FAS har på regeringens uppdrag lämnat förslag till en samlad forskningsstrategi för Socialdepartementets politikområden inom hälso- och välfärdsområdet som ett underlag till forskningspropositionen som avses presenteras för riksdagen hösten 2012. Vidare har FAS på regeringens uppdrag kartlagt forskningsläget rörande funktionsnedsättning och funktionshinder. FAS har även tagit initiativ till en internationell utvärdering av svensk forskning inom alkohol, narkotika, dopning, tobak och spelberoende.

FAS har ett tydligt krav på att resultat från den forskning som stöds publiceras i internationella tidskrifter. Tillgängliga bibliometriska analyser visar att den forskning som FAS stöder står sig väl i internationella jämförelser. En internationell utvärdering av de FAS-centra som inrättades 2007 visade att dessa i huvudsak hade lyckats väl eller mycket väl (en centrumsatsning avbröts dock i förtid).

FAS strävar efter att ha en så jämn könsfördelning som möjligt i de kommittéer som bedömer ansökningar (prioriteringskommittéerna). En analys av jämställdheten i ansökningsomgångar för åren 2006–2010 som FAS låtit göra och som redovisades 2011 visar att det finns vissa könsskillnader i beviljningsgrad mellan olika huvudområden och över tid. Detta kan dock bero på många olika förhållanden. FAS redovisar årligen könsuppdelad statistik om forskningsansökningar och forskningsstöd. Det är viktigt att FAS fortsätter att följa och analysera könsskillnader i beviljat forskningsstöd och vid behov vidta åtgärder för att säkra en könsneutral forskningsfinansiering.

FAS arbetar aktivt med att förbättra kunskapen om FAS-finansierad forskning och främja en dialog kring FAS ansvarsområden, inklusive kommunikation av forskningsresultat. FAS samverkar och samarbetar aktivt inom sitt

ansvarsområde både nationellt och internationellt på ett positivt sätt.

10.7 Budgetförslag

10.7.1 7:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tabell 10.2 Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utgifter
2011	Utfall	25 164		904
2012	Anslag	25 564 ¹		25 656
2013	Förslag	25 859		
2014	Beräknat	26 401 ²		
2015	Beräknat	26 887 ³		
2016	Beräknat	27 476 ⁴		

² Motsvarar 25 823 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 25 823 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 25 822 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslaget används för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) förvaltningskostnader.

Regeringens överväganden

Myndigheten bedöms ha en väl fungerande organisation för bedömning och urval av forskningsansökningar. Det är dock viktigt att FAS aktivt arbetar med jämställdhetsfrågor i rådets hantering av forskningsansökningar. Personalen på FAS har en hög medelålder och pensionsavgångar är därför att vänta under de närmaste åren. Detta ställer krav på en god planering vad gäller framtida personal- och kompetensbehov. Det är viktigt att FAS har en god planering för detta.

Anslaget har för perioden 2013–2016 beräknats enligt följande:

Tabell 10.3 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 7:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012 ¹	25 564	25 564	25 564	25 564
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	295	874	1 361	1 951
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-37	-38	-39
Förslag/ beräknat anslag	25 859	26 401	26 887	27 476

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

Regeringen föreslår att 25 859 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning* för 2013. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 26 401 000, 26 887 000 respektive 27 476 000 kronor.

10.7.2 7:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tabell 10.4 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utgifter
2011	Utfall	391 296		18 931
2012	Anslag	414 160 ¹		406 549
2013	Förslag	474 378		
2014	Beräknat	524 772 ²		
2015	Beräknat	534 651 ³		
2016	Beräknat	546 570 ⁴		

² Motsvarar 512 886 tkr i 2013 års prisnivå.

³ Motsvarar 512 886 tkr i 2013 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 512 886 tkr i 2013 års prisnivå.

Anslagets ändamål är att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att FAS verksamhet fungerar väl och att myndigheten uppfyller uppsatta krav och mål. Myndigheten har på ett bra sätt arbetat för att förverkliga målen som angavs i den forsknings- och innovationspolitiska propositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50, bet. 2008/09:UbU4, rskr. 2008/09:160). Myndigheten samverkar aktivt med andra aktörer och regeringen ser även positivt på FAS ökande engagemang på internationell och europeisk nivå.

För 2013 får FAS disponera en anslagspost på anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*, om 35 000 000 kronor. Medlen ska finansiera forskning om äldre och åldrande. Till anslagsposten har knutits ett bemyndigande om 70 000 000 kronor som möjliggör beslut om stöd till forskning som innebär utgifter efter budgetårets utgång (avsnitt 7.17.5).

För 2013 bör FAS avsätta minst 30 000 000 kronor för vårdforskning.

Med anledning av förslag i forsknings- och innovationspropositionen som regeringen avser lägga hösten 2012 föreslås anslaget öka med 55 000 000 kronor 2013. Inom ramen för denna ökning föreslår regeringen en satsning med utgångspunkt från den demografiska utmaningen på forskning om åldrande och hälsa med 25 000 000 kronor. För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget öka med 96 275 000 kronor, 98 087 000 kronor respektive 100 274 000 kronor.

Anslaget har för perioden 2013–2016 beräknats enligt följande.

Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 7:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor				
	2013	2014	2015	2016
Anvisat 2012¹	414 160	414 160	414 160	414 160
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning ²	5 218	14 937	23 015	32 761
Beslut	55 000	96 275	98 087	100 274
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt		-600	-611	-625
Förslag/ beräknat anslag	474 378	524 772	534 651	546 570

¹ Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 474 378 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* för 2013.

Anslaget ökar därmed med 55 000 000 kronor i enlighet med förslagen i forsknings- och innovationspropositionen som regeringen avser att överlämna under hösten 2012.

För 2014, 2015 och 2016 beräknas anslaget till 524 772 000, 534 651 000 respektive 546 570 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2013 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 818 000 000 kronor 2014–2016.

Tabell 10.6 Beställningsbemyndigande

Tusental kronor						
	Utfall 2011	Prognos 2012	Förslag 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
Ingående åtaganden	690 861	827 359	821 000	–	–	–
Nya åtaganden	527 794	397 000	400 000	–	–	–
Infriade åtaganden	-391 296	-403 359	-403 000	-410 000	-408 000	–
Utestående åtaganden	827 359	821 000	818 000	–	–	–
Erhållet/förslaget bemyndigande	897 000	821 000	818 000	–	–	–

Skälen för regeringens förslag: Den forskning som FAS finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. FAS bör därför ges möjlighet att fatta beslut om sådant stöd som innebär ekonomiska åtaganden för kommande budgetår.

Bilaga 1

Förslaget om indexreglering av högkostnadsskydden

Bilaga till avsnitt 4.10
i utgiftsområde 9

Bilaga 1

Förslaget om indexreglering av högkostnadsskydden

Bilaga till avsnitt 4.10 i utgiftsområde 9

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning av betänkandet Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)	5
2	Författningsförslag i betänkandet Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)	9
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	9
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	11
3	Remissinstanser	13
4	Lagrådsremissens lagförslag.....	14
4.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)...	14
4.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	17
5	Lagrådets yttrande.....	19

1 Sammanfattning av betänkandet Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)

Uppdraget, avgränsningar

Mitt uppdrag är enligt kommittédirektiven att se över avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. Syftet är att åstadkomma en struktur för avgifter och högkostnadsskydd som

- långsiktigt bidrar till att utveckla kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen,
- värnar de grupper som är mest i behov av vård eller omsorg,
- styr patienten att söka vård på rätt nivå och i rätt tid,
- stimulerar till förebyggande och tidiga insatser, och
- bidrar till en långsiktigt hållbar finansiering av vården och omsorgen.

Jag har informerat Socialdepartementet om att jag har gjort vissa avgränsningar av arbetet, främst med hänsyn till den mycket korta tid som stått till förfogande. Mina överväganden och förslag gäller sålunda främst utformning och effekter av framtidens högkostnadsskydd för besök i öppen vård och inköp av läkemedel.

Nuläge

Jag har i mitt arbete tagit avstamp i en beskrivning av nuvarande avgiftssystem, vilken återfinns i kapitel 2. Fokus ligger i första hand på att beskriva de olika högkostnadsskydd som finns för hälso- och sjukvård samt för läkemedel, och att ge en bild av hur dessa har utvecklats genom åren. Den avgiftsvariation som förekommer inom öppenvården belyses särskilt. Statligt reglerade högkostnadsskydd finns inom hälso- och sjukvård, läkemedel, tandvård samt inom äldre- och handikappomsorgen. Jag har också haft ambitionen att bilda mig en uppfattning om effekterna av nuvarande avgiftssystem. Detta har visat sig lättare sagt än gjort, främst på grund av brister i den rutinmässiga uppföljningen av dagens avgiftssystem, och därmed i data-

underlaget. Jag har ändå gjort ett försök, i kapitel 3, att så långt möjligt redovisa i vad mån avgifterna hittills uppfyllt sina syften, nämligen:

- att styra efterfrågan till ”rätt” vårdnivå,
- att öka kostnadsmedvetandet hos befolkningen,
- att begränsa vårdefterfrågan och därmed kostnaderna, samt
- att bidra till finansieringen av vårdkostnaderna.

Kunskapen om egenavgifternas styreffekter är ofullständig. För att kunna utvärdera huruvida patienten styrs till rätt vårdnivå, i rätt tid och om onödig vårdkonsumtion undviks krävs uppgifter på individnivå, som underlag för analys av sambanden mellan avgiftsnivå och konsumtionsmönster för olika grupper av individer. Dessa uppgifter ska helst kunna kopplas till relevanta bakgrundsfaktorer som beskriver t.ex. hälsoläge, demografi och inkomstförhållanden.

Tillgängliga aggregerade data tyder på att styreffekten av marginella avgiftsändringar är begränsad. Vid större förändringar kan dock betydande tröskeleffekter uppkomma.

I Sverige liksom i de flesta andra jämförbara länder spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla. Egenavgifterna motsvarar 16–17 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader, en andel som varit i stort sett konstant under det senaste decenniet.

Avgiftsandelen varierar emellertid kraftigt mellan olika delar av vårdsektorn. Högsta avgiftsandelen gäller för tandvård, där patienternas egenavgifter står för cirka 60 procent av totalkostnaderna. För receptbelagda läkemedel är egenavgifternas andel 22–23 procent. Egenavgifterna för besök i öppenvård täcker 13–14 procent av kostnaderna för öppen vård. Även dessa andelar har varit i stort sett konstanta under senare år.

Eftersom priskänsligheten är relativt låg, så leder ökade avgifter till ökade avgiftsintäkter. Höjda avgifter innebär emellertid samtidigt en ökad risk för att viss nödvändig vård förhindras, vilket strider mot lagstiftarens intentioner om att vården ska ges efter behov.

Även om utvecklingen under det senaste decenniet tycks ha gått mot att allt färre i befolkningen avstår från vård av ekonomiska

skäl, så finns det fortfarande ett betydande antal personer som gör det. Det största problemet i sammanhanget är tandvården. Detta är ju också skälet till att man infört högkostnadsskydd i avgiftssystemen, varav två är de statligt reglerade högkostnadsskydden för besök i öppen hälso- och sjukvård respektive läkemedel. Konstruktionen av dessa högkostnadsskydd påverkar också avgiftsintäkterna.

I kapitel 4 redovisas fakta om avgifter och högkostnadsskydd i några länder som jag bedömt vara av särskilt intresse ur svenskt perspektiv. De länder som ingår i redovisningen är Danmark, Finland, Norge och Storbritannien, som har skattefinansierade system, samt Nederländerna och Tyskland, som har försäkringsbaserade system.

Redovisningen ger en ”ögonblicksbild” av den nu gällande avgiftsstrukturen i de olika länderna. Ser man tillbaka 10–15 år i tiden kan man konstatera att de länder som då tillämpade nolltaxa i primärvården (Danmark, Storbritannien och Nederländerna) har fortsatt med detta. I övriga länder har egenavgifterna höjts vid flera tillfällen. Samtidigt har man infört eller utvidgat olika former av högkostnadsskydd för att lindra bördan av egenavgifterna för vissa grupper i befolkningen.

När det gäller läkemedel har samtliga jämförda länder någon typ av egenavgifter. Även här har man som regel höjt egenavgifterna över tid, och tillämpar någon typ av högkostnadsskydd, ofta indexreglerat.

Elektroniska system för hantering av avgifterna har införts eller planeras i flera länder. Man eftersträvar enkla system som gäller för alla invånare, och där eventuell förmån regleras direkt vid besök/inköp.

Högkostnadsskydd

Nuvarande statligt reglerade högkostnadsskydd för besök i öppen vård respektive läkemedel har i sina huvuddrag legat fast sedan 1997. Från och med den 1 januari 2012 gäller dock nya beloppsgränser som tagits fram genom en uppräkningsenligt prisbasbeloppet. Därmed återställs realvärdet av högkostnadsskydden till 1997 respektive 1999 års nivå för öppenvård och läkemedel. Från flera håll har kritik framförts mot att indexuppräkningsen skedde i ett enda steg. I stället

förordas en löpande årlig uppräkningsen av avgiftstaken i högkostnadsskydden.

Jag har övervägt olika alternativ för utformningen av framtidens högkostnadsskydd. Därvid har jag analyserat för- och nackdelar med ett gemensamt högkostnadsskydd i jämförelse med separata högkostnadsskydd. Jag har även övervägt olika utformningar av förmånstrappor samt expeditiionsavgifter, för att motverka överkonsumtion.

Förslag och bedömningar

Indexering

På grundval de fakta som redovisas i betänkandets olika kapitel och egna överväganden finner jag att starka principiella skäl talar för ett gemensamt högkostnadsskydd, i första hand för de båda statligt reglerade skydden, för läkemedel respektive öppenvård, men också för sjukresor. Det starkaste argumentet för ett gemensamt högkostnadsskydd är att det samhälleliga stödet till individen blir oberoende av hur konsumtionen fördelas mellan sjukvård, läkemedel och sjukresor. Det finns emellertid, åtminstone på kort sikt, en rad praktiska problem med en sådan lösning. Jag föreslår därför att nu gällande separata högkostnadsskydd för öppenvård respektive läkemedel tills vidare bibehålls. För att i framtiden säkra avgifternas realvärde föreslår jag dock att avgiftstaken i högkostnadsskydden indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet.

Från den 1 januari 2012 är avgiftstaket för besök i öppen vård 1 100 kronor. Jag föreslår att avgiftstaket indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Ett nytt avgiftstak beräknas inför varje årsskifte, med avrundning nedåt till närmaste femtiotal kronor. För läkemedel gäller från samma datum att avgiftstaket vid inköp av förmånsberättigade läkemedel är 2 200 kronor. Här finns dock en förmånstrappa med successivt ökande subventionsgrad. Jag föreslår att även avgiftstaket och beloppsgränserna i förmånstrappan för läkemedelsinköp indexregleras, genom koppling till prisbasbeloppet. Ett nytt avgiftstak beräknas inför varje årsskifte, med avrundning nedåt till närmaste femtiotal kronor.

Efter ingående överväganden har jag stannat för att inte föreslå vare sig någon expeditiionsavgift eller någon förändring av förmånstrappan i

nuvarande system. Mitt främsta skäl till detta är att om man vill komma till rätta med eventuell överkonsumtion, så bör man använda andra medel. Jag anser nämligen att huvudansvaret för problemet (överkonsumtionen) inte finns hos patienterna utan hos vårdgivarna.

Jag föreslår att även avgiften för slutenvård indexregleras genom en koppling till prisbasbeloppet. Slutenvårdsavgiften fastställdes 1998 till maximalt 80 kronor per vård dag. En uppräknings motsvarande den som genomfördes av högkostnadsskydden för läkemedel och öppenvårdsbesök fr.o.m. den 1 januari 2012, skulle innebära att slutenvårdsavgiften höjs till cirka 100 kronor.

Mitt förslag är att en sådan engångsuppräknings görs, och att maximibeloppet fortsättningsvis indexregleras löpande enligt prisbasbeloppet.

Uppföljning

Jag uppfattar det som ett stort praktiskt problem att tillgången på relevant dataunderlag för att bedöma egenavgifternas effekter är begränsad, i vissa avseenden obefintlig. Endast beträffande läkemedel finns möjlighet att följa upp konsumtionen på individnivå, i termer av inköp av receptförskrivna läkemedel, antal frikort, etc. För övriga områden och avgiftssystem är informationen helt otillräcklig, på såväl individ- som systemnivå.

Detta innebär i själva verket att det är omöjligt att med rimlig säkerhet avgöra vilka effekter avgiftsstruktur och avgiftsnivå har på styrningen av efterfrågan respektive intäkterna.

En slutsats av mitt arbete är alltså att det för närvarande inte går att följa upp och utvärdera effekterna av hur nuvarande separata högkostnadsskydd sammantaget påverkar olika grupper av patienter.

Jag föreslår därför att det så snart som möjligt påbörjas en utveckling/uppbyggnad av ett register och hanteringssystem, motsvarande det som finns för läkemedel, även för öppenvården.

Konsekvensanalys

En indexering av avgiftstaken för öppenvård och läkemedel bidrar enligt min bedömning dels till att förebygga överkonsumtion av det slag som uppkommit vid tidigare, relativt stora förändringar, dels till en långsiktigt hållbar finansiering av vården.

De som i första hand berörs av förslagen är patienter och allmänhet, landsting och kommuner, samt staten.

För den enskilde patienten innebär förslaget som mest en mycket begränsad ökning av de samlade utgifterna för besök i öppen vård och läkemedel, sannolikt mindre än 100 kronor per år i genomsnitt.

Vid en höjning av avgiftstaket med 2 procent kan landstingens intäkter från patientavgifter beräknas öka med cirka 1 procent. Skillnaden beror på att bara de patienter som når över det tidigare avgiftstaket kommer att drabbas av höjningen. Detta motsvarar cirka 25–30 miljoner kronor i ökade patientavgifter. Även när det gäller egenavgifter för läkemedel så medför en höjning av avgiftstaket med 2 procent att avgifterna ökar med cirka 1 procent, vilket motsvarar cirka 50 miljoner kronor. Enligt mitt förslag sker emellertid inga höjningar förrän avgiftstaken höjts med minst 50 kronor.

För att kunna genomföra den föreslagna förändringen med indexering av förmånstrappan för läkemedel kommer det att krävas en anpassning av nuvarande avgiftssystem, vilket handhas av Apotekens Service AB. Detta kan beräknas kosta cirka 1,5 miljoner kronor som en engångsinvestering.

Den föreslagna engångsuppräknings av nuvarande maximala avgift för slutenvård, från 80 kronor till 100 kronor per vård dag, medför en intäktsökning för landstingen på uppskattningsvis 120–150 miljoner kronor, förutsatt att landstingen utnyttjar möjligheten att höja avgiften. Den årliga indexuppräknings kommer sannolikt inte att leda till någon intäktsökning på kort sikt eftersom maximiavgiften ska avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

De mest omfattande konsekvenserna av mina förslag och bedömningar har att göra med det utvecklingsarbete som krävs för att åstadkomma ett system för automatisk (datoriserad) hantering av högkostnadsskyddet för patientavgifter i öppenvården. Detta arbete behövs både för att kunna följa upp nuvarande systems effekter och

för att på längre sikt eventuellt införa ett gemensamt högkostnadsskydd.

Här får man räkna med betydande investeringar i utvecklingsarbete, såväl lokalt inom alla landsting som centralt för att samordna arbetet på nationell nivå. På längre sikt kommer detta emellertid också genom tillgång till bättre beslutsunderlag att medföra möjlighet till effektivare styrning, samt betydande besparingar genom en mer rationell hantering av arbetet av högkostnadskort, frikort, etc. Dessutom kommer det att innebära en avsevärd förenkling för den enskilda patienten genom att man slipper spara kvitton och/eller hålla reda på sitt högkostnadskort.

Framtida finansiering

Det har under senare år från olika håll hävdats att välfärdssektorn står inför stora ekonomiska utmaningar, och att det för att klara den framtida finansieringen av sjukvård och äldreomsorg kommer att bli nödvändigt med ett ökat inslag av privat finansiering, bl.a. i form av egenavgifter.

Jag har för att belysa den frågan beställt två uppsatser om det framtida finansieringsbehovet. Dessa redovisas i bilagorna 3 och 4.

Min slutsats är att de senaste 30 årens utveckling av sjukvård och äldreomsorg i huvudsak har kunnat klaras med en ökning av BNP-andelen för dessa ändamål med cirka 2 procentenheter. Detta mycket beroende på att den ökade livslängden helt tycks ha bestått av friska år som lagts till livet.

Vad gäller den kommande trettioårsperioden talar mycket för att den förväntade ökningen av livslängden även i framtiden till stor del består av friska år (uppskjuten sjuklighet), varför förlängningen i sig inte behöver leda till någon betydande ökning av belastningen på sjukvården och äldreården.

Dock kommer sannolikt utvecklingen av den medicinska teknologin och krav på förbättrad standard även i framtiden att vara kostnadsdrivande. Till detta kommer att 40-talistgenerationen är klart större än generationerna före och efter, vilket leder till ökade kostnader.

I det sammanhanget har jag övervägt idén att under en begränsad period ersätta nuvarande statsfinansiella överskottsmål om 1 procent av BNP med ett allmänt sparande i en nyinrättad

”Äldreomsorgsfond”. Syftet är att förtydliga för medborgarna att överskottsmålet är avsett att användas för att jämna ut kostnaderna över tiden för ”40-talistpuckeln”, alltså med dagens teknologi och standard. Den skulle börja användas i början av 2020-talet då den första stora 40-talistårgången passerar 80 års ålder.

Sammantaget bedömer jag att den framtida utvecklingen av sjukvård och äldreomsorg visserligen kommer att ställa krav på ökade resurser, men att dessa krav kan tillgodoses med en relativt begränsad ökning av BNP-andelen. Vad gäller finansieringen är min bedömning att egenavgifternas roll även i fortsättningen kommer att vara begränsad.

2 Författningsförslag i betänkandet Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 26 och 26 a §§ hälso- och sjukvårdslagen¹ (1982:763) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

26 §²

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska därvid behandlas lika. Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Högsta avgiftsbelopp* för slutna vård är 80 kronor för varje vård dag.

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska därvid behandlas lika. Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Avgiften* för slutna vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, *avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.*

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2010:245.

fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt *sjätte stycket* ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

26 a §³

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *sammanlagt 1 100 kronor*, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare avgifter *för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar* under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor*, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare *sådana* avgifter under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Avgiftsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om avgiftsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

³ Senaste lydelse 2011:xx. Se Prop. 2011/12:1, utg.omr. 9.

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

Härigenom föreskrivs att 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

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

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

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

Så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 1 100 kronor lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 1 100 kronor men inte 2 100 kronor,

2. 75 procent av den del som överstiger 2 100 kronor men inte 3 900 kronor,

3. 90 procent av den del som överstiger 3 900 kronor men inte 5 400 kronor, samt

4. hela den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 5 400 kronor.

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

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

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

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

När den sammanlagda kostnaden överstiger 2,454 gånger avgiftstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

¹ Senaste lydelse 2011:xx. Se Prop. 2011/12:1, utg.omr. 9.

Vad som sägs i andra *och tredje* styckena gäller inte för sådana varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.

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

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

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
 2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om kostnadsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

3 Remissinstanser

Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Läke- medelsverket, Smittskyddsinstitutet, Ekonomi- styrningsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Försäkringskassan, Statskontoret, Konsumentverket, Sveriges Apoteksförning, Apotekens Service AB, Stockholms kommun, Göteborgs kommun, Huddinge kommun, Täby kommun, Linköpings kommun, Kalmar kom- mun, Gotlands kommun, Örebro kommun, Mora kommun, Gävle kommun, Skövde kom- mun, Växjö kommun, Sigtuna kommun, Bor- länge kommun, Malung kommun, Orsa kom- mun, Bergs kommun, Bräcke kommun, Vingåkers kommun, Emmaboda kommun, Strömsunds kommun, Bjurholms kommun, Lindsbergs kommun, Sandvikens kommun, Lycksele kommun, Sunne kommun, Arjeplogs kommun, Jokkmokks kommun, Luleå kommun, Pajala kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarna läns lands- ting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands

läns landsting, Jämtlands läns landsting, Väster- botten läns landsting, Norrbotten läns lands- ting, Handikappförbundens samarbetsorgan, De Handikappades Riksförbund, Hjärt- och Lung- sjukas Riksförbund, Alzheimerförningen, Demensförbundet, Anhörigas Riksförbund, Bröstcancerförbundet, Astma- och Allergi- förbundet, Pensionärernas Riksorganisation, Prostatacancerförbundet, Astma- och Allergi- förbundet, Pensionärernas Riksorganisation, Svenska Diabetesförbundet, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Reumatikerförbundet, Sveriges Pensionärsförbund, Sveriges Kommu- ner och Landsting, Läkemedelsindustri- föreningen, Läkemedelshandlarna, Swedish Medtech, Föreningen för generiska läkemedel, Sveriges Läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Sveriges Tandläkarförbund, Svensk Sjuk- sköterskeförening, Farmaciförbundet, Sveriges Farmaceutförbund, Vårdförbundet, Vårdföre- tagarna, Praktikertjänst AB

Instanser utanför remisslistan som inkommit med yttrande

Personskadeförbundet RTP, Psoriasisförbundet, Sveriges Pensionärers Riksförbund, Svenska Migränförbundet, Färm Ingemar, Hörsel- skadades Riksförbund

4 Lagrådsremissens lagförslag

4.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 26 och 26 a §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

26 §²

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska *därvid* behandlas lika. Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Högsta avgiftsbelopp* för slutna vård är 80 kronor för varje vård dag.

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika. Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Avgiften* för slutna vård får för varje vård dag *uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.*

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vårdens ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för *sådan* långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för *sådan* långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dag-

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dag-

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2010:245.

verksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

verksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet *enligt sjätte stycket* ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

26 a §³

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för *sådan* tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *sammanlagt 1 100 kronor*, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare avgifter för *sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar* under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor*, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare *sådana* avgifter under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även *fosterförälder*. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadig-

Avgiftsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även *familjehemsförälder*. Som förälder räknas även den med vilken en förälder

³ Senaste lydelse 2011:1576.

varande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har haft barn med föräldern.

stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har haft barn med föräldern.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
 2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för avgiftsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

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

Härigenom föreskrivs att 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

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

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

Så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 1 100 kronor lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 1 100 kronor men inte 2 100 kronor,

2. 75 procent av den del som överstiger 2 100 kronor men inte 3 900 kronor,

3. 90 procent av den del som överstiger 3 900 kronor men inte 5 400 kronor, samt

4. hela den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 5 400 kronor.

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

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

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

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

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

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

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar

¹ Senaste lydelse 2011:1577.

Vad som sägs i andra *och tredje* styckena gäller inte för *sådana* varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.

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

2,454 gånger kostnadstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

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

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

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
 2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för kostnadsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

5 Lagrådets yttrande

Utdrag ur protokoll vid sammanträde
2012-06-05

Närvarande: F.d. justitierådet Dag Victor samt
justitieråden Lennart Hamberg och
Per Virdesten.

Indexreglering av högkostnadsskydd inom vården

Enligt en lagrådsremiss den 31 maj 2012 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

1. lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av kanslirådet Eva Willman.

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

Bilaga 2

Förslaget om ökad säkerhet vid beslut om och utbetalning av assistansersättning

Bilaga till avsnitt 7.16
i utgiftsområde 9

Bilaga 2

Förslaget om ökad säkerhet vid beslut om och
utbetalning av assistansersättning

Bilaga till avsnitt 7.16 i utgiftsområde 9

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning av SOU 2012:6	5
2	Utredningens lagförslag	9
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	9
2.2	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	15
3	Remissinstanser till SOU 2012:6.....	21
4	Lagrådsremissens lagförslag.....	22
4.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	22
4.2	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	28
5	Lagrådets yttrande.....	35

1 Sammanfattning av SOU 2012:6

Utgångspunkter

Utredningens uppdrag innebär dels att beskriva och analysera orsaker till fusk, oegentligheter och överutnyttjande inom assistansersättningen samt föreslå åtgärder för att förhindra detta och stärka möjligheterna till uppföljning och kontroll, dels att analysera grundorsakerna till kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen bl.a. vad gäller övervältring av kostnader mellan huvudmän samt föreslå åtgärder för att komma till rätta med denna utveckling. Utredningen ska på grundval av analysen och med utgångspunkt i och med beaktande av de mål och den allmänna inriktning som föreskrivs i 5 och 6 §§ LSS presentera förslag i syfte att säkerställa assistansreformens långsiktiga hållbarhet samtidigt som den enskildes rättigheter enligt lagen värnas.

Av 5 och 6 §§ LSS framgår bl.a. att verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

Av utredningens direktiv följer att de förslag som läggs fram ska ligga i linje med LSS-lagstiftningens allmänna inriktning och inte får leda till att enskilda assistansberättigades rättigheter och självbestämmande beskärs. Syftet med förslagen ska vara att komma till rätta med fusk och andra orsaker till felaktiga utbetalningar av assistansersättning. Utredningen berör således inte lagstiftningens materiella innehåll utan tar enbart sikte på möjligheter till kontroll och uppföljning, effektivare handläggning samt utökad myndighetssamarbete.

Fusk och andra orsaker till felaktiga utbetalningar

LSS-reformen har inneburit ökad frihet och självbestämmande för en grupp personer med stora funktionsnedsättningar, inte minst genom insatsen personlig assistans och de förbättrade levnadsvillkor som den möjliggjort. Det är

därför särskilt beklämmande att denna viktiga reform i viss utsträckning kommit att utnyttjas för ekonomisk brottslighet. Detta äventyrar reformens legitimitet och upplevs också som besvärande av personer med funktionsnedsättning som fullt lagligt uppstår assistansersättning och känner sig misstänkliggjorda i omgivningens ögon.

Olika fall av fusk och felaktig användning av assistansersättning har på senare tid fått stor uppmärksamhet, vilket självklart påverkar allmänhetens uppfattning om systemet. De av utredningen granskade fallen kan tyvärr knappast ses som någon isolerad företeelse. Det står klart att en inte obetydlig del av assistansersättningen går till annat än avsett ändamål, även om inte allt beror på fusk och medvetet överutnyttjande utan också kan tillskrivas tolknings- och tillämpningsproblem samt handläggningsfel av olika slag. De ekonomiska drivkrafterna i förening med bristande kontrollmöjligheter gör att det kan antas att denna negativa utveckling kommer att fortsätta om ingenting görs. Enligt utredningens mening är det för reformens legitimitet helt nödvändigt att finna åtgärder som på ett effektivt sätt kan förhindra och motverka fusk och felaktigheter av olika slag samtidigt som en avvägning självfallet måste göras så att inte sådana åtgärder blir alltför långtgående och besvärande för de assistansberättigade.

Eftersom det finns ett flertal orsaker som bidrar till att felaktiga utbetalningar sker kan ingen enskild åtgärd lösa problemen. Det krävs ett brett spektrum av åtgärder som rör flera områden. Det går dessutom inte att dra någon klar gräns mellan fusk, överutnyttjande, oegentligheter och andra orsaker till att assistansersättning betalas ut felaktigt eller med för högt belopp. Olika fel förekommer ofta samtidigt och det kan också vara svårt att avgöra vad som är medvetet fusk eller bara okunnighet om vad regelsystemet innebär.

Brottsutredningar ska bedrivas av polis och åklagare. Enligt utredningens mening är det dock realistiskt att tro att detta är tillräckligt för att komma till rätta med problemet med fusk och överutnyttjande inom assistansersättningen. Utredningen har konstaterat att regelsystemets utformning gör att det är tämligen lätt att fuska – det finns många olika sätt att göra detta – och att upptäcktsrisken är låg.

Utredningen anser därför att det måste skapas bättre möjligheter för Försäkringskassan till utredning och kontroll så att beslut om assistansersättning i största möjliga utsträckning blir korrekta från början. Ökade kontrollmöjligheter innebär också en betydligt högre risk för upptäckt, vilket i sig kommer att verka avhållande på försök till fusk. Målsättningen bör enligt utredningens mening vara att göra fusk svårare att genomföra och lättare att upptäcka så att det mesta kan förhindras eller avbrytas på ett tidigt stadium. De fall – betydligt mer fåtaliga än idag – där assistansersättning ändå beviljas på grundval av oriktiga uppgifter får naturligtvis överlämnas till polisen.

De åtgärder som kan komma i fråga måste uppfattas som förstäliga och berättigade av såväl de personer som omfattas av reformen som av en bred allmänhet utan att för den skull ge avkall på kravet att åtgärderna ska ha effekt för att förebygga fusk och öka möjligheterna till kontroll. Åtgärderna bör så långt som möjligt bygga på normala kontrollåtgärder, såsom att det ska kunna verifieras vem som utfört ett arbete eller till vem pengar utbetalats. Utredningen anser att ett väl genomtänkt system av uppgifts- och faktakontroll kan förhindra de flesta misstag, dels genom att minska risken för att bifallsbeslut fattas på otillförlitligt underlag, dels genom att Försäkringskassan själv kan upptäcka indikationer på fusk och bli mindre beroende av anmälningar utifrån. Ett antal av utredningens förslag har detta syfte.

Utredningens förslag innebär därför bl.a. att det ska uppställas vissa formella krav för att assistansersättning ska betalas ut och att uppgifter som visar att dessa krav är uppfyllda utan anmodan ska lämnas till Försäkringskassan. Försäkringskassan får härigenom ett mera fullständigt och tillförlitligt beslutsunderlag samtidigt som försök till fusk kan upptäckas på ett tidigt stadium innan några medel har betalats ut. Samtidigt får Försäkringskassan ett användbart underlag för uppföljning och kontroll. Förslagen innebär inte att de enskildas rättigheter enligt LSS inskränks, men kan självfallet medföra några praktiska svårigheter, i vart fall initialt.

En annan grupp av utredningens förslag tar sikte på en effektivisering av myndigheternas arbete med assistansersättning, främst hos Försäkringskassan, både för att motverka fusk och överutnyttjande och för att komma till rätta med olika handläggningsfel och svårigheter i sam-

arbetet myndigheterna emellan. Samtliga förslag är utformade med hänsyn till att de funktionshinderades valfrihet och rätt till insatser inte ska beskäras.

Utredningen föreslår dessutom skärpta tillståndskrav för bl.a. anordnare av personlig assistans i fråga om personlig och ekonomisk lämplighet samt skyldighet för anordnare att lämna uppgifter till Försäkringskassan. Utbetalning av assistansersättning ska bara få ske till anordnare med tillstånd av Socialstyrelsen.

Slutsatser angående fusk m.m. i korthet

- Assistansersättningen är utsatt för fusk och överutnyttjande. Detta uppgår till betydande belopp.
- Det råder en obalans mellan starka ekonomiska drivkrafter i systemet och svaga kontrollmöjligheter. Upptäcktsrisken vid fusk får betecknas som låg. Organiserad brottslighet och oseriösa aktörer lockas till assistansersättningen.
- Gemensamt för många fuskfall är att en liten krets personer med gemensamma intressen möjliggör att fusk kan fortgå utan insyn.
- Det finns starka drivkrafter att öka antalet timmar och, för assistansanordnare, även att öka antalet brukare. Regelsystemet är i vissa avseenden vagt och de ekonomiska drivkrafterna kan leda till överutnyttjande.
- Försäkringskassans handläggning inför det initiala beslutet grundas ofta på en bristfällig utredning. Styrningen på Försäkringskassan främjar en snabb genomströmning av ärenden på bekostnad av kvalitet och noggrannhet i handläggningen.
- Omfattningen av fusk och andra orsaker till felaktiga utbetalningar av assistansersättning bedöms ligga i intervallet 9–15 procent av totalt utbetalt belopp år 2010.
- Omfattningen av överutnyttjande av assistansersättning bedöms ligga i intervallet 13–18 procent av totalt utbetalt belopp år 2010. I detta kan även ligga effekter av övervältring mellan huvudmännen. Uppskattningarna är behäftade med betydande osäkerhet.

Förslag angående fusk m.m. i korthet

- Personlig och ekonomisk lämplighet ska vara ett krav för att få tillstånd att driva verksamhet enligt LSS. Tillstånd ska kunna återkallas om tillståndshavaren visar sig inte uppfylla kraven. Assistansersättning ska bara få utbetalas till, förutom den försäkrade själv och till kommunen, en assistansanordnare med gällande tillstånd.
- Assistansanordnare blir uppgiftsskyldiga gentemot Försäkringskassan.
- För att ersättning ska lämnas för personlig assistans uppställs vissa villkor. Assistenten får sålunda inte vara god man, förvaltare eller ombud för den försäkrade, inte vara under 18 år och inte heller till följd av sjukdom, ålderdom eller liknande sakna arbetsförmåga. Vidare krävs att arbetstiden ligger inom ramen för vad som är tillåten arbetstid enligt lagen om arbetstid i husligt arbete m.m. samt att assistenten är bosatt inom EU eller EES-området.
- Om närstående eller hushållsmedlemmar anlitas som assistenter uppställs ytterligare villkor. Om inte anställningen sker hos kommunen måste den berättigade gå med på att assistansen får inspekteras i bostaden. Ersättningen kan annars minskas eller dras in.
- Möjligheterna till att rikta återkrav av felaktigt utbetalad ersättning utsträcks till bl.a. vårdnadshavare som tagit emot ersättning för ett barn.
- Retroaktiv ersättning lämnas bara om assistansen anmäls i förväg och redovisas löpande.
- Anmälningsskyldigheter införs för att underlätta myndighetssamarbete och upptäckt av felaktigheter.
- Försäkringskassans möjligheter att hos Skatteverket kontrollera uppgifter om personliga assistenter och assistansanordnare stärks. Kontrollerna ska göras systematiskt och inte först vid misstanke om felaktigheter.
- Försäkringskassan ska tillföras medel för att kunna betala för egna utredningar av opartiska specialister/konsulter. Försäkringskassan ska även tillföras medel för att utveckla IT-baserade system för handlägg-

ningsstöd, uppföljning, statistik och systematisk kontroll av assistansersättning.

- Försäkringskassans första beslut om att bevilja någon assistansersättning måste bli korrekt och vila på ett sakligt och fullständigt underlag som klarlägger det individuella hjälpbehovet. Tvåårsomprovningar bör genomföras främst för att följa upp förändringar i hälsotillstånd och hjälpbehov. Kontrollen av tidredovisningar måste förbättras. Informationsinsatser bör genomföras för brukare och anordnare för att säkerställa att assistansersättningen används på ett korrekt sätt och att risken för oavsiktliga fel undanröjs.
- Försäkringskassans handläggning av nyansökningar om assistansersättning bör centraliseras eller koncentreras till ett mindre antal platser så att tillräcklig kompetens och erfarenhet kan byggas upp. Handläggningen måste bli mera enhetlig och rättssäker. Målet om en enkel och snabb handläggning måste ges upp till förmån för krav på kvalitet och materiellt riktiga beslut.

Kostnadsutvecklingen

Utredningen har i betänkandet redovisat kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen och analyserat grundorsakerna till denna. Utredningens genomgång visar att assistansersättningen är utsatt för betydande risker att medel går till icke avsett ändamål, dels genom medvetet fusk och olika varianter av överutnyttjande och övervältring av kostnader, dels genom olika brister i utredning och handläggning vilket ökar risken för felaktiga beslut av Försäkringskassan. De åtgärder mot fusk och felaktiga utbetalningar som föreslås av utredningen är ägnade att ge snabb effekt när det gäller att motverka felaktiga utbetalningar av nu nämnt slag. Dessa åtgärder torde dock vara otillräckliga för att i högre grad påverka den långsiktiga kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen, vilken främst sammanhänger med att det genomsnittligt beviljas fler assistanstimmar per person än tidigare. Utredningen anser det alltså troligt att kostnaderna kommer att fortsätta att öka, om än i lägre grad.

Utredningen har vidare kunnat konstatera att det finns betydande regionala skillnader mellan

antal ärenden där assistansersättning nybeviljas m.m., skillnader som inte till fullo kan förklaras med förhållandena i befolkningen. Det krävs en fördjupad analys av orsakerna till dessa regionala skillnader för att adekvata åtgärder ska kunna föreslås. En sådan är inte möjlig att göra inom ramen för utredningens uppdrag. Utredningen vill dock markera vikten av att arbetet med en sådan analys skyndsamt inleds.

Utredningen presenterar vidare en modell för en alternativ konstruktion av schablonbeloppet, vilket i sin nuvarande form anses vara starkt bidragande till kostnadsutvecklingen. Modellen bygger på en tredelad ersättning, där en del relateras till lönekostnader för personlig assistans, en del till antal anställda assistenter och en del till antal brukare.

Iakttagelser och slutsatser i korthet angående kostnadsutvecklingen

- Sedan starten år 1994 har kostnaderna för assistansersättningen ökat kraftigt. Det gäller särskilt ökningen av antalet assistanstimmar per person.
- Fusk och oegentligheter förekommer i avsevärd omfattning men är av mindre betydelse för kostnadsutvecklingen än överutnyttjande och övervältring av kostnader.
- Ökningen av antalet personer som beviljats assistansersättning har till stor del varit den förväntade. Undantaget är barn i åldern 0-15 år där ökningen varit betydligt större. De äldres rätt att behålla assistansersättningen har bidragit till ökningen av antalet personer men har varit förväntad.
- Antalet timmar per person har ökat kraftigt liksom antalet personer med fler än 24 assistanstimmar per dygn (dvs. dubbel assistans) och personer med förhöjd ersättning. Ökningen är svår att förklara utifrån objektiva kriterier. Det finns stora regionala skillnader i samtliga faktorer, i vissa fall mycket kraftiga skillnader. De kan inte förklaras av strukturella skillnader.
- Kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen hänger framför allt samman med ökningen av antalet beviljade assistanstimmar per person medan ökningen av antalet personer har mindre betydelse.
- Att antalet timmar och därmed kostnaderna ökar beror främst på att

- Schablonersättningens konstruktion och beloppets nivå ger möjligheter till stora vinster per timme. Det ger starka ekonomiska drivkrafter för alla aktörer att försöka öka antalet beviljade timmar.
- Försäkringskassans interna styrning premierar snabb genomströmning av ärenden framför kontroll och uppföljning.
- Vissa bestämmelser är vagt utformade och ger utrymme för såväl olika tolkningar som glidningar i praxis.
- Det delade finansieringsansvaret mellan staten och de kommunala huvudmännen vad gäller insatser till personer med funktionsnedsättning medför kraftiga ekonomiska incitament för övervältring av kostnader till assistansersättningen.

2 Utredningens lagförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:387) om stöd och service till funktionshindrade

dels att nuvarande 9 c § ska betecknas 9 f §,

dels att 8, 9 a, 13, 23, 26, 26 f, 26 g och 27 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas sju nya bestämmelser, 9 c, 9 d, 9 e, 24, 27 b, 31 och 32 §§ samt närmast före 24 och 31 §§ nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 §¹

Insatser enligt denna lag ska ges den enskilde endast om han eller hon begär det. Om den enskilde är under 15 år eller uppenbart saknar förmåga att på egen hand ta ställning i frågan kan vårdnadshavare, god man, förmyndare eller förvaltare begära insatser för honom eller henne.

När en insats rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Den som är vårdnadshavare för ett barn som omfattas av 1 § är skyldig att tillse att barnet får den vård, habilitering och utbildning som står till buds utan hinder av att insatser begärs enligt denna lag.

9 a §²

Med personlig assistans enligt 9 § 2 avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov).

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats enligt 9 § 2 för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Som kostnad för personlig assistans enligt 9 § 2 anses inte i något fall ersättning som den enskilde själv lämnar

1. till någon som han eller hon lever i hushållsgemenskap med, eller

2. till en personlig assistent för arbete som utförts på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i

¹ Senaste lydelse 2012:480

² Senaste lydelse 2010:480

husligt arbete.

Den som har behov av mer än en personlig assistent samtidigt, har rätt till två eller flera assistenter endast om möjligheterna att få bidrag enligt lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m., eller hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), har utretts.

9 c §

Ekonomiskt stöd till kostnader för personlig assistans enligt 9 § 2 lämnas inte för assistans som utförs av

1. någon som företräder en assistansberättigad som har fyllt 18 år i egenskap av god man, förvaltare eller ombud,

2. en personlig assistent på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete,

3. en personlig assistent som inte har fyllt 18 år,

4. en personlig assistent som till följd av sjukdom, ålderdom eller liknande orsak saknar arbetsförmåga, eller

5. en personlig assistent som inte är bosatt inom Europeiska unionen (EU) eller Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

9 d §

Om den som avses arbeta som personlig assistent är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den assistansberättigade gäller som villkor för att ekonomiskt stöd till assistans ska lämnas enligt 9 § 2 att den assistansberättigade samtycker till att kommunen och Socialstyrelsen får inspektera utförandet av assistansen i hans eller hennes bostad.

Med närstående enligt första stycket avses make, sambo, barn, föräldrar, syskon samt deras makar och barn.

Första stycket gäller inte vid anställning hos kommunen.

9 e §

Den som är arbetsgivare för eller avser att anställa någon som personlig assistent ska utan anmaning lämna kommunen de uppgifter som krävs för kontroll av att förutsättningarna i 9 c och 9 d §§ är uppfyllda.

Uppgifter enligt första stycket behö-

ver inte lämnas av den som är skyldig att lämna Försäkringskassan motsvarande uppgifter enligt 51 kap. 16 b § socialförsäkringsbalken.

13 §³

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får i fråga om verksamhet enligt 9 § meddela föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. verksamhet enligt 9 §,
2. personlig assistans enligt 9 a §,
3. ersättning för personlig assistans enligt 9 c–e §§, och
4. tillståndsprövning enligt 23 §.

23 §⁴

En enskild person får inte utan tillstånd av Socialstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet med personlig assistans som avses i 9 § 2 eller sådan verksamhet som avses i 9 § 6–10.

Tillstånd att bedriva verksamhet som avses i första stycket får meddelas endast den som med hänsyn till sina personliga och ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt visar sig lämplig att bedriva sådan verksamhet.

Kommun och landsting som driver verksamhet som avses i 9 § 6–10 ska anmäla denna verksamhet till Socialstyrelsen innan verksamheten påbörjas.

Kommun och landsting som driver verksamhet med personlig assistans som avses i 9 § 2 eller sådan verksamhet som avses i 9 § 6–10 ska anmäla denna verksamhet till Socialstyrelsen innan verksamheten påbörjas.

Den som har beviljats ekonomiskt stöd för personlig assistans enligt 9 § 2 eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, och som har anställt någon för sådan personlig assistans, ska göra en anmälan till Socialstyrelsen innan assistenten påbörjar sitt arbete.

Särskilda skyldigheter vid verksamhet med personlig assistans

24 §⁵

Den som har tillstånd enligt 23 § att yrkesmässigt bedriva verksamhet med personlig assistans är skyldig att tillhandahålla all personlig assistans som en assistansberättigad behöver.

³ Senaste lydelse 2009:597.

⁴ Senaste lydelse 2010:480.

⁵ Tidigare 24 § upphävd genom 2009:597.

26 §⁶

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Tillsynen innebär även granskning av att tillståndspliktig verksamhet uppfyller förutsättningarna för tillstånd enligt 23 §.

Föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g och 26 h §§ får användas endast när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

26 f §⁷

Om Socialstyrelsen finner att det i verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, får Socialstyrelsen förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som Socialstyrelsen anser nödvändiga för att det påtalade missförhållandet ska kunna avhjälpas. Förelägandet får förenas med vite.

Socialstyrelsen får även förelägga den kommun eller det landsting som inte har fullgjort sin anmälnings-skyldighet enligt 23 § *andra* stycket att fullgöra denna skyldighet. Förelägandet får förenas med vite.

Socialstyrelsen får även förelägga den kommun eller det landsting som inte har fullgjort sin anmälnings-skyldighet enligt 23 § *tredje* stycket att fullgöra denna skyldighet. Förelägandet får förenas med vite.

26 g §⁸

Om ett missförhållande enligt 26 f § första stycket är allvarligt och Socialstyrelsens föreläggande inte följts, får Socialstyrelsen helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten. Om verksamheten inte är tillståndspliktig får Socialstyrelsen i stället helt eller delvis förbjuda fortsatt verksamhet.

Om missförhållandet innebär fara för enskildas liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt, får Socialstyrelsen utan föregående föreläggande helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten. Om verksamheten inte är tillståndspliktig får Socialstyrelsen i stället helt eller delvis förbjuda fortsatt verksamhet.

*Tillstånd att bedriva verksamhet får även återkallas om det framkommer att tillståndshavaren inte uppfyller kraven i 23 § *andra* stycket. Tillstånd att bedriva verksamhet med personlig*

⁶ Senaste lydelse 2009:597.

⁷ Senaste lydelse 2009:597.

⁸ Senaste lydelse 2009:597.

assistans får även återkallas vid överträdelse av 24 §.

27 §⁹

Beslut av en sådan nämnd som avses i 22 § eller av Socialstyrelsen får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet avser

1. insatser för en enskild enligt 9 §,
2. utbetalning till någon annan enligt 11 §,
3. återbetalning enligt 12 §,
4. förhandsbesked om rätt till insatser enligt 16 § andra eller tredje stycket,
5. tillstånd till enskild verksamhet enligt 23 §,
6. omhändertagande av personakt enligt 23 d §,
7. föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, *eller*
7. föreläggande enligt 26 c och 26 f §§,
8. återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g–26 i §§.
8. återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g–26 i §§, *eller*
9. *indragning eller nedsättning enligt 27 b §.*

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten. I fråga om överklagande av Socialstyrelsens beslut enligt 23 c § gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 6 kap. 7–11 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Beslut i frågor som avses i första stycket gäller omedelbart.

Förvaltningsrätten eller kammarrätten får dock förordna att dess beslut ska gälla först sedan det vunnit laga kraft.

27 b §

Ekonomiskt stöd till kostnader för personlig assistans får dras in eller sättas ned om den assistansberättigade utan giltig anledning bryter mot villkor enligt 9 d § om inspektion av assistansen.

Anmälningsskyldighet rörande personlig assistans

31 §

Kommunen ska anmäla till Försäkringskassan om någon som uppbär assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken beviljas boende med särskild service, daglig verksamhet, barnomsorg eller någon annan insats som påverkar behovet av personlig assistans.

Kommunen ska även anmäla till Försäkringskassan om den får kännedom om något som tyder på att assistansersättning används för annat

⁹ Senaste lydelse 2011:329.

än personlig assistans.

32 §

Kommunen ska anmäla till Socialstyrelsen om den får kännedom om något som tyder på att tillstånd enligt 23 § kan ifrågasättas.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

2.2 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken dels att 51 kap. 2, 7, 16, 19 och 20 §§ och 110 kap. 5, 14, 31, 46 och 52 §§ ska ha följande lydelse, dels att det i balken ska införas sju nya bestämmelser, 51 kap. 16a 16 c §§, 108 kap. 9 a §, 110 kap. 34 a och 42 a §§ och 114 kap. 26 a §, samt närmast före 108 kap. 9 a § och 110 kap. 34 a § nya rubriker med följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

51 kap.

2 §¹⁰

En försäkrad som omfattas av 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade kan för sin dagliga livsföring få assistansersättning för kostnader för sådan personlig assistans som avses i 9 a § samma lag.

De bestämmelser i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som avser utförandet av insatsen personlig assistans tillämpas också på personlig assistans enligt detta kapitel. Avser den personliga assistansen stöd- och serviceinsatser åt barn med funktionshinder ska bestämmelserna i lagen (2010:479) om registerkontroll av personal som utför vissa insatser åt barn med funktionshinder tillämpas.

De bestämmelser i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som avser utförandet av *och förutsättningar för* insatsen personlig assistans tillämpas också på personlig assistans enligt detta kapitel. Avser den personliga assistansen stöd- och serviceinsatser åt barn med funktionshinder ska bestämmelserna i lagen (2010:479) om registerkontroll av personal som utför vissa insatser åt barn med funktionshinder tillämpas.

7 §

Assistansersättning får inte lämnas för längre tid tillbaka än en månad före den månad när ansökan gjorts eller det kommit in en anmälan från kommunen att det kan antas att den enskilde har rätt till assistansersättning.

Om den som ansöker om assistansersättning avser att på egen bekostnad anordna personlig assistans i avvaktan på slutligt beslut i ärendet för att senare begära retroaktiv ersättning ska de uppgifter som krävs för kontroll av att förutsättningarna i 16 § är uppfyllda lämnas innan assistansen utförs. Assistansen ska därefter redovisas månadsvis till Försäkringskassan.

16 §

Som kostnad för personlig assistans anses inte ersättning som den försäkrade själv lämnar till

1. någon som han eller hon lever i

Assistansersättning lämnas inte för personlig assistans som utförs av

1. någon som företräder en försäk-

¹⁰ Senaste lydelse 2010:482.

hushållsgemenskap med, eller

2. en personlig assistent för arbete som utförts på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2 4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete.

rad som har fyllt 18 år i egenskap av god man, förvaltare eller ombud,

2. en personlig assistent på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete,

3. en personlig assistent som inte har fyllt 18 år,

4. en personlig assistent som till följd av sjukdom, ålderdom eller liknande orsak saknar arbetsförmåga, eller

5. en personlig assistent som inte är bosatt inom Europeiska unionen (EU) eller Europeiska ekonomiska samarbetet (EES).

16 a §

Om den som avses arbeta som personlig assistent är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den försäkrade gäller som villkor för att assistansersättning ska lämnas att den försäkrade samtycker till att Försäkringskassan och Socialstyrelsen får inspektera utförandet av assistansen i hans eller hennes bostad.

Med närstående enligt första stycket avses make, sambo, barn, föräldrar, syskon samt deras makar och barn.

Första stycket gäller inte vid anställning hos kommunen.

16 b §

Den som är arbetsgivare för eller avser att anställa någon som personlig assistent ska utan anmaning lämna Försäkringskassan de uppgifter som krävs för kontroll av att förutsättningarna i 16 och 16 a §§ är uppfyllda.

16 c §

Försäkringskassan kan medge undantag från 16 § första stycket 5

1. för akuta behov av assistans som uppstår då den försäkrade befinner sig utomlands, och

2. för behov av assistans till ett barn när assistansen lämnas av en förälder som är bosatt utomlands.

Ersättning enligt första stycket utges med skäligt belopp.

19 §

Utöver det som följer av 17 och 18 §§, får Försäkringskassan på begäran av den försäkrade besluta att assistansersättningen ska betalas ut till någon annan fysisk person, en juridisk person eller en kommun.

Utbetalning enligt första stycket till annan än en kommun får dock endast ske om denne har gällande tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade att yrkesmässigt bedriva verksamhet med personlig assistans.

20 §

Den försäkrade ska utan uppmaning betala tillbaka sådan ersättning som inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter. Återbetalning ska göras senast i samband med slutavräkningen enligt 15 §.

Den försäkrade och den som för den försäkrades räkning tagit emot assistansersättning ska utan uppmaning betala tillbaka sådan ersättning som inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter. Återbetalning ska göras senast i samband med slutavräkningen enligt 15 §.

Om återbetalning inte görs får Försäkringskassan besluta om återbetalning enligt bestämmelserna i 108 kap.

108 kap.*Assistansersättning***9 a §**

Har assistansersättning lämnats felaktigt eller med för högt belopp, kan Försäkringskassan besluta om återkrav av beloppet, förutom från den försäkrade, även från vårdnadshavare, annan ställföreträdare för den försäkrade eller den till vilken assistansersättning betalats ut enligt 51 kap. 19 §. Återkrav mot annan än den försäkrade får dock uppgå till högst det belopp som tagits emot för den försäkrades räkning.

110 kap.**5 §**

Ansökan om förlängt underhållsstöd enligt 18 kap. 6 § ska göras av den studerande själv, även om han eller hon ännu inte har fyllt 18 år.

Beträffande äldreförsörjningsstöd och bostadstillägg ska, om den försäkrade är gift, uppgifter om faktiska förhållanden lämnas på heder och samvete även av den försäkrades make.

Beträffande assistansersättning ska, i de fall uppgifter lämnas av den försäkrades vårdnadshavare, gode man, förvaltare eller ombud, uppgifter om faktiska förhållanden lämnas på heder och samvete även av dessa.

När det gäller bostadsbidrag ska ett barn som avses i 96 kap. 4 § och som är över 18 år på ansökningshandlingen självt intyga de uppgifter som rör barnet, om det inte finns särskilda skäl mot det.

14 §

När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk får den handläggande myndigheten

- | | |
|--|---|
| <p>1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,</p> <p>2. besöka den försäkrade,</p> <p>3. begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt</p> <p>4. begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämnings möte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.</p> | <p>1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, <i>anordnare av personlig assistans</i>, eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,</p> <p>4. begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämnings möte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga, <i>behov av hjälp i den dagliga livsföringen</i> samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.</p> |
|--|---|

31 §

Myndigheter, arbetsgivare och uppdragsgivare samt försäkringsinrättningar ska på begäran lämna Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av denna balk.

Arbetsgivare och uppdragsgivare är även skyldiga att lämna sådana uppgifter om arbetet och arbetsförhållandena som behövs i ett ärende om arbetsskadeförsäkring.

Myndigheter, arbetsgivare, uppdragsgivare, *anordnare av personlig assistans* samt försäkringsinrättningar ska på begäran lämna Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av denna balk.

Skatteverket

34 a §

Skatteverket ska på begäran lämna Försäkringskassan de uppgifter som behövs för kontroll i ärenden om assistansersättning.

42 a §

Försäkringskassan ska anmäla till Socialstyrelsen om den får kännedom om något som tyder på att tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas.

46 §

Den som ansöker om, har rätt till eller annars får en förmån enligt denna balk ska anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen.

Det som anges i första stycket kan avse

1. bosättning i Sverige eller utlandsvistelse,
2. bostadsförhållanden,
3. civilstånd, vårdnad och sammanboende med vuxen eller barn,
4. hälsotillstånd, 4. hälsotillstånd och sjukhusvård,
5. förvärvsarbete i Sverige eller utomlands,
6. arbetsförmåga,
7. inkomstförhållanden,
8. förmögenhetsförhållanden, *och* 8. förmögenhetsförhållanden,
9. utländsk socialförsäkringsförmån. 9. utländsk socialförsäkringsförmån, *och*

10. daglig verksamhet, barnomsorg, eller annan liknande insats.

Anmälningskyldigheten enligt första stycket gäller också den till vilken assistansersättning betalats ut enligt 51 kap. 19 § samt vårdnadshavare, god man eller förvaltare för den försäkrade.

Anmälan behöver inte göras om den handläggande myndigheten har kännedom om ändringen och därför saknar behov av en anmälan.

52 §

Ersättning enligt denna balk får dras in eller sättas ned om den försäkrade eller den som annars får ersättningen

1. medvetet eller av grov vårdslöshet har lämnat oriktig eller vilseledande uppgift,
2. inte har lämnat uppgift enligt 13 §, *eller* 2. inte har lämnat uppgift enligt 13 §,
3. inte har anmält ändrade förhållanden enligt 46, 47, 50 och 51 §§. 3. inte har anmält ändrade förhållanden enligt 46, 47, 50 och 51 §§, *eller*

4. utan giltig anledning bryter mot villkor enligt 51 kap. 16 a § om inspektion av assistansen.

114 kap.

26 a §

Personuppgifter i socialförsäkringsdatabasen som behövs för att möjliggöra kontroll i ärenden om assistansersättning får lämnas ut på medium för automatiserad behandling.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

3 Remissinstanser till SOU 2012:6

Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Göta hovrätt, Kammarrätten i Sundsvall, Förvaltningsrätten i Falun, Förvaltningsrätten i Växjö, Justitiekanslern, Domstolsverket, Åklagarmyndigheten, Ekobrottsmyndigheten, Rikspolisstyrelsen, Brottsförebyggande rådet, Datainspektionen, Kommerskollegium, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Barnombudsmannen, Inspektionen för socialförsäkringen, Statskontoret, Ekonomistyrningsverket, Skatteverket, Regelrådet, Arbetsförmedlingen, Diskrimineringsombudsmannen, Arbetsmiljöverket, Lunds universitet, Linnéuniversitetet, Malmö högskola, Bollnäs kommun, Borgholms kommun, Båstads kommun, Forshaga kommun, Grums kommun, Göteborgs kommun, Hedemora kommun, Hörby kommun, Lycksele kommun, Malmö kommun, Norsjö kommun, Nyköpings kommun, Piteå kommun, Sigtuna kommun, Skellefteå kommun, Skinnskattebergs kommun, Skurups kommun, Stockholms kommun, Strömsunds kommun, Svenljunga kommun, Tanums kommun, Åmåls kommun, Årjängs kommun, Öckerö kommun,

Övertorneå kommun, Västmanlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Skåne läns landsting, Östergötlands läns landsting, Hjälpmedelsinstitutet, Sveriges Kommuner och Landsting, Handikappförbunden, Lika Unika – Federationen mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Autism- och Aspergerförbundet, DHR, FUB – för barn och unga och vuxna med utvecklingsstörning, Förbundet Sveriges Dövblinda, Föreningen JAG, Independent Living Institute, Intressegruppen för Assistansberättigade, Neurologiskt Handikappades Riksförbund, Personskadeförbundet RTP, Riksförbundet Attention, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, STIL, Arbetsgivarföreningen – KFO, Assistansanordnarna, Vårdföretagarna Almega, Kommunala Företagens Samorganisation – KFS, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Föreningen Sveriges socialchefer, Svenska kommunalarbetsförbundet, Tjänstemännens centralorganisation, Sveriges akademikers centralorganisation, Föreningen Sveriges överförmyndare

4 Lagrådsremissens lagförslag

4.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

dels att nuvarande 9 c § ska betecknas 9 e §,

dels att 9 a, 13, 15, 23, 26, 26 f, 26 g och 27 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas fyra nya paragrafer, 9 c, 9 d, 11 a och 24 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 a §¹

Med personlig assistans enligt 9 § 2 avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov).

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats enligt 9 § 2 för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Som kostnad för personlig assistans enligt 9 § 2 anses inte i något fall ersättning som den enskilde själv lämnar

1. till någon som han eller hon lever i hushållsgemenskap med, eller

2. till en personlig assistent för arbete som utförts på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete.

Den som har behov av mer än en personlig assistent samtidigt, har rätt till två eller flera assistenter endast om möjligheterna att få bidrag enligt lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m., eller hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), har utretts.

9 c §²

När ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 har beviljats och assistans utförs av någon som är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den insatsberättigade och som inte är anställd av kommunen, ska

1. kommunen få besöka den insatsberättigade när det behövs för bedömningen av rätten till eller

¹ Senaste lydelse 2010:480.

² Senaste lydelse av tidigare 9 c § 2000:1441.

behovet av insatsen eller i övrigt för tillämpningen av denna lag, och

2. Socialstyrelsen få tillträde till bostaden för att inspektera assistansen enligt 26 d §.

Vid inspektion enligt första stycket 2 gäller inte 26 e §. Om en myndighet vid upprepade tillfällen utan giltig anledning vägras besök eller inspektion enligt första stycket, får det ekonomiska stödet enligt 9 § 2 dras in eller sättas ned. För att stödet ska få dras in eller sättas ned krävs att den insatsberättigade har informerats om denna påföljd.

Med närstående enligt första stycket avses make, sambo, barn, förälder och syskon samt deras makar, sambor och barn.

9 d §

Som kostnad för personlig assistans enligt 9 § 2 anses inte ersättning för assistans som utförs av någon

1. som inte har fyllt 18 år,
2. som är bosatt utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet,
3. som till följd av sjukdom, ålderdom eller liknande orsak saknar förmåga att utföra arbete som personlig assistent, eller

4. på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete, 5–10 b §§ arbetstidslagen (1982:673) eller kollektivavtal som uppfyller kraven i 3 § arbetstidslagen.

11 a §

Den som är arbetsgivare för eller uppdragsgivare åt en personlig assistent ska lämna följande uppgifter till kommunen:

1. Uppgifter som visar om assistenten är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den insatsberättigade, om assistenten har fyllt 18 år och om assistenten är bosatt inom eller utanför EES-området. Uppgifterna ska lämnas innan assistansen börjar utföras och vid ändrade förhållanden.

2. Uppgifter som visar den arbetstid som assistenten har arbetat hos en insatsberättigad. Uppgifterna ska lämnas månadsvis i efterhand.

3. Uppgifter som visar att något förhållande som anges i 9 d § 3 inte föreligger. Uppgifterna ska lämnas på begäran av kommunen.

13 §³

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får i fråga om verksamhet enligt 9 § meddela föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgiftsskyldigheten enligt 11 a § och om tillstånd enligt 23 §.

15 §⁴

Till kommunens uppgifter hör att

1. fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är,

2. verka för att personer som anges i 1 § får sina behov tillgodosedda,

3. informera om mål och medel för verksamheten enligt denna lag,

4. medverka till att personer som anges i 1 § får tillgång till arbete eller studier,

5. verka för att det allmänna fritids- och kulturutbudet blir tillgängligt för personer som anges i 1 §,

6. anmäla till överförmyndaren dels när en person som omfattas av 1 § kan antas behöva förmyndare, förvaltare eller god man, dels när ett förmynderskap, förvaltarskap eller godmanskap bör kunna upphöra,

7. samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder, samt

8. anmäla till Försäkringskassan när någon som har ansökt om biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans enligt 9 § 2 kan antas ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.

6. anmäla till överförmyndaren dels när en person som omfattas av 1 § kan antas behöva förmyndare, förvaltare eller god man, dels när ett förmynderskap, förvaltarskap eller godmanskap bör kunna upphöra,

7. samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder,

8. anmäla till Försäkringskassan när någon som har ansökt om biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans enligt 9 § 2 kan antas ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken,

9. anmäla till Försäkringskassan om någon som får assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken

³ Senaste lydelse 2009:597.

⁴ Senaste lydelse 2010:480.

beviljas boende med särskild service, daglig verksamhet, barnomsorg eller någon annan insats som kan påverka behovet av personlig assistans,

10. anmäla till Försäkrings-kassan om det finns anledning att anta att assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken används för annat än köp av personlig assistans eller kostnader för personliga assistenter, och

11. anmäla till Socialstyrelsen om det finns anledning att anta att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas.

23 §⁵

En enskild person får inte utan tillstånd av Socialstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet med personlig assistans som avses i 9 § 2 eller *sådan* verksamhet som avses i 9 § 6–10.

En enskild person får inte utan tillstånd av Socialstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet med personlig assistans som avses i 9 § 2 eller verksamhet som avses i 9 § 6–10.

Tillstånd att bedriva verksamhet som avses i första stycket får meddelas endast den som med hänsyn till sina ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt visar sig lämplig att bedriva sådan verksamhet. I fråga om en juridisk person ska lämplighetsprövningen även avse

1. den verkställande direktören och annan som genom en ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten,

2. de styrelseledamöter och styrelsesuppleanter som till följd av eget eller närståendes ekonomiska intresse har en väsentlig gemenskap med den juridiska personen, som är grundad på andelsrätt eller därmed jämförligt ekonomiskt intresse, och

3. bolagsmännen i kommanditbolag eller andra handelsbolag.

Kommun och landsting som driver verksamhet som avses i 9 § 6–10 ska anmäla denna verksamhet till

Kommun och landsting som *ska* bedriva verksamhet som avses i första stycket ska anmäla denna verksamhet

⁵ Senaste lydelse 2010:480

Socialstyrelsen innan verksamheten påbörjas. till Socialstyrelsen innan verksamheten påbörjas.

Den som har beviljats ekonomiskt stöd för personlig assistans enligt 9 § 2 eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, och som har anställt någon för sådan personlig assistans, ska göra en anmälan till Socialstyrelsen innan assistenten påbörjar sitt arbete.

24 §⁶

Den som har meddelats tillstånd enligt 23 § och som har anlitats för att utföra personlig assistans åt en enskild, är skyldig att tillhandahålla all den assistans för vilken den enskilde har beviljats ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Detta gäller dock inte om det finns särskilda skäl.

26 §⁷

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g och 26 h §§ får användas endast när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. *Tillsynen innebär även granskning av att den som har meddelats tillstånd enligt 23 § fortfarande uppfyller lämplighetskravet i 23 § andra stycket.*

Föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g § första och andra styckena och 26 h § får användas endast när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

26 f §⁸

Om Socialstyrelsen finner att det i verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, får Socialstyrelsen förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som Socialstyrelsen anser nödvändiga för att det påtalade missförhållandet ska kunna avhjälpas. Föreläggandet får förenas med vite.

Socialstyrelsen får även förelägga den kommun eller det landsting som

Socialstyrelsen får även förelägga den kommun eller det landsting som

⁶ Tidigare 24 § upphävd genom 2009:597.

⁷ Senaste lydelse 2009:597.

⁸ Senaste lydelse 2009:597.

inte har fullgjort sin anmälnings-skyldighet enligt 23 § *andra* stycket att fullgöra denna skyldighet. Föreläggandet får förenas med vite.

inte har fullgjort sin anmälnings-skyldighet enligt 23 § *tredje* stycket att fullgöra denna skyldighet. Föreläggandet får förenas med vite.

26 g §⁹

Om ett missförhållande enligt 26 f § första stycket är allvarligt och Socialstyrelsens föreläggande inte följts, får Socialstyrelsen helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten. Om verksamheten inte är tillståndspliktig får Socialstyrelsen i stället helt eller delvis förbjuda fortsatt verksamhet.

Om missförhållandet innebär fara för enskildas liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt, får Socialstyrelsen utan föregående föreläggande helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten. Om verksamheten inte är tillståndspliktig får Socialstyrelsen i stället helt eller delvis förbjuda fortsatt verksamhet.

Ett tillstånd att bedriva verksamhet får även återkallas om tillståndshavaren inte kan anses lämplig enligt 23 § andra stycket eller inte tillhandahåller assistans enligt 24 §.

27 §¹⁰

Beslut av en sådan nämnd som avses i 22 § eller av Socialstyrelsen får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet avser

- | | |
|---|---|
| 1. insatser för en enskild enligt 9 §, | |
| 2. utbetalning till någon annan enligt 11 §, | |
| 3. återbetalning enligt 12 §, | |
| 4. förhandsbesked om rätt till insatser enligt 16 § andra eller tredje stycket, | |
| 5. tillstånd till enskild verksamhet enligt 23 §, | |
| 6. omhändertagande av personakt enligt 23 d §, | |
| 7. föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, <i>eller</i> | 7. föreläggande enligt 26 c och 26 f §§, |
| 8. återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g–26 i §§. | 8. återkallelse av tillstånd och förbud enligt 26 g–26 i §§, <i>eller</i> |
| | 9. <i>indragning eller nedsättning av ekonomiskt stöd enligt 9 c § andra stycket.</i> |

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

I fråga om överklagande av Socialstyrelsens beslut enligt 23 c § gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 6 kap. 7–11 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Beslut i frågor som avses i första stycket gäller omedelbart.

Förvaltningsrätten eller kammarrätten får dock förordna att dess beslut ska gälla först sedan det vunnit laga kraft.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

2. Föreskrifterna i 9 c och 9 d §§ tillämpas inte när en personlig assistent har anställts före ikraftträdandet.

⁹ Senaste lydelse 2009:597.

¹⁰ Senaste lydelse 2011:329.

4.2 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 51 kap. 7, 11, 16, 19 och 20 §§, 110 kap. 1, 5, 14, 31, 46 och 58 §§ samt 114 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det i balken ska införas sju nya paragrafer, 51 kap. 16 a och 24 §§, 108 kap. 9 a §, 110 kap. 34 a, 42 a och 57 a §§ och 114 kap. 26 a §, samt närmast före 51 kap. 24 §, 108 kap. 9 a §, 110 kap. 34 a och 57 a § nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

51 kap.

7 §

Assistansersättning får inte lämnas för längre tid tillbaka än en månad före den månad när ansökan gjorts eller det kommit in en anmälan från kommunen att det kan antas att den enskilde har rätt till assistansersättning.

Assistansersättning får inte lämnas för längre tid tillbaka än en månad före den månad när ansökan gjorts eller det kommit in en anmälan från kommunen att det kan antas att den enskilde har rätt till assistansersättning. *Assistansersättning som avser assistans som utförs innan beslut har fattats i ett ärende lämnas endast om den enskilde månadsvis under handläggningstiden redovisar att assistansen utförs i enlighet med kraven och förutsättningarna i denna balk.*

11 §

För varje år bestäms med vilket belopp per timme som assistans-ersättning lämnas. Beloppet ska bestämmas som ett schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om schablonbeloppet.

Om det finns särskilda skäl kan ersättning till en försäkrad efter ansökan lämnas med ett högre belopp än det årliga schablonbeloppet. Ersättningen får dock inte överstiga schablonbeloppet med mer än 12 procent.

Assistansersättning som betalas ut enligt 16 § andra stycket lämnas med skäligt belopp.

16 §

Som kostnad för personlig assistans anses inte ersättning som den försäkrade själv lämnar till

1. någon som han eller hon lever i hushållsgemenskap med, eller

2. en personlig assistent för arbete som utförts på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete.

Assistansersättning enligt 14 § betalas inte ut om assistansen har utförts av någon

1. som inte har fyllt 18 år,

2. på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2–4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete, 5–10 b §§ arbetstidslagen (1982:673) eller kollekt-

tivavtal som uppfyller kraven i 3 § arbetstidslagen, eller

3. som till följd av ålderdom, sjukdom eller liknande orsak saknar förmåga att utföra arbete som personlig assistent.

Om assistansen har utförts av någon som är bosatt utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, betalas assistansersättning ut enligt 14 § endast om det finns särskilda skäl.

16 a §

När assistansersättning har beviljats och assistansen utförs av någon som är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den försäkrade och som inte är anställd av kommunen ska Socialstyrelsen få tillträde till bostaden för att inspektera assistansen enligt 26 d § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vid sådan inspektion gäller inte 26 e § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Med närstående enligt första stycket avses make, sambo, barn, förälder och syskon samt deras makar, sambor och barn.

19 §

Utöver det som följer av 17 och 18 §§, får Försäkringskassan på begäran av den försäkrade besluta att assistansersättningen ska betalas ut till *någon annan fysisk person, en juridisk person eller en kommun.*

Utöver det som följer av 17 och 18 §§, får Försäkringskassan på begäran av den försäkrade besluta att assistansersättningen ska betalas ut till *en kommun eller till någon annan som har tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade att bedriva verksamhet med personlig assistans.*

20 §

Den försäkrade ska utan uppmaning betala tillbaka sådan ersättning som inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter. Återbetalning ska göras senast i samband med slutavräkningen enligt 15 §.

Den försäkrade eller den som för den försäkrades räkning tagit emot assistansersättning ska utan uppmaning betala tillbaka sådan ersättning som inte har använts för köp av personlig assistans eller för kostnader för personliga assistenter. Återbetalning ska göras senast i samband med slutavräkningen enligt

15 §. Om det inte finns särskilda skäl, ska ersättningen betalas tillbaka av den försäkrades förmyndare i stället för av den försäkrade om denne är under 18 år. Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för skyldigheten.

Om återbetalning inte görs får Försäkringskassan besluta om återbetalning enligt bestämmelserna i 108 kap.

Uppgiftsskyldighet

24 §

Den som är arbetsgivare för eller uppdragsgivare åt en per-sonlig assistent ska lämna följande uppgifter till Försäkringskassan:

1. Uppgifter som visar om assistenten är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den assistansberättigade, om assistenten har fyllt 18 år och om assistenten är bosatt inom eller utanför EES-området. Uppgifterna ska lämnas innan assistansen börjar utföras och vid ändrade förhållanden.

2. Uppgifter som visar den arbetstid som assistenten har arbetat hos en assistansberättigad. Uppgifterna ska lämnas månadsvis i efterhand.

3. Uppgifter som visar att något förhållande som anges i 16 § första stycket 3 inte föreligger. Uppgifterna ska lämnas på begäran av Försäkringskassan.

108 kap.

Assistansersättning

9 a §

När det gäller återbetalning av ersättning enligt 2 § får Försäkringskassan besluta om återkrav av assistansersättning även från den försäkrades förmyndare, annan ställföreträdare eller den till vilken ersättningen har betalats ut enligt 51 kap. 19 §.

Återkrav mot någon annan än den försäkrade får uppgå till högst det belopp som tagits emot för den försäkrades räkning.

Om det inte finns särskilda skäl, ska hela beloppet återkrävas från den försäkrades förmyndare i stället för från den försäkrade, om denne är under 18 år. Om det finns flera förmyndare, svarar de solidariskt för återkravet.

110 kap.

1 §

I detta kapitel finns bestämmelser om

- tillämpningsområdet i 2 och 3 §§,
- ansökan och anmälan m.m. i 4–12 §§,
- utredning och uppgiftsskyldighet i 13–30 §§,
- uppgiftsskyldighet för andra än parter i 31–37 §§,
- bevisupptagning rörande arbetsskada m.m. vid allmän domstol i 38 §,
- undantag från sekretess i 39–42 §§, – undantag från sekretess i 39–42 a §§,
- anmälan om bosättning eller arbete i Sverige i 43–45 §§,
- skyldighet att anmäla ändrade förhållanden i 46–51 §§, och
- indragning och nedsättning av ersättning i 52–58 §§.

Lydelse enligt prop. 2011/12:152

Föreslagen lydelse

5 §

Ansökan om förlängt underhållsstöd enligt 18 kap. 6 § ska göras av den studerande själv, även om han eller hon ännu inte har fyllt 18 år. En sådan underårig studerande ska också själv lämna de uppgifter som behövs för att bedöma rätten till fortsatt barnpension, efterlevandestöd och barnlivränta enligt 78 kap. 5 §, 79 kap. 2 § respektive 88 kap. 4 §.

Beträffande äldreförsörjningsstöd och bostadstillägg ska, om den försäkrade är gift, uppgifter om faktiska förhållanden lämnas på heder och samvete även av den försäkrades make.

När det gäller assistansersättning ska, i de fall uppgifter lämnas av ett ombud, uppgifter om faktiska förhållanden lämnas på heder och samvete även av ombudet.

När det gäller bostadsbidrag ska ett barn som avses i 96 kap. 4 § och som är över 18 år på ansökningshandlingen självt intyga de uppgifter som rör barnet, om det inte finns särskilda skäl mot det.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

14 §

När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk får den handläggande myndigheten

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter, 2. besöka den försäkrade, | <ol style="list-style-type: none"> 1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, anordnare av personlig assistans, eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter, |
|--|--|

3. begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt

4. begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

4. begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, *behov av hjälp i den dagliga livsföringen* samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

31 §

Myndigheter, arbetsgivare och uppdragsgivare samt försäkringsinrättningar ska på begäran lämna Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av denna balk.

Myndigheter, arbetsgivare och uppdragsgivare, *anordnare av personlig assistans* samt försäkringsinrättningar ska på begäran lämna Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av denna balk.

Arbetsgivare och uppdragsgivare är även skyldiga att lämna sådana uppgifter om arbetet och arbetsförhållandena som behövs i ett ärende om arbetsskadeförsäkring.

Skatteverket

34 a §

Skatteverket ska på Försäkringskassans begäran lämna sådana uppgifter om personliga assistenter och dem som bedriver yrkesmässig verksamhet med personlig assistans som behövs för Försäkringskassans kontroll av användningen av assistansersättning.

42 a §

Försäkringskassan ska anmäla till Socialstyrelsen om det finns anledning att anta att lämpligheten för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas när det gäller någon som har tillstånd enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

46 §

Den som ansöker om, har rätt till eller annars får en förmån enligt denna balk ska anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen.

Det som anges i första stycket kan avse

1. bosättning i Sverige eller utlandsvistelse,
2. bostadsförhållanden,
3. civilstånd, vårdnad och sammanboende med vuxen eller barn,
4. hälsotillstånd,
5. förvärvsarbete i Sverige eller utomlands,
6. arbetsförmåga,
7. inkomstförhållanden,
8. förmögenhetsförhållanden, och
9. utländsk socialförsäkringsförmån.

Anmälan som gäller assistansersättning ska även göras av den till vilken assistansersättning har betalats ut enligt 51 kap. 19 §, om denne har kännedom om de ändrade förhållandena.

Anmälan behöver inte göras om den handläggande myndigheten har kännedom om ändringen och därför saknar behov av en anmälan.

Vägran att medverka till besök eller inspektion

57 a §

Assistansersättning får dras in eller sättas ned om den försäkrade vid upprepade tillfällen utan giltig anledning vägrar att medverka till

1. besök enligt 14 § 2 när assistansen utförs av någon som är närstående till eller lever i hushållsgemenskap med den försäkrade och som inte är anställd av kommunen, eller

2. inspektion av Socialstyrelsen enligt 51 kap. 16 a §.

58 §

För att ersättning ska få dras in eller sättas ned på grund av att den försäkrade vägrar att delta vid avstämningsmöte enligt 14 § 4 eller behandling eller rehabilitering enligt 57 §, krävs att den försäkrade har informerats om denna påföljd.

För att ersättning ska få dras in eller sättas ned på grund av att den försäkrade vägrar att delta vid avstämningsmöte enligt 14 § 4 eller behandling eller rehabilitering enligt 57 §, *eller vägrar att medverka till besök eller inspektion enligt 57 a §*, krävs att den försäkrade har informerats om denna påföljd.

114 kap.

1 §

I detta kapitel finns allmänna bestämmelser i 2–5 §§.

Vidare finns bestämmelser om

- personuppgiftslagen och personuppgiftsansvar i 6 §,
- ändamål för behandling av personuppgifter i 7–10 §§,
- behandling av känsliga personuppgifter m.m. i 11–13 §§,
- behandling av personuppgifter i socialförsäkringsdatabasen i 14–16 §§,
- tilldelning av behörighet i 17 §,
- direktåtkomst i 18–23 §§,
- utlämnande på medium för automatisk behandling i 24–26 §§, – utlämnande på medium för automatisk behandling i 24–26 a §§,
- sökbegrepp i 27 och 28 §§,
- överföring av personuppgifter till tredje land i 29 §,
- information i 30 §,
- gallring i 31 §,
- avgifter i 32 §,
- rättelse och skadestånd i 33 §,
- kontrollverksamhet i 34 §,
- tystnadsplikt i 35 §, och
- överklagande i 36 §.

26 a §

Personuppgifter i socialförsäkringsdatabasen som behövs för att möjliggöra kontroll av användningen av assistansersättning får lämnas ut på medium för automatiserad behandling.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.
 2. Föreskrifterna i 51 kap. 16 och 16 a §§ samt 110 kap. 53 § andra stycket ska inte tillämpas när en personlig assistent har anställts före ikraftträdandet.

5 Lagrådets yttrande

Utdrag ur protokoll vid sammanträde
2012-06-20

Närvarande: F.d. justitieråden Marianne Eliason och Peter Kindlund samt justitierådet Kerstin Calissendorff.

Ökad säkerhet vid beslut om och utbetalning av assistansersättning

Enligt en lagrådsremiss den 7 juni 2012 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
2. lag om ändring i socialförsäkringsbalken.

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av kanslirådet Christina Fredin.

Förslagen föranleder följande yttrande av *Lagrådet*:

Förslaget till lag om ändring i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

13 §

I bestämmelsen föreslås att det ska införas ett nytt bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om uppgiftsskyldighet enligt 11 a § och om tillstånd enligt 23 §.

Som bestämmelsen har formulerats ger den närmast intrycket att det är fråga om verkställighetsföreskrifter och bemyndigandet är då onödigt. Det har dock vid föredragningen upplysts att avsikten är att regeringen ska få besluta ytterligare villkor för tillstånden utöver de som framgår av bestämmelsen. Lagrådet anser att bestämmelsen bör förtydligas.

15 §

I punkten 9 föreslås en skyldighet för kommunen att anmäla till Försäkringskassan att den assistansberättigade har beviljats en insats (t.ex. barnomsorg) som kan påverka behovet av personlig assistans. Det rör sig om sådana ändrade förhållanden som den assistansberättigade själv har att anmäla till Försäkringskassan och som denne även fortsättningsvis ska vara skyldig att anmäla. Förslaget motiveras av att den enskildes anmälningsskyldighet visat sig inte vara tillräcklig och att det är mycket

vanligt att anmälningsskyldigheten inte efterföljs.

Genom bidragsbrottslagen (2007:612) kom straffansvaret för underlåtenhet att fullgöra anmälningsskyldighet avseende ändrade förhållanden till direkt uttryck i strafflagstiftningen. I förarbetena till bidragsbrottslagen anges att det med hänsyn till välfärdssystemets funktionssätt är nödvändigt att förmånstagare tar ett ansvar för att anmälan sker vid ändrade förhållanden (prop. 2006/07:80 s. 50). I motiveringen till det nu lämnade förslaget behandlas inte frågan om i vilken mån kommunens anmälningsskyldighet har betydelse vid tillämpningen av 2 och 4 §§ bidragsbrottslagen (bidragsbrott och vårdslöst bidragsbrott). Bestämmelserna reglerar bl.a. straffansvar vid medveten underlåtenhet samt medvetet oaktsam underlåtenhet att fullgöra en föreskriven anmälningsskyldighet.

Bidragsbrottet är konstruerat som ett s.k. äkta underlåtenhetsbrott med ett farerekvisit. Uppbyggnaden av Försäkringskassans kontrollsystem är av avgörande betydelse för farerekvisitets tillämpning. Även bedömningen av den anmälningsskyldiges uppsåt, av om denne varit oaktsam och av klandervärdeheten av en underlåtenhet kan tänkas påverkas av att kommunen har en uppgiftsskyldighet som är parallell med den enskildes anmälningsskyldighet.

Vid föredragningen har upplysts att uppgiftsskyldighet till Försäkringskassan för en kommun avseende en försäkrads ändrade förhållanden är en nyhet. Genom att kommuner samt, genom förslaget till ändring av 110 kap. 46 § socialförsäkringsbalken, även den som har tillstånd att bedriva verksamhet med personlig assistans åläggs en anmälningsskyldighet för förändrade förhållanden vidgas tillämpningsområdet för bidragsbrottslagen. Lagrådet anser att konsekvensen för straffbarheten av underlåten uppgiftsskyldighet både såvitt avser den försäkrade som de som nu kommer att åläggas en anmälningsskyldighet närmare bör övervägas vid den fortsatta beredningen.

24 §

Lagrådet anser att bestämmelsen skulle vinna i tydlighet om andra meningen utformades enligt följande:

Detta gäller dock inte om tillståndshavaren har särskilda skäl för att inte tillhandahålla all assistans.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Se vad Lagrådet anför i anslutning till ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till lagen om ändring i socialförsäkringsbalken.

Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

110 kap. 46 §

Vad som angetts ovan under 15 § lagen om ändring i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade gäller även förslaget i denna paragraf.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Båda förslagen till lagändringar avses träda i kraft den 1 januari 2013. Förslagen innehåller en övergångsbestämmelse som undantar en tillämpning av de föreslagna bestämmelserna 9 c och 9 d §§ i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade respektive 51 kap. 16 och 16 a §§ i socialförsäkringsbalken i de fall då en personlig assistent har anställts före ikraftträdandet. Skälet anges i motiven vara att anställningsavtal som redan har ingåtts inte ska påverkas av de nya reglerna.

Den inskränkning som nu föreslås i möjligheten att som personlig assistent anlita en person som är under 18 år, liksom en person som är bosatt utanför EES, skulle utan tvivel kunna komma att påverka ett befintligt anställningsavtal. Lagrådet ställer sig dock tveakande till att i vart fall detta skäl även kan anses gälla för att undanta en tillämpning av de föreslagna föreskrifterna i 9 c § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och 51 kap. 16 § socialförsäkringsbalken. De nämnda bestämmelserna gäller införande av en möjlighet även för kommunen (jfr 110 kap. 14 § 2 beträffande motsvarande möjlighet för Försäkringskassan) att besöka den assistansberättigade och av en möjlighet att sätta ned eller dra in assistansersättningen om den berättigade vägrar medge besök eller inspektion av kommunen eller Socialstyrelsen.

Lagrrådet ifrågasätter vidare såväl behovet som lämpligheten av att – i de fall en personlig assistent anställts före den 1 januari 2013 – undanta tillämpningen av föreskrifterna om att ersättning för personlig assistans inte ska anses som en kostnad om den som utför assistansen saknar förmåga att utföra arbetet på grund av sjukdom, ålderdom eller annan liknande orsak

eller om arbetstiden överstiger den tid som är tillåten enligt redan nu gällande lagar och kollektivavtal härom. Det kan i detta sammanhang erinras om att arbetstidslagstiftningen, med beaktande av de undantag som regleras i denna, är tvingande och att det är straffbart att anlita en arbetstagare i strid med vissa bestämmelser i arbetstidslagen (1982:673) och att ett avtal om arbetstid utöver vad som är tillåtet kan anses vara ogiltigt (3 § fjärde stycket); jfr beträffande lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete Arbetsmiljöverkets möjlighet att förelägga en arbetsgivare att vidta rättelse. Härtill kommer att ersättning för kostnad för arbete som utförts på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2-4 §§ lagen om arbetstid m.m. i husligt arbete redan nu enligt 9 a § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och 51 kap. 16 § 2 socialförsäkringsbalken inte ska anses som kostnad för personlig assistans. Det förefaller då saknas skäl för att, i vart fall av det skäl som angetts för förslaget till övergångsbestämmelse, undanta en tillämpning av de – i detta avseende – endast flyttade bestämmelserna.

Lagrrådet förordar att de ovan behandlade frågorna övervägs närmare under den fortsatta beredningen.