

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 23 juni 1999 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en organisationskommitté med uppgift att föreslå en ombildning av Folkhälsoinstitutet till en myndighet med tydligare uppgifter av stabskaraktär på folkhälsoområdet.

Med stöd av bemyndigandet förordnade chefen för Socialdepartementet, Lars Engqvist, förhandlingsdirektören Iréne Nilsson Carlsson till ordförande i Organisationskommittén. Till huvudsekreterare i utredningen utsågs civilingenjören Mocki Hägg och till sekreterare utsågs departementssekreteraren Maj Sølvesdotter.

Sakkunniga i utredningen har varit direktören Hans Agnéus, Alkoholinspektionen, avdelningsdirektören Margareta Axén Andersson, Statskontoret, utredaren Karin Berensson, Landstingsförbundet, kemisten Conny Eklund, Läkemedelsverket, departementssekreteraren Maria Enggren, Socialdepartementet, länsöverdirektören Bo Hansson, Länsstyrelsen i Stockholms län, direktören Björn Hibell, Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning, kanslirådet Gert Knutsson, Socialdepartementet, stabschefen Bosse Pettersson, Folkhälsoinstitutet, överdirektören Nina Rehnqvist, Socialstyrelsen, sektionschefen Anita Sundin, Svenska Kommunförbundet och departementssekreteraren Marianne Kling, Justitiedepartementet. Expert i kommittén har varit professorn Finn Diderichsen, Karolinska Institutet.

Arbetet har bedrivits under benämningen Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet.

Organisationskommittén överlämnar härmed slutbetänkandet Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (SOU 2000:57).

Stockholm den 31 maj 2000

Iréne Nilsson Carlsson

*/Mocki Hägg
Maj Sølvesdotter*

Innehåll

Sammanfattning	9
Författningsförslag	15
1 Utredningens arbete	19
1.1 Direktiven	19
1.2 Begreppet stabsuppgifter	21
1.3 Metoder för utredningsarbetet	23
2 Aktuella utredningar och propositioner	25
2.1 HSU 2000	25
2.2 Nationella folkhälsokommittén	27
2.3 Smittskyddskommittén	28
2.4 Alkoholutredningen	29
2.5 Privat införsel av alkoholdrycker m.m.	31
2.6 Statskontorets rapport Samordning mot droger	31
2.7 Vissa alkoholfrågor m.m.	32
2.8 Oberoende alkoholsamarbetet – OAS	33
2.9 Narkotikakommissionen	34
2.10 Barnombudsmansutredningen	36
2.11 Finansiering av forskning och utveckling	36
2.12 Statsbidragskommittén	38
2.13 Valfärdsbokslutskommittén	39
3 Styrning av folkhälsoområdet	41
3.1 Politiska mål, riktlinjer och prioriteringar	41
3.1.1 De nationella folkhälsomålen	41
3.1.2 Lagar, förordningar och propositioner	45
3.2 Styrning av statliga myndigheter	47
3.2.1 Principer och styrformer	47
3.2.2 Regelstyrning	48

3.2.3	Organisationsstyrning	49
3.2.4	Utnämningmakten	49
3.2.5	Informell styrning	50
3.2.6	Finansiell styrning	50
3.2.7	Resultatstyrning	51
4	Folkhälsoarbete och folkhälsoaktörer	55
4.1	Folkhälsa och folkhälsoansvar	55
4.2	Folkhälsoarbete	56
4.3	Folkhälsoaktörer på regional och lokal nivå	57
4.3.1	Kommuner och landsting	57
4.3.2	Landstingsförbundet	60
4.3.3	Svenska Kommunförbundet	61
4.3.4	Länsstyrelserna	63
4.4	Folkhälsoaktörer på nationell nivå	64
4.4.1	Alkoholinspektionen	65
4.4.2	Barnombudsmannen	68
4.4.3	Läkemedelsverket	69
4.4.4	Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning	72
4.4.5	Smittskyddsinstitutet	73
4.4.6	Socialstyrelsen	74
4.5	Organisationer med statligt stöd via Folkhälsoinstitutet ..	78
4.5.1	Organisationer med organisationsstöd	78
4.5.2	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)	81
4.6	Forskning, statistik och utbildning inom folkhälsoområdet	85
4.6.1	Finansiering av forskning	85
4.6.2	Utförande av forskning	89
4.6.3	Statistik	90
4.6.4	Utbildning	92
4.7	Folkhälsa inom det internationella området	92
4.7.1	EU:s folkhälsoarbete	93
4.7.2	WHO:s hälsostrategi	94
5	Folkhälsoinstitutet	97
5.1	Kort historik	97
5.2	Ansvar, uppgifter och mål	100
5.2.1	Förordning (1996:614) med instruktion för Folkhälsoinstitutet	100
5.2.2	Regleringsbrev för åren 1992–2000	101

5.2.3	Uppdrag i regleringsbrev	103
5.2.4	Särskilda regeringsbeslut	106
5.2.5	Budgetpropositionen för år 2000	107
5.3	Verksamhet, organisation och ekonomi	108
5.3.1	Inriktning och organisation	108
5.3.2	Personal	112
5.3.3	Ekonomi	114
5.3.4	Nätverk och samverkans-/samrådsgrupper	129
5.3.5	Forskningsverksamhet	131
5.3.6	Internationell verksamhet	133
6	Överväganden och förslag	135
6.1	Folkhälsoinstitutets roll och uppgifter	135
6.1.1	Folkhälsoinstitutets nya roll	135
6.1.2	Uppföljning och utvärdering av folkhälsomålen	141
6.1.3	Kunskapsinsamling av metoder och strategier	150
6.1.4	Övergripande tillsyn enligt lagsbestämmelser om alkohol, narkotika och tobak	154
6.1.5	Samordning av statistik över alkohol, narkotika och tobak	162
6.1.6	Särskilda regeringsuppdrag	165
6.1.7	Internationellt arbete	167
6.1.8	Kompetensbehov	168
6.2	Samverkan	169
6.2.1	Forskningssamverkan	170
6.2.2	Samverkan med den regionala och lokala nivån	173
6.2.3	Hiv/aids-arbete	175
6.2.4	Samverkan mellan Folkhälsoinstitutet och CAN	177
6.2.5	Information och attitydpåverkan	180
6.2.6	Introduktion av Folkhälsoinstitutets nya uppgifter i förhållande till de nya folkhälsomålen	183
6.3	Utformning av regeringens styrmedel	184
6.3.1	Utvärderingsgruppens iakttagelser	184
6.3.2	Instruktion	185
6.3.3	Regleringsbrev	193
6.3.4	Resultatdialog	201
6.4	Ekonomiska konsekvenser	202
	Referenser	205
Bilagor		
	Bilaga 1 Kommittédirektiv	209

Bilaga 2	Skrivelse om tjänsteexport.....	217
Bilaga 3	Förslag till regleringsbrev	219
Bilaga 4	Extern utvärdering	225
Bilaga 5	Folkhälsoinstitutets program och enheter/funktioner	309
Bilaga 6	Beskrivning av vissa övriga folkhälsoaktörer på nationell nivå	327

Sammanfattning

Organisationskommittén föreslår att Folkhälsoinstitutet i fortsättningen skall ha två huvuduppgifter. Den första uppgiften är att ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser på folkhälsoområdet och lämna förslag till åtgärder. Den andra uppgiften är att vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Därtill föreslås att Folkhälsoinstitutet skall ansvara för övergripande tillsyn av lagbestämmelser som rör förebyggande insatser när det gäller alkohol, tobak och narkotika.

Dessutom föreslås att Folkhälsoinstitutet på regeringens uppdrag skall kunna samordna nationella insatser på folkhälsoområdet. Detta kan t.ex. gälla kampanjer och opinionsbildning inom folkhälsoområdet.

Uppföljning, utvärdering och förslag till åtgärder

Parallellt med Organisationskommitténs arbete har Nationella folkhälsokommittén arbetat med att ta fram förslag till nationella folkhälsomål. Ett slutligt förslag väntas i september 2000. Organisationskommittén föreslår att Folkhälsoinstitutet bör följa upp och utvärdera insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomål som väntas bli resultatet av Nationella folkhälsokommitténs arbete. Därmed kan Folkhälsoinstitutet medverka till en positiv utveckling av folkhälsan.

Organisationskommittén föreslår att Folkhälsoinstitutet skall ha i uppgift att:

- samla myndigheter i deras arbete med de nationella målen,
- analysera i vilken utsträckning målen uppfylls och då bl.a. använda målgruppsperspektiv,
- identifiera brister samt ge åtgärdsförslag,
- löpande pröva och vid behov föreslå prioriteringar mellan målen,
- vid behov föreslå nya mål, omformulering av mål och avveckling av mål,

- utveckla indikatorer och mätmetoder för uppföljning av målen,
- aktivt medverka i och följa utvecklingen av folkhälsoområdet och forskningen inom området nationellt och internationellt.

Resultatet av Folkhälsoinstitutets uppföljning och utvärdering bör rapporteras till regeringen samt till andra aktörer och intressenter på folkhälsoområdet. Den folkhälsorapportering som Socialstyrelsen för närvarande är huvudansvarig för bör även i fortsättningen tas fram som ett gemensamt projekt mellan Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet. Folkhälsoinstitutet bör dock enligt kommitténs förslag ha huvudansvaret för att till regeringen parallellt med Folkhälsorapporten presentera en Folkhälsopolitisk rapport med förslag till åtgärder för att förbättra folkhälsan.

Nationellt kunskapscentrum

Folkhälsoinstitutet bör enligt Organisationskommittén ha i uppgift att samla erfarenheter och initiera forskning om metoder och strategier som är viktiga i folkhälsoarbetet. Dessutom bör institutet sprida kunskap och erfarenheter till aktörerna inom folkhälsoområdet.

Organisationskommittén föreslår att Folkhälsoinstitutet skall ha i uppgift att

- vara en resurs för kommuner och landsting som nationellt kunskapscentrum för metod- och strategifrågor inom folkhälsoområdet.
- följa upp, utvärdera och initiera utvärdering av metoder och strategier för folkhälsoarbete,
- utveckla och följa upp metoder för hälsokonsekvensbeskrivningar,
- följa internationella erfarenheter av bl.a. metoder och strategier för folkhälsoarbete,
- följa och värdera forskning och utveckling inom metodområdet nationellt och internationellt.

Folkhälsoinstitutet bör enligt Organisationskommittén ha möjlighet att ge stöd till sådana utvecklingsprojekt som ökar kunskapen om metoder och strategier i folkhälsoarbetet. En förutsättning bör vara att den som är ansvarig för projektet också bidrar till finansieringen samt att projektet blir föremål för vetenskaplig prövning och utvärdering.

Socialstyrelsen, som redan i dag ansvarar för att administrera och betala ut organisationsstöd till flera organisationer inom folkhälsoområdet, bör överta administration och utbetalning även av övrigt organisationsstöd inom området.

Övergripande tillsyn av lagbestämmelser om alkohol, tobak och narkotika

Folkhälsoinstitutet bör enligt Organisationskommittén överta uppgifter som rör tillsyn av alkohollagen och lagen om försäljning av teknisk sprit m.m. från Alkoholinspektionen respektive Läkemedelsverket. Mot bakgrund av att alkoholutredningen väntas föreslå förändringar i dessa lagar väntas dock vissa av de nuvarande tillsynsuppgifterna falla bort och en del andra tillsynsuppgifter i fortsättningen handhas av Riksskatteverket.

Folkhälsoinstitutet bör även ha ansvar för de tillsynsuppgifter enligt tobakslagen som för närvarande ligger på Socialstyrelsen. Den övergripande tillsyn Folkhälsoinstitutet i dag har enligt lagen om hälsofarliga varor bör ligga kvar på institutet. Genom att samordna dessa tillsynsuppgifter uppnås enligt Organisationskommittén bl.a. effektivitetsvinster och förenklingar för kommunerna.

Organisationskommittén föreslår att Folkhälsoinstitutet i arbetet med tillsynsuppgifterna skall ha i uppgift att:

- ge ut föreskrifter och allmänna råd,
- följa rättstillämpningen,
- följa upp/utvärdera utvecklingen inom området,
- ansvara för rådgivning och information.

Folkhälsoinstitutet bör även ansvara för statistksamordning inom alkohol- narkotika- och tobaksområdet. Institutet bör ansvara för en samlad nationell analys av utvecklingen inom alkohol- narkotika- och tobaksområdet. Institutet bör även främja tillgången på statistik av god kvalitet genom att initiera metodutveckling och utveckling av standards i samarbete med användare och producenter samt publicera statistik. Kommittén menar att Folkhälsoinstitutet inte skall ta över databaser från övriga statistikproducenter eller själv bygga upp nya databaser.

Internationellt arbete

Folkhälsoinstitutet bör enligt Organisationskommittén i ännu högre grad än hittills följa den internationella utvecklingen inom folkhälsoområdet. Institutets arbete med att följa och aktivt medverka i den internationella utvecklingen och att representera Sverige i bl.a. EU och WHO-sammanhang bör öka.

Organisationskommittén föreslår att Folkhälsoinstitutet bör:

- följa och aktivt medverka i den internationella utvecklingen inom folkhälsoområdet,
- på regeringens uppdrag representera Sverige i internationella sammanhang,
- ge regeringen underlag för internationellt samarbete,
- exportera tjänster inom folkhälsoområdet.

Kompetensbehov och forskningssamverkan

I samband med Folkhälsoinstitutets nya roll kommer det enligt Organisationskommittén att behöva ske en omställning och tyngdpunktsförskjutning av institutets kompetens. Institutet kommer att behöva mer analys-, metod- och utvärderingskompetens.

Organisationskommittén bedömer att Folkhälsoinstitutet kan få tillgång till denna kompetens genom egen personal eller genom samverkan med andra. Kommittén bedömer att forskningssamverkan kommer att bli viktig för att tillföra institutet kompetens och för att institutet skall kunna genomföra sina uppgifter. Folkhälsoinstitutet bör enligt Organisationskommittén finansiera viss uppdragsforskning samt utveckla sina hittillsvarande samverkansavtal med forskningsinstitutioner.

Organisationskommittén föreslår att Folkhälsoinstitutet bör utveckla samverkan med forskare genom bl.a. långsiktiga samverkansavtal med forskningsinstitutioner som har

- tillgång till kvalificerad, praktisk interventionsforskning inom folkhälsoområdet,
- nära samarbete med berörda kommuner och landsting,
- kompetens och erfarenhet av sektorsövergripande hälsopolitisk analysverksamhet så att de kan stödja metodutveckling inom området,
- kapacitet och bredd för att kunna bidra till kompetensutveckling och forskarutbildning av Folkhälsoinstitutets medarbetare.

Kommittén föreslår även att det i samverkansavtalen mellan Folkhälsoinstitutet och forskningsinstitutioner avtalas om tjänstekonstruktioner som möjliggör rotation mellan forskningsinstitutioner och Folkhälsoinstitutet.

Samverkan med kommuner och landsting m.fl.

Folkhälsoinstitutet bör enligt Organisationskommittén i samarbete med företrädare för kommuner, landsting och länsstyrelser upprätta en för myndigheten gemensam policy och strategi för hur samverkan skall ske. Kommittén ser behov av att Folkhälsoinstitutet i samarbete med kommuner, landsting och länsstyrelser utvecklar strategiska samverkansformer med regionala och lokala representanter.

Samverkan med CAN

Organisationskommittén har haft i uppdrag att utvärdera samarbetet med Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Folkhälsoinstitutet bör enligt Organisationskommittén även härnäst samverka med CAN. Exempelvis bör CAN även fortsättningsvis ansvara för att producera den årliga alkohol- och drogvanestatistiken.

Finansieringen av CAN bör dock ses över enligt Organisationskommittén. Den nuvarande splittringen på flera bidragsgivare gör det svårt för Folkhälsoinstitutet att sluta avtal med CAN och det är svårt att följa upp kostnaderna för olika prestationer. Organisationskommittén föreslår att de statliga bidragen till CAN bör sammanföras och utbetalas via en myndighet. Det bör också preciseras vad de statliga bidragen skall finansiera.

Information och attitydpåverkan

Folkhälsoinstitutet bör enligt Organisationskommittén i första hand förmedla fakta och beslutsunderlag. Informationsbehovet från institutets huvudsakliga avnämare – regeringen, landsting och kommuner samt sektorsmyndigheter – bör vara vägledande när institutet utformar sin informationsstrategi.

Organisationskommittén konstaterar vidare att regeringen kan bedöma att det finns behov av nationellt samordnade informations- och attitydpåverkande insatser riktade mot allmänheten eller direkt opinionsbildning på nationell nivå. Viktiga samarbetspartners är då kommuner och landsting enligt kommitténs bedömning. Regeringen kan ge särskilda uppdrag till Folkhälsoinstitutet att samordna och genomföra sådana insatser. Regeringen kan också överenskomma med t.ex. kommuner och landsting eller organisationer om hur genomförandet bör ske.

Övrigt

Folkhälsoinstitutets nya roll bör introduceras i samband med att de nationella folkhälsomålen introduceras och implementeras. Därmed underlättas institutets uppgift att samla berörda myndigheter i arbetet med att följa upp och utvärdera insatserna för att uppfylla folkhälsomålen.

Kommittén föreslår att institutets namn ändras till Statens folkhälsoinstitut. Det finns anledning att poängtera att Folkhälsoinstitutet är en statlig myndighet mot bakgrund av att institutets stabsuppgifter utökas och att institutet också tillförs tillsynsuppgifter. Samtidigt är det enligt Organisationskommittén lämpligt att behålla begreppet institut för att markera myndighetens anknytning till forskningen. Det föreslagna namnet är också en direkt översättning av Folkhälsoinstitutets nuvarande engelska namn – National Institute of Public Health.

Författningsförslag

Förslag till ändring i förordning (1996:614) med instruktion för Folkhälsoinstitutet

Syfte och huvuduppgifter

1 § Statens folkhälsoinstitutets verksamhet syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Särskild vikt skall fästas vid insatser för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna.

Statens folkhälsoinstitut skall ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen samt vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Verksamheten skall stå på vetenskaplig grund.

Stabsuppgifter

2 § Statens folkhälsoinstitut skall i samråd med berörda myndigheter bistå regeringen med en samlad uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen. I detta ansvar ingår framför allt att

- analysera folkhälsoutvecklingen och insatserna på folkhälsoområdet nationellt och internationellt
- mot bakgrund av analyserna ge förslag till åtgärder
- utarbeta och vidareutveckla indikatorer och mätmetoder för uppföljning och utvärdering av folkhälsomålen
- vid behov lämna förslag till prioriteringar och förändringar av de nationella folkhälsomålen
- redovisa analyser, slutsatser och förslag i rapporter till regeringen.

3 § Statens folkhälsoinstitut skall vara regeringens expertmyndighet inom folkhälsoområdet, både internationellt och nationellt, vilket framför allt innebär att

- samla kunskap om strategier och metoder som rör folkhälsofrågor

- medverka med expertkunskaper
- bidra med underlag för svenska ställningstaganden i internationella sammanhang.

4 § Statens folkhälsoinstitut skall på regeringens begäran genomföra hälsokonsekvensbedömningar och utarbeta förslag till handlingsplaner.

5 § Statens folkhälsoinstitut skall på regeringens begäran samordna nationella insatser.

Nationellt kunskapscentrum

6 § Statens folkhälsoinstitut skall vara ett nationellt kunskapscentrum inom folkhälsoområdet. I uppgiften ingår att bistå kommuner och landsting med nationell och internationell kunskap om framför allt

- insatserna på folkhälsoområdet i förhållande till de nationella folkhälsomålen
- forskning och utveckling
- strategier och metoder
- vidareutveckling av metoder för hälsokonsekvensbeskrivningar av politiska beslut.

7 § Statens folkhälsoinstitut skall samverka med forskningen inom folkhälsoområdet, bl.a. genom att upprätta samarbetsavtal.

8 § Statens folkhälsoinstitut skall initiera forskning om metoder och utvärdering av metoder inom folkhälsoområdet.

Tillsyn och statistksamordning

9 § Statens folkhälsoinstitut skall inom alkoholområdet

- ansvara för statistksamordning samt utforma och insamla den statistik som behövs för att kontrollera och följa upp alkohohlanteringen
- ansvara för tillsyn enligt alkohollagen (1994:1738) och lagen (1961:181) om teknisk sprit genom att ge ut föreskrifter och allmänna råd, följa rättstillämpningen och utvecklingen inom alkoholområdet
- verka för en enhetlig tillämpning av alkohollagstiftningen genom rådgivning och information.

10 § Statens folkhälsoinstitut skall inom narkotikaområdet

- ansvara för statistksamordning
- bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor av sådana varor som inte utgör läkemedel samt behovet av kontroll av varor enligt denna lag
- vara nationell enhet för det europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk.

11 § Statens folkhälsoinstitut skall inom tobaksområdet

- ansvara för statistksamordning
- ansvara för tillsyn enligt 2 § och 4 § tobakslagen (1993:581) såvitt avser rökfria miljöer och lokaler samt enligt 12 § om åldersgränser genom att ge ut föreskrifter och allmänna råd, följa rättstillämpningen och utvecklingen inom tobaksområdet samt ansvara för rådgivning och information
- ansvara för tillsyn enligt 9–11 §§ tobakslagen (1993:581) såvitt avser varningstexter m.m. samt enligt 16–18 §§ om produktkontroll m.m. genom att bl.a. se till att det finns varningstexter och innehållsdeklarationer som stämmer överens med myndighetens föreskrifter och med innehållet.

Annat

12 § Myndigheten har befogenhet att bedriva tjänsteexport.

Verksförordningens tillämpning

13 § Verksförordningen (1995:1322) skall tillämpas på myndigheten med undantag av 35 § såvitt avser beslut i ärenden om ekonomiskt stöd.

Myndighetens ledning

14 § Generaldirektören är chef för myndigheten.

Styrelse

15 §

Styrelsens ansvar och uppgifter

16 §

Personalföreträdare

17 § Personalföreträdarförordningen (1987:1101) skall tillämpas på myndigheten.

Överklagande

18 § Myndighetens beslut i ärenden om ekonomiskt stöd får inte överklagas. I övrigt gäller om överklagande 35 § verksförordningen (1995:1322).

1 Utredningens arbete

1.1 Direktiven

Av direktiven till Organisationskommittén med uppgift att ombilda Folkhälsoinstitutet till en myndighet med tydligare uppgifter av stabskaraktär på folkhälsoområdet (dir. 1999:56) framgår att utredningsuppdraget skall resultera i ett förslag till hur Folkhälsoinstitutet kan ombildas till en ny folkhälsomyndighet med tydligare myndighetsuppgifter och klara avgränsningar mot andra myndigheter med folkhälsouppgifter.

Organisationskommittén skall bl.a. låta göra en övergripande utvärdering av Folkhälsoinstitutets nuvarande verksamhet, lämna förslag till instruktion för den nya myndigheten och även i övrigt utarbeta förslag till de författningsändringar som föranleds av uppdraget, mer i detalj beskriva mål och uppgifter samt lämna förslag till organisation av den nya myndighetens verksamhet.

Kommittén skall även lämna förslag till den nya folkhälsomyndighetens avgränsningar mot andra myndigheter med folkhälsouppgifter samt ge förslag till hur den nya myndigheten skall vidareutveckla arbetet för att nå den regionala och lokala nivån när det gäller folkhälsoarbete i landsting och kommuner. Detta innebär bl.a. att beskriva Folkhälsoinstitutets nuvarande ansvarsområden och vilka eventuella andra myndigheter och organisationer som har angränsande uppgifter inom dessa områden samt föreslå förändringar i uppgifts- och ansvarsfördelningen där det finns gränsdragningsproblem. Dessutom skall Organisationskommittén i övrigt lämna de förslag som kommittén finner motiverade.

I det följande redovisas direktivens olika deluppdrag och i vilka avsnitt i betänkandet de behandlas.

Utredningen skall

- låta göra en övergripande utvärdering av FHI:s nuvarande verksamhet (bilaga 4)
- lämna förslag till instruktion för den nya myndigheten och även i övrigt utarbeta förslag till de författningsändringar som föranleds av uppdraget (Författningsförslag)
- mer i detalj beskriva mål och uppgifter samt lämna förslag till organisation av den nya myndighetens verksamhet (6.1, 6.3.2, 6.3.3)
- utarbeta en informationsstrategi för hur den nya myndighetens verksamhet bör presenteras (6.2.5, 6.2.6,)
- utveckla ett för myndigheten anpassat verksamhets- och ekonomistyrningssystem som möjliggör uppföljning och utvärdering av myndighetens arbete (6.3.3)
- lämna förslag till den nya myndighetens statistksamordning på alkohol- och narkotikaområdet, funktionen som internationell länk på folkhälsoområdet och funktionen att ta fram metoder för och praktiskt pröva hälsokonsekvensbeskrivningar på olika folkhälsoområden (6.1.5, 6.1.7, 6.1.3)
- lämna förslag till hur de nya uppgifterna på alkoholområdet lämpligast kan integreras med det övriga folkhälsoarbetet och organiseras hos den nya myndigheten (6.1.4)
lämna förslag till vilken statistik som kommer att behövas i framtiden för myndighetens tillsyn, kontroll och uppföljning på alkoholområdet (6.1.4)
- överväga om det behövs instruktionsförändringar i samband med den nya myndighetens tjänsteexport (tilläggsuppdrag) (6.3.2)
- beskriva FHI:s nuvarande ansvarsområden och vilka ev. andra myndigheter och organisationer som har angränsande uppgifter inom dessa områden (kapitel 4 och 5, bilaga 5, bilaga 6)
- föreslå förändringar i uppgifts- och ansvarsfördelningen där det finns gränsdragningsproblem (6.1.2–6.1.5, 6.2.1–6.2.5,)
- belysa och tydliggöra uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och den nya folkhälsomyndigheten och lämna förslag till de förändringar som kommittén finner motiverade (4.4.6, 6.1.2, 6.1.3, , 6.2.3)
- belysa och tydliggöra uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan CAN och den nya folkhälsomyndigheten och lämna förslag till de förändringar som kommittén finner motiverade, utvärdera hur samarbetet mellan CAN och FHI har fungerat samt lämna förslag till hur samarbetet bör formaliseras och hur eventuella samarbetsavtal bör utformas (4.5.2, 6.2.4)

- ge förslag till hur den nya myndigheten skall vidareutveckla arbetet för att nå den regionala och lokala nivån när det gäller folkhälsoarbete i landsting och kommuner (6.2.2)
- i övrigt lämna de förslag som kommittén finner motiverade (6.1, 6.2, 6.3).

1.2 Begreppet stabsuppgifter

I kommittédirektiven (dir. 1999:56) omnämns att Organisationskommittén skall föreslå en ombildning av Folkhälsoinstitutet till en ny myndighet med ”tydligare uppgifter av stabskaraktär på folkhälsoområdet”.

Flera utredningar fr.o.m. mitten av 1980-talet och fram t.o.m. år 1997 har på olika sätt berört begreppet stabsmyndighet utan att någon närmare definition eller förklaring har gjorts av termens innebörd. Inte heller har det i någon utredning framgått exakt vilka områden som bör betraktas som stabsfunktioner, vilka uppgifter som bör ingå i stabsuppgifter eller exakt vilka myndigheter som skall räknas som stabsmyndigheter. Begreppet stabsmyndighet står inte definierat i någon lag- eller förordningstext.

Sammantaget har i utredningar, propositioner m.m. omnämnts följande områden som skulle kunna uppfattas som någon form av stabsfunktion: redovisning, revision, rationaliseringsverksamhet, ADB-frågor, IT-frågor, löne- och personalfrågor, arbetsgivarfrågor, styr- och ledningsfrågor, kvalificerat analys- och prognosarbete, utrednings- och utvärderingsstöd, organisations- och metodutveckling m.m.

Den senaste utredning som belyst begreppet stabsmyndighet är delbetänkandet av Stabsmyndighetsöversynen *Reformerad stabsorganisation* (SOU 1997:80). Där görs följande definitioner av stabsmyndighet:

- – – de myndigheter som har till huvudsaklig uppgift att förse regeringen med underlag vid ledningen av statsförvaltningen i dess helhet eller att på regeringens uppdrag erbjuda den övriga myndighetsorganisationen sådan service som regeringen bedömer finnas tillgänglig

Eller:

- – – för att beteckna ett antal myndigheter som anses ha en särskilt nära relation till regeringen och som på olika sätt tillhandahåller underlag som regeringen eller regeringskansliet behöver i sitt beslutsfattande eller beredningsarbete.

Ett annat kännetecken menar utredaren vara att stabsmyndigheternas verksamhet ” – – – inte alls eller endast obetydligt riktar sig till allmänheten, kommunerna eller företagen”.

Regeringskansliet har alltid haft behov av olika sorters stöd i sitt arbete, t.ex. vad gäller kvalificerade utredningar och olika former av beslutsunderlag inom olika politikområden. Dessa behov blir ännu mer påtagliga när man även beaktar att Sverige, internationellt sett, har ett relativt litet regeringskansli, och därmed blir än mer beroende av att söka stöd utanför det egna kansliet. Det blir då naturligt att flera av de självständiga myndigheterna fyller sådana behov hos regeringen.

Även mot bakgrund av att statsmakterna har valt att tillämpa resultatstyrning, som en bland flera andra styrmetoder, krävs att regeringen mer än förut kontinuerligt följer upp och utvärderar sina respektive politikområden. För att kunna göra detta på ett kompetent sätt krävs olika sorters underlag framför allt från myndigheter med sektors- och/eller sektorsövergripande ansvar.

En stabsmyndighet skall, i likhet med en stödmyndighet, även kunna leverera stöd och service till övriga myndigheter inom statsförvaltningen, liksom en stabsfunktion i ett företag har till uppgift att serva och ge stöd till andra avdelningar eller bolag inom den egna koncernen. Dock är det i detta sammanhang viktigt att påpeka att, när det gäller stöd och service till övriga statsförvaltningen, det alltid bör vara regeringen som är uppdragsgivaren eller beställaren.

Nästan alla statliga myndigheter har olika uppdrag av regeringen, t.ex. i instruktion, regleringsbrev och regeringsbeslut, att för regeringens räkning utföra utvärderingar, uppföljningar etc. inom sina respektive områden, utan att för den skull kallas för stabsmyndigheter och utan att uppgifterna betecknas som stabsuppgifter. Vissa myndigheter kan dock ha stabsuppgifter införlivade i sin övriga verksamhet.

Mot bakgrund av vad som angetts ovan tolkas termen stabsmyndighet i detta betänkande som – en myndighet som agerar på *direkt* uppdrag av regeringen, och som har till *huvudsaklig* uppgift att förse regeringen med beslutsunderlag för sina respektive politikområden. Därutöver skall en stabsmyndighet på regeringens uppdrag även kunna tillhandahålla stöd och service till övriga statsförvaltningen.

I direktiven framgår dock, och som omnämns ovan, att en ombildning skall ske av Folkhälsoinstitutet till en ny myndighet med ”tydligare uppgifter av stabskaraktär”. En annan formulering som används i direktiven är att den nya myndigheten skall ”fungera mer som central stabsmyndighet på hela folkhälsoområdet än som egen opinionsbildningsmyndighet gentemot allmänheten”. Således handlar det inte om, enligt direktiven, att den nya myndigheten är tänkt att bli en renodlad stabsmyndighet, utan i stället att vissa huvudsakliga stabsfunktioner/

stabsuppgifter kommer att utgöra delar av den nya myndighetens verksamhets- och ansvarsområden. Med uppgifter av stabskaraktär menas i direktiven följande:

- följa och analysera utvecklingen på området både nationellt och internationellt,
- ta fram fakta,
- utarbeta nationella handlingsplaner,
- stå för kunskapsförsörjning och utveckling av metoder för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet,
- arbeta med underlag och utredningsuppdrag som hör samman med regeringens ledning, styrning och utvärdering av folkhälsoområdet, såvitt uppgiften inte faller inom någon annan myndighets ansvarsområde.

1.3 Metoder för utredningsarbetet

Kommittén har övergripande kartlagt och analyserat dagens ansvars- och uppgiftsfördelning såväl inom Folkhälsoinstitutet som inom hela folkhälsoområdet för att komma fram till vilka styrkor samt svagheter i form av t.ex. gränsdragningsproblem och oklarheter som finns. Faktainsamlingen bygger dels på intervjuer och diskussioner med verksamma inom folkhälsoområdet, dels på omfattande studier av skriftligt material. Cirka 30 intervjuer har genomförts med företrädare för myndigheter inklusive landsting och kommuner samt organisationer. Dessutom har ett flertal diskussioner förts med representanter för olika folhälsoaktörer. Det skriftliga materialet består av instruktioner, årsredovisningar och annat material från framför allt Folkhälsoinstitutet, men även från andra aktörer inom folkhälsoområdet samt annan litteratur (se referenser).

En extern utvärderingsgrupp har på uppdrag av kommittén gjort en utvärdering av Folkhälsoinstitutet. Under ledning av Direktör Finn Kamper Jørgensen har experter från fyra nordiska länder arbetat (bilaga 4).

Folkhälsoinstitutets olika program har gjort beskrivningar av sin verksamhet till kommittén. Dessutom har vi fortlöpande fått promemorior och annat underlag från institutet.

Samtliga sakkunniga och experten i utredningen har intervjuats enskilt. Flera av de sakkunniga har lämnat uppgifter och promemorior under arbetets gång. Från experten i utredningen, professor Finn

Diderichsen, har kommittén fått en idépromemoria om forskningsfrågor.

Intervjuer och diskussioner har genomförts med Folkhälsoinstitutets generaldirektör, övriga chefer samt flertalet medarbetare. De lokala och centrala arbetstagarorganisationerna har fortlöpande informerats och beretts tillfälle att framföra synpunkter.

Regeringen har överlämnat ett ärende angående tjänsteexport till kommittén (bilaga 2).

Organisationskommittén har under arbetets gång samrått med Nationella folkhälsokommittén (dir. 1995:158), Narkotikakommissionen (dir. 1998:18) och Alkoholutredningen (dir. 1998:19 och 1998:52).

2 Aktuella utredningar och propositioner

De utredningar och propositioner (finns framför allt under respektive utredning) som tas upp i detta kapitel utgör ett urval som har relevans för Organisationskommitténs överväganden och förslag i kapitel 6.

2.1 HSU 2000

Genom regeringsbeslut den 12 mars 1992 tillkallades en parlamentarisk kommitté med uppdraget att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000 samt att överväga hur hälso- och sjukvården borde finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. I regeringsbeslut av den 22 december 1994 bestämdes att kommitténs arbete skulle slutföras med ändrade direktiv (tilläggsdir. 1994:152). Kommittén antog namnet HSU 2000 och har avlämnat ett flertal expertrapporter, delbetänkanden samt slutbetänkandet *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården* (SOU 1999:66).

I tilläggsdirektiven angavs att kommittén skulle överväga hur hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete skall definieras och därav följande ansvars- och uppgiftsfördelning mellan stat, landsting och kommuner. Bakgrunden till denna del av uppdraget var att Socialstyrelsen i en rapport (1994:6) om landstingens folkhälsoansvar uppmärksammat ett antal brister inom folkhälsoområdet. Det konstaterades bl.a. att landstingen på flera håll saknar fastlagda mål, övergripande strategier och konkreta handlingsprogram för den samhällsmedicinska verksamheten och folkhälsoarbetet. Dessutom påtalades i rapporten behovet av att tydligare fastslå de olika samhällssektorernas och aktörernas ansvar. Detta eftersom man noterat att det fanns oklarheter i vad som skulle betraktas vara landstingets, kommunernas respektive forskningens ansvar inom folkhälsoområdet.

Därav blev kommitténs uppgift att, utifrån denna problembild, analysera uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan stat, kommun och

landsting vad gällde folkhälsoarbetet i landet, samt undersöka hur samverkan mellan de olika aktörerna kunde förbättras. Kommittén skulle dessutom belysa hur de olika organisations- och styrsystemen som sjukvårdshuvudmännen utvecklar, påverkar förutsättningarna för att bedriva folkhälsoarbete. Slutligen skulle kommittén överväga om det fanns behov av att precisera kommunernas och landstingens folkhälsoansvar i hälso- och sjukvårdslagen.

Resultatet av uppdraget har redovisats i delbetänkandet *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet* (SOU 1997:119). I betänkandet har HSU 2000 gjort en analys av hälso- och sjukvårdssektorns roll i folkhälsoarbetet. Därefter har kommittén valt att inom denna ram inrikta arbetet på några centrala frågeställningar, nämligen kunskapsproduktion och kunskapsförmedling, primärvårdens roll i folkhälsoarbetet samt hälso- och sjukvårdens roll som samverkanspartner.

Kommittén ansåg att hälso- och sjukvården har en funktion i folkhälsoarbetet som inte kan ersättas av andra aktörer, vilket framför allt handlar om dess centrala roll när det gäller kunskapsgenerering och kunskapsförmedling. Hälso- och sjukvården har även en skyldighet och möjlighet att arbeta förebyggande i kontakterna mellan sjukvårdspersonalen och patienterna, där det finns en stor och delvis outnyttjad potential, ansåg kommittén.

Hälso- och sjukvårdens roll i samverkan med bl.a. kommuner och landsting ansåg kommittén bör innehålla ett deltagande i de s.k. lokala hälsoråden. Här kan hälso- och sjukvården, inte minst via de samhällsmedicinska funktionerna, bidra med kunskap om hälsoläget i området, fungera som talesman för det förebyggande arbetet samt i förekommande fall fungera som arena för de lokala hälsoplanerare som har sin bas i kommunerna. Dessutom bör hälso- och sjukvården uppmärksamma problem och fungera som larmklocka, i likhet med andra sektorer.

När det gäller Folkhälsoinstitutet ansåg kommittén att deras ansträngningar bör intensifieras i fråga om att sprida den existerande kunskapen om effektiva metoder inom folkhälsoområdet. Detta eftersom många verksamheter inom vården efterlyser denna typ av stöd i sitt arbete.

HSU 2000 delbetänkande om folkhälsa blev kritiserat både i den debatt som följde och i flera remissvar. Kritiken gällde främst att hälso- och sjukvårdens insatser skulle begränsas till individriktat förebyggande arbete och en alltför snäv roll i folkhälsoarbetet överhuvudtaget. Delbetänkandet och remissvaren har överlämnats till Nationella folkhälsokommittén för vidare beredning.

2.2 Nationella folkhälsokommittén

Nationella folkhälsokommittén inrättades under våren 1997 och arbetet beräknas vara slutfört under hösten 2000. Kommittén är parlamentariskt sammansatt med ledamöter från samtliga riksdagspartier. Utöver ledamöterna medverkar även sakkunniga och experter från olika organ och sektorer i samhället. I direktiven (dir. 1995:158) framgår att kommitténs främsta uppgift är att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen. Dessa mål skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Med utgångspunkt i det övergripande målet om en god hälsa för alla, med särskild betoning på att minska skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen och med hjälp av vetenskapligt baserad kunskap om folkhälsoproblem och hälsoutveckling, skall kommittén

- redovisa och analysera erfarenheter som finns vad gäller mål för hälsoutvecklingen internationellt och på nationell, regional och lokal nivå,
- analysera och värdera de hälsoproblem som för närvarande finns och som väntas få stor betydelse för hälsoutvecklingen framöver
- bedöma möjligheterna att med olika insatser minska dessa hälsoproblem,
- väga kostnaden mot nyttan av att genomföra målen,
- analysera eventuella målkonflikter,
- med utgångspunkt i dessa analyser lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen samt föreslå vilka av dessa som skall prioriteras,
- lämna förslag till strategier för att nå målen,
- särskilt beakta hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser och hur en utvecklingsprocess kan stimuleras bland medborgarna och inom berörda samhällssektorer,
- lämna förslag till hur målen kan följas upp och utvärderas.

Kommittén utkom under våren 1998 med ett delbetänkande *Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1998:43). Dessutom har även ett antal underlagsrapporter (nr 1–14) publicerats, som ett resultat av ett stort antal arbetsgrupper med experter som engagerats för att biträda kommittén under arbetets gång. Därutöver har även ett antal debattskrifter fortlöpande publicerats samt ett antal seminarier och konferenser anordnats.

Nationella folkhälsokommittén arbetar utåtriktat och processinriktat vilket innebär att många olika berörda organ, som verkar inom folk-

hälsoområdet och forskningen, involveras och engageras, bl.a. statliga myndigheter, kommuner, landsting och organisationer. Tanken har varit att kommittén skall lägga ned stor kraft på att försöka åstadkomma en så stark förankring som möjligt av det som så småningom kommer att utgöra ett samlat nationellt mål- och strategidokument för folkhälsopolitiken.

I december 1999 utkom kommittén med ytterligare ett delbetänkande *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* (SOU 1999:137), där förslag till preliminära mål och strategier lades fram. I betänkandet redovisas förslag till en nationell strategi för folkhälsan med bas i etiska ställningstaganden och med fokus på en vision för ett hälsovänligt samhälle. Dessutom presenteras övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa. Till målen är kopplat indikatorer och mått med inriktningen att målen skall uppnås till år 2010. Utöver den nationella strategin ingår även i betänkandet ett stort antal sakkapitel där mål, delmål och strategier inom för hälsan viktiga områden redovisas. Dessa sakkapitel har vidare utgjort ett väsentligt underlag till den nationella strategin.

Syftet med betänkandet är att få till stånd en bred dialog med berörda instanser om de preliminära mål och strategier som redovisas i betänkandet. De synpunkter som under denna dialog kommer fram utgör ett viktigt inslag i den fortsatta arbetsprocessen med att formulera mål och strategier. De slutliga förslagen till nationella mål och strategier skall lämnas i samband med kommitténs slutbetänkande hösten 2000. Under utredningens gång har samråd skett med Nationella folkhälsokommittén.

2.3 Smittskyddskommittén

I september 1996 tillkallades en parlamentarisk kommitté för att utvärdera det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen (1988:1472) och övriga författningar som hör till smittskyddet. I uppdraget har ingått att kartlägga och utvärdera olika åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Enligt direktiven skulle kommittén fästa särskild vikt vid bestämmelser om tvångsåtgärder och ekonomiska konsekvenser av smittskyddsarbetet. Frågor kring rätts-säkerheten för den enskilde har utgjort en central del av kommitténs uppdrag. En särskild fråga har rört situationen för dem som tvångs-isolerats.

I mars 1999 lade smittskyddskommittén fram sitt betänkande *Smittskydd, samhälle och individ* (SOU 1999:51). Sedan hiv-epidemins början har särskild uppmärksamhet ägnats åt hiv-infektion. Enligt kommit-

téns uppfattning bör dock, mot bakgrund av bl.a. den epidemiologiska situation som nu råder, särreglering av denna sjukdom upphävas så långt det är möjligt. Man bör vidare sträva efter en mer realistisk och tolerant syn på de smittade. Kommittén föreslår flera förändringar som går i den riktningen men anser att det i nuläget inte är möjligt att helt avskaffa samtliga särbestämmelser.

Kommittén har vidare konstaterat att smittskyddsarbetet och smittskyddsorganisationen huvudsakligen fungerar väl och att det inte finns anledning att göra några grundläggande förändringar av nuvarande organisation eller ansvarsfördelning. Smittskyddsläkarnas centrala roll i smittskyddsarbetet framhävs. Varje landsting har, via smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna, ett ansvar för smittskyddet och för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom respektive landstingsområde. Detta med undantag för åtgärder som riktas mot objekt och djur, där bl.a. kommunerna har ansvaret.

Kommittén föreslår vidare att Socialstyrelsen skall ha ett uttryckligt ansvar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå samt att Socialstyrelsen även fortsättningsvis skall ha tillsyn över smittskyddet. Socialstyrelsen skall dessutom ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för en effektiv funktion av landets smittskydd.

Beträffande den nationella styrningen och uppföljningen av smittskyddsarbetet har kommittén konstaterat att det förekommer brister när det gäller möjligheter till nationell uppföljning och utvärdering av smittskyddsarbetet, bl.a. avseende samhällsekonomiska analyser eller bedömningar av åtgärdernas effektivitet och effekter på smittskyddsläget. Därför föreslår kommittén att metoder och rutiner utvecklas för nationell uppföljning och utvärdering.

2.4 Alkoholutredningen

Som en anpassning till det svenska medlemskapet i EU tillkom under stark tidspress den nuvarande alkohollagen (1994:1738). Lagen har varit i kraft cirka fyra år och har under senare tid kritiserats i vissa delar av EG-domstolen, Alkoholinspektion m.fl. myndigheter och organisationer.

I mars 1998 beslutade regeringen, mot bakgrund av ovanstående, att tillkalla en särskild utredare för att se över vissa bestämmelser i alkohollagen (1994:1738) samt i lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit m.m. och att utarbeta förslag till ny lagstiftning för han-

deln med teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat. Utredaren fick även i uppdrag att kartlägga hur lagstiftningen på de områden som omfattades av utredningsuppdraget tillämpades samt visa på behov av ändringar, förtydliganden eller tillägg på särskilda punkter.

Regeringen har därefter beslutat om tilläggsdirektiv där utredaren har fått i uppgift att utvärdera effekterna av de sena serveringstiderna till kl. 05.00 samt att utreda frågan om att tillåta distansförsäljning av alkoholdrycker till Sverige från andra länder och hur den i så fall skall hanteras. Dessutom ingick i uppdraget att utreda hur gåvoförsändelser av alkoholdrycker från andra länder skall hanteras och eventuellt beskattas.

Utredningens förslag och överväganden kring den yrkesmässiga införseln av spritdrycker, vin och starköl, distansförsäljningen, gåvoförsändelser samt den illegala alkoholhanteringen redovisades till regeringen i december 1998, i delbetänkandet *Alkoholpolitikens medel, införsel av och partihandel med spritdrycker, vin och starköl* (SOU 1998:156).

I direktiven (dir. 1998:19) till alkoholutredningen framgår att utredaren även har att ta ställning till huruvida Läkemedelsverket även fortsättningsvis skall vara central tillstånds- och tillsynsmyndighet för handeln med tekniska alkoholprodukter eller om dessa uppgifter borde föras över till Alkoholinspektionen. En fördel med detta sades vara att de alkoholpolitiska kontrollfrågorna då skulle bli samlade vid en central myndighet och inte som nu uppsplittrade på flera myndigheter. Detta eftersom tillståndsgivning och tillsyn avseende tillverkning av sprit redan låg på Alkoholinspektionen. Den kemisk-tekniska kompetensen samt de mer allmänna erfarenheterna från området ifråga som byggts upp hos Läkemedelsverket skulle i så fall behöva överföras och tas tillvara av den myndighet som har att ta över arbetsuppgifterna.

Efter det att de ovan nämnda direktiven (dir. 1998:19) skrivits har vissa förändringar skett. I direktiven för Organisationskommittén för ombildning av Folkhälsoinstitutet (dir. 1999:56) står t.ex. att Alkoholinspektionen som egen myndighet läggs ned i samband med att Folkhälsoinstitutet ombildas dvs. senast den 1 juli 2001. Den nya myndigheten skall enligt direktiven överta Alkoholinspektionens uppgifter av övergripande tillsynskaraktär. I propositionen (1998/99:134) *Vissa alkoholfrågor m.m.* står dessutom att det är regeringens bedömning att Alkoholinspektionens kvarvarande uppgifter av övergripande tillsynskaraktär förs över till det ombildade Folkhälsoinstitutet.

I Alkoholutredningens slutbetänkanden (SOU 2000:59 och SOU 2000:60) som utkommer i juni år 2000 kommer bl.a. att behandlas frågor om tillsyn på alkoholområdet samt vilka myndigheter inom området som bör ansvara för vad.

Under utredningens gång har samråd skett med Alkoholutredningen.

2.5 Privat införsel av alkoholdrycker m.m.

I regeringens proposition (1999/2000:121) *Privat införsel av alkoholdrycker m.m.* framgår att den svenska regeringen och EU-kommissionen har träffat en underhandsöverenskommelse om en ändring av de svenska införselreglerna för alkoholdrycker och tobaksvaror. Ändringen innebär att Sveriges undantag för privat införsel av alkohol- och tobaksvaror anpassas till de generella EU-reglerna. Den svenska anpassningen sker stegvis med början den 1 juli 2000, därefter ökar införselkvoterna successivt till och med den 31 december 2003. Överenskommelsen innebär således att Sverige, i likhet med Danmark och Finland, fram till år 2004, får behålla vissa införselbegränsningar.

Regeringen avser att återkomma med förslag till åtgärder på skatteområdet i budgetpropositionen för år 2001 och i anslutning därtill kommer regeringen att presentera en ny nationell handlingsplan för alkoholförebyggande åtgärder.

2.6 Statskontorets rapport Samordning mot droger

Regeringen gav i januari 1998 Statskontoret i uppgift att kartlägga vissa centrala och regionala myndigheters och andra organisationers ansvar och uppgifter på alkohol- och narkotikaområdet samt att lämna principförslag till en ny myndighetsstruktur och ansvarsfördelning i syfte att samordna och effektivisera samhällets insatser inom området ifråga. Statskontoret avlämnade sin rapport (1998:22) *Samordning mot droger – kartläggning och skiss till ny myndighetsstruktur på alkohol- och narkotikaområdet* till regeringen i september 1998.

I Statskontorets rapport konstateras att de undersökta myndigheterna på alkohol- och narkotikaområdet, dvs. ett dussintal centrala myndigheter och organisationer samt länsstyrelser, landsting och kommuner, har delvis likartade och överlappande uppgifter. Detta leder ibland till oklarheter, gränsdragningsproblem och samordningssvårigheter vilket försvårar regeringens styrning och minskar effektiviteten på området. Det handlar således enligt Statskontoret om både organisatoriska och strukturella problem. Statskontorets förslag går ut på att ompröva statens åtaganden och att decentralisera vissa uppgifter till regional/lokal nivå. Tre olika huvudalternativ för ny myndighetsstruktur lämna-

des; fusionsmodellen, stabsmyndighetsmodellen och samverkansmodellen, vilka samtliga på olika sätt skulle påverka Folkhälsoinstitutets organisation och uppgifter.

Statskontoret förordade inrättandet av en ny central stabsmyndighet för samordnad ledning, utveckling och utvärdering av statens alkohol- och narkotikapolitiska verksamhet. Vad gällde tillståndsgivningen, menade Statskontoret, borde i första hand övervägas en samordning med skattemyndigheternas och kommunernas motsvarande verksamhet.

2.7 Vissa alkoholfrågor m.m.

I regeringens proposition (1998/99:134) *Vissa alkoholfrågor m.m.* instämmer regeringen i allt väsentligt i den problembeskrivning vad gäller myndighetsstrukturen på alkohol- och narkotikaområdet som beskrivits ovan i Statskontorets rapport (1988:22). Ett av huvudproblemen anses vara mängden av aktörer på området i fråga, vilket försvårar för regeringen att styra, leda och följa upp verksamheterna inom det drogpolitiska området. Under 1990-talet har t.ex. antalet centrala myndigheter på alkohol- och narkotikaområdet mer än fördubblats och utbyggnaden har inte alltid präglats av en helhetssyn. Regeringen anser därför att det mot bakgrund av Statskontorets kartläggning finns anledning att begränsa antalet centrala myndigheter inom alkohol- och narkotikaområdet.

I propositionen hänvisas till den förvaltningspolitiska propositionen (1997/98:136) *Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst* där man framhåller att staten bör eftersträva att renodla och avgränsa sina uppgifter samt försöka öka effektiviteten och ändamålsenligheten inom sina verksamheter och i förhållande till statsmakternas mål. Effektivitetsproblem har uppmärksammats som beror på att myndigheter inte är ändamålsenligt organiserade och att de har överlappande uppgifter m.m. Därför bör strukturförändringar ses som en integrerad del av statsförvaltningens utveckling. Uppgifter som inte är anpassade till statlig verksamhet bör avvecklas eller överlåtas till annan huvudman.

Regeringen anser vidare att det inte är att förorda att alkohol-, drog- och tobaksfrågor bryts ut och behandlas vid sidan av övriga folkhälsofrågor, utan att alkohol- och narkotikafrågorna även fortsättningsvis bör hållas samman med de övriga folkhälsoarbetet. Detta eftersom alkohol-, drog- och tobaksfrågor hör till de största riskfaktorerna utifrån ett folkhälsoperspektiv. Det är bl.a. utifrån detta perspektiv som regeringen valde att tillsätta Organisationskommittén för ombildning av Folkhälsoinstitutet. I propositionen står även att Alkoholinspektionens kvarva-

rande uppgifter av övergripande tillsynskaraktär överförs till det ombildade Folkhälsoinstitutet.

Riksdagen beslutade den 19 november 1999 i enlighet med socialutskottets betänkande (1999/2000:SoU4) *Vissa alkoholfrågor* där socialutskottet ställt sig bakom så gott som alla förslag utifrån regeringens proposition. När det gäller frågan om inriktningen för en ny myndighetsstruktur på alkohol- och narkotikaområdet välkomnade utskottet regeringens förslag att tillsätta en organisationskommitté med uppgift att ge förslag i syfte att förenkla och förtydliga myndighetsstrukturen på bl.a. alkoholområdet (dir. 1999:56).

2.8 Oberoende alkoholsamarbetet – OAS

Den 9 januari 1997 beslöt regeringen att tillkalla en särskild kommitté med uppdraget att organisera ett samarbete mellan branschorganisationer, försäkringsbolag och berörda myndigheter m.fl. när det gäller alkoholförebyggande arbete. Kommittén fick i uppgift att verka för samarbete mellan olika företag, branschorganisationer, försäkringsbolag, myndigheter och andra när det gällde olika informationsinsatser kring bruk av alkohol, dess risker och skadeverkningar. Dessutom skulle kommittén undersöka förutsättningarna för hur samarbetet skulle kunna organiseras i mer permanenta former samt lämna förslag till organisationsform och fortsatt finansiering.

Kommittén, som antog namnet OAS, överlämnade sitt betänkande *OAS i framtiden* (SOU 1998:154) i december 1998. OAS uppgift har varit att samordna informationsinsatser och aktiviteter på nationell nivå när behov funnits eller när det funnits samordningsvinster att hämta. I direktiven angavs att ett prioriterat område är samverkan kring insatser som motverkar den illegala hanteringen dvs. illegalt tillverkad eller insmugglad alkohol och langning till ungdomar.

I OAS betänkande föreslogs att OAS skulle ombildas till antingen en statlig delegation (under en övergångsperiod) eller en privaträttslig organisation, t.ex. en ideell förening. Samarbetet skulle initiera, samordna och effektivisera informations- och opinionsinsatser för att främja måttfullhet och återhållsamhet i alkoholbruket samt motverka alkoholskador. OAS föreslogs vidare fungera som ett forum för dialog mellan staten och dess myndigheter, branschorganisationer, företag m.fl. i informationsfrågor relaterade till bruket av alkohol och dess risker i samhället. OAS skulle dock inte ta ställning i andra frågor än de som berör samverkan om informations- och opinionsbildning.

Som nämnts tidigare beslutade riksdagen den 19 november 1999 i enlighet med socialutskottets betänkande (1999/2000:SoU4) *Vissa*

alkoholfrågor. Socialutskottet ställde sig även bakom så gott som alla förslag som behandlats i propositionen (1998/99:134) *Vissa alkoholfrågor m.m.*, utom den föreslagna strukturen avseende OAS-samarbetet, dvs. samarbetet mellan branschorganisationer, försäkringsbolag och berörda myndigheter på alkoholområdet. Utskottet såg positivt på regeringens försök att hitta samarbetsformer, men ansåg den tänkta formen för samarbetet vara olämplig. Regeringen ombads att återkomma till riksdagen med förslag om hur ett sådant samarbete på alkoholområdet skall utformas och bedrivas i framtiden.

2.9 Narkotikakommissionen

Regeringen beslöt den 7 maj 1998 att tillkalla en narkotikakommission. Kommissionen fick i uppdrag att göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet. Med utgångspunkt i utvärderingen skall kommissionen lägga förslag till möjliga effektiviseringar av nuvarande narkotikapolitik för att på lång sikt skapa bättre förutsättningar för samordnade och intensifierade insatser mot narkotikamissbruket. Översynen skall omfatta lagstiftningen inom området, insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare samt insatser för att begränsa tillgången på narkotika.

I augusti 1999 utgav kommissionen ett delbetänkande *Narkotikastatistik – Om samhällets behov av information om narkotikautvecklingen* (SOU 1999:90). Syftet med delrapporten är att påvisa samhällets behov av information om narkotikautvecklingen, narkotikans spridning och konsekvenser samt lägga fram förslag som gör det lättare att följa och analysera narkotikautvecklingen i landet. I rapporten beskrivs den statistik som i dag samlas in av olika myndigheter och organisationer. Dessutom analyseras de problem som är förknippade med insamling av uppgifter kring narkotikahandling och narkotikamissbruk.

Utöver delbetänkandet har Narkotikakommissionen även kontinuerligt publicerat ett antal diskussionspromemorior angående narkotikalagstiftning, narkotikarelaterad dödlighet m.fl.

Kommissionens slutsats i delbetänkandet är att samhällets statistikförsörjning vad gäller narkotikarelaterade uppgifter i stort sett håller god kvalitet och har en hög ambitionsnivå. Det pågår dessutom ett utvecklingsarbete inom flera myndigheter för att förfinna metoderna och för att rätta till olika brister.

För att kunna uppnå så långsiktigt hållbara lösningar som möjligt samt för att områden med särskilt stora brister skall kunna prioriteras föreslår kommissionen att narkotikastatistiken, så långt det är möjligt,

samordnas. Det bör dessutom råda ett samspel mellan de uppgifter som efterfrågas på central nivå och de primärdata som registreras regelbundet på lokal nivå. Efterfrågade uppgifter från den lokala nivån bör i så stor utsträckning som möjligt även vara till nytta för den lokala uppgiftslämnaren.

Narkotikakommissionen anser att det behövs ett uttalat och tydligt ansvar för en samlad analys av den nationella narkotikastatistiken, utan att det inkräktas på enskilda myndigheters statistikansvar. Bristen vad gäller narkotikastatistiken ligger i att ingen myndighet i dag har ett övergripande ansvar för och perspektiv på narkotikastatistiken. Dessutom finns i dag ingen myndighet som har ansvar för att driva på metodutvecklingen.

Kommissionen gör bedömningen att Folkhälsoinstitutet bör få detta samordnande ansvar för narkotikastatistiken. Detta eftersom Folkhälsoinstitutet redan i dag har ansvaret för att följa narkotikautvecklingen i landet. Samtidigt har institutet, i sin egenskap av svensk kontaktpunkt, fått ansvaret att sammanställa alla svenska uppgifter till det Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (sv. ECNN, eng. EMCDDA). I det övergripande ansvaret anser kommissionen bör ingå att göra en årlig svensk sammanställning av all relevant narkotikastatistik, inklusive jämförande EU-statistik. Förutom att analysera och ställa samman data på nationell nivå bör det även ingå i ansvaret att värdera och belysa narkotikautvecklingen.

Kommissionen anser vidare att institutet även bör få ansvar för att utveckla metoder samt ta initiativ till forskning inom området ifråga. Den svenska narkotikastatistiken bör vidare samordnas med det utvecklingsarbete som sker inom ramen för EU:s narkotikasamarbete. Samarbete bör även ske med övriga berörda parter som verkar inom området, t.ex. myndigheter, organisationer, kommuner, landsting och forskare.

Utöver ovan nämnda förslag anser kommissionen att Folkhälsoinstitutet även bör få i uppdrag att utarbeta en handbok i hur lokala kartläggningar bör och kan genomföras. Detta eftersom likartade sammanställningar på lokal nivå förbättrar förutsättningarna för att göra nationella sammanställningar. Kommissionen föreslår vidare att institutet bör få i uppdrag att som komplettering till de pågående studierna genomföra årliga narkotikavaneundersökningar i åldersgruppen 15–24 år samt även genomföra narkotikavaneundersökningar i hela befolkningen vartannat år.

Under utredningens gång har samråd skett med Narkotikakommissionen.

2.10 Barnombudsmansutredningen

I regeringsbeslut av den 19 mars 1998 bestämdes att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av Barnombudsmanens (BO) verksamhet, dvs. att bedöma om ombudsmannens roll och uppgifter borde förändras i något avseende och i så fall hur. Utredarens uppdrag gick ut på att utvärdera och bedöma BO:s hittillsvarande arbete och belysa vilken roll BO har spelat för utvecklingen inom barnområdet. Utredningen skulle ge förslag till hur BO kunde stärkas och effektiviseras. Utredningen överlämnade sitt betänkande *Barnombudsmannen – företrädare för barn och ungdomar* (SOU 1999:65) i maj 1999.

Utredningens principiella förslag handlar om att BO:s roll som ombudsman bör renodlas för att barnens och ungdomarnas rättigheter skall främjas så effektivt som möjligt och att BO:s ombudsmannaroll bör förstärkas genom ökad självständighet och genom rättsliga befogenheter. I utredningen tas vidare upp frågan om barns lek- och utemiljö. Utredningens förslag är att ansvaret för olika sakfrågor bör ligga på sektorsansvariga myndigheter enligt principen om ”mainstreaming”. Därför anser utredaren att BO:s nuvarande samordnande myndighetsansvar för barns och ungas säkerhet bör överföras till Folkhälsoinstitutet och att ansvaret bör anges i Folkhälsoinstitutets instruktion. Det nya ansvaret skulle t.ex. kunna integreras i institutets nationella skadepreventiva program.

Utredningen anser även att Boverkets och Konsumentverkets ansvar för de allmänna lekplatserna bör förtydligas så att det även ingår i dessa myndigheters ansvar att se till att lekredskap och lekplatser är pedagogiskt utformade så att barns kreativa lek skall kunna stimuleras. Det nationella samordnande ansvaret för barnsäkerhetsfrågor, som utredaren föreslår skall läggas på Folkhälsoinstitutet, bör enligt utredaren inkludera såväl frågor som rör säkerheten i barns lekmiljöer som det pedagogiska innehållet i dessa miljöer.

2.11 Finansiering av forskning och utveckling

En arbetsgrupp under Utbildningsdepartementet har i en rapport *Att finansiera forskning och utveckling* (Ds 1999:68) redovisat ett förslag till reformerat myndighetssystem för forskningsfinansiering. Bakgrunden var att dagens forsknings- och finansieringssystem ansågs fragmenterat, oflexibelt samt saknade förmågan att satsa med kraft inom utval-

da områden. Arbetsgruppen har i sitt förslag delat upp forskningsverksamheten i dels forskningsstöd, dels uppdragsforskning.

Arbetsgruppen föreslog att fyra myndigheter skulle få uppgiften att vara forskningsstödande och att dessa skulle ha forskningsstöd som sin huvuduppgift. Uppdragsforskningen däremot skulle hanteras av ett större antal myndigheter där forskningsfinansiering skulle vara en av många uppgifter och primärt skulle ses som ett medel för att genomföra de övriga uppgifterna. Utöver att ett sammanhållet forskningsråd – Vetenskapsrådet – skulle skapas under Utbildningsdepartementet, föreslog arbetsgruppen att tre ytterligare myndigheter borde skapas för att ansvara för områdesorienterat forskningsstöd; Forskningsrådet för sociala frågor och arbetsliv, Myndigheten för teknisk utveckling, kommunikation och bebyggelse samt Forskningsrådet för miljö, lantbruk och naturresurser.

Vidare har arbetsgruppen gått igenom den forskning som bedrivs under bl.a. utgiftsområdena 8, 9, 10, 11, 12, 13 och 14 (invandrare, hälsovård, sjukvård, social omsorg, ekonomiskt trygghet, arbetsmarknad och arbetsliv) och konstaterat att det i dag inom dessa områden finns ett stort antal myndigheter men bara ett fåtal som finansierar forskning, t.ex. Arbetsmarknadsverket, Arbetslivsinstitutet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse. Arbetsgruppen förutsåg behov av mer forskning inom området vilket i sin tur ställer krav på god ansvarsfördelning mellan myndigheterna och det föreslagna Forskningsrådet för sociala frågor och arbetsliv. Särskilt omnämns att stödet till folkhälsoområdet i dag är splittrat på Medicinska forskningsrådet (MFR), Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) och Folkhälsoinstitutet.

Arbetsgruppen ansåg att Folkhälsoinstitutets uppgifter i relation till de andra organen borde utredas närmare i samband med omorganiseringen.

Den 21 mars 2000 överlämnade regeringen en proposition (1999/2000:81) *Forskning för framtiden – en ny organisation för forskningsfinansiering* till riksdagen. Regeringen lämnar här förslag till en ny myndighetsstruktur för forskningsfinansiering. Enligt förslaget skall tre nya forskningsråd och en ny myndighet inrättas för finansiering av forskning och utvecklingsarbete. Ett av dessa tre nya områdesinriktade forskningsråd är tänkt att inriktas på sociala frågor och arbetsliv. Detta råd övertar i så fall ansvarsområden som i dag handhas av Socialvetenskapliga forskningsrådet samt delar av ansvarsområdet för Rådet för arbetslivsforskning. Det nya rådet ges därmed ansvar att finansiera grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap och socialpolitik samt folkhälsovetenskap.

I propositionen understryks vikten av att det nya rådet fortsätter att utveckla samverkan med dels myndigheter under Socialdepartementet som inom ramen för sina förvaltningsanslag finansierar forskning till stöd för den egna verksamheten, bl.a. Folkhälsoinstitutet, dels andra angränsande aktörer.

2.12 Statsbidragskommittén

I mars 1997 tillkallades en kommitté för att se över formerna för statsbidragsgivningen till vissa nykterhetsorganisationer och till vissa andra organisationer verksamma inom det sociala området, dvs. organisationer som verkar inom områdena alkohol och narkotika, utsatta barn och deras familjer samt våld mot kvinnor. Översynen skulle omfatta såväl kriterier för bidragsgivningen som den administrativa hanteringen av bidragen. Uppdraget skulle resultera i ett nytt bidragssystem med en ökad resultatstyrning. I februari 1998 utkom Statsbidragskommittén med betänkandet *Vad får vi för pengarna – Resultatstyrning av statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området* (SOU 1998:38). Utredningens förslag handlar inte bara om att öka resultatstyrningen utan även om att göra bidragssystemet enhetligt och att staten skall behandla frivilligorganisationernas bidragsansökningar på ett likvärdigt sätt.

I den kartläggning som gjordes av kommittén framkom att inte mindre än sex instanser var inblandade i bidragshanteringen. De bidragsansvariga instanser som ägnades mest uppmärksamhet var Samarbetsnämnden och Socialstyrelsen. Av dessa två visade sig Socialstyrelsen ha ett betydligt mer aktivt sätt att fördela bidrag på än Samarbetsnämnden. Fördelarna med Socialstyrelsens bidragshantering handlade bl.a. om att deras hantering styrs av årliga regleringsbrev samt av en förordning. Vidare lämnar Socialstyrelsens styrdokument öppet för myndigheten att själv bedöma vilka organisationer som skall tilldelas bidrag.

Utredningen konstaterade vidare att för de allra flesta av Socialdepartementets förenings- och organisationsbidrag är resultatstyrningen låg eller så förekommer den inte alls. För den del av bidraget som Socialstyrelsen ansvarade för var dock en resultatorientering av bidraget under utveckling.

Utredningens förslag handlade bl.a. om att en myndighet borde ansvara för bidragshanteringen och att denna myndighet skulle vara Socialstyrelsen. Till stöd för bidragshanteringen borde dessutom enligt utredningen finnas en förordning som ger samma grund för alla de aktuella organisationernas ansökningar och återrapporteringar. Därut-

över borde även formuleras mål i regleringsbrev för att öka resultatstyrningen. Varje år skulle dessutom alla bidragstagande organisationer behöva lämna en ekonomisk redovisning och i denna ange bidragets andel av organisationens omslutning liksom även information om uppnådda resultat. Vart tredje år föreslogs att organisationerna lämnar en redogörelse för vilka resultat som uppnåtts inom de olika insatsområden under den gångna treårsperioden.

Vidare föreslog utredningen att ett råd bestående av berörda frivilligorganisationer skulle inrättas. För att inte den förebyggande aspekten skulle komma i skymundan föreslogs att Folkhälsoinstitutet skulle höras innan beslut om bidrag meddelades.

Utredningen valde att undanta Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). I stället föreslogs att förbundet även framgent skulle ges ett öronmärkt bidrag genom att ett avtal sluts direkt mellan förbundet och Socialdepartementet. Bidraget bör öronmärkas, ansåg utredningen, av det skälet att CAN:s uppgifter har klar myndighetskaraktär. Utredningen nöjde sig med att ge allmänna rekommendationer inför framtagandet av avtalet, dels att det skall framgå vilka uppgifter som bidraget skall användas till, dels vilken återrapportering som CAN förbinder sig att göra. Dessutom bör det i avtalet finnas en ömsesidig uppsägningsklausul och det bör tydligt framgå vilken tidsperiod avtalet omfattar.

I budgetpropositionen (1998/99:1) föreslog regeringen i enlighet med kommittén, dvs. att det behövs nya riktlinjer för statsbidragen till frivilligorganisationerna på det sociala området. Därefter har Socialutskottet beslutat i enlighet med regeringens förslag. Regeringen tog dock inte upp frågan om att regeringen skulle upprätta ett samarbetsavtal med CAN, utan detta blev i stället en uppgift för Organisationskommittén enligt kommittédirektiven (dir. 1999:56). En ny förordning (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området trädde i kraft den 1 januari 1999.

2.13 Välfärdsbokslutskommittén

För vägledning av socialpolitiken vid ingången av detta årtusende önskade regeringen förbättra kunskapsunderlaget kring välfärdsutvecklingen. Regeringen gav därför i februari 1999 i uppdrag åt en grupp forskare att sammanställa den kunskap som fanns och identifiera de områden där behovet av ökad kunskap kring välfärdsutvecklingen var angeläget. Kommittén tolkade uppdraget så att den centrala uppgiften skulle vara att göra en samlad bedömning av välfärdsutvecklingen under det gångna decenniet. Detta ansåg kommittén inbegripa en översikt

av hur viktiga strukturella villkor och de socialpolitiska stödsystemen förändrats. Ett mål för arbetet var dessutom att peka ut forskningsuppgifter av särskild relevans för 2000-talets socialpolitiska utmaningar. Kommittén har i delbetänkandet *Välfärd vid vägskalet* (SOU 2000:3) redovisat ett delbokslut över välfärdsutvecklingen.

Kommittén har i sitt delbokslut kommit fram till att det under decenniet som gått finns tecken på försämrad välfärd inom flera centrala områden. Kommittén konstaterar att 1990-talets inledning varit unik på så sätt att välfärden inom flera områden, framför allt arbete, ekonomi och hälsa, försämrats generellt sett. Analyserna pekar främst ut tre grupper, vilkas levnadsvillkor försämrats mer än andra grupper, nämligen utrikesfödda, ensamstående mödrar och yngre personer. Dessutom har arbetargrupperna en fortsatt sämre situation, åtminstone i jämförelse med tjänstemän på hög nivå och mellannivå. Kommittén poängterar att de inte kunnat beskriva välfärdsförändringar för två breda ålderskategorier, nämligen barnen och de allra äldsta.

Vidare har kommittén angett ett antal kunskapsluckor som kategoriseras i generella brister, specifika förändringar eller reformer samt resultatkontrollen i mål- och resultatstyrningsmodellen. Det handlar exempelvis om brister i bilden av hur samhället fungerar och hur människors livsvillkor gestaltar sig, t.ex. för barnen, om effekter av förändringar och reformer av t.ex. Ädelreformen och psykiatrireformen samt brister i kunskap rörande statens löpande uppföljning av den kommunala verksamheten. Slutligen förekommer kunskapsluckor på områden där inga uppgifter över huvud taget finns tillgängliga och där helt nya data måste samlas in.

3 Styrning av folkhälsoområdet

3.1 Politiska mål, riktlinjer och prioriteringar

3.1.1 De nationella folkhälsomålen

Regeringen gav 1995 en parlamentarisk kommitté i uppdrag att utarbeta nationella mål för hälsoutvecklingen. Detta arbete håller nu på att slutföras och förväntas få stor betydelse för arbetet med folkhälsofrågorna. Nationella folkhälsokommittén formulerade i sitt andra delbetänkande *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälso-mål* (SOU 1999:137) ett antal preliminära folkhälso-mål. Med något undantag står en enig kommitté bakom förslagen. Folkhälso-målen är tänkta att presenteras i slutlig form i Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande hösten 2000.

De preliminära förslagen till folkhälso-mål karaktäriseras av att man betraktar hälsopolitiken som en integrerad del av många olika politik-områden och att målen är formulerade i termer av exponering för ohälsans bestämningsfaktorer och inte i termer av sjukdomsförekomst eller sjukdomskonsekvenser. Exponeringsmålen är satta utifrån en bedömning av deras bidrag till olika sjukdomars och skadors förekomst, fördelning och konsekvenser. Målen är tänkta att uppnås under perioden fram till år 2010.

Utöver folkhälso-målen skall kommittén även presentera ett antal övergripande strategier, vilka utgör grunden för en god och jämlik hälsoutveckling på lika villkor. Dessa strategier berör samtidigt ett flertal olika sektorer i samhället, t.ex. socialt kapital, arbetsliv, uppväxtvillkor, fysisk miljö, hälsofrämjande livsstilar, stödsystem och infrastruktur för en god folkhälsa.

De preliminära hälsopolitiska målen är formulerade kring sjukdomars, skadors och den egenrapporterade ohälsans orsaker. Det beror på att det primärpreventiva arbetet syftar till att påverka förekomsten av dessa orsaker. Det är också ett sätt att betona att flera olika samhällssektorer kan bidra till att förbättra folkhälsan genom förebyggande

insatser, och inte främst sjukvården som arbetar med sjukdomars konsekvenser framför deras orsaker.

Perioden fram till år 2010 har Nationella folkhälsokommittén valt därför att den anses tillräckligt kort för att vara relevant i ett politiskt perspektiv och tillräckligt lång för att folkhälsopolitiska insatser skall kunna ha avsedd effekt. Genom att betona bestämningsfaktorer för hälsa uppstår inte problemet med att invänta hälsoeffekter av åtgärder som tar lång tid. WHO:s europaregion tillämpar en dubbelt så lång period i sin nya hälsopolitiska strategi, Hälsa 21, medan däremot enskilda mål har tidshorisonter som varierar mellan åren 2005 och 2020.

Nationella folkhälsokommittén har lämnat förslag till *indikatorer* som är knutna till de hälsopolitiska målen och är operationella. De syftar till att fånga väsentliga förhållanden som gäller de risk- och friskfaktorer som anges i målen, men är inte i sig själva några risk- respektive friskfaktorer. Så långt det är möjligt och lämpligt har angetts procentsatser för den utveckling som kan fångas upp genom respektive indikator. Ytterligare prioriteringar och preciseringar avseende indikatorerna skall göras i slutbetänkandet så långt möjligt.

Prioriteringar och målformuleringar skall baseras på vissa etiska ställningstaganden, som kommittén skall redovisa i sitt slutbetänkande. Målen skall vidare ta sin utgångspunkt i en bedömning av vad som är de viktigaste dragen i den pågående hälsoutvecklingen och de hälsopolitiska utmaningar som de kommande årens samhällsutveckling sannolikt för med sig.

Folkhälsomålen och offentliga aktörer

I detta avsnitt redovisas ett antal preliminära politikområden kring vilka övergripande strategier och hälsopolitiska mål avses formuleras i Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande. Indelningen i politikområden har ännu inte beslutats av Nationella folkhälsokommittén. Till dessa områden har i detta avsnitt angetts exempel på vilka statliga myndigheter som i dag har uppgifter och/eller ansvar kopplat till respektive område. Folkhälsoinstitutet samarbetar redan i dag med många av de myndigheter som anges nedan.

För de flesta av de områden som berörs gäller att det i hög grad är kommuner och landsting som är de aktörer som genomför det faktiska folkhälsoarbetet, vilket innebär att dessa ofta är de aktörer som kan bidra till att folkhälsomålen uppnås. Därigenom spelar också Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet viktiga roller för att underlätta för kommuner och landsting att uppnå sina mål inom folkhälsoområdet.

Utöver dessa aktörer bör även nämnas det stora antal privata aktörer, dvs. frivillig/ideella organisationer, föreningsliv, fackliga organisationer och arbetsgivarorganisationer, företag m.fl. som kan bidra till att förbättra folkhälsan. Många av de offentliga aktörer som nedan omnämns har anledning att samverka med dessa viktiga aktörer för att målen skall kunna uppnås. Vissa av målen är vidare av t.ex. lagstiftningskaraktär, vilket gör att även statsmakterna har ett ansvar för att målen uppfylls. Nationella folkhälsokommittén avser i sitt slutbetänkande att redovisa en mer fullständig kartläggning av samtliga aktörer som berörs av folkhälsomålen.

1. Ekonomisk trygghet, sociala miljöer och uppväxtvillkor

Exempel på statliga myndigheter med uppgifter/ansvar inom detta område:

Arbetsmarknadsverket
Integrationsverket
Riksförsäkringsverket
Skolverket
Socialstyrelsen
Statens institut för handikappfrågor i skolan
Ungdomsstyrelsen

2. Arbetsmiljö och arbetsmarknad

Exempel på statliga myndigheter med uppgifter/ansvar inom detta område:

Arbetarskyddsverket
Arbetslivsinstitutet
Arbetsmarknadsverket
Institutet för psykosocial medicin
Integrationsverket
Socialstyrelsen

3. Inne- och utemiljöer

Exempel på statliga myndigheter med uppgifter/ansvar inom detta område:

Arbetarskyddsverket
Boverket
Folkhälsoinstitutet
Kemikalieinspektionen
Konsumentverket
Naturvårdsverket
Skolverket

Socialstyrelsen
Statens strålskyddsinstitut
Vägverket

4. Fysisk aktivitet och matvanor

Exempel på statliga myndigheter med uppgifter/ansvar inom detta område:

Folkhälsoinstitutet
Konsumentverket
Skolverket
Socialstyrelsen
Statens livsmedelsverk
Statens jordbruksverk

5. Alkohol, narkotika och tobak

Exempel på statliga myndigheter med uppgifter/ansvar inom detta område:

Alkoholinspektionen
Arbetarskyddsverket
Brottsförebyggande rådet
Folkhälsoinstitutet
Konsumentverket
Läkemedelsverket
Rikspolisstyrelsen
Skolverket
Socialstyrelsen
Tullverket
Nationella ledningsgruppen
OAS – Oberoende alkoholsamarbetet

6. Hälso- och sjukvård och smittskydd

Exempel på statliga myndigheter med uppgifter/ansvar inom detta område:

Folkhälsoinstitutet
Läkemedelsverket
Socialstyrelsen
Smittskyddsinstitutet

7. Samordnat folkhälsoarbete och hälsoinformation

Exempel på statliga myndigheter med uppgifter/ansvar inom detta område:

Folkhälsoinstitutet
Smittskyddsinstitutet
Socialstyrelsen
Statens livsmedelsverk

8. Forskning, utbildning och metodutveckling

Exempel på statliga myndigheter med uppgifter/ansvar inom detta område:

Arbetslivsinstitutet
Folkhälsoinstitutet
Institutet för psykosocial medicin
Rådet för Arbetslivsforskning
Socialstyrelsen
Socialvetenskapliga forskningsrådet
Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik
Universitet och högskolor

3.1.2 Lagar, förordningar och propositioner

De mål, riktlinjer och prioriteringar som statsmakterna har beslutat om för folkhälsoområdet berör ett flertal olika sektorer i samhället med därtill hörande lagar inom respektive område, t.ex. arbetsmiljö, arbetsliv, miljö, boende, trafik, utbildning, jordbruk, livsmedel, socialtjänst, socialförsäkring, hälso- och sjukvård m.m. Exempel på lagar som berör folkhälsoaspekter är arbetsmiljölagar, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, tobakslagen, smittskyddslagen, miljöbalken, skollagen m.fl. lagar. Därtill finns också uttryckt mål, riktlinjer och prioriteringar i budgetpropositioner, särpropositioner, myndigheternas regleringsbrev och instruktioner m.m. De olika dokumentens roll som en del i regeringens styrning redogörs för i avsnitt 3.2.

Som ett exempel på mål i lagar kan anges hälso- och sjukvårdens övergripande mål, vilket står uttryckt i 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763): ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Vidare står i 2c § att ”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa”, samt i 3 § att ”— — — landstinget (skall) verka för en god hälsa hos hela befolkningen”.

Ett annat exempel på formuleringar i lagtext som berör folkhälsoaspekter är miljöbalken (1998:808). Där står t.ex. att miljöbalken skall tillämpas så att "människors hälsa och miljön skyddas mot skador och olägenheter oavsett om dessa orsakas av föroreningar eller annan påverkan,...". Vidare står i 9 kapitlet, 9 § om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd att "Bostäder och lokaler för allmänna ändamål skall brukas på ett sådant sätt att olägenheter för människors hälsa inte uppkommer...".

I budgetpropositionen för år 2000 anges vilket effektmål som skall gälla för utgiftsområde 9, hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen:

Att trygga en god hälsa och goda levnadsvillkor och se till att hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt tillgodose den enskilde individens behov av vård, omsorg, stöd och service.

Effektmålet sammanfaller i vissa delar med det övergripande målet för hälso- och sjukvården som anges i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Vad som inte finns med i effektmålet, men som står skrivet i lagen, är att vård skall ges på lika villkor för hela befolkningen.

De konkreta målen för år 1999 inom de olika verksamhetsområdena inom utgiftsområde 9, hälso- och sjukvård, social omsorg och forskning, handlar bl.a. om att förbättra folkhälsan för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt, att minska tobaksbruket, att upprätthålla en god tandhälsa och att förbättra vården av och omsorgen om psykiskt störda. Målen är också att barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden, att den totala alkoholkonsumtionen skall minska för att begränsa dess skadeverkningar samt att verka för ett narkotikafritt samhälle. Ett narkotikafritt samhälle skall uppnås genom insatser för att minska tillgången och efterfrågan på narkotika samt genom att få fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk.

Även lagstiftningen på smittskyddsområdet skall omarbetas i syfte att stärka rättssäkerheten samt förbättra möjligheterna att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Därutöver anges i propositionen att arbetet mot tobakens skadeverkningar måste genomföras på bred front och då särskilt att motverka tobakens tillgänglighet för unga.

För verksamhetsområdet social omsorg anges prioriteringar som t.ex. att situationen för äldre med psykiska besvär och psykisk sjukdom skall ägnas ökad uppmärksamhet samt att de utsatta barnens och ungdomarnas situation skall uppmärksammas. När det gäller vården av och omsorgen om psykiskt störda anser regeringen att det nuvarande tillståndet och utvecklingen är oroande och har därför uppdragit åt Natio-

nella folkhälsokommittén att överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att minska den psykiska ohälsan.

Regeringen anger dessutom att ett av verksamhetsutfallen för år 1998 var att folkhälsan har fortsatt att förbättras men att det alltså finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Ett oroande tecken anses vara den ökande andel av befolkningen som uppger sig ha psykiska besvär. Andra hälsoproblem som ökar är övervikt och allergier. Regeringens bedömning är att insatser för att främja folkhälsan och förebygga ohälsa fortfarande är ett prioriterat område.

Vidare anser regeringen att Nationella folkhälsokommitténs förslag till mål och strategier för hälsoutvecklingen kommer att utgöra ett viktigt underlag för utformningen av den framtida folkhälsopolitiken. Dessutom avser regeringen att samla kunskap om olika metoder för att tillämpa hälsokonsekvensbeskrivningar i större utsträckning i det politiska beslutsfattandet. Folkhälsoinstitutet har därför av regeringen fått i uppdrag att ta fram metoder och visa hur hälsokonsekvensbeskrivningar kan användas inom olika områden.

Avseende Folkhälsoinstitutet drar regeringen följande slutsatser efter verksamhetsåret 1998. Folkhälsoinstitutet bör sträva efter att förstärka sin roll som kunskapscentrum och metodutvecklare. I detta ligger bl.a. att stimulera och stödja andra aktörer i deras folkhälsoarbete. Institutet bör vidare i högre grad utnyttja möjligheten att låta institutets aktiviteter utvärderas av extern kompetens. Dessutom anser regeringen att institutet ytterligare bör sträva efter att fokusera insatserna på att minska skillnaderna i ohälsa mellan olika grupper i samhället.

Regeringen nämner vidare om Organisationskommitténs uppdrag, dvs. att mer i detalj tydliggöra mål och uppgifter samt att lämna förslag till organisation av den nya myndighetens verksamhet.

3.2 Styrning av statliga myndigheter

3.2.1 Principer och styrformer

När det gäller statsmakternas, dvs. riksdagens och regeringens, möjligheter att styra samhället sker detta i stor utsträckning via förvaltningen. Den svenska förvaltningen kan i sin tur sägas styras av statsmakterna med hjälp av ett flertal typer av styrmedel, vilka redogörs för nedan. Med *förvaltningsstyrning* menas, enligt statsvetaren Lennart Lundquists definition, de politiska beslutsfattarnas medvetna försök att påverka förvaltningen. Med *samhällsstyrning* kan i stället menas förvaltningens försök att påverka det omgivande samhället (Petersson & Söderlind, 1992 samt Lundquist, 1992). En annan indelning kan även göras utifrån

statsmakernas försök att styra och påverka medborgarnas beteenden. En grov sådan indelning kan göras i *ekonomiska* styrmedel, *regleringar* och *information* (Vedung, 1998 samt Petersson & Söderlind, 1992).

När man diskuterar förvaltningsstyrning, i detta fall styrningen av de statliga myndigheterna, är det praktiskt att indela styrmedlen i olika styrformer. Dessa styrformer kan kategoriseras på ett flertal olika sätt, t.ex. kan en indelning göras på inflödesstyrning (resursstyrning), processtyrning (regelstyrning) eller utflödesstyrning (resultatstyrning). En annan indelning kan göras utifrån vilket led i styrkedjan som styrningen riktar sig. Exempel på styrformer utifrån denna kategorisering är *regelstyrning*, *organisationsstyrning*, *utnämningmakten*, *informell styrning*, *finansiell styrning* samt *resultatstyrning* (RRV 1996:13).

Oavsett hur de olika styrformerna indelas är förhållandet mellan de olika styrformerna mer eller mindre komplicerat och gränserna kan vara flytande. Det är också så att den styrande parten, i detta fall statsmakterna, använder sig av en kombination av flera olika styrformer då de skall styra myndigheterna.

3.2.2 Regelstyrning

Regelstyrning innebär att statsmakterna kan styra förvaltningen genom att oftast i detaljerade ordalag ange mål och/eller medel för en verksamhet. Detta sker bl.a. genom att ge ut lagar och förordningar. Statens befogenhet att besluta om föreskrifter regleras i regeringsformen där föreskriftsmakten fördelas mellan riksdag, regering, förvaltningsmyndigheter och kommuner. Med en föreskrift avses rättsregler som i allmänhet är bindande för myndigheter och enskilda. Föreskrifter utformas både av riksdagen i form av lagar och av regeringen i form av förordningar. Förvaltningsmyndigheter kan genom s.k. subdelegering eller genom bemyndigande av regeringen utfärda föreskrifter och allmänna råd.

Regelstyrning har fram till i dag varit den mest använda formen av styrinstrument i offentlig förvaltning. Regler kan var både processinriktade, dvs. ange vem som får ta beslut och i vilka former, eller sakorienterade, dvs. ange arten av beslut som får behandlas samt vilket beslutet skall vara under olika omständigheter. Sammanfattningsvis kan sägas att regelstyrning generellt sett är processinriktad då den oftast anger hur något bör eller skall göras. Resultatstyrningen däremot anger i stället vad som skall göras eller presteras utifrån ett visst mål, utan att tala om med vilket medel målet skall uppnås.

Förordningar om myndigheters *instruktioner* är ett av regeringens viktigaste styrdokument och är ett exempel på regelstyrning. Här anges

i mer eller mindre generella ordalag vilka uppgifter som åligger myndigheten, vilka ansvarsområden och vilken roll i statsförvaltningen som myndigheten har. Här regleras även myndigheternas ledningsformer. Av särskild betydelse för regeringens styrning av myndigheterna är även *verksförordningen* (1995:1322). Där anges bl.a. vad som gäller för myndighetens ledning, myndighetschefens ansvar och uppgifter, om myndighetens skyldighet att medverka i EU-arbetet, om myndighetens föreskriftsrätt och ärendehantering samt om myndighetsbeslut m.m. I förordningens 17 § anges även att myndigheten bestämmer sin organisation.

Det skall påpekas att övergripande mål även finns formulerade i lagar och förordningar men dessa mål är inte desamma som de mål som används inom resultatstyrningen. Distinktionen ligger i att man inom resultatstyrningens område styr med hjälp av målen, dvs. målen används i operativt syfte i regelbundna resultatuppföljningar och bedömningar av resultaten. Inom regelstyrningen handlar det ofta om att sätta processmål t.ex. som en garant för rättssäkerheten.

Även *regleringsbrevet* kan betecknas som exempel på regelstyrning, men är mest förknippat och använt inom resultatstyrningens område. Detta är ett exempel på att gränsdragningar mellan olika styrformer ibland är svåra att göra.

3.2.3 Organisationsstyrning

Med organisationsstyrning menas att statsmakterna styr genom att utforma en organisation på ett visst sätt, t.ex. den interna organisation i form av olika avdelningar och tjänster. Även relationer gentemot andra myndigheter och organisationer samt deras befogenheter och ansvar kan styras upp via organisationsstyrning. En myndighet kan även ges möjlighet att avgiftsfinansiera sin verksamhet, vilket får konsekvenser för verksamheten. Själva idén om att inrätta en myndighet kan också sägas vara organisationsstyrning.

3.2.4 Utnämningsmakten

Ett annat viktigt styrinstrument som regeringen förfogar över är utnämningsmakten. Regeringen utser myndighetschefer men myndigheterna har dock i regel delegerats rätten att utse samtliga befattningshavare under verkschefsnivån. Regeringen utser även i förekommande fall verksstyrelser. I utnämningsmakten ligger även att för vissa tjänster föreskriva viss kompetens, t.ex. för domare, poliser och läkare.

3.2.5 Informell styrning

Med informell styrning menas här att regeringen i sina informella kontakter med myndigheterna kan komplettera all annan styrning, dvs. det handlar om det informella och oreglerade samspelet mellan regeringen och myndigheterna, som ibland kan bli mer eller mindre omfattande. Styrningen handlar om den påverkan som sker genom främst muntlig information från regeringen till verksamheten. Det kan gälla innehållet i olika typer av regeringsbeslut av betydelse för den enskilda myndigheten och dess ledning, dvs. förtydliganden och kommentarer kring besluten. Här kan regeringen ge sin syn på verksamheten samt även hur verksamheten leds. Dock får de informella kontakterna inte påverka det yttersta ansvaret för prövning i det enskilda fallet, vilket skall kvarstå hos myndigheten.

För myndigheten kan det ofta vara viktigt med informella dialoger och kontakter eftersom det kan hjälpa till att tydliggöra och konkretisera den övriga styrningen. I informella kontaktsituationer kan myndigheten få reda på om den uppfattat sin roll och sitt uppdrag på det sätt som regeringen avsett, om myndigheten leds på ett sådant sätt som regeringen hade tänkt sig osv.

Den s.k. *resultatdialogen* som är ett viktigt inslag i resultatstyrningen kan sägas vara ett försök att formalisera de informella kontakterna mellan regeringen och myndigheterna i deras diskussioner kring mål och resultat, dvs. verksamhetsuppföljning (se nedan).

I en studie gjord av Ekonomistyrningsverket (ESV 1999:19) angående informella kontakter i samband med regleringsbrev och årsredovisningar framkom att nästan alla intervjuade tjänstemän från Regeringskansliet och myndigheterna var överens om att de informella kontakterna har stor betydelse för kommunikationen mellan regeringen och myndigheterna. Vissa av de intervjuade framhöll att dessa kontakter t.o.m. är ännu viktigare än de formella dokumenten, regleringsbrev och årsredovisningarna.

3.2.6 Finansiell styrning

En av de mer framträdande styrningsmetoderna för statsmakternas styrning av förvaltningen och i detta fall de statliga myndigheterna är den finansiella styrningen, dvs. att via *budgeten* ge myndigheten en anslagsram att förfoga över för sin verksamhet. Den finansiella styrningen sker främst inom ramen för budgetprocessen.

Den 1 januari 1997 trädde en ny lag i kraft, *lagen om statsbudgeten* (SFS 1996:1059). I denna lag regleras bl.a. regeringens arbete med

budgeten och lagen innehåller bestämmelser om utgiftstak, utgiftsramar, anslag och inkomstitlar, om uppföljning, prognoser och utfall, om statsbudgetens avgränsningar etc. Här anges även att staten skall eftersträva hög effektivitet och iakttä god hushållning. Regeringen skall även för riksdagen redovisa mål samt vilka resultat som uppnåtts inom olika verksamhetsområden. Lagen och därmed den finansiella styrningen via budgetprocessen har på så sätt en stark anknytning till resultatstyrningen.

Dagens budgetprocess kan indelas i olika tidsperioder under budgetåret. Senast den första mars varje år inkommer myndighetens *årsredovisning*, vilken skall återrapportera utifrån de mål och den struktur som anges i myndighetens regleringsbrev. I april månad avlämnar regeringen en *vårproposition* till riksdagen där utgiftstaket och utgiftsområdesramarna slås fast för tre år framåt. Under våren görs vidare ramberedningar i regeringskansliet där resultatbedömningar sammanställs utifrån bl.a. årsredovisningarna och andra dokument av vikt. I *budgetpropositionen* på hösten låses sedan anslagens ramar under varje enskilt utgiftsområde, inklusive myndigheternas förvaltningsanslag.

Under hösten arbetas *regleringsbrevet* för det kommande året fram i dialog med myndigheten. I regleringsbrevet anges myndighetens ekonomiska ram samt även vilka mål som skall gälla för kommande år. Regleringsbrevet bestämmer således både myndighetens finansiering och verksamhet, och är således exempel på både finansiell styrning och resultatstyrning. Budgetprocessen sammanfaller i många stycken med resultatstyrningsprocessen.

3.2.7 Resultatstyrning

I samband med kompletteringspropositionen från år 1988 initierades den resultatorienterade styrningen som ny generell policy. Det ansågs viktigt att statsmakterna i mindre utsträckning skulle detaljstyra och i stället ange inriktning och mål för verksamheterna. Det grundläggande syftet med införandet av den nya styrformen var dock att kunna omprioritera och omfördela på basis av information av uppnådda resultat.

Bakgrunden till denna förändring var bl.a. att det skett en ökad decentralisering av beslutsfattande till förvaltningen, liksom att regelstyrningen fått ge vika för ramlagstiftningen, vilket lett till svårigheter att styra förvaltningen. Dessutom fanns en vilja att genomföra mer än vad resurserna räckte till. Avsaknad av krav på kontrollinformation och verksamhetsuppföljning gjorde att statsmakterna tyckte sig ha förlorat inblicken i och kunskapen om myndigheternas verksamhet, liksom vilka konsekvenserna blivit av implementeringen av de politiska besluten.

Resultatstyrning kan liknas vid ett första helhjärtat försök att styra myndigheterna i *mål- och resultat*termer i stället för i resurs- och metodtermer. Samtidigt som statsmakterna försökte vinna nya vägar för styrning så var tanken att myndigheterna skulle få ett ökat ansvar att välja hur verksamheten skulle organiseras och genomföras, dvs. större frihet att själva välja hur de skulle uppnå de av statsmakterna uppsatta målen. Dock var det viktigt att den nya styrningen skulle baseras på information om uppnådda resultat, vilket krävde att resultaten följdes upp regelbundet. De redovisade resultaten skulle sedan bedömas med ledning av målen. Resultatbedömningen utgjorde därefter grunden till beslut om myndighetens fortsatta verksamhet.

Regleringsbrevet har med åren kommit att bli det viktigaste styr-dokumentet för resultatstyrningens utövande. Som nämnts ovan är regleringsbrevet ett dokument där resultatstyrningen och den finansiella styrningen möts. Det finns således både en verksamhetsdel, där målen och åiterrapporteringskraven för verksamheten anges samt en finansieringsdel, där myndighetens ekonomiska restriktioner preciseras, dvs. ramen för det anslag som myndigheten har att förfoga över under det kommande budgetåret.

De viktigaste ingredienserna i resultatstyrningsprocessen är dels regleringsbrevet, dels den årliga årsredovisningen, som även inkluderar resultatredovisningen samt *resultatdialogen*. Resultatdialogen är samtidigt ett viktigt kompletterande styrinstrument i sig. I propositionen (1997/98:136) *Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst* anges att det politiska intresset kring frågor om mål och resultat bör öka och att utvecklingen av resultatdialogerna som genomförs mellan departementsledningar och myndighetschefer är en åtgärd som kan förbättra styrningsprocessen.

Dialogerna skall ske regelbundet, dvs. årligen, och dokumenteras. Resultatdialogerna har två syften, dels att diskutera myndighetens resultat och måluppfyllelse, dels att ge myndighetschefen möjlighet till personligt samtal med sin minister eller statssekreterare. Dialogen är därför uppdelad i två delar, en verksamhetsdiskussion och ett planeringssamtal. I verksamhetsdiskussionen diskuteras de resultat som myndigheten uppnått i förhållande till målen, liksom även kostnader m.m. Dessutom skall återkoppling ges på myndighetens årsredovisning. Regeringens styrning av myndigheten i mål- och resultatetermer bör preciseras. I planeringssamtalet bör myndighetschefen få tillfälle att direkt med departementsledningen diskutera sin arbetsituation och eventuella behov av att utveckla och förändra sitt ledarskap.

Resultatstyrningen har implementerats i statsförvaltningen under ett antal år, dock inte utan att vissa problem och brister uppstått. I ELMA-utredningen (Ds 1995:6) *Åtgärder för att stärka resultatstyrningen*

framgår bl.a. att det finns brister främst vad gäller att formulera övergripande mål och verksamhetsmål som är möjliga att följa upp samt när det gäller att använda myndigheternas resultatinformation. Ungefär liknande slutsatser, när det gäller svårigheter med att implementera resultatstyrningen, dras i Förvaltningspolitiska kommissionens rapport *Det svåra samspelet, Resultatstyrningens framväxt och problematik* (SOU 1997:15). Kommissionen framhåller även svårigheter att engagera Regeringskansliet i resultatstyrningsfrågor, framför allt från den politiska nivån, men att brister inom resultatstyrningens område även handlar om kompetensfrågor på tjänstemannanivå.

I propositionen (1997/98:136) *Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst* anser regeringen att inriktningen för resultatstyrningen skall ligga fast dvs. resultatstyrningen skall vidareutvecklas och förbättras samt vara flexibel och verksamhetsanpassad. Även i fortsättningen skall resultatstyrningen vara ett av regeringens främsta redskap för att få en effektiv förvaltning som arbetar i enlighet med de politiska målen och prioriteringarna.

4 Folkhälsoarbete och folkhälsoaktörer

4.1 Folkhälsa och folkhälsoansvar

Begreppet folkhälsa betecknar det allmänna hälsotillståndet för hela eller delar av befolkningen. Med begreppet *folkhälsa* menas enligt Nationella Folkhälsokommittén ”befolkningens hälsa i betydelsen hälsans utveckling och fördelning i befolkningen” (SOU 1998:43).

Folkhälsan kan ses som summan av individernas hälsa, dvs. hela *befolkningens* hälsa, till skillnad från *den enskilde individens* hälsa. Samtidigt omfattar även folkhälsan

— — — det mönster som råder mellan befolkningens olika grupper med större eller mindre olikheter i sjukdomsrisker och sjukdomskonsekvenser samt de förändringar som sker gradvis eller i form av t.ex. epidemier.

(SOU 1998:43)

Kort sagt, med folkhälsa menas både summan av individernas hälsa samt ohälsans mönster i befolkningen.

Folkhälsan bestäms av ett antal faktorer över vilka individen har allt ifrån inget till ett betydande inflytande. Möjligheten till inflytande varierar starkt mellan olika individer och grupper.

Nationella folkhälsokommittén menar att när det gäller samhällets ansvar för frågor om hälsa och sjukdom så bör man hålla isär två perspektiv; ansvaret för *individens hälsa*, med vilket menas ”individens risker för sjukdom och ohälsa samt deras sjukdomsförlopp” samt ansvaret för *befolkningens hälsa* (SOU 1998:43), dvs. folkhälsan. Ansvaret för individens hälsa utgår från ett samspel mellan individ och samhälle, medan ansvaret för folkhälsan i högre grad vilar på samhället, framför allt de politiska församlingarna och dess myndigheter.

4.2 Folkhälsoarbete

Med *folkhälsoarbete* menas enligt Nationella folkhälsokommittén

Planerade och systematiska insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom. En uttalad avsikt är att påverka faktorer (frisk-, skydds- och risk-) och förhållanden (struktur och miljö) som bidrar till en positiv hälsoutveckling på befolkningsnivå. Insatserna kan vara både samhälls- och/eller grupp- respektive individinriktade.

(SOU 1998:43)

Folkhälsoarbete är tvärsektoriellt och tvärvetenskapligt och utvecklingen inom området går i riktning mot en ökad sektorsövergripande samverkan mellan olika folkhälsoaktörer.

Folkhälsoarbete kan delas in i två olika komponenter, att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Sjukdom definieras ofta som en avvikelse från normal funktion avseende kropp och/eller själ. I klinisk praxis omfattas begreppet enligt Nationella folkhälsokommittén av såväl medicinskt definierade tillstånd och av individen upplevda symptom och besvär som en av samhället definierad sjukdomsroll. Begreppet *hälsa* betonar i stället dels en upplevelse av välbefinnande (hälsa som mål), dels förmåga till handling (hälsa som medel). Enligt Nationella folkhälsokommittén bör man inte betrakta sjukdom och hälsa som två ytterligheter på samma skala utan som två olika dimensioner: icke-sjukdom/sjukdom samt hälsa/ohälsa.

Folkhälsoinstitutet delar in folkhälsoarbetet utifrån om det bedrivs lokalt, regionalt eller på nationell nivå. *Lokalt folkhälsoarbete* bedrivs vanligtvis i kommunerna eller kommundelar av offentliga eller privata organisationer m.fl. Folkhälsoarbete på *regional nivå* bedrivs främst av samhällsmedicinska enheter, folkhälsoenheter eller motsvarande inom landsting/regioner¹ samt av smittskyddsorganisationen.

Nationellt folkhälsoarbete bedrivs av nationella myndigheter samt privata och frivilliga organisationer på nationell nivå. Från statsmakternas sida handlar det nationella folkhälsoarbetet om att utforma en folkhälsopolitik som skapar goda förutsättningar för en god hälsa hos befolkningen, både vad gäller individer och hela eller delar av befolkningen. Syftet är således att skapa betingelser för att folkhälsoaspekter tillvaratas i policyutveckling och politiska beslut så att incitament skapas både för institutioner och enskilda att prioritera folkhälsa.

De verktyg som statsmakterna och dess myndigheter har till sitt förfogande för att kunna skapa gynnsamma förutsättningar för en god folkhälsa kan indelas i tre olika grupper, nämligen ekonomiska styrme-

¹ Fortsättningsvis anges endast ordet landsting vilket även inkluderar försöksverksamheten med regioner.

del, informativa styrmedel samt regleringar (Vedung, 1998). Exempel på dessa olika styrmedel är bl.a. att bygga upp ändamålsenliga regelsystem, t.ex. alkohol- och tobaksbeskattningen, att utöva tillsyn, att ansvara för FoU-verksamhet, statistikinsamling, drift och uppbyggnad av nationella hälsoregister, att ta fram kunskapsunderlag och utveckla metoder som bygger på vetenskaplig grund, att stödja kvalitetsutvecklingen samt att utveckla infrastrukturer och andra stödsystem för regionalt och lokalt folkhälsoarbete.

Statsmakterna har även ansvar för det internationella samarbetet och utbytet vad gäller folkhälsofrågor, framför allt EU-samarbetet, samarbetet med WHO, Europarådet, FN m.fl. Regeringen har valt att delegera vissa sådana uppgifter till statliga myndigheter.

Vidare tillhandahåller statsmakterna medel i form av bidrag till försöksverksamheter m.m. samt till åtgärder inom vissa specifikt uttalade problemområden, t.ex. alkohol och narkotika samt hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Staten ger även ekonomiskt stöd till organisationer som bedöms göra viktiga insatser inom dessa områden.

Ytterligare en styrmöjlighet som står till statsmakternas förfogande är att formulera de nationella folkhälsomål som bör gälla inom folkhälsoområdet och som bör vara utgångspunkten i folkhälsoarbetet för samtliga folkhälsoaktörer i landet. Sådana mål har preliminärt presenterats av Nationella folkhälsokommittén i ett betänkande som utkom i december 1999. Slutligt förslag till nationella folkhälsomål avses att presenteras under hösten 2000 (se även avsnitt 3.1.1).

4.3 Folkhälsoaktörer på regional och lokal nivå

4.3.1 Kommuner och landsting

På varje nivå, dvs. lokal, regional och nationell nivå, verkar en eller flera aktörer inom området folkhälsa. Med lokal nivå avses kommuner och med regional nivå avses enskilda landsting inklusive försöksverksamheten med regioner. Det finns dels aktörer som har förbättrad folkhälsa som sina huvudsakliga mål, dels aktörer som har andra mål än folkhälsomål, men som bedriver verksamhet som direkt eller indirekt kan ha önskade eller oönskade effekter på folkhälsan och på så vis kan komma att påverka huruvida olika folkhälsomål uppfylls eller ej.

På den *lokala nivån* har flera kommunala verksamheter och dithörande lagar direkt och indirekt betydelse för folkhälsan. Hur kommunerna väljer att arbeta med ansvarsområden enligt lagar som berör t.ex. hälsoskydd, miljöskydd, smittskydd, djurskydd, avfall, kemikaliehante-

ring, livsmedelskontroll, planläggning av mark och vatten, brandsäkerhet och trafiksäkerhet påverkar i sin tur människors hälsa och välbefinnande. Kommunerna har ett ansvar för att barn växer upp under trygga och goda förhållanden. I detta sammanhang har förskolan, skolan och skolhälsovården en viktig påverkan vad gäller barns och ungdomars hälsa. I kommunernas ansvar ingår även äldreomsorg enligt hälso- och sjukvårdslagen och omsorg om personer med fysiska och psykiska funktionshinder enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade.

Kommunerna skall även ansvara för att förebygga och motverka missbruk av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel, speciellt vad gäller barn och ungdom. Vid sidan av detta kan nämnas att kommunernas alkoholpolitiska ansvar bl.a. rymmer tillståndsprövning samt tillsyn av restaurangernas servering av alkoholdrycker. På senare år har också kultur- och fritidssektorns betydelse för folkhälsan uppmärksamats genom de aktiviteter som erbjuds och som i sin tur påverkar livskvaliteten.

Kommunernas engagemang för folkhälsofrågor har successivt ökat med åren, och kan antas öka ytterligare till följd av en växande medvetenhet om orsakerna till ohälsa och kommunernas möjlighet att påverka dessa orsaker. Lokala folkhälsoråd² finns bl.a. i en majoritet av kommunerna. Därutöver har en stor del av kommunerna utarbetat folkhälsoprogram. Över huvud taget anser Nationella folkhälsokommittén att hälsofrågorna behöver tydliggöras i all kommunal verksamhet och i kommunernas strategiska utveckling t.ex. genom att göra hälsokonsekvensbedömningar samt s.k. lokala välfärdsbokslut.

Vad gäller *den regionala nivån* har hälso- och sjukvården ett folkhälsoansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763): ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. I 2c § står vidare att

Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada – – –

Landstingens ansvar för hälso- och sjukvården finns beskrivet i 3 §:

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget – – –. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

I hälso- och sjukvårdens ansvar ingår att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Dessa insatser är individ-, befolk-

² Folkhälsoråd är ett organ för sektorsövergripande lokal samverkan mellan lokala aktörer, t.ex. kommunen, landstinget, försäkringskassan och frivilligorganisationer.

nings- och samhällsinriktade. Ett lokalt förebyggande arbete utförs av landstingen via primärvården, folktandvården och lokala hälsoplanerare. Den lokala hälsoverksamheten utgår från både ett befolknings- och ett individperspektiv. Arbetet utgörs bl.a. lokala hälsobeskrivningar, hälsoupplýsning, hälsokontroller, vaccinationer, hälsovård till mödrar och barn, medverkan i samhällsplanering samt uppsökande verksamhet hos utsatta grupper.

De flesta landsting har i dag samhällsmedicinska enheter eller motsvarande. De fyller bl.a. följande funktioner: epidemiologisk bevakning, folkhälsorapportering, hälsopolitiska program, kompetenscentrum, stöd och utveckling av hälsofrämjande och förebyggande insatser såväl genom sektorsövergripande arbete inom det egna länet som riktade insatser inom den egna organisationen. Landstingen utför primärpreventiva insatser inom smittskyddsområdet, t.ex. inom området hiv/aids samt inom områdena missbruk av alkohol och narkotika, allergi, diabetes, rökning, kost- och motionsvanor, barn- och kvinno- misshandel, skador, självmord m.m. Därutöver har landstingens smittskyddfunktioner en viktig primärpreventiv uppgift. Flera landsting samarbetar med universitet och högskolor inom FoU-området. De större landstingen har ofta ett väl etablerat samarbete med universitet och högskolor på respektive ort.

Inom många landsting har man tagit fram hälsopolitiska mål och program. Måldokumentet har förankrats politiskt genom politiska beslut och i några fall genom tillsättandet av s.k. folkhälsolandstingsråd och politiskt tillsatta folkhälsoutsnitt. För närvarande pågår en försöksverksamhet med ett vidgat ansvar för den regionala utvecklingen i bl.a. Skåne och Västra Götaland. Över huvud taget uppfattar landstingen och försöksregionerna att folkhälsofrågorna ökar i vikt.

Landstingen har varit pådrivande i det lokala folkhälsoarbetet. Inte minst har den lokala tvärssektoriella samverkan ökat mellan kommuner, landsting och andra aktörer. Enligt en kartläggning som gjordes år 1996 av Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet visade sig en stor majoritet av landstingen och kommunerna vara positiva till ett samarbete kring folkhälsofrågor. Både kommuner och landsting poängterade vikten av att ha politiker med i folkhälsoarbetet. Dessutom har Nationella folkhälsokommittén påpekat att folkhälsoarbetet skulle stärkas om kommunernas och landstingens hälsoplanering blev mer samordnad.

4.3.2 Landstingsförbundet

Landstingsförbundet är en intresse-, bransch- och arbetsgivarorganisation för landstingen. Viktiga områden för förbundet är hälso- och sjukvård, regional utveckling, arbetsgivarverksamhet, landstings- och samhällsekonomi samt strategisk utveckling. Avdelningen för hälso- och sjukvårdsfrågor arbetar bl.a. med att stödja landstingens strävanden att stärka patientens ställning, vårdens kvalitetsutveckling och folkhälsa. Opinionsbildning och informationsspridning är viktiga inslag i förbundets arbete.

Förbundet stödjer landstingen i deras folkhälsoarbete på flera olika sätt, bl.a. genom regelbundna kontakter med regeringen, Svenska Kommunförbundet, Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet samt andra nationella organisationer av betydelse för människors hälsa. Eftersom det tvärssektoriella arbetet är en hörnsten i folkhälsoarbetet ingår Landstingsförbundet i en rad grupper som har betydelse för folkhälsan t.ex. den så kallade generaldirektörsggruppen för folkhälsofrågor och Nationella ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Vidare utser förbundet representanter i olika institutioner, styrelser och samordningsgrupper, t.ex. inom smittskydds-, hiv/aids- och olycksfallsområdet. Stöd till Epidemiologiskt centrum (EpC) vid Socialstyrelsen har också stor betydelse för folkhälsoarbetet i landet.

I förbundets arbete ingår vidare att vara mötesplats, sprida information om aktuella frågor och att bidra till en positiv utveckling inom området. Därför genomför förbundet konferenser med anknytning till folkhälsoområdet. Även det internationella arbetet är angeläget för förbundet, t.ex. genom en bevakning av EU:s folkhälsoarbete.

Landstingsförbundet företräder medlemmarna i folkhälsofrågor i mer vid bemärkelse, t.ex. är hälso- och sjukvård inklusive primärvård med barn- och mödrahälsovård av direkt betydelse för människors hälsa och tillhör förbundets huvuduppgifter. Därutöver tillkommer även tandvård, befolkningsstatistik och miljöfrågor. Förbundet arbetar vidare med personalpolitiska frågor vilket inkluderar arbetsmiljöområdet och frågor som t.ex. tobaksbruk bland personal och kvinnors hälsa.

Regional utveckling är en prioriterad uppgift för Landstingsförbundet. Nya möjligheter för olika aktörer att tillsammans arbeta med samhällsplanering, utveckling och folkhälsoarbete uppstår i de län där regionala självstyrelseorgan och direktvalda organ bildas. Även de försöksverksamheter som bedrivits med ökad finansiell och övrig samverkan mellan kommuner, landsting och försäkringskassor, vars syfte har varit att finna former för att hantera välfärdsfrågorna på ett mer sammanhållet sätt, är exempel på utveckling som förbundet stödjer.

En av Landstingsförbundets större satsningar inom folkhälsoområdet är det folkhälsoprogram som tillsammans med Svenska Kommunförbundet påbörjades år 1995 och avslutades vid Landstingsförbundets kongress år 1998. Detta folkhälsoprogram redogörs särskilt för nedan. Att lyfta upp folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen är viktigt för förbundet.

4.3.3 Svenska Kommunförbundet

Svenska Kommunförbundet är kommunernas intresse- och arbetsgi-
varorganisation. Inom förbundet finns kompetens för intressebevakning
och specialistkunskaper för all sorts kommunal verksamhet. Förbundets
huvuduppgifter är att företräda och stödja kommunerna och tillvarata
deras intresse, stödja och utveckla den kommunala självstyrelsen,
främja samverkan mellan kommuner, stödja kommunerna i arbetet med
att utveckla och effektivisera verksamheten samt vara central arbetsgi-
varorganisation för landets kommuner. I varje län finns även ett kom-
munförbund, s.k. länsförbund, som verkar på regional nivå för att på så
sätt tillvarata kommunernas intresse i förhållande till andra regionala
organisationer och myndigheter.

Förbundets syn på folkhälsoarbetet i kommunerna är att utveck-
lingspotentialen, vad gäller att få till stånd en hälsoutveckling som ut-
gör en integrerad del av samhällsutvecklingen, ligger i att inom ramen
för ordinarie verksamheter arbeta med ett förebyggande och hälso-
främjande förhållningssätt. Detta är också en av anledningarna till att
kommunernas roll i folkhälsoarbetet har blivit allt tydligare de senaste
åren.

Många av de områden som förbundet arbetar med påverkar därför
hälsan och välfärden långsiktigt och på olika sätt. Ändrade livsvillkor
och levnadsförhållanden för äldre gör att förbundets arbete med vård
och omsorg för äldre kommer att intensifieras. Likaså arbetar förbundet
med frågor som rör segregation, flyktingar och invandrare. Inom ramen
för det s.k. välfärdsprogrammet har välfärdsfrågor och kommunernas
roll i det totala välfärdssystemet diskuterats. En av välfärdsprogram-
mets sex olika delprojekt handlade t.ex. om att redovisa och analysera
förutsättningar för samverkan mellan kommuner och medborgare, bru-
kare, föreningar, ideella organisationer, kooperativ, företag etc.

I ett annat projekt *Motståndskraft* har Svenska Kommunförbundet
tillsammans med 25 kommuner, med ekonomiskt stöd från Socialde-
partementet, försökt hitta ett sätt att förebygga drogmissbruk genom
ungdomars eget engagemang. När det gäller miljö- och hälsoskyddet i
kommunerna arbetar dessa med att ta fram lokala handlingsplaner för

Agenda 21, för en långsiktigt hållbar samhällsutveckling. I detta sammanhang nämns särskilt ungdomar, barn, kvinnor och invandrare. Möjlighet att påverka, delta och ett långsiktigt tänkande är centrala begrepp i dessa handlingsplaner.

Förbundet har även i samarbete med flera andra centrala organisationer bidragit med stöd i kommunernas arbete med Agenda 21, t.ex. genom konferenser, samordning och spridning av goda exempel. Dessutom har Svenska Kommunförbundet deltagit i ett utvecklingsprojekt där man tagit fram riktlinjer för hur ett miljöledningssystem (EU:s miljöledningssystem EMAS) skulle kunna tas fram ur ett kommunalt perspektiv. Förbundet har sedan många år tillbaka ett samarbete med de statliga myndigheter som ansvarar för radon. Vidare deltar förbundet i en samarbetsgrupp där flera statliga myndigheter ingår för att samordna och verka för skadeförebyggande insatser.

Vad gäller samhällsplanering arbetar förbundet också med hållbarhetsaspekter utifrån ett kommunalt planeringsperspektiv. Kommunerna skall i sin framtida planering utifrån ett helhetsperspektiv sammanväga bl.a. ekonomiska, sociala och ekologiska aspekter. Ett annat viktigt område som Svenska Kommunförbundet satsar på är kvalitetsfrågor där man bl.a. ger ett ökat stöd till kommunerna i deras kvalitetsutvecklingsarbete.

Folkhälsoprogrammet

Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet påbörjade år 1995 ett politiskt programarbete, dvs. ett gemensamt projekt kring folkhälsofrågorna. En slutrapport, *Främja hälsa – förebygg sjukdomar*, utgavs år 1998. Huvudsyftet med programarbetet var att ge folkhälsofrågorna ökad tyngd i den politiska debatten. Att stimulera till ökat tvärsektorielt samarbete var ett annat syfte. Inom programarbetets ram genomfördes ett antal konferenser, seminarier, internationella studiebesök och andra utåtriktade aktiviteter. Även kartläggningar och utvärderingar gjordes, t.ex. en kartläggning om samverkan i folkhälsofrågor.

En viktig uppgift i programarbetet var att tydliggöra dagens stora folkhälsoproblem och hot mot en positiv hälsoutveckling och att därmed lyfta fram de sociala skillnaderna i ohälsa. Särskilt har uppmärksamhets barns och ungas hälsa samt kvinnors och invandras hälsoproblem. Folkhälsoprogrammet initierade även två ytterligare projekt, nämligen *Demokrati och folkhälsa* samt *Hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB)*. Resultaten från projekten har redovisats i skrifter, vid seminarier samt via Internet.

Hälsokonsekvensbeskrivningar kan sägas vara ett arbetssätt för att tydliggöra hälsoaspekter och på ett systematiskt sätt belysa hur människors hälsa kan påverkas av föreslagna politiska beslut, en slags vägvisare mot mer hälsosamma beslut. Tillsammans med ett antal kommuner och landsting har de två förbunden utvecklat ett verktyg för att arbeta med hälsokonsekvensbeskrivningar som är tänkt att stimulera kommuner och landsting att utveckla eget arbete med att beskriva konsekvenser för hälsan inför politiska beslut.

Demokrati och Hälsa är ett utbildningsmaterial om folkhälsofrågor som riktar sig till kommun- och landstingspolitiker. Materialet, som är tillgängligt via Internet, innehåller olika typer av information, t.ex. statistik om hälsoläget i Sverige, goda exempel på folkhälsoarbete, diskussion om vilka faktorer som orsakar hälsa och vilka faktorer som främjar god hälsa m.m.

Lokala välfärdsbokslut

Projektet lokala välfärdsbokslut är ett samarbetsprojekt mellan Svenska Kommunförbundet, Folkhälsoinstitutet och Landstingsförbundet. I projektet deltog sju kommuner och ett landsting. Under år 1999 avslutades projektet.

Syftet med projektet är att ge folkhälsofrågorna en ökad politisk legitimitet och att skapa en struktur i kommunernas ambitioner att främja befolkningens hälsa och välbefinnande. Detta för att öka medvetenheten i kommunerna om vilka hälsoeffekter olika politiska beslut får för folkhälsan. I projektet utvecklas och implementeras nya metoder och arbetsformer i det reguljära arbetet samt förstärkt kunskap om budgetuppföljning, bokslut och årsredovisning.

4.3.4 Länsstyrelserna

Länsstyrelserna har inte något direkt uttalat ansvar för folkhälsofrågor, utan dessa frågor uppmärksammas inom vart och ett av de områden där länsstyrelsen verkar, t.ex. i den tillsynsverksamhet som bedrivs utifrån miljöbalken, lagen om kemiska produkter, livsmedelslagen, plan- och bygglagen, alkohollagen, tobakslagen och socialtjänstlagen. Dock bör poängteras att länsstyrelserna har till uppgift att ge råd och stöd till kommunerna inom alkoholområdet, liksom att samordna det regionala alkohol- och drogförebyggande arbetet. Dessutom har länsstyrelserna ansvar för fördelning av projektmedel för utveckling av den öppna missbrukarvården.

När det gäller alkoholområdet ändrades länsstyrelsernas roll i samband med att den nya alkohollagen (1994:1738) trädde i kraft. Detta innebar bl.a. att kommunerna från och med den 1 januari 1996 tog över det direkta ansvaret för hanteringen av serveringstillstånden i länet. Länsstyrelserna, som tidigare haft det direkta ansvaret för hanteringen av serveringstillstånd, blev i stället regional tillsynsmyndighet med uppgift att ge råd och stöd samt övervaka kommunernas verksamhet. Länsstyrelserna skulle vidare systematisera, sammanställa och analysera utvecklingen av alkoholhanteringen i respektive län. Länsstyrelsen i Stockholms län har också regeringens uppdrag att samordna den regionala tillsynen inom ramen för Operation Krogsanering.

I länsstyrelsernas arbetsuppgifter ingår även att sammanställa en årlig länsrapport, vilken t.ex. kan behandla frågor som kommunernas tillstånds- och tillsynsarbete, konsumtionsutvecklingen i länet samt arbete mot den illegala alkoholhanteringen.

I Statskontorets rapport *Samordning mot droger – kartläggning och skiss till ny myndighetsstruktur på alkohol- och narkotikaområdet* (1998:22) framgår att Statskontoret funnit att länsstyrelserna haft svårigheter att ta tag i sin roll som samordnare av den statliga alkohol- och narkotikapolitikens genomförande i länet.

4.4 Folkhälsoaktörer på nationell nivå

Ett stort antal statliga myndigheter har av statsmakterna delegerats uppgifter som innefattar att förebygga sjukdomar och främja hälsa i befolkningen. Dessa myndigheter har därför möjligheter att påverka folkhälsan i positiv riktning och på så sätt bidra till att de nationella folkhälsomålen uppfylls.

Nedan följer en kort beskrivning av myndigheters folkhälsoarbete inklusive en beskrivning av de myndigheter som särskilt omnämns i denna Organisationskommittés direktiv, dvs. Alkoholinspektionen, Barnombudsmannen, Läke-medelsverket, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. Vidare beskrivs den nyinrättade myndigheten Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) eftersom Folkhälsoinstitutet i dag har vissa uppgifter om diskriminering av homosexuella. Dessutom beskrivs i avsnitt nedan om forskning, statistik och utbildning inom folkhälsoområdet.

Flertalet av de myndigheter som omnämns i detta avsnitt har i dag ett mer eller mindre utvecklat samarbete med Folkhälsoinstitutet. En närmare presentation av ett urval av myndigheter, utöver de som beskrivs i detta avsnitt, med viktiga uppgifter som direkt eller indirekt

påverkar de preliminära nationella folkhälsomålen presenteras i bilaga 6.

Till myndigheter med uppgifter att förebygga sjukdomar kan t.ex. räknas myndigheter som har ansvar för *kontroll och tillsyn* inom områden som har betydelse för folkhälsan. Exempel på sådana myndigheter är Socialstyrelsen som delegerats ansvaret för tillsynen över hälso- och sjukvården, tandvård, hälsoskydd, smittskydd och socialtjänst. Därutöver har t.ex. Alkoholinspektionen att utöva tillsyn över alkohollagens tillämpning. Andra exempel på myndigheter med kontroll- och/eller tillsynsuppgifter är Arbetarskyddsverket, Boverket, Jordbruksverket, Kemikalieinspektionen, Läkemedelsverket och Livsmedelsverket. Vidare har länsstyrelserna, som är statens ”förlängda arm” på regional nivå, att utöva tillsyn över verksamhet som bedrivs utifrån miljöbalken, lagen om kemiska produkter, livsmedelslagen, plan- och bygglagen, alkohollagen, tobakslagen och socialtjänstlagen.

Det finns också exempel på myndigheter som arbetar med att *främja, följa och utvärdera* olika områden som har betydelse för folkhälsan. Det gäller t.ex. Integrationsverket, Konsumentverket (även tillsynsansvar), Naturvårdsverket, Skolverket, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen (även tillsynsansvar), Strålskyddsinstitutet, Ungdomsstyrelsen och Vägverket. Folkhälsoinstitutets verksamhet beskrivs närmare i kapitel 5.

Arbetsmarknadsverket och Riksförsäkringsverket har uppgifter när det gäller t.ex. rehabilitering och att hindra utslagning från arbetsmarknaden, framför allt för utsatta grupper i samhället. Inom det s.k. barnperspektivet och FN:s barnkonvention har Barnombudsmannen i uppgift att bevaka barns rättigheter och intressen. Polisen och de rättsvårdande myndigheterna har även till uppgift att förebygga brott, varav våldsbrott är ett prioriterat område. Vidare förebygger polisen och tullen sjukdomar och skador genom att motverka tillgången på illegala droger och att förhindra smuggling av alkohol, tobak och narkotika.

4.4.1 Alkoholinspektionen

Alkoholinspektionen är central förvaltningsmyndighet för tillståndsgivning, kontroll och tillsyn avseende hanteringen av alkoholdrycker och sprit i enlighet med vad som anges i alkohollagen (1994:1738). I förordningen (1996:612) med instruktion för Alkoholinspektionen anges vidare att inspektionen löpande skall kontrollera att den som har meddelats tillstånd av inspektionen följer de bestämmelser som gäller enligt alkohollagen. Inspektionen skall vidare följa upp kommunernas tillståndsgivning m.m. beträffande serveringstillstånd. Alkoholinspek-

tionen skall meddela föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av alkohollagen inom de områden där inspektionen utövar central tillsyn samt bevaka och sprida kännedom om rättstillämpningen. Myndigheten är också tillstånds- och tillsynsmyndighet för frågor om tillverkning av sprit och alkoholdrycker samt inköp av alkoholdrycker för tekniska och liknande ändamål.

Alkoholinspektionen skall även utforma och insamla den statistik som behövs för att kontrollera och följa upp alkoholhanteringen samt samverka med skattemyndigheter och andra myndigheter som uppbär eller driver in skatter eller avgifter. Myndigheten skall samråda med Konsumentverket i frågor som rör marknadsföring av alkoholdrycker. Vidare skall inspektionen svara för kunskapsutveckling och erfarenhetsutbyte inom det internationella samarbetet.

Inspektionen skall verka för att berörda myndigheter, främst kommuner, länsstyrelser och de som har meddelats tillstånd av inspektionen, har nödvändig kunskap och information om det alkoholpolitiska regelverket samt för att utbildningsmaterial tas fram för innehavare av serveringstillstånd och för serveringspersonal. Dessutom skall Alkoholinspektionen ha ansvar för kontrollen av dokument m.m. och meddela föreskrifter för vintransporter i enlighet med vad som anges i förordningen (1999:1148) om EG:s förordningar om jordbruksprodukter.

Från och med den 1 januari år 2000 togs partihandelstillstånden bort och ersattes i alkohollagen med en koppling till vissa begrepp i lagen (1994:1564) om alkoholskatt. De nya reglerna innebär i praktiken för partihandeln bl.a. att skattemyndigheten tar över den direkta tillsynen över partihandeln och därigenom kontrollen av att alkoholdryckerna inte säljs till andra än Systembolaget, innehavare av serverings- och inköpstillstånd eller till andra partihandlare.

Alkoholinspektionen har kvar tillsynen över de företag som bedriver import och partihandel med alkoholdrycker med stöd av övergångsbestämmelserna till lagändringen per den 1 januari 2000, dvs. företag som före lagändringen hade fått tillstånd för verksamheten men ännu inte är upplagshavare eller registrerade varumottagare enligt skattelagstiftningen (övergångsordningen löper t.o.m. den 31 december 2001).

Inspektionen har, som en del av det övergripande målet för hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet, i uppgift att tillse att lagar och bestämmelser avseende hantering av alkohol efterlevs av samtliga aktörer på alkoholområdet. Andra mål för inspektionen är att bidra till att samhällets alkoholpolitiska mål uppfylls samt vidmakthålla eller förstärka en effektiv tillsyn över handeln med alkoholdrycker. Insatserna mot illegal alkoholhantering skall förstärkas.

Tillstånds- och tillsynsverksamheten är en av Alkoholinspektionens centrala uppgifter. Denna verksamhet blev betydligt mer omfattande än

vad som förutsågs vid myndighetens bildande. Borttagandet av parti-handelstillstånden innebär en rejäl minskning av tillståndsgivningen under år 2000.

Övriga huvuduppgifter är att meddela föreskrifter och utfärda allmänna råd till alkohollagen, ge information om lagen och det alkoholpolitiska regelsystemet och utbildning främst till personal i kommuner och länsstyrelser. Därutöver arbetar inspektionen med uppdrag och uppföljning genom insamling av statistik om tillverkning, import, export, servering etc. samt utvärdering av regelsystemets funktion och tillämpning på grundval av insamlad statistik och bl.a. årliga rapporter från länsstyrelserna. Inom uppföljning- och utvärderingsverksamheten ingår dessutom att följa upp kommunernas tillståndsgivning beträffande serveringstillstånd. Dessutom ingår ansvar för det nationella tillstånds- och personregister enligt alkohollagen över dem som har bl.a. serveringstillstånd för alkoholdrycker. Inspektionen följer även domstolarnas rättspraxis samt har ansvar för att sprida kännedom om rättsutvecklingen.

Alkoholinspektionen skall som egen myndighet läggas ned i samband med att Folkhälsoinstitutet ombildas, dvs. senast den 1 juli år 2001 (dir. 1999:56). De arbetsuppgifter som Alkoholinspektionen vid denna tidpunkt har kvar skall då övergå till det ombildade Folkhälsoinstitutet, dvs. framför allt övergripande tillsyns- och uppföljningsuppgifter på alkoholområdet. Här ingår att meddela föreskrifter, ge ut allmänna råd och annan information om lagen och dess tillämpning.

Viktiga förutsättningar för det fortsatta arbetet för Alkoholinspektionen, samt i förlängningen för den nya folkhälsomyndigheten, kommer att behandlas av Alkoholutredningen i samband med ett betänkande som beräknas utkomma i juni år 2000. Under våren 2001 förväntas vidare en proposition om ändring i alkohollagen, vilken bl.a. har som grund förslag från Alkoholutredningen. Vid halvårsskiftet 2001 beräknas därför lagändringar träda i kraft som innebär att rätten att bl.a. yrkesmässigt tillverka sprit och alkoholdrycker inte längre skall grunda sig på tillstånd enligt alkohollagen. Denna rätt blir i stället en följd av vissa godkännanden enligt alkoholskattelagen. Även tillsynen över verksamheten skall skötas med utgångspunkt i skattereglerna. Alkoholinspektionens direkttillsyn, prövning av ansökningar etc. faller på detta sättet bort. Vad som återstår av denna verksamhet kan sägas bli en mer allmän tillsyn och uppföljning av utvecklingen på området (se avsnitt 6.1.4).

4.4.2 Barnombudsmannen

Barnombudsmannen (BO) har enligt lagen (1993:335 ändrad 1994:87) om Barnombudsman i uppgift att bevaka frågor som angår barns och ungdomars rättigheter och intressen. Ombudsmannen skall särskilt uppmärksamma att lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med Sveriges åtaganden enligt FN:s konvention om barnets rättigheter.

Enligt förordningen (1993:710) med instruktion för Barnombudsmannen skall denne bl.a. ta initiativ till åtgärder som syftar till att hävda barns och ungdomars rättigheter och intressen samt företräda och stödja barn och ungdomar i den allmänna debatten. Barnombudsmannen skall vidare ta initiativ till samordning och utveckling av samhällets förebyggande insatser inom området barn och ungas säkerhet. Myndigheten skall ägna särskild uppmärksamhet åt frågor som rör utsatta barn och ungdomar.

Barnens ombudsman har en opinionsbildande och attitydpåverkande roll vilket innebär att försöka påverka t.ex. riksdag och regering, kommuner, landsting och myndigheter att vidta åtgärder och initiativ i syfte att förbättra barns och ungas livsvillkor.

Barnombudsmannens del av effektmålet för hälso- och sjukvården samt den sociala omsorgen är att öka samhällets kunskap om barns och ungdomars levnads- och uppväxtvillkor i syfte att barns och ungdomars rättigheter och intressen i ökad utsträckning tillgodoses samt att bidra till att öka kunskapen om och efterlevnaden av FN:s barnkonvention på alla nivåer i samhället. Syftet med verksamheten är således framför allt att bevaka och verka för barns och ungdomars rättigheter och intressen med särskild fokus på att lagar och deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen.

Ombudsmannens arbete syftar även till att på olika sätt främja barns och ungas villkor i samhället och att förbättra möjligheterna till såväl god fysisk som psykisk hälsa. Eftersom frågor som rör utsatta barn och ungdomar särskilt skall uppmärksammas arbetar Barnombudsmannen bl.a. med frågor som rör sexuella övergrepp, barnpornografi, barnmiss-handel, asylsökande barn och mobbning. Barnombudsmannen uppmärksammar även speciellt inflytande för barn och unga samt elev- och skolhälsovård.

Barnombudsmannen har även till uppgift att hålla samman sektorsövergripande studier om barn och ungdomar samt att följa och analysera hur barns och ungdomars situation i samhället förändras liksom att identifiera faktorer som kan tjäna som varningssignaler. Barnombudsmannen har därför bildat ett nätverk med företrädare för organisationer och myndigheter i syfte att närmare belysa barnens villkor. Barnom-

budsmannen har även beställaransvaret för sammanställning av och information om statistik om barns och ungas levnadsförhållanden.

De centrala myndigheterna har en viktig roll att fylla när det gäller att genomföra barnkonventionen. Exempelvis Socialstyrelsen, Skolverket, Arbetarskyddsstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Invandrarverket, Ungdomsstyrelsen samt Statens Kulturråd har alla i uppdrag att på olika sätt följa barns och ungas livsvillkor.

Ett av Barnombudsmannens verksamhetsområden innefattar ett ansvar för att ta initiativ till samordning och utveckling av samhällets förebyggande insatser inom området barns och ungas säkerhet. Samordning är därför ett av ombudsmannens viktigaste verktyg. Inom området barns och ungas säkerhet och hälsa (BUS) har Barnombudsmannen i uppdrag att samordna och utveckla säkerhetsarbetet bland barn och ungdom upp till 18 år, vilket sker i ett särskilt nätverk, BUS-nätverket. Insatserna inriktas på att ge barn och ungdomar ett riskmedvetande och en handlingsberedskap.

I BUS-nätverket ingår cirka 35 olika representanter från centrala myndigheter och organisationer. Opinionsbildning och information är en del av Barnombudsmannens strategi i BUS. Därutöver ges ett fakthäfte ut om skador och olycksfall bland barn och ungdom med statistik och förteckning över forskningsrapporter och kartläggningar. Tillsammans med Konsumentverket har Barnombudsmannen givit ut skriften Barnets rätt till en säker miljö – lagar och regler. Nyhetsbladet BUS-nytt började att ges ut under år 1998.

Barnombudsmannen samverkar med flera olika myndigheter och organisationer samt även med forskningsråd, enskilda forskare, organisationer för barnhälsovårdsöverläkare, barnpsykiatriker, sjuksköterskeföreningar, Yrkesinspektionen samt olika branschorganisationer. Utöver det ovan nämnda BUS-nätverket finns även Nätverket för Barns villkor, Nätverket för barnkonventionen i kommuner och landsting samt Barn, ungdomar och byggd miljö.

4.4.3 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket är central förvaltningsmyndighet för kontroll och tillsyn av läkemedel och vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära. Myndighetens verksamhet domineras av arbete inom ramen för EU:s nya system för godkännande och uppföljning av läkemedel. Läkemedelsverkets tillsyn är avgiftsfinansierad. I förordningen (1993:359, ändrad 1999:1373) om den statliga läkemedelskontrollen av läkemedel finns bestämmelser om ansöknings- och årsavgifter.

Enligt förordningen (1996:611) med instruktion för Läkemedelsverket skall verket särskilt svara för kontrollen och tillsynen enligt läkemedelslagen (1992:859), lagen (1992:860) om kontroll av narkotika, lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m. och övriga läkemedelsförfattningar i fråga om t.ex. tillverkare, importörer och distributörer. Verket skall vidare utöva kontroll och tillsyn i fråga om vissa produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära liksom utöva kontroll och tillsyn i fråga om teknisk sprit, alkoholhaltiga preparat, vissa medicintekniska produkter samt kosmetiska och hygieniska produkter. Regelverket för kosmetiska och hygieniska produkter regleras fr.o.m. den 1 januari 1999 med stöd av Miljöbalken (1998:808). Läkemedelsverket utfärdar föreskrifter och allmänna råd i fråga om läkemedel och andra produkter som omfattas av myndighetens kontroll och tillsyn.

Verket skall vidare ge information inom sitt ansvarsområde till andra myndigheter som skall handlägga läkemedelsfrågor, hälso- och sjukvården, apoteksväsendet, veterinärkåren och enskilda samt ge stöd till Socialstyrelsens tillsynsverksamhet. Läkemedelsverket bedriver forskning på området av betydelse för den kontroll och tillsyn som bedrivs. Läkemedelsverket skall samarbeta med Folkhälsoinstitutet och Statens Livsmedelsverk i frågor som rör medel som används för missbruksändamål. Läkemedelsområdet omfattas av ett internationellt regelverk där både hälso- och miljöperspektiv är styrande och verket agerar aktivt i ett antal olika organ inom EU samt inom det nordiska samarbetet.

Läkemedelsverkets del av effektmålet för hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet är att tillse att läkemedel är säkra, effektiva och av god kvalitet samt verka för att läkemedel används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Läkemedelsverket skall främja säkerheten och kvaliteten för läkemedelsnära produkter. Därutöver skall Läkemedelsverket medverka till att läkemedelsförsörjningen utvecklas och blir kostnadseffektiv. Ytterligare mål för Läkemedelsverket är att effektivt samarbeta med nationella aktörer vad gäller producentobunden läkemedelsinformation samt att aktivt påverka den vetenskapliga utvecklingen av kraven på läkemedel.

Verkets informationsverksamhet syftar till att ge hälso- och sjukvårdspersonal god information om läkemedel samt verka för att läkemedel används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt så att den enskilde får god behandling utan att behöva utsättas för onödiga risker. Tillsynsansvaret innefattar även att kontrollera de råvaror som ingår i läkemedel och tillse att de uppfyller kraven på god tillverkningssed. Läkemedelsverket har även bemyndigats att utfärda före-

skrifter och allmänna råd beträffande olika läkemedelsfrågor, t.ex. människors eller djurs hälsa eller miljön.

Läkemedelsverket prioriterar verksamhet inom läkemedelsområdet som är inriktat mot trygghet och säkerhet inom hälso- och sjukvården, men även för den enskilde, samtidigt som verksamheten skall utgöra en effektiv och säker produktkontroll och kvalitetssäkring för industrin. Läkemedelsområdet är ett område som omfattas av ett internationellt regelverk där både hälso- och miljöperspektiv är styrande. Verket agerar därför aktivt i ett antal olika organ inom EU och det nordiska samarbetet.

Läkemedelsverket samarbetar med en rad olika myndigheter och organisationer, bl.a. Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Jordbruksverket, Smittskyddsinstitutet, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU), Apoteket AB, Landstingsförbundet och Kemikalieinspektionen. Ett samarbete har avtalats fram med de till landstingen knutna läkemedelskommittéerna. Beträffande alkohol- och narkotikafrågor har Läkemedelsverket överläggningar med Folkhälsoinstitutet. I frågor om teknisk sprit och narkotika samarbetar Läkemedelsverket med bl.a. tullen och polisen (se nedan).

Förebyggande av missbruk av teknisk sprit och narkotika

Ett av Läkemedelsverkets verksamhetsmål i regleringsbrevet för år 2000 är att främja säkerhet och kvalitet hos särbehandlande läkemedel³ och kosmetiska och hygieniska produkter samt förebygga missbruk av teknisk sprit, narkotika och narkotikakemikalier. När det gäller missbruksförebyggande kontroll av teknisk sprit och narkotika har Läkemedelsverket under budgetåret 1999 registrerat 1 868 inkomna ärenden och slutbehandlat 1 938 ärenden om teknisk sprit samt registrerat 1 707 inkomna ärenden och slutbehandlat 1 667 ärenden om narkotika.

När det gäller teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat har en av de interna målsättningarna varit att prioritera insatser för att minska den illegala hanteringen av teknisk sprit, bl.a. som ett led i den förhandsbedömning som görs innan ett tillstånd beviljas. I många fall ändras denatureringen i förhållande till det som angetts i ansökan. Angående narkotika är Läkemedelsverkets huvuduppgift att kontrollera narkotiska läkemedel, men verksamhet har även inriktats på åtgärder avseende illegala droger, främst svampar och nya syntetiska droger.

³ Naturläkemedel, vissa utvärtes medel samt homeopatika.

Inom områdena teknisk sprit, narkotika och narkotikakemikalier har Läkemiddelverket samarbete med polis och tull för att kunna upptäcka illegal hantering och ekonomisk brottslighet.

Verkets arbete med tillståndskrav har sannolikt haft effekten att användningen av odenaturerad sprit hade varit högre än dagens nivå. Kontrollen har bl.a. inneburit att hanteringen av teknisk sprit upprätthållits på en säker nivå och att eventuella stölder upptäckts och utretts. Missbruk av etanolhaltiga produkter har inneburit att tillstånd dragits in. Kontrollen avseende narkotika sker genom tillsyn av de företag som tillverkar och bedriver handel med narkotika. Tillsynen har t.ex. inneburit att motverka förskingring av produkterna.

I samband med ombildningen av Folkhälsoinstitutet den 1 juli år 2001 skall Läkemiddelverkets övergripande tillsyns- och uppföljningsuppgifter när det gäller teknisk sprit överförs till den nya myndigheten. Viktiga förutsättningar för hur den fortsatta verksamheten med teknisk sprit skall hanteras framöver kommer att behandlas i Alkoholutredningens betänkande vilken beräknas publiceras i juni 2000.

4.4.4 Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning

Enligt förordningen (1999:170) med instruktion för Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) framgår att denne har de uppgifter som anges i lagen (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning. Detta innebär att se till att denna lag följs och att verka för att diskriminering på grund av sexuell läggning inte heller förekommer på andra områden inom samhällslivet. Ombudsmannen skall vidare ge rådgivning och på andra sätt medverka till att den som utsatts för diskriminering på grund av sexuell läggning kan ta till vara sina rättigheter. Vidare skall Ombudsmannen följa den internationella utvecklingen inom området, främst inom EU.

Ombudsmannen skall föreslå regeringen författningsändringar och andra åtgärder som kan motverka diskriminering på grund av sexuell läggning. Dessutom skall Ombudsmannen efter samråd med Folkhälsoinstitutet ta initiativ till eller medverka i upplysnings- och informationsverksamhet samt andra opinionsbildande insatser som rör diskriminering på grund av sexuell läggning. Ombudsmannen skall även efter samråd med Folkhälsoinstitutet följa forsknings- och utvecklingsarbete som avser sådan diskriminering.

Därutöver skall Ombudsmannen även upprätthålla kontakter med organisationer vars verksamhet rör frågor om sexuell läggning och öv-

riga ombudsmän mot diskriminering. Ombudsmannen skall dessutom hålla kontakter med andra myndigheter samt med landsting, kommuner och organisationer på arbetsmarknaden.

I regleringsbrevet för år 2000 anges att verksamhetsmålet för Ombudsmannen är att öka kunskaperna hos arbetsgivare, arbetstagare och samhället i övrigt om diskriminering på grund av sexuell läggning samt att, efter samråd med Folkhälsoinstitutet, genom opinionsbildande insatser motverka och förebygga diskriminering på grund av sexuell läggning.

4.4.5 Smittskyddsinstitutet

Smittskyddsinstitutet är en statlig expertmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor och föreslå åtgärder mot sådana sjukdomar. Smittskyddsinstitutet har att ta hänsyn till ett antal lagar och förordningar inom området, framför allt smittskyddslagen (SFS 1988:1472).

Enligt förordningen (1996:609) med instruktion för Smittskyddsinstitutet framgår att institutet särskilt skall följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt i fråga om smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa samt lämna Socialstyrelsen och andra berörda information om det epidemiologiska läget och föreslå åtgärder som detta kan föranleda. Institutet skall vidare följa och analysera immunitetsläget i utvalda befolkningsgrupper efter genomförda vaccinationsprogram och föreslå vaccinationsåtgärder liksom ta initiativ till åtgärder som medför ett gott skydd i landet mot smittsamma sjukdomar, även i kris och krig. Smittskyddsinstitutet bedriver också forskning, metodutveckling och utbildning inom smittskyddsområdet. Inom myndigheten bedrivs försöksdjursverksamhet.

Smittskyddsinstitutets del av det övergripande effektmålet för hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet är att medverka till att skyddet mot smittsamma sjukdomar upprätthålls och förstärks. Exempel på verksamhetsmål för myndigheten är att en effektiv smittspårning och bekämpning av smittsamma sjukdomar bland människor skall upprätthållas och att metoder och kunskaper inom smittskyddsområdet skall utvecklas och förbättras i syfte att förstärka skyddet mot smittsamma sjukdomar. Ett annat mål är att kompetensen inom smittskyddet skall höjas.

Institutets bevakning av infektionsläget i landet baseras till stor del på den rapportering som utförs enligt Smittskyddslagen. Registrering och analys av anmälda sjukdomsfall samt rapporter från mikrobiologiska laboratorier om smittämnen och sjukdomsutbrott ger en bild av

det epidemiologiska läget i landet. Tillsammans med den karaktärisering av smittämnen som sker vid de laborativa enheterna kan en smittkedja vid ett utbrott identifieras och i gynnsamma fall brytas. Deltagande i olika nätverk och övervakningssystem ger möjlighet till överblick av det internationella smittskyddsläget. Smittskyddsinstitutet lämnar, med utgångspunkt i bevakningen och utbrotsutredningar, expertråd och underlag till lokala, regionala och centrala instanser, som har det exekutiva ansvaret för smittskyddet i landet.

En viktig del i epidemiövervakningen är samverkan med smittskyddsläkare, infektionskliniker, mikrobiologiska laboratorier, myndigheter och organisationer, liksom att utveckla nationella och internationella kontakter och övervakningssystem. Kontinuerlig samverkan, både på formell och informell basis, sker bl.a. med Livsmedelsverket, Jordbruksverket, Naturvårdsverket, Socialstyrelsen, Boverket, Arbetskyddsstyrelsen och Räddningsverket. Informella kontakter sker på det lokala planet t.ex. med landets 50 miljölaboratorier, kommunernas miljö- och hälsoskydds nämnder, tekniska förvaltningar och plankontor. Underhandssamverkan sker med länsstyrelser, smittskyddsläkare och hygienföreträdare på landets sjukhus. Direktkontakter förekommer även med allmänhet, massmedier m.fl.

För att det svenska smittskyddet skall fungera väl krävs både nationella och internationella kontaktnät. I institutets roll som expertmyndighet behövs ett väl utvecklat samarbete för att få aktuell epidemiologisk information och för att kunna följa forskningen inom medicinsk mikrobiologi. Samverkan har därför fördjupats med Världshälsoorganisationen (WHO) gällande internationella riktlinjer samt riskanalys och riskhantering avseende smittspridning via den yttre miljön. Vidare är institutet ett s.k. WHO Collaborating Centre inom fyra områden och fungerar som nationellt influensacenter för WHO. Smittskyddsinstitutet deltar även i WHO:s program "Antibiotic Resistance Surveillance". Inom ramen för EU-samarbetet deltar institutet t.ex. aktivt i de fem nätverk som för närvarande finns för övervakning av sjukdomar på EU-nivå.

4.4.6 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är statens centrala expert- och tillsynsmyndighet inom framför allt hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet. I förordningen (SFS 1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet,

tandvård, hälsoskydd, smittskydd, stöd och service till funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel.

Socialstyrelsen har i dag ett huvudansvar för folkhälsorapportering och social rapportering, vilket bl.a. innebär att kontinuerligt rapportera om folkhälsans utveckling med hjälp av register. Vart tredje eller fjärde år sammanfattas utvecklingen i en nationell Folkhälsorapport respektive Social rapport som överlämnas till regeringen. I samband med folkhälsorapporteringen skall Socialstyrelsen redovisa det nationella läget avseende miljörelaterad ohälsa. Beträffande Folkhälsorapporten skall samråd ske med Folkhälsoinstitutet.

Effektmålet för utgiftsområde 9, hälso- och sjukvård och social omsorg, är – att trygga en god hälsa och goda levnadsvillkor och se till att hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt tillgodoser den enskilda individens behov av vård, omsorg, stöd och service.

Socialstyrelsens del i detta effektmål är – att genom tillsyn, uppföljning och utvärdering, metodutveckling samt kunskapsförmedling medverka till att kommuner, landsting och andra aktörer inom vård- och omsorgssektorn i ökad utsträckning vidtar åtgärder för att åstadkomma en god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

Utöver ovan nämnda effektmål har i regleringsbrevet för år 2000 även formulerats ett antal verksamhetsmål. Ett av dessa verksamhetsmål gäller områdena folkhälsa, hälsoskydd och smittskydd. Verksamhetsmålet är – att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt. Socialstyrelsen skall bidra till att uppfylla detta mål genom att arbeta för att kommuner, landsting och övriga aktörer inom folkhälsoområdet i större utsträckning vidtar åtgärder för att förbättra folkhälsan samt genom att påtala de brister som uppmärksammas inom folkhälsoområdet.

Därutöver skall Socialstyrelsen medverka till att hälsorisker i miljön förebyggs och undanröjs genom att bl.a. prioritera utbildnings- och utvecklingsinsatser med anledning av miljöbalkens ikraftträdande. Dessutom skall Socialstyrelsen medverka till en god kvalitet inom hälsoskyddet samt till en enhetlig tillämpning av lagstiftningen inom hälsoskyddsområdet. Socialstyrelsen skall även medverka till att kvalitetsutvecklingen i större utsträckning införs inom kommunernas hälsoskyddsarbete och inom det samhällsmedicinska området samt initiera och stödja utvecklingen av metoder för kvalitetsutveckling inom dessa områden. Vidare skall Socialstyrelsen medverka till att smittspridning bland människor begränsas.

Socialstyrelsens verksamhet är för närvarande indelad i verksamhetsgrenarna tillsyn, nationell uppföljning och utvärdering, utbildning

och utveckling samt övriga huvuduppgifter. Socialstyrelsen har vidare ett övergripande ansvar för beredskapsfunktionen inom sina bevakningsområden.

Socialstyrelsens *tillsyn* omfattar primär medicinsk tillsyn, social tillsyn, tillsyn inom hälsoskydd och smittskydd samt tillsyn och marknadskontroll av medicinsk teknik. Tillsynsverksamheten skall bidra till hög säkerhet, god kvalitet och rättsenlighet inom de resurser och andra ramar som politiskt beslutats för verksamheten. Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården sker på verksamhets- och individnivå. Sedan år 1997 har Socialstyrelsen även tillsyn över skolhälsovård, företagshälsovård samt den hälso- och sjukvård som bedrivs i Kriminalvårdsstyrelsens och Statens institutionsstyrelsens regi.

Inom området *nationell uppföljning och utvärdering* skall Socialstyrelsen till regeringskansliet samt till kommuner och landsting ta fram underlag inom hälso- och sjukvård, smittskydd och hälsoskydd, folkhälsa, välfärdsförhållanden och socialtjänst. Underlagen skall ge mottagaren goda möjligheter att värdera, utveckla förbättra och ompröva verksamhet inom dessa områden.

Socialstyrelsens verksamhet inom området *utbildning och utveckling* skall bidra till att utvecklings- och förnyelsearbete kommer till stånd inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Målet med insatserna skall vara att förbättra metodiken och kvaliteten i det sociala och pedagogiska arbetet. Inom ramen för utvecklingsarbetet skall Socialstyrelsen även beskriva kunskapsläget och identifiera områden som behöver utvecklas. Styrelsen skall vidare initiera och stödja systematisk dokumentation och analys inom dessa områden samt sprida de kunskaper som på så sätt kommit fram.

Gemensamma program för Socialstyrelsens olika avdelningar och med relevans för folkhälsoarbetet utarbetas för närvarande inom områdena missbruk, barn och ungdom och psykiatri.

Epidemiologiskt Centrum (EpC)

Epidemiologiskt centrum (EpC) inom Socialstyrelsen har till huvudsaklig uppgift att följa, analysera och rapportera om utvecklingen av befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala förhållanden, vårdutnyttjande och riskfaktorer för sjukdomar och sociala problem. EpC förser både statsmakterna, allmänheten, forskare m.fl. med underlag inom hälso- och sjukvårds-, socialtjänst- och folkhälsoområdet. EpC har vidare till uppgift att utveckla statistik och register samt att stödja och stimulera användningen av epidemiologiska register för planering, uppföljning, utvärdering och forskning. Därför tas även fram kunskapsunderlag

inom områden som rör hälsa och sociala förhållanden, vilka skall kunna användas för att belysa konsekvenserna av olika beslut eller som underlag för social- och folkhälsopolitiska beslut. EpC har det övergripande ansvaret för att vart tredje eller fjärde år utarbeta en nationell Folkhälsorapport och en Social rapport.

EpC:s fem huvudsakliga verksamhetsområden är register, klassifikationer och medicinsk terminologi, rapportering av folkhälsa och sociala förhållanden, forskning och utveckling samt statistksamordning.

Centrets verksamhet kan betecknas som såväl samhällsinriktad som till viss del individinriktad och riktar sig mot både nationell, regional och lokal nivå, dvs. riksdag och regering, andra statliga myndigheter, landsting, kommuner, organisationer, forskare och allmänhet. Vissa av EpC:s produkter är även avsedda att användas i utbildning på olika nivåer inom framför allt hälso- och sjukvårdsutbildning, socialtjänstutbildning och inom epidemiologutbildningen.

EpC ansvarar för följande register: patientregistret, cancerregistret, cancer-miljöregistret, medicinska födelseregistret, missbildningsregistret, hjärtinfarktregistret, skaderegistret, dödsorsaksregistret, abortregistret, steriliseringsregistret, registret över socialbidrag, registret över insatser för vuxna missbrukare och registret över insatser för barn och unga. EpC för dessutom statistik över assisterad befruktning och amningsstatistik. Centret har även i samverkan med Världshälsoorganisationen (WHO), landsting, kommuner och forskningsinstitutioner utvecklat presentationsprogrammet Hur mår Sverige?, vilket gör det möjligt att jämföra befolkningens hälsa, sjuklighet, dödlighet, sociala förhållanden, vårdutnyttjande m.m. i samtliga landsting och kommuner. Programmet finns tillgängligt på Internet.

För att kunna analysera och utarbeta kunskaps- och beslutsunderlag inom folkhälsoområdet krävs tillgång till väl fungerande epidemiologiska data och register. Registren måste dessutom hålla hög kvalitet och aktualitet samt beakta integritetsskyddet. EpC:s arbete är därför inriktat mot att upprätta enhetliga och ändamålsenliga sjukdomsklassifikationer i enlighet med WHO:s intentioner, att kontrollera kvaliteten i registren samt se till att datalagen och Datainspektionens regler och instruktioner efterföljs.

Samverkan med andra myndigheter

Socialstyrelsen har en bred samverkan såväl nationellt som internationellt med ett stort antal myndigheter och forskningsinstitutioner. I folkhälsofrågor sker samarbete med Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, vilka gemensamt har ini-

tierat bildandet av Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete. Därutöver sker samarrangemang av konferenser m.m. Folkhälsoinstitutet och Landstingsförbundet är vidare representerade i EpC:s styrelse och stöder verksamheten ekonomiskt. Ett avtal mellan Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet upprättas årligen där samarbetet närmare preciseras.

I smittskyddsfrågor har Socialstyrelsen ett utvecklat kontaktnät med andra myndigheter, t.ex. Smittskyddsinstitutet, Jordbruksverket och Statens veterinärmedicinska anstalt. Socialstyrelsen ingår vidare i aidsrådet vilket är förlagt till Folkhälsoinstitutet samt i Folkhälsoinstitutets myndighetsgrupp för aids-frågor.

Andra samarbetspartners inom hälsoskydds-, smittskydds- och folkhälsofrågor, är förutom de ovan nämnda, Arbetsmarknadsstyrelsen, Boverket, Institutet för miljömedicin, Integrationsverket, Livsmedelsverket, Läkemiddelsverket, Naturvårdsverket, Riksförsäkringsverket, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Statens institut för kommunikationsanalys, Skolverket, Strålskyddsinstitutet, Statistiska centralbyrån och Vägverket.

Socialstyrelsen har sedan flera år tillbaka lett den svenska delegationens arbete i WHO samt regionala kommittémöten inom WHO:s Europaregion, t.ex. avseende områdena miljö och hälsa. Dessutom representerar Socialstyrelsen Sverige i Europarådet vad gäller hälsofrågor. Socialstyrelsen representerar även Sverige i EU-kommissionens kommitté "Surveillance and control of communicable diseases" samt i EU-kommissionens kommitté för "Pollution related diseases". Dessutom har Socialstyrelsen regelbundet deltagit i uppföljningar och utvärderingar av WHO:s Hälsa för alla-strategi samt tillsammans med Folkhälsoinstitutet och Nationella folkhälsokommittén spridit kännedom om de nya WHO-målen. Därutöver sker inom Socialstyrelsens samtliga verksamheter ett brett internationellt samarbete.

4.5 Organisationer med statligt stöd via Folkhälsoinstitutet

4.5.1 Organisationer med organisationsstöd

Det finns i dag ett stort antal organisationer inom folkhälsoområdet, flertalet med statligt stöd, som på olika sätt med sina insatser bidrar till att förbättra folkhälsan. Organisationer finns inom områden som alkohol och droger, barn och ungdom, folkbildning, idrott och motion, kost, miljö, tobak, sex och samlevnad, samt även olika fackliga organisationer, handikapporganisationer, invandrarorganisationer, kvinnoorganisationer samt pensionärsorganisationer m.m. Utöver dessa organisatio-

ner finns även ett antal lokala, regionala och nationella nätverk som helt eller delvis finansieras via Folkhälsoinstitutet.

Folkhälsoinstitutet samarbetar med och ger riktat stöd till olika nationella verksamheter, t.ex. organisationer, nätverk, nationella projekt, samverkansgrupper och samverkansprojekt. Det ekonomiska stödet till organisationer kan avse bas- och/eller projektverksamhet. Dessutom ges ekonomiskt stöd till organisationer, nätverk och projekt på lokal och regional nivå. Folkhälsoinstitutet har även förmedlat stöd från Allmänna arvsfonden. För vissa organisationer kan stödet utgöra en väsentlig eller huvudsaklig inkomstkälla.

År 1999 delades 85 348 tkr ut i projekt- och organisationsstöd inklusive det s.k. extra bidraget till hiv/aids/STD⁴, varav 17 429 tkr bestod av organisationsstöd och 55 468 tkr av projektstöd. Det extra bidraget till hiv/aids/STD uppgick till 12 451 tkr.

Stöd har utgått till organisationer som arbetar förebyggande med bl.a. psykisk hälsa, tobaksprevention, amning, hiv/aids/STD, förbättrad hälsa bland invandrare samt till riksorganisationer som RFSL, Noaks Ark-Röda korset och RFSU. CAN och ALNA-rådet är också organisationer som erhållit verksamhetsbidrag.

Folkhälsoinstitutet tillämpar flera olika metoder för att fortlöpande pröva stöden med avseende på kvalitet och effektivitet. Viktiga instrument är standardiserade ansöknings- och återrapporteringsformulär, verksamhetsberättelser, avtal, redovisningar, uppföljningar, överläggningar och möten. För projektstöden har även utförts projektledarutbildningar. Dessutom har för projektstöden upprättats en projektdata-bas, vilket möjliggör kvantitativa, kvalitativa och ekonomiska uppföljningar och jämförande analyser av institutets samlade projektstöd.

För stora organisationer med rikstäckande verksamhet definierar institutet tillsammans med organisationerna uppdrag som klargör vilka områden inom organisationen som det ekonomiska stödet skall avse. Uppdragen, inklusive formerna för redovisning av stödet, skrivs som ett bindande avtal mellan organisationen och Folkhälsoinstitutet. RFSU, RFSL och Noaks Ark-Röda korset är exempel på organisationer med denna typ av avtal.

Projektstöd på lokal och regional samt nationell nivå ges för verksamhet inom institutets olika program, framför allt inom följande områden; alkohol- och narkotika, hiv/aids/STD, tobak, skador, allergi, främjande samt arena skola. Projektstöd har även beviljats från institutets FoU- och utvärderingsverksamheter liksom från staben och verksamledningen. Dessa stöd har utdelats till projekt inom landsting, kommuner, organisationer och statliga myndigheter m.fl.

⁴ STD, sexuellt överförbara sjukdomar.

Följande organisationer mottog år 1999 organisationsstöd från Folkhälsoinstitutet (uppställningen följer Folkhälsoinstitutets indelning):

Organisationer som bedriver hälsofrämjande arbete

- En rökfri generation
- Läkare mot tobak
- Lärare mot tobak
- Tandvård mot tobak
- Sjuksköterskor mot tobak
- Visir
- Farmaci mot tobak
- Amningshjälpen
- S:t Lukasstiftelsen
- Svenska föreningen för psykisk hälsa
- Tandvärnet
- Hälsofrämjandet
- Svenska föreningen för folkhälsoarbete
- Föräldraföreningen spädbarnsdöd

Homosexuellas organisationer

- RFSL
- Riks-EKHO
- Kvinnohögskolegruppen
- Föreningen Lesbisk NU
- Föreningen Regnbågen
- Homosexuella socialister
- Homosexuella liberaler
- Gaymoderaterna
- Tupilac

Organisationer som bedriver hiv-preventivt arbete och psykosocialt stöd

- Noaks Ark
- RFSL
- RFSU
- FSUM
- Lärare mot AIDS
- Riksförbundet för HIV-positiva
- Positiva gruppen
- Kvinnocirkeln i Sverige
- Kamratföreningen Nu
- Stiftelsen PSB

– Förbundet blödarsjuka i Sverige

samt olika invandrarorganisationer t.ex. Ung Sios, Kurdiska riksförbundet och Chilenska Riksförbundet.

4.5.2 Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) är ett folkrörelsedominerat serviceinriktat informationsorgan i drogfrågor med nära anknytning till staten. CAN följer utvecklingen av bruk och missbruk av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel. CAN fungerar som en kunskapsbank med uppgift dels att tillhandahålla och sprida saklig droginformation, dels att omvandla tillgänglig kunskap i begriplig och lätthanterlig form till icke-specialister. CAN för ut kunskap till olika målgrupper via kanaler som kurser, konferenser, seminarier, bibliotek, försäljning och frågeservice. En viktig uppgift för CAN är att ge sina medlemsorganisationer service och fungera som en länk mellan dem och forskningen.

Inom ramen för riksdagens drogpolitiska beslut 1984 (prop. 1984/85:19) bestämdes att CAN skall ha rollen som förmedlare av basfakta på drogområdet med huvuduppgifterna att samlat följa och sprida information om förändringar på drogområdet samt vara ett serviceorgan för folkrörelser och organisationer i deras droginformation. Denna inriktning låg kvar även efter Folkhälsoinstitutets tillkomst år 1992. I CAN:s stadgar framgår vidare att CAN:s uppgift är att främja saklig upplysning om verkningar på individ och samhälle av alkohol- och narkotikabruk, liksom om vägar och medel för att förekomma och bekämpa alkoholskador och motverka icke-medicinskt bruk av narkotika.

Cirka 47 folkrörelser och organisationer är medlemmar i CAN. De utgörs bl.a. av narkotikaorganisationer och nykterhetsrörelsen men även av ungdoms- och föräldraorganisationer, studieförbund, länkorganisationer, scouter, idrottsrörelsen m.fl. CAN har totalt 27 s.k. länsombud, dvs. ett ombud i varje län. CAN:s högsta beslutande organ är ombudsförsamlingen där varje ansluten organisation får utse högst sex ombud. CANs styrelse består av minst fjorton ledamöter, varav regeringen utser ordföranden och dennes ersättare. I styrelsen sitter bl.a. företrädare för Socialvetenskapliga forskningsrådet, Medicinska forskningsrådet, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen samt ledamöter valda av ombudsförsamlingen.

Statens bidrag till CAN om 7 964 tkr har t.o.m. år 1998 disponerats och utbetalats av Folkhälsoinstitutet från anslag C2 Bidrag till organi-

sationer på det sociala området. Fr.o.m. år 1999 disponeras och utbetalas medel om 8 164 tkr av Socialstyrelsen från anslag B10 Bidrag till organisationer på det sociala området. Enligt CAN:s verksamhetsplan och budget för år 2000 framgår att statsanslagen utgör cirka 77 procent av verksamhetens totala intäkter. I posten statsanslag ingår dels 8 164 tkr, dels 3 000 tkr från Folkhälsoinstitutet.

Med utgångspunkt i de av stadgarna och riksdagen formulerade övergripande målen har bl.a. följande riktlinjer formulerats som vägledande för CAN:s fortsatta arbete:

- Stimulera organisationer och studieförbund att integrera alkohol- och narkotikafrågor i sin verksamhet,
- stödja organisationers arbete genom samarbete med en eller flera organisationer i olika slag av projekt,
- genom CAN:s bibliotek, frågeservice och annan basfaktaförmedlande verksamhet ge service med dokumentation till organisationer, myndigheter, forskare, informatörer och övriga intresserade,
- genom materialproduktion, kurser och konferenser tillhandahålla forskning och andra fakta på ett överskådligt sätt,
- genom en populärvetenskaplig tidskrift föra ut aktuell forskning och åtgärder inom drogområdet samt medverka till debatt,
- medverka i arbetet att följa drogutvecklingen, vilket bl.a. kan innebära att genomföra och ansvara för olika undersökningar, att göra lägesbedömningar och att informera om hur drogproblemen förändras,
- stimulera till regional samordning av preventiva insatser,
- stimulera regional fortbildning och debatt,
- medverka till opinionsbildning bland föräldrar,
- medverka till att drogproblemen åtgärdas i preventivt syfte i arbetslivet,
- stimulera saklig och aktuell behandling av drogfrågor i massmedia,
- medverka till att alkohol- och narkotikafrågor kommer in i verksamheten hos bibliotek och folkhögskolor,
- bistå lärare, elever och studenter med basfakta och råd om material, AV-medel m.m., och
- bevaka att aktuella forskningsrön och andra fakta tillförs ovanstående verksamheter och debatt väl anpassade till målgruppernas behov.

CAN genomför bl.a. årligen undersökningar om skolungdomars och mönstrades drogvanor och sammanställer statistik från olika källor. Resultatet presenteras i rapporter. CAN producerar även faktablad och kunskapsöversikter för olika målgrupper. CAN har ett bibliotek, som är

ett av Europas största specialbibliotek inom drogområdet, liksom en frågeservice. Vidare ger CAN bidrag till föreläsningar i drogfrågor för att stödja föreningars lokala insatser samt arbetar med samverkansprojekt med medlemsorganisationerna.

I flertalet län finns i dag s.k. länsamrådsgrupper som tidigare initierades av CAN i samarbete med Socialstyrelsen. Tanken var att inrätta ett länsvis samarbete mellan institutioner med drogförebyggande verksamhet. I dessa grupper ingår i regel CAN:s länsombud samt representanter från de regionala kommunförbunden, landsting, länsstyrelse, länsnykterhetsförbund och länspolis. CAN har, liksom även Folkhälsoinstitutet, bidragit ekonomiskt till länsamrådsgruppers, men även till andra regionala samverkansgruppers aktiviteter.

Från och med den 15 februari 2000 flyttades ansvaret för webbsidan Drugsmart från Socialdepartementet till CAN.

CAN har ett kontinuerligt samarbete med Folkhälsoinstitutet. Det mer grundläggande samarbetet regleras via ett avtal, som funnits sedan Folkhälsoinstitutet bildades år 1992. Detta avtal omfattar framför allt biblioteksverksamheten och samarbete när det gäller institutets ansvar att följa drogutvecklingen, i första hand drogvaneundersökningar i skolorna och bland dem som mönstrar till värnplikten. Gemensamma undersökningar kommer även att göras under år 2000 om ungdomars och vuxnas drogvanor. Därutöver sker även ett gemensamt arbete med den årliga publikationen om drogsituationen i Sverige. Basavtalet är flerårigt men är föremål för en årlig förhandling när det gäller den ekonomiska ersättningen till CAN.

Förutom det omfattande formella och informella samarbete som finns mellan de båda organen utser institutet även en ledamot och en suppleant i CAN:s styrelse.

När CAN fick i uppdrag av riksdagen att följa utvecklingen på drogområdet ingick bl.a. att göra årliga, samlade bedömningar av drogutvecklingen. Även Folkhälsoinstitutet fick vid sin tillkomst år 1992 ansvaret för att drogutvecklingen följs. Efter detta har ansvaret för viss verksamhet flyttat från CAN till Folkhälsoinstitutet. Det gäller uppdraget att följa drogutvecklingen och ansvaret för kunskapsöversikten inom drogområdet. I en överenskommelse mellan CAN och institutet konstaterades att CAN har kompetens inom dessa områden och att institutet förväntas köpa tjänster av CAN. Även om det övergripande ansvaret övergått till institutet så ligger det i överenskommelsen att CAN, på uppdrag av institutet, skall fortsätta att arbeta inom dessa områden. Ett likartat förhållande gäller även för CAN:s bibliotek där det klart konstaterats att det skall vara kvar i CAN:s ägo, men finansieras via Folkhälsoinstitutet

I samarbetsavtalet mellan institutet och CAN regleras vad institutet vill att CAN skall utföra avseende att följa drogutvecklingen. De årliga bedömningarna av drogutvecklingen redovisas i den gemensamma rapporten *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige* (numera *Drogutvecklingen i Sverige*). Statistik från olika håll ligger till grund för denna rapport, inklusive resultaten från Folkhälsoinstitutets och CAN:s egna undersökningar. I institutets och CAN:s gemensamma rapportserie har under år 1999 utkommit två rapporter, *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 99* samt en andra redovisning från Temos ungdomsundersökningar.

CAN:s bibliotek är sedan maj 1997 kontaktbibliotek för Folkhälsoinstitutet. Biblioteket sköter Folkhälsoinstitutets biblioteksservice i form av databassökningar, fjärrlånebeställningar, utbildning m.m. CAN sköter även det interna biblioteket när det gäller inköp och katalogisering i institutets egen databas. På uppdrag av Folkhälsoinstitutet deltar biblioteket även i en arbetsgrupp vid det Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (sv. ECNN, eng. EMCDDA).

Utöver de regelbundna personliga kontakter som mer eller mindre dagligen sker mellan de båda organens tjänstemän har samarbetet under 1999 omfattat en rad olika verksamheter. Verksamhet som inte regleras av samarbetsavtalet är bl.a. den s.k. ESPAD-undersökningen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) som CAN har initierat och koordinerat. Institutet har i den svenska delen av den senaste ESPAD-undersökningen bidragit med 150 000 kr för år 1999.

När det gäller det regionala rapporteringssystem om droger som CAN i många år drivit har institutet bidragit med 200 000 kr under 1999. Eftersom Folkhälsoinstitutet har ansvar att vara kontaktpunkt för ECNN har institutet gett CAN i uppdrag att utveckla det regionala rapporteringssystemet genom att dels inkludera fler rapportörer från den lokala nivån, dels informatörer från nyckelcentra runt om i landet. CAN är även representerad i ledningsgruppen för den årliga nationella rapporten till ECNN.

Folkhälsoinstitutet och CAN samarbetar vidare, utanför samarbetsavtalet, i olika projekt, regionala konferenser för länsrådsgrupperna, konferenser om ungdomar och droger, kurser för länsstyrelsernas alkoholhandläggare, rapporter, broschyrer, tidsskrifter, undersökningar m.m. Till 1999 års Ung Nu-konferens bidrog institutet med 100 000 kr.

4.6 Forskning, statistik och utbildning inom folkhälsoområdet

Ett flertal myndigheter har ett uttalat statistik- och/eller forskningsansvar när det gäller folkhälsa, bl.a. Socialvetenskapliga forskningsrådet, Socialstyrelsen, Statistiska Centralbyrån m.fl. När det gäller statistikansvaret har ett flertal myndigheter ett sådant ansvar inom framför allt alkohol- och narkotikaområdet.

Socialvetenskapliga forskningsrådet m.fl. forskningsråd och myndigheter har vidare ett ansvar att finansiera forskning som utförs av andra, framför allt universitet och högskolor. Andra forskningsområden som berör folkhälsan är miljö, transport, boende, livsmedel, arbetsmarknad/arbetsmiljö, utbildning samt den sociala sektorn. Inom arbetsmarknads- och arbetsmiljöområdet är t.ex. Arbetslivsinstitutet en myndighet som har till uppgift att bedriva och främja forskning och utbildning samt utvecklingsprojekt som rör arbetsliv, arbetsmiljö och relationerna på arbetsmarknaden.

4.6.1 Finansiering av forskning

Folkhälsoforskning är tvärvetenskaplig till sin karaktär och kräver därför insatser av både medicinskt, samhällsvetenskapligt och beteendevetenskapligt utbildade forskare. Inom det socialvetenskapliga, socialpolitiska och folkhälsopolitiska området är kunskapsbehovet stort och det avsätts årligen ca 200 miljoner kronor inom Socialdepartementets område för forskning inom dessa områden. Drygt hälften av dessa medel till forskning slussas via Socialvetenskapliga forskningsrådet.

Genom ett förslag i Forskningspropositionen (prop 1989/99:94) gavs Socialvetenskapliga forskningsrådet i uppdrag att ta ett huvudansvar för finansiering av den folkhälsovetenskapliga forskningen, vilka i samband med detta fick en utökad budget. Detta område var då relativt svagt utvecklat i Sverige. Mindre delar av forskningsstödet till folkhälsoområdet kommer för närvarande från bl.a. Forskningsrådsnämnden, Rådet för arbetslivsforskning, Medicinska forskningsrådet och Vårdalstiftelsen. Därutöver kommer även ett betydande forskningsstöd från Folkhälsoinstitutet. Samtliga vetenskapsråd arbetar med en hög grad av forskarstyrning och granskning av ansökningarna.

Tre statliga myndigheter, Institutet för miljömedicin, Institutet för psykosocial medicin och Smittskyddsinstitutet har gradvis integrerats i Karolinska institutet bl.a. genom tjänstekonstruktioner med dubbla funktioner som professorer vid Karolinska institutet och chefer vid myndigheterna. Vissa andra statliga myndigheter, t.ex. Arbetslivsinsti-

tutet och EpC/Socialstyrelsen bedriver också en icke obetydlig folkhälsovetenskaplig forskning. Även Riksförsäkringsverket har från och med år 1999 givits möjlighet att stödja forskning inom socialförsäkringsområdet som ett komplement till den mer allmänna forskning som stöds av framför allt Socialvetenskapliga forskningsrådet. Därutöver finansierar vissa landsting en betydande forskning inom folkhälsoområdet, framför allt Stockholm, Skåne, Örebro m.fl.

I rapporten *Att finansiera forskning och utveckling* (Ds 1999:68, se även avsnittet nedan) konstateras att det inom utgiftsområdena 8–14 (invandrare, hälsovård, sjukvård, social omsorg, ekonomiskt trygghet, arbetsmarknad och arbetsliv) finns ett stort antal myndigheter men bara ett fåtal som finansierar forskning, t.ex. Arbetsmarknadsverket, Arbetslivsinstitutet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse. Stödet till folkhälsoområdet är dessutom splittrat på Medicinska forskningsrådet, Socialvetenskapliga forskningsrådet och Folkhälsoinstitutet. I rapporten förutses behov av ökande forskning inom området vilket kommer att ställa krav på god ansvarsfördelning mellan dessa myndigheter och det föreslagna nya Forskningsrådet för sociala frågor och arbetsliv.⁵

I vissa fall har Socialvetenskapliga forskningsrådet och regeringen identifierat angelägna och relevanta forskningsområden inom folkhälsan. Dessa områden har kunnat stimuleras genom en systematisk, stegvis och långsiktig satsning med inrättande av doktorandtjänster, programstöd till lovande forskargrupper men även i vissa fall inrättande av professurer. Exempel på områden som stimulerats är alkoholforskning, epidemiologi, medicinsk sociologi, äldreforskning och forskning om ojämlikhet i hälsa.

Resultatet av 1990-talets satsningar inom folkhälsoområdet har gjort att forskningen förstärkts både kvantitativt och kvalitativt. Relativt omfattande folkhälsovetenskaplig forskning utförs numera i bl.a. Lund, Stockholm, Umeå, Göteborg, Linköping och Uppsala.

Socialvetenskapliga forskningsrådet

Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) har till uppgift att främja och stödja grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsovetenskap samt informera om kunskapsläge och aktuell forskning. Genom sin verksamhet skall Socialvetenskapliga forskningsrådet bidra till det övergripande målet att öka

⁵ Det nya forskningsrådet är tänkt att skapas genom en sammanslagning av SFR och en del av nuvarande Rådet för arbetslivsforskning (RALF).

kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd. Ett prioriterat område inom Socialvetenskapliga forskningsrådet är forskning kring folkhälsa, vilket också resursmässigt varit det största av Socialvetenskapliga forskningsrådets forskningsområden. Socialvetenskapliga forskningsrådet har givits ett samordningsansvar för forskning kring folkhälsa.

Socialvetenskapliga forskningsrådet har ett väl utvecklat samarbete med forskningsråd under Utbildningsdepartementet, framför allt Medicinska forskningsrådet, Forskningsrådsnämnden och Humanistiska-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, vissa andra forskningsfinansierare samt med övriga myndigheter under Socialdepartementet. Även forskningsresultat från Institutet för psykosocial medicin har inneburit en väsentlig kunskapsökning på området, främst när det gäller psykosociala faktorerens betydelse. Socialvetenskapliga forskningsrådet har även lämnat stöd till forskning vid Institutet för psykosocial medicin.

Socialvetenskapliga forskningsrådet tilldelar projektmedel, programstöd m.m. genom öppen konkurrens mellan forskargrupper. Någon kvot är inte avsatt till vare sig folkhälsoområdet eller till de andra områden som rör välfärd eller omsorg, men folkhälsoområdet får normalt 20 procent av tillgängliga forskarmedel. Ansökningarna granskas av externa bedömare som för programstöd och andra större satsningar hämtas från utländska universitet. Beslut om ansökningarna fattas av ett råd, där forskare utsedda av universiteten är en majoritet.

I samarbete med andra myndigheter och intressenter, bl.a. Folkhälsoinstitutet och Medicinska forskningsrådet, togs år 1998 fram ett nationellt forskningsprogram om ojämlikhet i hälsa. Flera universitet och högskolor medverkade i utarbetandet av programmet. Vidare har Socialvetenskapliga forskningsrådet beslutat att anslå medel för inrättandet av ett Nätverkscentrum för forskning om ojämlikhet i hälsa. Detta nätverkscentrum kommer att placeras i Stockholm och drivas i samverkan mellan Stockholms universitet och Karolinska institutet. Dessutom har Socialvetenskapliga forskningsrådet anslagit forskningsstöd till fem andra universitet med verksamhet inom området. Nätverket är tänkt att fungera som en folkhälsovetenskaplig forskarskola med kompetens inom biomedicin, ekonomi, epidemiologi, sociologi och psykologi.

Förändrad struktur för forskningsfinansiering

I rapporten *Att finansiera forskning och utveckling* (Ds 1999:68) har en arbetsgrupp gett förslag till ett reformerat myndighetssystem för forskningsfinansiering. Proposition med anledning av rapporten har lämnats till riksdagen i mars 2000 (se avsnitt 2.10). Arbetsgruppens förslag går ut på att dela upp forskning som finansieras av vetenskapsråd eller forskningsråd, s.k. *forskningsstöd*, där forskarna har ett avgörande inflytande, och forskning som initieras och finansieras av myndigheter inklusive landsting och kommuner samt företag och organisationer, s.k. *uppdragsforskning*.

Med *forskningsstöd* menar arbetsgruppen att den finansierande myndigheten skall öppna för förslag från högskolan (och andra forskningsutförande organ), antingen över breda fält (fakultetsområden) eller mer avgränsat och med klara samhällliga uppgifter i sikte. Dessa myndigheter skall kunna använda sig av ett flertal olika finansieringsinstrument som ger forskarna möjligheter att delta i probleminentifiering, kvalitetsbedömning och utvärdering. Detta innebär att forskarna har initiativet både vad gäller hur forskningsuppgiften skall uppfattas och hur den skall genomföras.

Uppdragsforskning, menar arbetsgruppen, skall i stället definieras av den finansierande myndigheten (eller av företag och andra organisationer), vilka kan ha bestämda krav på hur uppdraget skall genomföras och när och hur det skall avrapporteras. Ofta kan uppdraget gälla tekniskt utvecklingsarbete, utredningar, konsultuppgifter, mätningar eller långsiktig datainsamling. Dessa uppdrag skall inte granskas som vetenskapliga projekt men den vetenskapliga kompetensen behövs, menar arbetsgruppen, för att ett gott arbete skall kunna utföras. Arbetsgruppen konstaterar dock vidare att det finns olika mellanformer mellan de renodlade formerna av forskningsstöd och uppdragsforskning.

Vidare föreslogs i rapporten att fyra myndigheter bör få uppgiften att vara forskningsstödjande och att dessa myndigheter bör ha forskningsstöd som sin huvuduppgift. Uppdragsforskningen däremot borde enligt arbetsgruppen hanteras av ett större antal myndigheter där forskningsfinansiering är en av många uppgifter och primärt ses som ett medel för att genomföra de övriga uppgifterna. Arbetsgruppen föreslår vidare att ett sammanhållet forskningsråd – *Vetenskapsrådet* – skapas under Utbildningsdepartementet, samt tre ytterligare myndigheter för att ansvara för områdesorienterat forskningsstöd; *Forskningsrådet för sociala frågor och arbetsliv*, *Myndigheten för teknisk utveckling, kommunikation och bebyggelse* samt *Forskningsrådet för miljö, lantbruk och naturresurser*.

En av dessa myndigheter, Forskningsrådet för sociala frågor och arbetsliv, skulle bildas genom en sammanslagning av huvudsakligen Socialvetenskapliga forskningsrådets verksamhet samt delar av andra myndigheters forskningsverksamhet, dvs. genom att bredda och utveckla Socialvetenskapliga forskningsrådets ansvarsområde för att även omfatta en del av stödet till den arbetsvetenskapliga högskoleforskningen som finansieras av Rådet för arbetslivsforskning och Arbetslivsinstitutet, samt de delar av Sidas forskningsstöd som gäller folkhälsa och social utveckling.

4.6.2 Utförande av forskning

Som omnämnts ovan är ett av Socialvetenskapliga forskningsrådets prioriterade områden stöd till forskning kring folkhälsa. Även inom andra områden som berör folkhälsan, t.ex. byggnation, miljö, arbetsliv, arbetsmiljö och livsmedel, stöds forskning av ett antal olika råd och nämnder, dvs. Brottsförebyggande rådet, Forskningsrådsnämnden, Medicinska forskningsrådet, Rådet för arbetslivsforskning, Byggnadsforskningsrådet, Humanistiska-samhällsvetenskapliga forskningsrådet m.fl. För vart och ett av dessa forskningsråd gäller att de har till uppgift att inom sina respektive verksamhetsområden främja och stödja vetenskapligt betydelsefull forskning.

Utöver dessa råd och nämnder utförs även vård- och allergiforskning via den s.k. Vårdalstiftelsen, vilken har till uppgift att främja forskning och forskarutbildning inom vårdområdet samt forskning och forskarutbildning med inriktning på allergier och annan överkänslighet. Vid Karolinska institutet i Stockholm finns även Institutet för miljömedicin som bedriver forskning och utbildning samt utför undersökningar och utredningar inom fysikalisk och kemisk miljömedicin samt inom hälsoskyddet. Institutet har särskilt i uppgift att beakta Socialstyrelsens behov av underlag för rapporter om folkhälsan.

Inom alkoholforskningsområdet har en kraftsamling eftersträvat genom insatser från Socialvetenskapliga forskningsrådet och Folkhälsoinstitutet, vilket lett till att Centrum för alkohol- och drogforskning inrättats vid Stockholms universitet (SoRAD). Dessutom har en samsrådsgrupp ledd av Socialvetenskapliga forskningsrådet inrättats för att ytterligare förstärka forskningen inom området. Denna kraftsamling som gjordes var bl.a. ett resultat av det uppdrag som Folkhälsoinstitutet fått år 1994 av regeringen och som innebar att institutet skulle ta initiativ till att berörda myndigheter tillsammans utarbetade ett samlat program för forskning inom alkoholområdet. Uppdraget redovisades till regeringen i juni 1995.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Lagen stadgar även att landstingen och kommunerna skall samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor i den omfattning som behövs.

I dag utförs större delen av landstingens folkhälsoforskning genom ett många gånger relativt väl utvecklat samarbete mellan landstingens samhällsmedicinska enheter och folkhälsovetenskapliga universitetsinstitutioner och högskolor. På flera håll i landet, t.ex. i Stockholm och Västerbotten, sker ett omfattande och nära samarbete i form av t.ex. gemensamma forskningsprojekt samt genom att professorer och andra tjänster delas mellan landstingen och universiteten. Dessutom utarbetas gemensamt mellan landsting och universitet befolkningsenkäter och olika folkhälsorapporter för länen.

På en del håll i landet sker samarbetet mellan den landstingsdrivna och universitetsdrivna verksamheten i liknande former som den kliniska verksamheten inom sjukvården, dvs. genom långtgående integration och genom långsiktiga samarbetsavtal. Samarbetet gällande folkhälsoforskningen har dock inte ännu funnit lika fasta former som den kliniska verksamheten.

4.6.3 Statistik

När det gäller statistik har många myndigheter inom folkhälsoområdet ett mer eller mindre uttalat statistikansvar. Med officiell statistik menas dock sådan statistik för samhällsplanering, forskning, allmän information och internationell rapportering som en myndighet framställer enligt föreskrifter som regeringen meddelar. Ansvarsfördelningen för den officiella statistiken förändrades år 1994 då ansvaret för viss statistik överfördes från Statistiska centralbyrån till andra myndigheter som därmed fick ett statistikansvar för den statistik som berör respektive myndighetssektor.

Statistiska centralbyrån har dock kvar en särställning inom statistikområdet då den är central förvaltningsmyndighet för den officiella statistiken och för annan statlig statistik samt har till uppgift att svara för samordning av den statliga statistikproduktionen och verka för samordning mellan statlig och annan statistikproduktion.

I förordningen (1992:1668) om den officiella statistiken anges vilka myndigheter som har ett statistikansvar. Inom arbetsmarknadsområdet är det Statistiska centralbyrån och Arbetarskyddsstyrelsen som har ansvaret för den officiella statistiken. Beträffande bostäder och byggande,

befolkning samt levnadsförhållanden är det Statistiska centralbyrån som har statistikansvaret. Socialstyrelsen är ansvarig statistikmyndighet för hälso- och sjukvårdsområdet samt socialtjänsten och Riksförsäkringsverket har ansvaret för socialförsäkringsstatistiken.

För miljövärdstatistik svarar Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen och Statistiska centralbyrån. Brottsförebyggande rådet har ansvar för statistiken inom rättsväsendet. För vägtrafikstatistiken finns Statens institut för kommunikationsanalys. Inom utbildnings- och forskningsområdet ansvarar Statens skolverk, Högskoleverket, Statistiska centralbyrån samt Centrala studiestödsnämnden för statistiken. Statens jordbruksverk, Skogsstyrelsen, Fiskeriverket och Sveriges lantbruksuniversitet ansvarar för statistik inom jordbruks-, skogsbruks- och fiskeområdet.

Utöver den officiella statistiken finns även annan statistik, t.ex. inom narkotika- och alkoholområdet. Folkhälsoinstitutet ansvarar t.ex. för Sveriges rapportering till EU och utger tillsammans med CAN den årliga redogörelsen för alkohol- och narkotikasituationen i Sverige. Även andra myndigheter och organisationer producerar och publicerar statistik och undersökningar om narkotika. Inom just narkotikaområdet tas även uppgifter från t.ex. tullens och polisens beslagsstatistik samt från kriminalvårdens, socialtjänstens och sjukvårdens statistik om vård och behandling. Ett system för rapportering till Socialstyrelsen skall introduceras under år 2000 och vara i funktion år 2004.

Dessutom ansvarar Läkemedelsverket för statistik om narkotikaklassade läkemedel samt substanser och beredningar som används i industrin. Ytterligare statistik inom narkotikaområdet kan även hämtas från Rikspolisstyrelsen och de olika polismyndigheterna, Tullverket samt övriga myndigheter inom rättsväsendet.

Även kommuner och landsting, dvs. myndigheter med vård- och behandlingsansvar, har ansvar att lämna uppgifter till den nationella statistiken enligt lagen (1992:889) om den officiella statistiken. Andra typer av data inhämtas från forskning eller från större projekt där olika sorters data i form av statistik samlats in från enkäter m.m. Det handlar således om statistik på både primärdatanivå och i myndighetsspecifika och lokala sammanställningar, liksom från den officiella statistiken på nationell nivå.

I dag finns ingen myndighet som har ett övergripande och samordnande ansvaret för den nationella samlade alkohol- och narkotikastatistiken. Folkhälsoinstitutet fick dock år 1994 i uppdrag av regeringen att skapa ett samrådsforum med uppgift att se över det samlade behovet av statistik på alkoholområdet. Detta regeringsuppdrag avrapporterades i oktober 1997, (Folkhälsoinstitutet 1997:34).

4.6.4 Utbildning

I landet pågår för närvarande en utbyggnad av den folkhälsovetenskapliga utbildningen. Den folkhälsovetenskapliga forskningen finns än så länge enbart företrädd i de traditionella universitetsorterna. Eftersom folkhälsovetenskap är tvärvetenskaplig används resultat från ett flertal olika ämnen och vetenskapsgrenar, t.ex. sociologi, statsvetenskap, ekonomi, psykologi, beteendevetenskap samt epidemiologi och biomedicin inom den medicinska vetenskapen.

Folkhälsovetenskapliga grundutbildningar har inrättats vid t.ex. Karolinska institutet i Stockholm, vid högskolan i Malmö, vid Mälardalens högskola samt vid Hälsohögskolan i Jönköping. I grund- respektive forskarutbildningen vid Karolinska institutet integreras biomedicinska, socialmedicinska samt beteende- och samhällsvetenskapliga perspektiv. Utbildningar med hälsoinriktning finns även i ett antal andra kommuner i landet, t.ex. Sundsvall, Gävle-Sandviken, Uppsala, Örebro, Borås, Halmstad och Kristianstad. Även vissa vårdhögskolor har utbildningar som omfattar folkhälsoarbete.

Påbyggnad på andra utbildningar upp till magisterexamen och doktorexamen finns vid Nordiska hälsovårdhögskolan i Göteborg. Påbyggnad till magister- och doktorexamen finns även vid Karolinska institutet i Stockholm och magisterexamen vid Blekinge internationella hälsohögskola i samverkan med samhällsmedicinska institutionen vid Lunds universitet. En påbyggnadsutbildning på magister-, licentiat och doktorsnivå finns även vid institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap vid Umeå universitet. En magisterexamen i folkhälsovetenskap kan även tas vid Linköpings universitet.

4.7 Folkhälsa inom det internationella området

Under de senaste åren har det skett en ökad internationalisering inom folkhälsoområdet, framför allt inom EU och Världshälsoorganisationen (WHO). Dock är det inte bara EU och WHO som verkar för folkhälsan i Europa utan även Europarådet, OECD och UNAIDS (FN:s samlade program för hiv/aids där WHO, UNDP, Unesco, UNFPA, Unicef och Världsbanken ingår).

Den ökade internationaliseringen innebär konkret ett närmare samarbete dels mellan medlemsstater i de olika organisationerna, dels bilateralt, dvs. mellan två länder. Inom det som kan betecknas som internationellt samarbete ingår även det nordiska samarbetet i folkhälsofrågor, vilket bedrivs vid sidan av det övriga internationella samarbetet.

Mycket talar för att det internationella engagemanget kommer att öka framöver.

4.7.1 EU:s folkhälsoarbete

I samband med Sveriges medlemskap i EU har riksdag, regering och myndigheter m.fl. engagerats i gemenskapens folkhälsoarbete. Den konstitutionella grunden för EU:s folkhälsoarbete står uttryckt i fördraget om upprättandet av den europeiska gemenskapen, avdelning XIII, Folkhälsa, artikel 152 (Amsterdamfördraget). Formellt blev folkhälsa ett samarbetsområde inom gemenskapen i samband med Maastrichtfördraget år 1994.

Punkt 1 i artikel 152 lyder:

En hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder. Gemenskapens insatser, som skall komplettera den nationella politiken, skall inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för människors hälsa. Sådana insatser skall innefatta kamp mot de stora folksjukdomarna genom att främja forskning om deras orsaker, hur de överförs och hur de kan förebyggas samt hälsoupplysning och hälsoundervisning. Gemenskapen skall komplettera medlemsstaternas insatser för att minska narkotikarelaterade hälsoskador, inklusive upplysning och förebyggande verksamhet.

Artikel 152 har ytterligare fyra punkter, vilka bl.a. tar upp frågor om att främja samarbete mellan medlemsstaterna och med tredje land samt att vid behov stödja deras insatser. Dessutom anges att gemenskapen, när den agerar på folkhälsoområdet, fullt ut skall respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

Folkhälsofrågor berör så gott som alla EU:s institutioner och flera av kommissionens direktorat. Det är dock kommissionens Generaldirektorat för Hälsa och Konsumentskydd som har ansvaret för folkhälsofrågor. Förslag och initiativ till olika aktiviteter, program, lagstiftning etc. tas av kommissionen. Speciella program har t.ex. utvecklats för områden som identifierats som särskilt viktiga. Hälsofrågor har därutöver integrerats i policyverksamheten inom en rad politiska områden, framför allt inom områden som socialpolitik, inre marknad, jordbruk, livsmedel och fiske, forskning och utveckling, miljö och energi, transport och internationellt samarbete.

Inom EU:s nuvarande ramprogram för folkhälsa pågår åtta program. Detta ramprogram gäller t.o.m. år 2000. För varje program har inrättats en kommitté, med representanter från respektive medlemsland. Folkhälsoprogrammen berör områden som hälsoövervakning, hälsofrämjande åtgärder, förebyggande av aids samt andra smittsamma sjukdo-

mar, sällsynta sjukdomar, förebyggande av cancer, förebyggande av personsador och olyckor, miljörelaterade sjukdomar samt förebyggande av narkotikaberoende. För samtliga projekt inom de olika programmen kan medlemsländerna ansöka om projektstöd. Programmen pågår under 3–5 år. Av EU:s totala ekonomiska stöd år 1994 gick cirka 0,04 procent till prevention inom folkhälsoområdet.

Regeringen har för varje enskilt folkhälsoprogram inrättat nationella styrgrupper/beredningsgrupper. Ansvaret för en styrgrupp har getts till den myndighet som regeringen utsett att vara Sveriges kontaktpunkt eller representant för respektive program. I styrgrupperna ingår, förutom representanter från myndigheter och departement, även representanter från Kommun- och Landstingsförbunden, frivilligorganisationer samt forskning och utbildning. Folkhälsoinstitutet är Sveriges representant i tre av de åtta programmen, nämligen i cancerprogrammet, programmet för hälsofrämjande insatser samt narkotikaprogrammet. För aids-programmet är Smittskyddsinstitutet svensk kontaktpunkt medan Folkhälsoinstitutet har ett särskilt ansvar för de hiv-förebyggande insatserna.

Utvärderingar av nuvarande program pågår i vissa fall eller kommer att göras, dels efter halva programtiden, dels efter programmets slut, dvs. i slutet av år 2000. Ett förslag till nytt ramprogram för folkhälsa och hälsostrategi har presenterats i maj 2000 av EU-kommissionen och är tänkt att gälla under perioden 2001–2006.

År 1995 inrättades det Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (sv. ECNN, eng. EMCDDA). ECNN:s främsta uppgift är att årligen rapportera om drogsituationen i Europa.

4.7.2 WHO:s hälsostrategi

Världshälsoorganisationen (WHO) har sedan slutet av 1970-talet ägnat stor kraft åt att väcka engagemang för hälsofrågornas betydelse för samhällsutvecklingen. I maj 1998 antog WHO den globala Hälsa för alla-policy i syfte att försöka förverkliga visionen ”Hälsa för alla”. Denna vision fastställde globala prioriteringar för de två första årtiondena på 2000-talet. I enlighet med den världshälsodeklaration som då antogs skall den globala idén om ”Hälsa för alla” under 2000-talet genomföras med hjälp av regionala samt nationella program och strategier.

Som ett led i denna process antog de 51 medlemsstaterna i WHO:s europearegion i september 1998 en ny hälsopolitisk strategi med 21 mål – Hälsa 21. Grunden för de nya hälsomålen är en jämlikare hälsa såväl inom som mellan länder. Förutsättningar, menar WHO, måste skapas

för en positiv utveckling för de människor som lever under de sämsta hälsovillkoren.

Hälsa 21-policyn för WHO:s europaregion innehåller först och främst ett varaktigt slutmål att uppnå bästa möjliga hälsa för alla. De två huvudsyftena är att främja och skydda människors hälsa under hela livet samt att minska förekomsten av de vanligaste sjukdomarna och personskadorna samt att lindra det lidande de orsakar. Hälsa 21-policyn bygger på tre värdemässiga och etiska grunder; hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet, jämlikhet i hälsa och ett solidariskt handlingsätt mellan och inom alla länder och deras invånare samt ett deltagande och ansvar för enskilda, grupper, institutioner och samfund för att skapa en fortsatt god hälsoutveckling.

Dessutom har WHO fastställt fyra huvudstrategier för insatser som valts för att säkerställa en vetenskaplig, ekonomisk, social och politisk uthållighet som kan bidra till att Hälsa 21 realiserar, bl.a. multisektoriella strategier för att angripa förhållanden som bestämmer hälsan med hänsyn till fysiska, ekonomiska, sociala, kulturella och genusmässiga perspektiv och för att säkerställa att hälsokonsekvensbedömningar tillämpas.

Syftet med att lyfta fram de gemensamma 21 hälsomålen är att de skall kunna fungera som vägledning för arbetet i varje land inom europaregionen. De framhåller därför särskilt europaregionens problem och föreslår åtgärder för att förbättra situationen. WHO:s europaregion menar att målen skall tjäna som riktmärken mot vilka man kan mäta framstegen i arbetet med att förbättra och skydda hälsan och minska hälsoriskerna. Tillsammans utgör således de 21 målen en referensram för att inspirera till en utveckling av hälsopolitiken i europaregionens medlemsländer.

Målen omfattar följande 21 områden; solidaritet för hälsa, jämlikhet i hälsa, hälsosam start i livet, ungdomars hälsa, äldres hälsa, psykisk hälsa, smittsamma, icke-smittsamma och kroniska sjukdomar, skador av våld och olycksfall, fysisk miljö, levnadsvanor, alkohol, narkotika och tobak, hälsofrämjande vardagsarenor, alla samhällssektorers ansvar för hälsan, integrerad hälsosektor, kvalitet i vården, finansiering av hälso- och sjukvård och fördelning av resurserna, utveckling av mänskliga resurser för hälsa, forskning och kunskap, mobilisering av samarbetspartners samt politisk viljeinriktning och strategier för allas hälsa.

5 Folkhälsoinstitutet

5.1 Kort historik

Folkhälsoarbete som en statlig angelägenhet har en lång historisk tradition i Sverige. Den går tillbaka till provinsialläkarinstruktioner på 1700-talet, inrättande av hälsovårdsnämnder på 1870-talet och bildandet av Statens institut för folkhälsan i slutet av 1930-talet. Inom Medicinal- och sedermera Socialstyrelsen utvecklades hälsoupplýsningen från 1960-talet i olika organisatoriska former. När regeringens folkhälsogrupp i början på 1990-talet inom ramen för sitt strategiprojekt ”Hela folkets hälsa” föreslog att folkhälsofrågorna skulle ges en egen organisatorisk plattform, lades grunden för det nuvarande Folkhälsoinstitutet.

I propositionen 1990/91:175 *Om vissa folkhälsofrågor* föreslog således regeringen riksdagen att godkänna att ett folkhälsoinstitut inrättades år 1992. Riksdagen fattade beslut i enlighet med detta den 12 juni 1991 (rskr. 376). Bakgrunden var enligt propositionen att det trots att hälsoutvecklingen i stort varit positiv fanns stora skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan olika åldrar, mellan könen, mellan olika sociala grupper, mellan infödda svenskar och invandrare och mellan olika delar av landet.

Vidare konstaterades i propositionen att de stora och i vissa avseenden ökande skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället inte kunde accepteras. Därför föreslogs att ökad jämlikhet skulle vara ett överordnat mål vid prioriteringar i folkhälsoarbetet och att insatser som medförde att de sämst ställdas situation kunde förbättras skulle komma i första hand. På detta sätt skulle folkhälsan kunna förbättras betydligt. Regeringen ville därför vidta åtgärder såsom lagstiftningsåtgärder och bildande av ett folkhälsoinstitut för att bättre kunna nå målet om en mer jämlik hälsa. Huvudinriktningen för institutet skulle därför vara att nå de särskilt utsatta grupperna i samhället och att minska hälsans ojämlika fördelning genom att vidta åtgärder för att förbättra deras situation.

Folkhälsoinstitutets huvuduppgift skulle vara att på nationell nivå driva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. Institutet skulle vidare enligt propositionen sti-

mulera det tvärssektoriella samarbetet mellan centrala myndigheter, samverkan mellan olika samhällsnivåer och deltagande av frivilliga organisationer. Institutet skulle därigenom bl.a. göra det möjligt att påverka strukturella förhållanden av betydelse för en positiv hälso-utveckling. Det nationella folkhälsoinstitutet skulle i nära samarbete med andra aktörer utveckla, stimulera och stödja olika typer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Genom att inrätta ett folkhälsoinstitut ansåg regeringen att grundförutsättningarna för samspillet mellan offentliga verksamheter, organisationer och enskilda människor avsevärt skulle förbättras.

Institutet föreslogs få en samordnande roll, vilket skulle skapa en tydligare uppgiftsfördelning mellan olika aktörer och nivåer och öka förutsättningarna för ett effektivare utnyttjande av samhällets resurser. Dessutom föreslogs institutet få ett särskilt ansvar för att bidra med en hög vetenskaplig kvalitet på det underlag som folkhälsoarbetet skulle bygga på. Det nationella folkhälsoinstitutet skulle ha en central roll som förmedlare av kunskap från forskningen till det praktiska folkhälsoarbetet på lokal nivå. I propositionen sades även att institutet skulle följa och värdera aktuell forskning och utveckling inom området, initiera vissa forsknings- och utvecklingsprojekt samt bedriva visst eget forsknings- och utvecklingsarbete.

Vidare föreslogs institutet arbeta i programform och inom ramen för varje program skulle kunskap om det moderna folkhälsoarbetets metoder tas fram, ställas samman och spridas till berörda instanser och försöksverksamhet skulle initieras. Kunskapsspridningen förutsattes ske i nära samarbete med och genom frivilliga organisationer, arbetsmarknadens parter, kommuner och landsting m.fl.

Inledningsvis föreslogs institutet bedriva program inriktade mot alkohol och droger, tobak, olycksfallsskador samt program för särskilda grupper, till att börja med barn och ungdom och utsatta kvinnor. Vissa av programmen skulle vara av permanent karaktär, framför allt alkohol- och drogprogrammet men även tobaksprogrammet. Särskilt alkoholfrågorna skulle spela en väsentlig roll i institutets arbete. Skadeprogrammet skulle bygga på och utveckla det förebyggande program som Socialstyrelsen då drev i samverkan med andra myndigheter och organisationer.

Andra program skulle vara tidsbegränsade och bli beroende av aktuella folkhälsoproblem och målgrupper. Programarbetet skulle således kunna ha olika inriktning beroende på aktuella förutsättningar och målgrupper och därmed behöva skifta i tiden. Vidare skulle programmen kunna formuleras efter flera olika dimensioner, dvs. program mot folksjukdomar, mot olika riskexponeringar eller för att stödja särskilt utsatta grupper. Programmen skulle utgå från tydliga målformuleringar.

Programarbete som arbetsmetod, menade regeringen, hade visat sig vara en lämplig metod för att stimulera och säkerställa såväl ett tvärsektoriellt samarbete som samverkan mellan olika samhällsnivåer och med deltagande av frivilligorganisationer. Regeringen ansåg att denna typ av arbete borde vidareutvecklas och intensifieras. Utifrån ett nationellt perspektiv innebar detta att ta fram vetenskapligt väl förankrat underlag för olika typer av folkhälsoproblem och att i ökad utsträckning stödja och stimulera processer och verksamheter i det lokala folkhälsoarbetet. Ett nationellt stöd till olika lokala folkhälsoprogram, menade regeringen, förutsatte ofta ett tvärsektoriellt perspektiv som inte primärt utgick från en sektor utan som är fristående från de myndigheter som utövar aktiv uppföljning och tillsyn.

Direktiven för organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet, som inrättades inför Folkhälsoinstitutets bildande (dir. 1991:77) utgick från nämnda proposition och sade, liksom propositionen, att en viktig uppgift för institutet var att transformera forskningsresultat och annan aktuell kunskap om det moderna folkhälsoarbetets metoder till praktisk handling. Arbetet borde ske genom och i nära samarbete med kommuner, landsting, andra statliga myndigheter, frivilliga organisationer m.fl. Institutet skulle vidare omsätta hälsopolitiska initiativ i programarbete eller verka för att detta skulle ske inom andra organisationer.

Även i direktiven sades att institutet inledningsvis skulle bygga upp program för områdena alkohol och droger, tobak och olycksfallsskador samt program för särskilda grupper, till att börja med för barn och ungdom samt utsatta kvinnor. Utgångspunkten för kommitténs arbete skulle vidare vara att den fasta basorganisationen skulle vara liten och flexibel. I tilläggsdirektiven togs fokuseringen på de fem programmen bort och man sade att kommittén ”även bör beakta de förslag beträffande vissa andra folkhälsoområden som framförts i ett antal motiöner.”

Institutet skulle, enligt utredningsdirektiven, liksom propositionen, svara för att det förebyggande hälsoarbetet byggde på vetenskapligt väl förankrat underlag. Huvudinriktningen i arbetet borde vara att nå de särskilt utsatta grupperna i samhället och att minska hälsans ojämlika fördelning genom att förbättra dessa gruppers situation.

5.2 Ansvar, uppgifter och mål

5.2.1 Förordning (1996:614) med instruktion för Folkhälsoinstitutet

I förordningen (1996:614) med instruktion för Folkhälsoinstitutet och i myndighetens regleringsbrev beskrivs Folkhälsoinstitutets roll på likartat sätt som i proposition och kommittédirektiv. I instruktionen sägs inledningsvis att Folkhälsoinstitutet

— — — är ett nationellt organ med uppgift att förebygga sjukdomar och annan ohälsa och att främja en god hälsa för alla. Institutets verksamhet syftar till att för alla skapa likvärdiga förutsättningar för god hälsa. Särskild vikt skall fästas vid sådana förhållanden som främjar hälsan hos de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. Verksamheten skall ha vetenskaplig förankring.

Vidare uppräknas i instruktionen vilka Folkhälsoinstitutets huvudsakliga uppgifter skall vara. Verksamheten skall:

1. Vara ett stöd för lokalt och regionalt folkhälsoarbete i kommuner och landsting samt i företag, organisationer och utbildningsväsende.
2. På nationell nivå främja samarbete mellan olika organ för att påverka förhållanden av betydelse för folkhälsan.
3. Utformas i kontakt med alla samhällssektorer som har betydelse för folkhälsan.

Institutet skall särskilt:

1. Följa utvecklingen av folkhälsan och de förhållanden som berör denna samt ta de initiativ som utvecklingen ger anledning till.
2. Tillsammans med andra berörda förse regeringen med underlag som belyser hälsokonsekvenserna av planerade beslut.
3. Utveckla, ställa samman och sprida kunskap om och erfarenheter av åtgärder som har betydelse för att förbättra folkhälsan.
4. Ta initiativ till försöksverksamhet och utvecklingsarbete, omvandla forskningens resultat till praktisk tillämpning och förmedla kontakt mellan forskare och praktiskt verksamma.
5. Aktivt medverka i det internationella folkhälsoarbetet.

5.2.2 Regleringsbrev för åren 1992–2000

Sedan Folkhälsoinstitutets bildande år 1992 har myndigheten haft sju regleringsbrev där det mer eller mindre konkret angetts övergripande mål samt fr.o.m. budgetåret 1993/94 även ett antal verksamhetsmål. För budgetåret 1995/96 angavs för första gången att institutet, i sin återrapporering, skulle dela in sin verksamhet i nationellt folkhälsoarbete, lokalt folkhälsoarbete samt forskning och utveckling. Denna återrapporeringsstruktur gällde t.o.m. år 1998. I regleringsbrevet för år 1998 angavs dessutom att verksamhetens resultat, utöver verksamhetsindelningen, även kortfattat skulle redovisas inom områdena alkohol och narkotika, hiv/aids/STD, tobak, skador, allergi, och för målgrupperna kvinnor, barn och ungdom, äldre samt övriga folkhälsofrågor. För budgetåret 1999 förändrades denna struktur (se nedan).

De flesta av myndighetens verksamhetsmål har under årens lopp snarare varit uttryckta i termer av vad regeringen vill att myndigheten skall utföra för uppgifter, än som reella målformuleringar om vad regeringen vill uppnå för effekter med verksamheten. Därmed har institutets verksamhetsmål i vissa fall sammanfallit med vad som redan står i myndighetens instruktion eller har varit en precisering av de huvuduppgifter som anges i instruktionen.

De övergripande målen för institutet har under hela tidsperioden dvs. fr.o.m. regleringsbrevet för budgetåret 1992/93 t.o.m. år 1999 i princip varit desamma, dvs.:

- att förebygga sjukdomar och annan ohälsa och att främja en god hälsa för alla,
- att skapa likvärdiga förutsättningar för en god hälsa hos hela befolkningen, samt
- att förbättra¹ hälsan hos de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna.

I regleringsbrevet för år 1998 t.o.m. år 2000 har ordet övergripande mål bytts ut till effektmål. En annan nyhet var att i regleringsbrevet dels ange hela utgiftsområdets effektmål, dels att ange Folkhälsoinstitutets del av effektmålen (tidigare myndighetens övergripande mål) för utgiftsområde 9. Effektmålet för utgiftsområde 9 är

- – – att trygga en god hälsa och goda levnadsvillkor och se till att hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen bedrivs med god kvalitet och effektiv resursanvändning samt tillgodose den enskilde individens behov av vård, omsorg, stöd och service.

¹ Före 1999 års regleringsbrev användes istället ordet ”främja”.

För år 2000 är Folkhälsoinstitutets del av effektmålet inom utgiftsområde 9 ”att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur folkhälsosynpunkt” och ”att tobaksbruket skall minska”.

Förändringarna som beskrivits ovan gjordes i samband med att en ny målstruktur för budgetpropositionen infördes fr.o.m. år 1998. Orsaken var att man ville tydliggöra målhierarkikedjan i den statliga verksamheten. Detta gjordes genom att ange effektmål i form av vilket tillstånd man vill uppnå i samhället, samt del av effektmål, vilket är en nedbrytning av effektmålet. Därefter anges i regleringsbrevet verksamhetsmål för myndigheten, vilket är en ytterligare precisering av effektmålet.

Från och med år 1999 förändrades Folkhälsoinstitutets verksamhetsmål och återrapportering i regleringsbrevet. Syftet var att försöka formulera mål uttryckta i form av effekter i stället för som tidigare i form av arbetsuppgifter/prestationer, dvs. vad institutets insatser skulle kunna bidra till för att uppnå vissa tillstånd i samhället. Målen formulerades med utgångspunkt i vissa av WHO:s europearegions ”Hälsa för alla”-mål (Health 21);

1. Förbättra den psykiska hälsan hos befolkningen (Hälsa 21-6) samt dess levnadsvanor med avseende på kost, fysisk aktivitet och sexualitet (Hälsa 21-11).
2. Öka förutsättningarna för hälsofrämjande insatser på vardagslivets arenor (Hälsa 21-13).
3. Minska konsumtionen och skadeverkningarna av alkohol, tobak, narkotika och andra droger (Hälsa 21-12).
4. Minska förekomsten av vissa folkhälsoproblem, t.ex. smittsamma sjukdomar, framförallt STD/hiv (Hälsa 21-7), icke-smittsamma och kroniska sjukdomar, bl.a. allergi (Hälsa 21-8) samt skador till följd av våld och olycksfall (Hälsa 21-9).
5. Öka kunskapen inom folkhälsoområdet genom att initiera och stödja forskning samt ge strategiskt och vetenskapligt stöd till utveckling (Hälsa 21-14, 18-21).

När det gäller återrapporteringskraven är dessa generella för alla verksamhetsmålen, dvs. för respektive mål skall beskrivas vilka åtgärder som bedöms ha varit mest väsentliga för att uppnå målet samt vilka eventuella andra avgörande faktorer som påverkat förändringarna inom området. Förutom denna återrapportering skall det även för respektive mål göras en kort beskrivning av tillståndet och utvecklingen med inriktning på väsentliga förändringar. Beskrivningarna skall i tillämpliga delar göras för olika befolkningsgrupper, dvs. för barn och ungdom,

vuxna och äldre. Återrapporteringen skall därmed mer fokuseras på resultat i form av effekter i stället för som tidigare resultat i form av myndighetens prestationer.

En ny målstruktur för staten håller för närvarande på att framarbetas i projektet för den s.k. tvåårsöversynen inom ramen för VESTA (Verktyg för Ekonomisk styrning i STaten). Denna översyn innebär att vissa förändringar vad avser målstrukturen genomförs redan i regleringsbrev för år 2001.

5.2.3 Uppdrag i regleringsbrev

Under rubriken ”Uppdrag” i regleringsbrev för Folkhälsoinstitutet har under årens lopp ett antal uppgifter angetts, som regeringen velat att institutet skulle utföra. För åren 1993/94 samt 1994/95 framstår det dock som något oklart i vilken mån uppdragen skiljer sig från verksamhetsmålen. Av formuleringarna att döma går det inte att särskilja uppdragen från målen, t.ex. anges i regleringsbrevet för år 1993/94 att ett av verksamhetsmålen är att ”öka folkhälsoarbetets vetenskapliga förankring bl.a. för att få fram vetenskapligt baserat underlag som kan tillämpas i praktiskt folkhälsoarbete”. I följande års regleringsbrev för 1994/95 är detta mål i stället omgjort till ett uppdrag, med precis samma ordalydelse.

Detsamma gäller målet att ”ge stöd till mödra- och barnhälsovårdens, förskolans, skolans och frivilliga organisationers arbete för en tobaksfri uppväxt” samt målet att ”utveckla utbildningsprogram för olika yrkeskategorier som kan medverka i det tobaksförebyggande arbetet”, vilket i regleringsbrevet för år 1994/95 i stället angetts som uppdrag. Inte heller har i anslutning till uppdragen angetts tidpunkt för avrapportering. I vissa fall har även verksamhetsmål från 1993/94 återfunnits som uppdrag år 1994/95 och tvärtom. Även i regleringsbrevet för år 1995/96 är det svårt att skilja uppdragen från verksamhetsmålen, t.ex. att ”(I)stitutet skall vidareutveckla målbeskrivningar för sin verksamhet”.

Från och med regleringsbrevet för år 1997 sker en förändring på så sätt att det anges en tidpunkt för avrapportering av uppdragen. Formuleringarna av uppdragen skiljer sig dock inte avsevärt från de mål som anges under rubriken ”Verksamhetsmål”. Exempelvis anges under rubriken ”Uppdrag” i regleringsbrev för år 1995/96 och 1997 att institutet ”fortlöpande (skall) följa och värdera de olika metoder som institutet använder sig av i folkhälsoarbetet”, samt att institutet skall ”vidareutveckla arbetet med att redovisa effekter av sin verksamhet”. Under rubriken ”Verksamhetsmål” i samma regleringsbrev anges bl.a.

att institutet skall samarbeta med och ge riktat ekonomiskt stöd till olika verksamheter, samt "fortlöpande pröva stödet", liksom att man skall "utveckla och utvärdera metoder för folkhälsoarbetet" samt "utveckla och ta fram hälsokonsekvensbedömningar" m.m.

Ett annat exempel på uppdrag i regleringsbrevet för år 1997 är att i samverkan med Socialstyrelsen följa utvecklingen vad gäller anorexi och andra ätstörningar samt samordna och i samverkan med landsting, kommuner och berörda frivilligorganisationer vidareutveckla det förebyggande arbetet.

I regleringsbrevet för år 1997 fick institutet även i uppgift att analysera och bedöma vilka möjligheter institutet hade att inom sitt verksamhetsområde bedriva tjänsteexport.

Fr.o.m. regleringsbrevet för år 1998 har regeringen angett mer eller mindre konkreta uppdrag med tidpunkt för avrapportering. I samband med uppdragen har även angetts vilka andra myndigheter, organisationer m.fl. som institutet skall samarbeta eller samråda med i samband med att uppdragen utförs. De uppdrag som anges i regleringsbrevet för år 1998 är att Folkhälsoinstitutet skall:

- I samråd med Socialstyrelsen kartlägga och analysera det hiv-preventiva arbetet i storstadsregionerna.
- I samarbete med bl.a. Skolverket och Svenska Kommunförbundet fördjupa och sprida det arbete med skolan som hälsofrämjande arena som utvecklats inom ramen för European Network of Health Promoting Schools.
- Ta fram ett underlag som redovisar nationella och internationella erfarenheter av vilka möjligheter som finns att arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande bland äldre och bedöma möjliga effekter för individ och samhälle.
- Redovisa nationella och internationella erfarenheter av vilka möjligheter som finns att stimulera till ökad fysisk aktivitet bland de grupper som är minst fysiskt aktiva och belysa vilka hälsoeffekter som är möjliga att uppnå.

Uppdragen i regleringsbrevet för år 1999 är att Folkhälsoinstitutet skall:

- I brett samråd med berörda myndigheter och organisationer göra år 2001 till ett fysiskt aktivitetsår.
- Tillsammans med Boverket och andra berörda myndigheter och organisationer initiera aktiviteter med inriktning mot inomhusmiljöer där barn och ungdomar vistas, inom ramen för Innemiljöåret 1999.

- I samråd med Socialstyrelsen och Landstingsförbundet samt eventuella andra berörda ta fram innehåll och utveckla metoder för att bättre nå föräldrar med information i bl.a. allergiförebyggande syfte.
- I samråd med Nationella folkhälsokommittén och Socialstyrelsen förmedla och sprida kunskap om WHO's Hälsa för alla-mål (Health 21) med inriktning på de delar som avser hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.
- Vara pådrivande i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete för äldre på nationell, regional och lokal nivå.
- I samråd med Socialstyrelsen arbeta för att stödja och främja amning.
- Utarbeta och föreslå en struktur för att nå den lokala och kommunala nivån vad gäller alkohol- och narkotikapreventivt arbete i kommunerna.
- Göra en konsekvensanalys av hur förändrade införselregler och skatter på alkohol kan komma att påverka alkoholkonsumtionen.

I regleringsbrevet för år 2000 har ett antal uppdrag formulerats nämligen att Folkhälsoinstitutet skall:

- Tillsammans med Socialstyrelsen definiera och redogöra för begreppet utsatta grupper och hur respektive myndighet använder begreppet i målgruppsinriktade aktiviteter m.m.
- I samråd med berörda myndigheter och organisationer, utveckla och pröva metoder för hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB) av politiska beslut.
- I samband med arbetet med en Nationell handlingsplan för hiv/STD-prevention särskilt beakta storstadsregionernas hiv-preventiva arbete samt beräkna kostnaderna för de olika verksamhetsdelarna i detta arbete.
- Ge en lägesbeskrivning avseende olika insatser som genomförts i syfte att förbättra den psykiska hälsan i befolkningen och då särskilt för barn och ungdomar.
- Redovisa hur arbetet med det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet för äldre på nationell, regional och lokal nivå har fortlöpt.
- I samråd med berörda myndigheter och organisationer, fullfölja planeringsarbetet och förberedelserna inför genomförandet av ett fysiskt aktivitetsår 2001.
- Redovisa hur arbetet för att förhindra spelberoende har fortlöpt.

Utöver de i regleringsbrevet angivna uppdragen finns även en rubrik kallad *Övriga mål och krav på åiterrapportering*. Under denna rubrik anges även ett antal formuleringar som i mycket liknar formuleringarna av mål och uppdrag, t.ex. att Folkhälsoinstitutet skall:

- Redovisa på vilket sätt institutet har beaktat den etniska och kulturella mångfalden i sitt interna respektive externa arbete.
- Redovisa på vilket sätt institutet utifrån barnkonventionens bestämmelser och intentioner har beaktat barnperspektivet i sitt arbete såväl internt som externt.
- Beskriva på vilket sätt institutet har deltagit i arbetet med mål och inriktning för den nationella storstadspolitiken och samverkat med Integrationsverket kring utvärderingen.
- Särskilt redovisa insatser och effekter för ungdomar enligt riktlinjer som regeringen närmare bestämmer.

5.2.4 Särskilda regeringsbeslut

Folkhälsoinstitutet har även fått uppdrag och medel genom särskilda regeringsbeslut, liksom medel från Allmänna arvsfonden. Detta har framför allt gällt inom alkohol- och drogområdet där medel beviljats under senare år från den Nationella ledningsgruppen.

Inom alkohol- och drogområdet gav regeringen år 1994 i uppdrag åt institutet att ansvara för och leda det alkohol- och drogförebyggande arbetet som riksdagen beslutat om. I uppdraget ingick att sammankalla en nationell ledningsgrupp samt arbeta fram en långsiktig handlingsplan. Folkhälsoinstitutet skulle även ta initiativ till att berörda myndigheter tillsammans utarbetade ett samlat program för forskning inom alkoholområdet. Institutet skulle vidare skapa ett samrådsforum med uppgift att se över det samlade behovet av statistik på alkoholområdet. För dessa uppgifter fick institutet disponera högst 50 000 tkr. Medlen fick även utnyttjas till nödvändiga förvaltningskostnader.

I ett annat regeringsbeslut år 1995 fick Folkhälsoinstitutet i uppdrag att, i enlighet med den nationella handlingsplanen, genomföra de i planen angivna särskilda aktiviteterna under budgetåret 1995/96. För detta ändamål fick institutet disponera högst 60 000 tkr. Ytterligare 10 000 tkr beviljades institutet för år 1997 till förstärkta alkohol- och drogförebyggande insatser i enlighet med Folkhälsoinstitutets plan, vilket var en fortsättning och en utveckling av de förstärkta förebyggande insatser som redovisats i den nationella handlingsplanen.

I ett regeringsbeslut i början av år 1998 beviljade regeringen Folkhälsoinstitutet 15 000 tkr till förstärkta alkohol- och narkotikaförebyg-

gande insatser för år 1998 i enlighet med en plan på förslag på insatser som institutet lämnat till regeringen. I en skrivelse i slutet av år 1998 lämnade institutet förslag avseende förstärkta förebyggande insatser på alkohol- och narkotikaområdet för år 1999, vilket föranledde regeringen att i december 1998 bevilja Folkhälsoinstitutet 11 000 tkr för dessa insatser.

Totalt under perioden 1994–1999 har regeringen således beviljat Folkhälsoinstitutet 146 000 tkr för förstärkta alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Av de totala insatserna under åren har institutet redovisat dels en Nationell handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande arbete (Folkhälsoinstitutet 1995:50), dels de insatser som gjorts för de 15 000 tkr som institutet beviljats för år 1998 (skrivelse 1999-03-11, dnr 23-97-1146). Önskemål om återrapportering har angivits i besluten i generella termer, förutom för handlingsplanen där det angavs att denna skulle redovisas den 1 juli 1995 och för de sista 11 000 tkr angavs att redovisning skulle ske den 15 juli år 2000.

När det gäller stöd från Allmänna arvsfonden har totalt 50 000 tkr beviljats för perioden 1997–2000. Av dessa medel var 30 000 tkr avsedda för ideella organisationers utveckling av alkohol- och drogförebyggande insatser för barn och ungdomar. Ytterligare 30 000 tkr (varav 20 000 tkr är beviljade) är tänkta att ställas till institutets förfogande för ideella organisationers utveckling av tobaksförebyggande insatser för barn och ungdomar. Dessa 30 000 tkr för tobaksförebyggande insatser delas ut till institutet under en treårsperiod med start år 1998. Återrapportering av hur medlen använts skall ske, dels den 1 mars 2000, dels den 1 mars 2001. Delrapporter har lämnats av institutet.

Utöver ovan angivna uppdrag inom alkohol- och drogområdet har Folkhälsoinstitutet haft ett uppdrag att redovisa homosexuellas situation i samhället avseende åren 1993–1996 liksom ett uppdrag att genomföra en kartläggning av ungdomars attityder till sex, vilket har avrapporterats i april 2000. I januari 1999 beviljades Folkhälsoinstitutet 3 000 tkr för produktion av ett medicinskt grundmaterial om alkoholens väg genom kroppen, som en följd av att Folkhälsoinstitutet ansökt om medel för detta ändamål.

5.2.5 Budgetpropositionen för år 2000

I budgetpropositionen (prop. 1999/2000:1) skriver regeringen att institutet ytterligare bör sträva efter att förstärka sin roll som kunskapscentrum och metodutvecklare. I linje med detta ligger att institutet skall stimulera och stötta andra aktörer att bedriva ett aktivt folkhälsoarbete.

Det sägs vidare att "Folkhälsoinstitutet bör i högre grad utnyttja möjligheten att låta fler av institutets aktiviteter utvärderas av extern kompetens." Dessutom är det regeringens uppfattning att "Folkhälsoinstitutet ytterligare bör sträva efter att fokusera insatserna på att minska skillnaderna i ohälsa mellan olika grupper i samhället."

5.3 Verksamhet, organisation och ekonomi

5.3.1 Inriktning och organisation

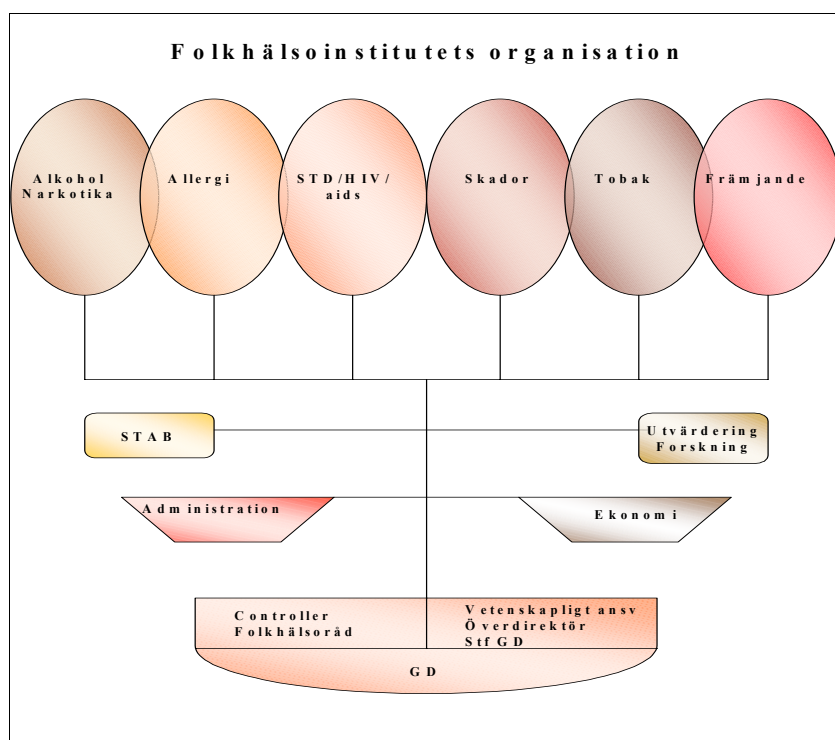
Folkhälsoinstitutet är en anslagsfinansierad myndighet där verksamheten fokuseras på utvecklingsarbete huvudsakligen i form av olika programverksamheter. Myndigheten har i dag inte till uppgift att svara för traditionell myndighetsutövning och endast mycket begränsat tillsynsarbete.

Institutets huvudsakliga uppgifter är att förebygga sjukdom och annan ohälsa samt främja en god hälsa för alla. Till den förebyggande delen räknas de olika sakprogrammen, dvs. alkohol och narkotika, tobak, skador, allergi samt hiv/aids/STD. Till Folkhälsoinstitutets hälsofrämjande delar hör områdena kost och fysisk aktivitet samt barns och ungdomars hälsa, kvinnors hälsa, äldres hälsa och invandrares hälsa. Folkhälsoinstitutet har även i uppdrag att främja villkoren för och förebygga diskriminering av homosexuella.

Under åren 1992–1996 indelades institutet i tre olika enheter, nämligen Hälsa och sexualitet, Hälsa och beroende samt Hälsa och miljö. I enheten Hälsa och sexualitet ingick samlevnad, STD/hiv/aids, och önskade graviditeter. I enheten Hälsa och beroende ingick alkohol och narkotika samt övriga beroendefrågor. I enheten Hälsa och miljö ingick mat och motion, skador, allergi och tobak.

År 1997 omorganiserades Folkhälsoinstitutet i en förebyggande del och en hälsofrämjande del. Institutets verksamhetsgrenar/ verksamhetsindelning enligt regleringsbrevet är nationellt folkhälsoarbete, lokalt folkhälsoarbete och FoU. Nedan återges Folkhälsoinstitutets nuvarande organisation.

Bild 1. Skiss över Folkhälsoinstitutets nuvarande organisation



Källa: Folkhälsoinstitutet.

Som organisations-skissen ovan visar utgörs majoriteten av verksamheten av olika program i form av förebyggande arbete, dvs. arbete med riskfaktorerna alkohol och narkotika, tobak samt förebyggandet av allergi, skador och sjukdomar som hiv/aids samt STD. Programmet Hälsofrämjande är det enda av programmen som arbetar med främjande verksamhet och friskfaktorer. Med utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer arbetar institutet med s.k. arenor. Exempel på sådan verksamhet är institutets arbete med hälsofrämjande skolor, öppna förskolan, mödravårds- och barnvårdscentraler, familjecentraler och arbetsplatser.

Utöver programverksamheten finns även en stabsenhet samt en enhet för utvärdering och forskning. Dessutom finns en enhet för administration inklusive personal samt för ekonomi.

Folkhälsoinstitutet arbetar bl.a. med att stimulera, initiera och följa kunskapsutvecklingen samt att bedriva och stödja åtgärdsinriktat folkhälsoarbete. Institutet sprider och producerar kunskaps- och faktaunderlag samt initierar, genomför, dokumenterar och sprider metod- och utvecklingsarbete. Folkhälsoinstitutet arbetar även med policyutveck-

ling, t.ex. genom att utarbeta olika typer av handlingsprogram och handlingsplaner. Verktyg som institutet arbetar med är bl.a. utbildning, kommunikation, information och IT.

Institutet bedriver utåtriktad informationsverksamhet och opinionsbildning samt masskommunikativa insatser via olika medier med anpassade budskap för särskilda målgrupper. Folkhälsoinstitutet tar även fram informationsmaterial för olika yrkesgrupper samt i begränsad omfattning informationsmaterial som riktar sig direkt till allmänheten. Institutet inrättade i mars 1997 en webbplats på Internet som främst riktar sig till yrkesverksamma inom folkhälsoområdet. Folkhälsoinstitutet har för närvarande ett stort antal titlar som omfattar allt från böcker, rapporter, broschyrer, småskrifter o.dyl. till video- och ljudband och CD-media.

En genomgång som Folkhälsoinstitutet gjort av material/informationssatsningar under åren 1997–1999 visade att institutet under åren 1997–1999 producerat sammanlagt 299 materialprodukter. Med materialprodukter menades rapporter, kartläggningar, utvärderingar, konferensrapporter, metod/utbildning, böcker, broschyrer, informationskrifter, övrig marknadsföring samt vissa kampanjer. De kampanjer som medräknats i analysen var ”Love Power”, ”Guldgaffeln”, ”Drick med huvudet” och ”Inne 99”. Av de s.k. materialprodukter som framställts av institutet togs 73 procent fram för målgruppen professionella, 13 procent riktades till allmänheten (direktexponering/förmedling till allmänheten) och 8 procent vände sig till allmänheten via professionella som aktiva förmedlare (t.ex. lärare eller barnmorskor). Övriga 6 procent riktades till både professionella och allmänheten.

I årsredovisningen för år 1998 står bl.a. följande:

Under 1998 bedrevs mycket information med hjälp av masskommunikativa insatser framför allt inom alkohol- och narkotikaområdet och hiv/aidsområdet.

Folkhälsoinstitutet redovisar, inom verksamhetsgrenen nationellt folkhälsoarbete, att sammanlagt 18 kampanjer genomförts under året. I årsredovisningen har en vidare definition av kampanjer använts. Enligt Folkhälsoinstitutet är den traditionella synen på användandet av masskommunikativa hälsobudskap att de riktar sig direkt till individen och har som mål att uppmuntra till lämpliga beteenden eller livsstilsförändringar. Användningen av denna typ av kommunikation bör enligt Folkhälsoinstitutet rikta sig till flera aktörer/nivåer samtidigt för att få effekt och kan indelas i tre grupper; direkt till individen, påverkan på lokala och regionala folkhälsoarbetare samt påverkan på samhällsopinionen.

En s.k. masskommunikativ insats eller kampanj innehåller enligt Folkhälsoinstitutet kommunikation via ett flertal olika kanaler samt en samordnad uppsättning av aktiviteter, t.ex. affischer, annonser och artiklar i dags- och veckopress, massdistribuerade informationsblad, böcker, radio- och TV-inslag, multimedia, video och Internetsatsningar. Dessutom anser institutet att insatsen bör komma i anslutning till andra åtgärder för att bli framgångsrik, t.ex. opinionsbildning i radio, TV och tidningar, utbildningsinsatser, lokalt arbete, satsningar på arenor som arbetsliv och föreningsliv, uppföljningar och förstärkningar i skolor och t.ex. inom primärvården.

Andra metoder för Folkhälsoinstitutets verksamhet är arbete med nätverk, samverkan och andra former av kontaktarbete. Institutet initierar och stödjer därför över ett tjugotal olika nätverk för att på så sätt möjliggöra en växelverkan mellan nationell och lokal nivå liksom över sektorsgränserna. Institutet menar att denna samverkansform skapar goda möjligheter för implementering och erfarenhetsåterföring.

Folkhälsoinstitutet ger även ekonomiskt stöd i form av organisations- och projektstöd. Institutet utlyser, bedömer och följer upp de projekt som beviljats ekonomiskt stöd. Ekonomiskt stöd ges särskilt för olika former av drog- och hiv-preventionsinsatser på regional och lokal nivå. Inom andra verksamheter är möjligheterna till stöd starkt begränsat. Projektstöden begränsas till insatser som bedöms ha utvecklingspotential, strategiskt, metodmässigt eller liknande. Erfarenheter och resultat dokumenteras i institutets projektdatabas. I viss utsträckning ges även stöd till FoU-projekt.

På nationell nivå sker regelbundet samverkan med ett antal myndigheter samt med FoU-organ. I den s.k. generaldirektörsgruppen ingår ett 20-tal myndigheter inklusive Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Tillsammans med Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet ingår Folkhälsoinstitutet även i en nationell samrådsgrupp som samarbetar och regelbundet stämmer av sina insatser för det regionala och lokala utvecklingsarbetet samt diskuterar angelägna utvecklingsbehov.

Inom FoU-området är olika samarbetsformer etablerade med framför allt Socialvetenskapliga forskningsrådet, Medicinska forskningsrådet, Rådet för arbetslivsforskning, Forskningsrådsnämnden, universitet och högskolor m.fl. Inom institutets olika programverksamheter är dessutom etablerat olika samverkansformer med berörda instanser inom sakområdet i fråga. Kontinuerligt samarbete sker även med ett antal nationella organisationer, t.ex. Cancerfonden, Astma- och allergiförbundet, RFSU, RFSL, NTF, CAN och invandrарorganisationer.

På regional nivå har institutet främst kontakter med landstingens samhällsmedicinska enheter eller motsvarande. För att utveckla läns-

styrelsernas roll att förebygga alkohol- och annat drogmissbruk har samarbetet med dessa ökat.

På lokal nivå har Folkhälsoinstitutet kontakter med kommuner och lokala folkhälsoråd. Majoriteten av landets kommuner, bedöms år 1999 ha inrättat lokala folkhälsoråd och över 100 kommuner är s.k. allergi-anpassade kommuner. Inom skadeprogrammet arbetar man dessutom sedan 1992 med konceptet En säker och trygg kommun. Merparten av det ekonomiska stöd som institutet förmedlar går dessutom till regionalt och lokalt folkhälsoarbete som drivs av kommuner och landsting, frivilligorganisationer och s.k. aktionsgrupper.

5.3.2 Personal

Antalet anställda har under åren ökat, från 69 budgetåret 1993/94 till 103 budgetåret 1999, motsvarande 91 årsarbetskrafter. Av de 103 anställda är 92 tillsvidareanställda. Den största delen, 77 procent, av personalen utgörs av kvinnor. Av institutets ledning utgörs 54 procent av kvinnor. Personalomsättningen år 1999 ligger på samma nivå som för år 1998, cirka 10 procent.

Folkhälsoinstitutet har en stor andel personal med akademisk grundutbildning och en relativt stor andel forskningsutbildade. År 1999 hade 72 procent av personalen minst akademisk grundexamen och 17 procent var licentiater, doktorer eller docenter. Nästan alla disputerade medarbetare har forskat i ämnen som är nära relaterade till folkhälsovetenskap. Ytterligare några är välmeriterade experter inom sitt respektive folkhälsoområde. Två medarbetare har magisterexamen i folkhälsovetenskap som påbyggnad. Nitton medarbetare har varierande påbyggnad i folkhälsovetenskap. Det övervägande antalet akademiskt utbildade (43 av 74) hade examen inom området ekonomi, samhällsvetenskap eller beteendevetenskap. Nio medarbetare, varav tre läkare, har utbildning för vårdyrken. Under de senaste två åren har nyrekryterats nio handläggare/chefer (administrativa arbetsuppgifter undantagna). Av dessa har sex påbörjad folkhälsovetenskaplig påbyggnad och två doktorsexamen.

För att stadga upp verksamhetsstyrning och verksamhetsuppföljning har dessutom en controller tillsatts under år 1999. Den interna forskarkompetensen har vidare förstärkts så att varje program i dag har minst en forskarkompetent medarbetare. Av den personal som anställdes under institutets första halvår är 24 medarbetare fortfarande anställda. Genom samarbetsavtal dels inom FoU-området med universitet och högskolor, dels med praktiker tillförs vissa program ytterligare personalresurser. Dessutom anlitas konsulter, se nedan.

Under det gågna året har institutet prioriterat kompetensutveckling i folkhälsovetenskap, chefsutbildning, språk, EU-kunskap och data. I genomsnitt har varje medarbetare deltagit i kompetensutveckling eller omvärldsanalys 6 procent av arbetstiden.

Egen personal och köpta tjänster

När Folkhälsoinstitutet bildades år 1992 fanns en inriktning att institutet skulle bygga upp en god sakkompetens inom respektive programområde, medan forskning eller kompetens att genomföra större informationsinsatser skulle köpas externt. Denna inriktning tillsammans med en strävan att ha få administratörer gjorde att en bemanning på 50–65 personer skisserades. Successivt har dock personalstyrkan ökat till ca 100 personer. Ökningen har avsett både utåtriktad verksamhet och administrativt stöd. Vad gäller konsultmedverkan har den varierat under åren och kostnaden uppgår år 1999 till 24 456 tkr, vilket motsvarar mer än hälften av institutets kostnader för anställd personal (se även under rubrik Ekonomi, övriga driftskostnader).

Ansvar för information inom institutets sakområden har delegerats till respektive program. För skriftlig information och materialproduktion finns dock rådgivningsstöd, grafisk profil och en resurspool (redan upphandlade personer/företag med olika specialiteter). Vanligtvis köps tjänster för hela produktionen som t.ex. skribent, layout, illustrationer och tryckning. I ett mindre antal fall är medarbetare inom institutet skribenter. Folkhälsoinstitutet står alltid för idé, projektledning och målgruppsanalys m.m.

Försäljning/distribution sker genom en upphandlad distributör som ombesörjer ordermottagning, distribution, fakturering och betalningsbevakning. I ett fåtal fall ges skrifter ut genom förlag. Oftast avser det produktioner som förväntas intressera en bredare publik och som kan ha en viss kommersiell efterfrågan.

Information via andra media som affischering, annonsering, TV, video, filmer sker alltid med hjälp av köpta tjänster. De större informationskampanjer som genomförts har alla köpts från idé till genomförande. Syfte, strategi och målgrupper har dock formulerats av institutet.

Den nya informationskanalen via Internet och webbplats ställer krav på uppdatering och anpassning av texter till webbformat. Här har institutet bemanning med webbmaster och webbredaktör för att möjliggöra egen styrning av webbproduktionen. En stor del av informationen till de professionella avnämarna väntas framöver komma att ske via institutets webbplats. Den tekniska driften av webbplatsen sker genom ett upphandlat företag. Alla presskontakter förmedlas via den centralt

informationsansvarige. Vid större aktiviteter riktade till massmedia kan institutet ta hjälp av konsulter.

Folkhälsoinstitutet har egen personal för personaladministration, ekonomiadministration och registratur/arkiv. Vaktmästeriet klarar normala situationer, men viss extrahjälp köps vid omflyttningar, reparationer och dylikt. Posthantering inklusive frankering är en köpt tjänst. Även lokalvården köps. Upphandling och inköp klaras normalt med egna resurser, men ibland köps specialistkompetens. Även juridisk kompetens köps in. För ADB-stödet köps alla tekniska tjänster men för det dagliga stödet finns en egen ADB-samordnare. Egen reception finns som också är första instans när det gäller att svara på mer allmänna förfrågningar.

På varje program och enhet finns ett stöd med ca 1–3 assistenter. Stödet avser främst ekonomihantering, konferensadministration, hantering och bevakning av bidragsärenden samt enklare telefonförfrågningar.

5.3.3 Ekonomi

Anslagsmedel

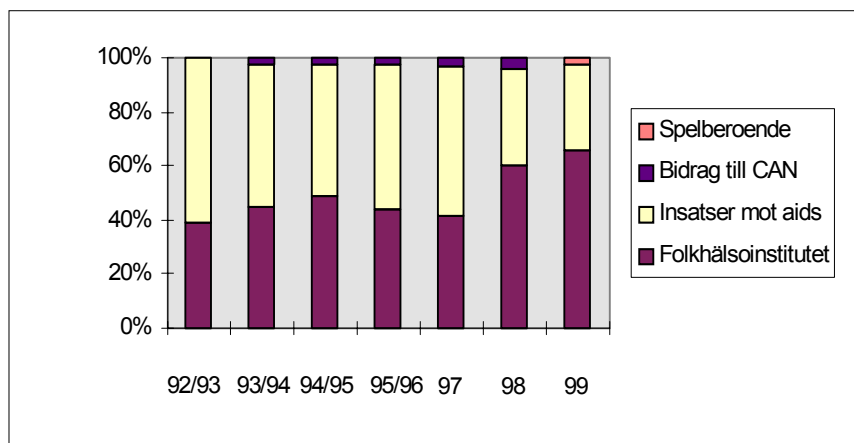
Folkhälsoinstitutet finansieras huvudsakligen via anslagsmedel över statsbudgeten (utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg) dels via förvaltningsanslaget A8 Folkhälsoinstitutet, dels via anslaget A4 Insatser mot aids. För år 2000 uppgår förvaltningsanslaget till 110 999 tkr och anslaget Insatser mot aids uppgår till 65 622 tkr. Därutöver disponerar institutet även 4 000 tkr från anslag B9 Bidrag till ungdomsvård och missbrukarvård m.m. för insatser mot spelberoende. Totalt anslag till myndigheten för år 2000 är 180 621 tkr.

Tabell 1. Anslagsutvecklingen under budgetåren 1992/93–1999 (tkr).

Anslag	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1997	1998	1999
				18 mån			
Folkhälsoinstitutet	106 883	136 364	160 039	195 244	113 460	110 178	109 047
Insatser mot aids	168 220	161 720	161 720	237 600	150 887	65 622	51 622
Bidrag till folkrörelserna	1 774						
Bidrag till CAN		7 964	7 964	11 946	7 964	7 964	
Spelberoende							4 000
Summa	276 877	306 048	329 723	444 790	272 311	183 764	164 669

Källa: Folkhälsoinstitutet.

Diagram 1. Anslagsutvecklingen under perioden 1992/93–1999, procentuell förändring.



Källa: Folkhälsoinstitutet.

Anm: Bidrag till folkrörelserna år 1992/93 är ej medtaget i diagrammet.

Anslagsutvecklingen under åren 1992/93 t.o.m. år 1999 visar på en minskning av institutets erhållna anslag med 41 procent, vilket till största delen beror på en minskning av aidsanslaget under perioden med 69 procent, eller 116 598 tkr. Medel för åtgärder inom hiv/aidsområdet har i stället fördelats på annat sätt än via Folkhälsoinstitutet. Detsamma gäller visst stöd till nykterhetsorganisationer.

Fr.o.m. budgetåret 1993/94 tillfördes förvaltningsanslaget 6 500 tkr från aidsanslaget. Medlen avsåg förvaltningskostnader dvs. löner, lokaler m.m. för uppgifter inom hiv/aids-området. Syftet var att i fortsättningen samla samtliga förvaltningskostnader under ett anslag. Under år

1993/94 och 1994/95 tillfördes extra medel för bl.a. Kvinnors hälsa. Under åren 1996–1998 ålades samtliga myndigheter ett besparingskrav som ett led i saneringen av statsfinanserna. För institutets del innebar detta en neddragning av anslaget under dessa år för att finansiera annan verksamhet inom Socialdepartementets område. För budgetåret 1999 minskade anslaget med ytterligare 1 131 tkr. Även för år 2000 har anslaget minskat på grund av neddragning av anslaget för att finansiera annan verksamhet.

Budgetåret 1995/96 minskades aidsanslaget då en överföring skedde av medel till Smittskyddsinstitutet. Fr.o.m. år 1998 minskade aidsanslaget med 90 000 tkr då det s.k. extra bidraget för hiv/aids-förebyggande åtgärder inom storstadsområdena (Stockholm, Göteborg och Malmö) gavs direkt till respektive kommun och/eller landsting i stället för via Folkhälsoinstitutet. För år 1999 gjordes en engångsvis minskning med 14 000 tkr.

Fr.o.m. 1995/96 har stöd till nykterhetsorganisationer (18 245 tkr) inte betalats via Folkhälsoinstitutet. Anslaget Bidrag till folkrörelser avsåg stöd till nykterhetsorganisationer som fr.o.m. 1993/94 ingick i förvaltningsanslaget. Anslaget Bidrag till CAN har under åren 1993/94–1998 varit en ren transferering som inte påverkat institutets verksamhet. Fr.o.m. år 1999 är Socialstyrelsen förmedlare av bidraget.

Förvaltningsanslaget uppgick år 1999 till 109 047 tkr, vilket nästan ligger i samma nominella nivå som budgetåret 1992/93, dvs. 106 883 tkr. Om man i stället jämför 1999 års nivå med året 1994/95, då en topp nåddes i uppbyggnadsskedet, har dock en minskning av förvaltningsanslaget skett med 32 procent eller 50 992 tkr. Anslagsutvecklingen ger dock inte hela bilden av vilka medel regeringen ställt till förfogande. Regeringen har lämnat särskilda bidrag för vissa specificerade uppdrag, t.ex. inom alkohol- och drogområdet, och regeringen har även under årens lopp tillfört medel ur Allmänna arvsfonden. Anslaget Spelberoende är ett örönmärkt anslag som tillkom år 1999 för forskning och förebyggande insatser mot spelberoende.

Anslagssparande

För statliga myndigheter finns en rätt att spara outnyttjade anslagsmedel från ett år till ett annat. Nedan finns i tabellform Folkhälsoinstitutets anslagssparande över tiden.

Tabell 2. Utvecklingen av anslagssparandet under perioden 1992/93–1999.

Anslag	92/93	93/94	94/95	95/96 18 mån	97	98	99
<i>Folkhälsoinstitutet</i>							
IB anslagssparande	34 696	51 935	55 818	26 026	31 650	16 089	18 832
Årets förändring	17 267	3 947	-29 792	5 624	-5 561	2 743	-15 639
Besparing	-28	-64			-10 000		
UB anslagssparande	51 935	55 818	26 026	31 650	16 089	18 832	3 193
<i>Insatser mot aids</i>							
IB anslagssparande	8 561	9 424	11 585	17 061	14 404	9 662	6 277
Årets förändring	863	2 161	5 476	-2 657	-4 742	-3 385	-5 670
UB anslagssparande	9 424	11 585	17 061	14 404	9 662	6 277	607

Källa: Folkhälsoinstitutet.

I tabellen ovan redovisas all överföring av medel som anslagssparande. Under några år har anslag varit s.k. reservationsanslag, där överförda medel benämns reservationer i stället för anslagssparande. För enkelhetens skull har dock en enhetlig benämning använts. De redovisade besparingarna under anslag Folkhälsoinstitutet avser besparingar som gjorts under löpande verksamhetsår, till skillnad från besparingar som gjorts i samband med budgetprocessen och som beskrivs ovan under rubrik Anslagsmedel. Ingående balanser (IB) för 1992/93 avser överförda medel avseende institutets verksamhet från tidigare ansvariga organisationer.

Folkhälsoinstitutet har haft ett högt sparande av anslagsmedel under årens lopp. Detta gäller framför allt perioden under uppbyggnads-skedet, dvs. under åren 1992/93–1994/95. Därefter har sparandet minskat kraftigt med en rejäl minskning från utgången av budgetåret 1998 till utgången av 1999 (från 18 832 tkr till 3 193 tkr). Detsamma gäller för aidsanslaget, dvs. en ökning av anslagssparandet t.o.m. år 1994/95 för att därefter minska rejält från år 1998 till år 1999 (från 6 277 tkr till 607 tkr). Totalt har således institutet ökat sin förbrukning av anslagsmedel med 21 309 tkr under år 1999, vilket nästan motsvarar hälften av institutets personalkostnader.

Enligt institutet har det varit en medveten strategi att minska anslagssparandet framför allt på grund av osäkra ekonomiska förutsättningar. Ett annat skäl har också angetts, nämligen att principen med ettåriga anslag gjort att institutet haft en sen planering varje år, vilket medfört ett produktionsstopp i slutet av varje år och som skapat förse-ningar och oplanerat anslagssparande.

Finansiering

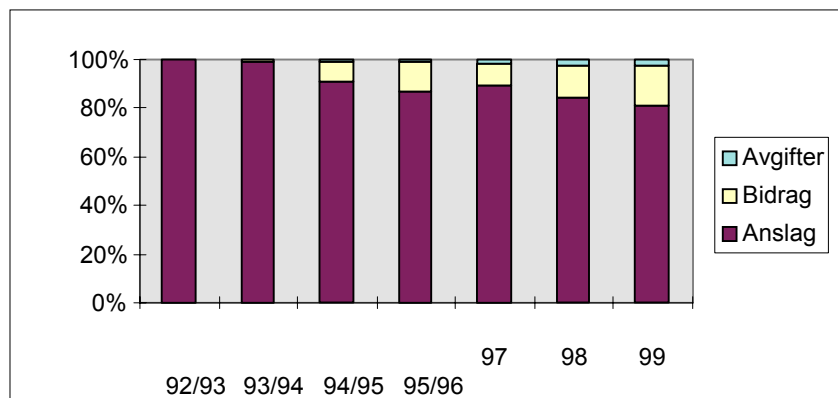
Av Folkhälsoinstitutets finansieringskällor år 1999 utgör anslagen 81 procent, bidragen 16 procent och avgifter 3 procent, dvs. totalt 230 259 tkr.

Tabell 3. Finansieringskällor under perioden 1992/93–1999 (tkr) (förbrukade medel, icke erhållna).

Finansierings- källa	92/93	93/94	94/95	95/96 18 mån	97	98	99
Anslag	259 374	299 940	354 040	441 823	282 613	184 407	185 958
Bidrag	115	492	32 597	63 704	28 417	27 441	37 218
Avgifter	242	844	2 109	4 958	3 943	5 858	6 031
Ränteintäkter	0	4 858	4 731	4 910	1 722	1 132	1 052
<i>Summa</i>	259 731	306 134	393 477	515 394	316 695	218 837	230 259

Källa: Folkhälsoinstitutet.

Diagram 2. Finansieringskällor under perioden 1992/93–1999 (tkr) (använda medel, icke erhållna), procentuell förändring.



Källa: Folkhälsoinstitutet.

Anm: Ränteintäkter är ej medtagna i diagrammet.

Som framgår ovan har den huvudsakliga finansieringskällan varit anslagsmedel under hela perioden. Anslagen som finansieringskälla har dock minskat absolut och relativt sett gentemot andra finansieringskällor medan bidragsdelen har ökat.

Bidragdelen av finansieringen avser främst regeringsuppdraget avseende fördjupade alkohol- och drogpolitiska åtgärder med 137 723 tkr för perioden 1994/95–1999. Under åren 1997–1999 har även projektstöd via Allmänna arvsfonden, ett forskningsprojekt om spelberoende² samt stöd till ett filmprojekt³ redovisats som intäkter av bidrag med 39 534 tkr, varav 33 611 tkr är medel från Allmänna arvsfonden. I övrigt redovisas vissa externt finansierade projekt dvs. bidrag från andra myndigheter år 1999.

Ökningen av bidrag som finansieringskälla beror dels på att regeringsuppdraget avseende fördjupade alkohol- och drogpolitiska åtgärder tillkom, dels en ökning av bidrag från EU med början 1995/96. De två senaste åren har EU-bidraget varit ca 2 000 tkr med en tyngdpunkt inom alkohol- och narkotikaområdet.

Som omnämns ovan har regeringen under ett antal år tillbaka via Nationella ledningsgruppen anvisat särskilda medel för olika alkohol- och drogpolitiska åtgärder för förstärkning av det nationella och lokala förebyggande arbetet. För institutets del har detta inneburit att särskilda medel anvisats för åren 1994–1999. Under perioden 1994–1997 anvisades totalt 120 000 tkr, dvs. 50 000 tkr år 1994, 60 000 tkr år 1995 och 10 000 tkr år 1997. För år 1998 tilldelades ytterligare 15 000 tkr för år 1998 och 11 000 tkr för år 1999. Stöd har även, vilket omnämndes ovan, utgått från Allmänna arvsfonden under perioden 1997–1999.

Avgiftsdelen av finansieringen utgörs främst av försäljningsintäkter av skrifter och informationsmaterial, kurser och konferenser samt under år 1998 och 1999 några SIDA-uppdrag (tjänsteexport). Prissättning (förutom SIDA-uppdrag) har främst använts för att styra efterfrågan till avsedda målgrupper. Ökade avgiftsintäkter är mer ett resultat av ökad material- och konferensproduktion samt ökad tjänsteexport än en medveten strategi med alternativ finansiering.

Ränteintäkter hänför sig till största delen från anslagssparande (erhållna men ej använda anslagsmedel) inom förvaltningsanslaget och forskottsbetalda bidrag. Räntekonto infördes budgetåret 1993/94. Minskningen av ränteintäkter speglar en strävan att successivt minska anslagssparandet samt det sjunkande ränteläget under perioden.

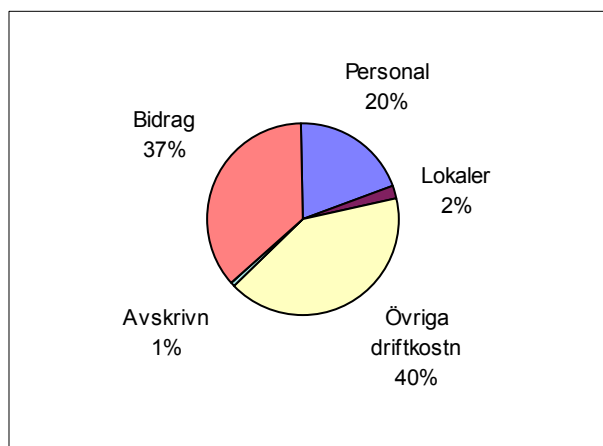
² T.o.m. år 1998 redovisades projektet om spelberoende som bidrag. År 1999 uppfördes medel på statsbudgeten för detta ändamål vilket gjort att Folkhälsoinstitutet fr.o.m. år 1999 redovisat projektet som anslag.

³ Regeringsuppdrag år 1999 där Folkhälsoinstitutet beviljades medel à 3 000 tkr för framtagande av ett medicinskt informationsmaterial.

Kostnader

Under budgetåret 1999 har institutet förbrukat 230 891 tkr, vilket är en ökning från föregående år med 5 procent. Institutets kostnader redovisas i tabell nedan under posterna personal, lokaler, övriga driftskostnader, avskrivningar, räntekostnader och bidrag. Övriga driftkostnader och bidragskostnader kommenteras separat under rubriker nedan. Räntekostnader avser huvudsakligen lån för investeringar. Avskrivningar avser periodisering av kostnader för investeringar med en ekonomisk livslängd på minst 3 år (datorer, datorutrustning, inventarier, större kontorsmaskiner m.m.).

Diagram 3. Kostnadsfördelning budgetåret 1999.



Källa: Folkhälsoinstitutet.

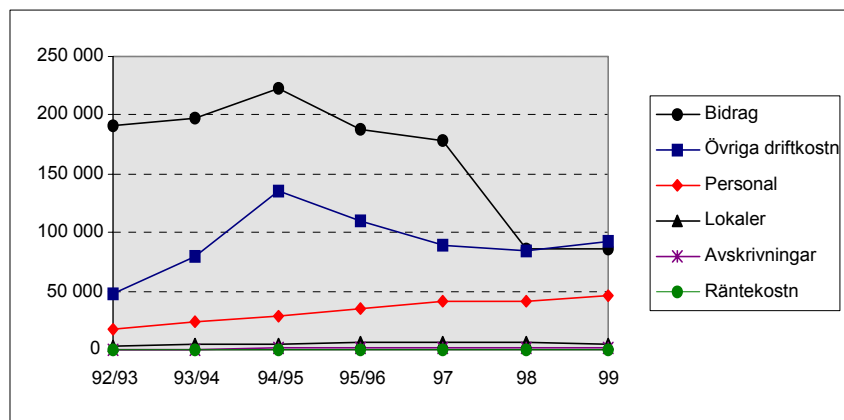
Som framgår av diagrammet ovan utgör övriga driftskostnader (inkl avskrivningar och räntor) år 1999 den största delen av de totala kostnaderna för myndigheten, 40 procent, följt av bidrag, 37 procent. Personalkostnaderna står för 20 procent och lokalkostnaderna för 2 procent av de totala kostnaderna. De totala kostnaderna år 1999 uppgick till 230 891 tkr.

Tabell 4. Kostnadsutvecklingen under perioden 1992/93–1999 (tkr).

Kostnad	92/93	93/94	94/95	95/96 18 mån	97	98	99
Personal	17 678	23 860	29 173	53 735	41 569	41 583	45 492
Lokaler	3 037	4 069	5 083	8 980	5 861	5 884	5 391
Övriga driftkostnader	48 537	80 007	136 107	164 717	88 964	83 772	92 666
Avskrivningar	357	678	975	2 070	1 561	1 660	1 769
Ränte- kostnader	241	268	297	522	178	223	225
Bidrag	191 104	198 123	222 793	282 335	178 510	85 740	85 348
<i>Summa</i>	260 954	307 005	394 429	512 359	316 643	218 862	230 891

Källa: Folkhälsoinstitutet.

Diagram 4. Kostnadsutvecklingen under perioden 1992/93–1999 (tkr).



Källa: Folkhälsoinstitutet.

Anm: Bå 1995/96 omräknat till 12 månader.

Av kostnadsutvecklingen enligt resultaträkningarna kan översiktligt utläsas att det successivt har skett en tyngdpunktsförskjutning från bidrag till egen verksamhet. Den största minskningen av kostnader för bidrag beror på att det skett en omläggning av det s.k. extra bidraget till storstäderna för hiv/aidsförebyggande arbete från institutet till kommuner och landsting. Denna omläggning svarade för i princip hela minskningen av bidrag från 1997 till 1998. En mindre del av kostnadsminskningen beror på att uppgifterna att fördela ekonomiskt stöd till CAN och vissa andra organisationer har förts över till Socialstyrelsen.

Utvecklingen av personalkostnader speglar till stor del den uppbyggnad av institutets bemanning som skett successivt. Efter utgången av 1995/96 fanns i princip nuvarande personalstyrka. Därefter har en viss personalomsättning skett, men endast en mindre ökning. Ytterligare förklaring till ökade kostnader är avtalsenliga löneökningar och ökade sociala avgifter med 5 procent under perioden.

Övriga driftskostnader

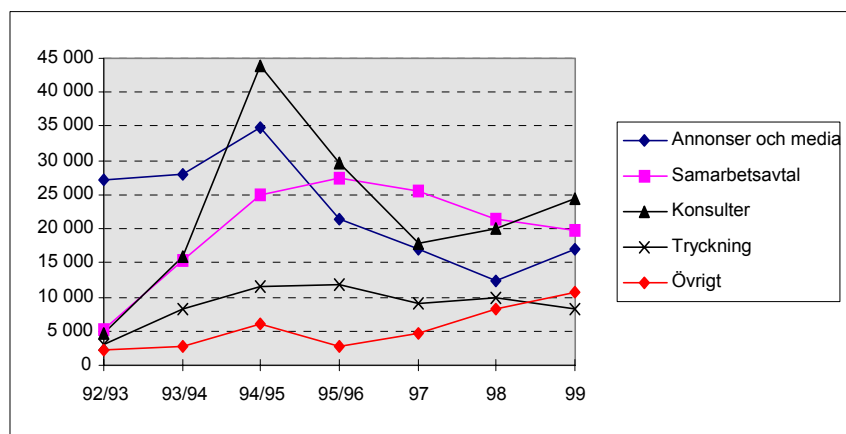
I övriga driftkostnader ingår kostnader för olika typer av köpta varor (ej investeringar) eller tjänster för den löpande produktionen och verksamheten.

Tabell 5. Utvecklingen av övriga driftskostnader under perioden 1992/93–1999 (tkr).

Kostnad	92/93	93/94	94/95	95/96 18 mån	97	98	99
Annonser och media	27 255	27 911	34 909	31 930	16 958	12 446	16 979
Samarbetsavtal	5 247	15 478	24 851	41 273	25 401	21 458	19 815
Konsulter	4 571	15 964	43 906	44 257	17 740	20 018	24 456
Tryckning	2 948	8 181	11 467	17 863	8 960	9 794	8 244
Distribution	2 247	3 106	3 775	5 472	3 167	2 734	2 959
Resor	1 871	3 763	7 122	11 478	6 110	4 111	4 915
Porto och telefon	2 256	2 792	4 042	8 283	5 897	4 962	4 604
Övrigt	2 142	2 812	6 035	4 161	4 731	8 248	10 694
<i>Summa</i>	48 537	80 007	136 107	164 717	88 964	83 772	92 666

Källa: Folkhälsoinstitutet.

Diagram 5. Utvecklingen av övriga driftskostnader under perioden 1992/93–1999 (tkr).



Källa: Folkhälsoinstitutet.

Anm: Bå 1995/96 omräknat till 12 månader.

Kostnader för information och kampanjer har minskat både absolut och relativt sett under hela perioden. Dock har kostnaderna ökat något igen under budgetåret 1999. Kostnaderna för samarbetsavtal (se ovan) har minskat sedan budgetåret 1995/96. Kostnader för konsulter minskade under åren 1995/96 och 1997 för att därefter öka igen under 1998 och 1999.

Annonser och media avser alla typer av massmedial exponering som t.ex. annonser, TV, film, video m.m., men också olika kostnader för framtagande av information som (reklam) byråmedverkan, skribenter och layout. Oftast ingår även olika typer av omkostnader. Under annonser och media redovisas de tidigare större kampanjerna inom hiv/aidsområdet som t.ex. Love Power, senare tiders uppföljningar i form av sommarkampanjer och de kampanjer inom alkoholområdet som genomförts inom ramen för regeringsuppdraget avseende fördjupade alkohol- och drogpolitiska åtgärder. Minskningen av kostnader under perioden speglar framför allt en minskad satsning på kampanjer under de senaste fyra åren.

Samarbetsavtal står för långvariga avtal (vanligtvis 3–6 år) med universitet/högskolor (forskning) eller regionala praktikcentra, t.ex. Skaraborgsinstitutet eller Folkhälsa Sundsvall (utveckling, utbildning o.dyl.). Stödet till forskning och utveckling har fått relativt större betydelse över tiden. En minskning sedan 1997 kan dock konstateras dels beroende på nedläggning av samarbetscentra i Göteborg och Skövde, dels beroende på att samarbetsavtalet med Umeå Universitet har ersatts

av annat stöd till forskning som redovisas under bidrag till statliga myndigheter.

Under rubriken konsulter redovisas enligt statliga redovisningsprinciper en mängd olika typer av köpta tjänster. Det är alltså inte enbart experter och andra professionella utövare som avses. Den stora ökningen under 1994/95 och 1995/96 avser framför allt uppdrag inom ramen för regeringsuppdraget avseende fördjupade alkohol- och drogpolitiska åtgärder då en mobilisering snabbt skulle genomföras samt uppdrag inom ramen för Allergiåret 95. Ökningen under de senaste åren beror på satsningar inom Innemiljöåret 99 och pågående större externa utvärderingar.

Minskningen av trycknings- och distributionskostnader (och även mediakostnader ovan) under de senaste åren speglar en ambition att minska utgivningen av böcker, skrifter, informationsmaterial m.m. Bedömningen har gjorts dels att produktionen har varit väl omfattande tidigare, dels att flertalet professionella avnämare har tillgång till Internet varför en successiv förskjutning till publicering via institutets webbplats sker.

Posten Övrigt uppgår år 1999 till 10 694 tkr. I posten ingår bl.a. licensavgifter (2 500 tkr), datatillbehör, datatjänster, datakonsulter m.m. (2 437), forskningsuppdrag (2 363 tkr), övriga varor (2 000 tkr), böcker m.m. (1 207 tkr) och kontorsmaterial, enklare inventarier, reparationer m.m. (892 tkr), representation m.m.

Bidrag

Med bidrag avses ekonomiskt stöd i form av projektstöd, organisationsstöd och det s.k. extra bidraget för hiv/aids-insatser. Bidragen finansieras både från förvaltningsanslaget och aidsanslaget samt från extra medel som tillförts institutet från regeringen för särskilda uppdrag samt från Allmänna arvsfonden. Större delen av de projektstöd som delas ut via institutet avser alkohol- och narkotikarbete samt hiv/aids/STD-preventivt arbete.

Bidragsgivaren, dvs. Folkhälsoinstitutet, får inte någon annan motprestation än en rapport och en ekonomisk redovisning. Bidragsmottagaren förfogar över resultatet. Bidrag kan ges efter särskild utlysning (framför allt inom hiv/aidsområdet och alkohol- och narkotikaområdet) eller efter spontanansökningar. En stor del av bidragen är projektstöd som kan avse metodutveckling men även utbildning, information, utbildnings-/informationsmaterial, studieresor m.m.

Med det extra bidraget avses stöd till kommuner och/eller landsting i hiv/aidsförebyggande arbete. Ett grundkriterium är att stödet enbart

ges till verksamheter som inte ryms inom kommunernas och landstingens ordinarie budget. Ofta fördelas en del av de extra bidragen vidare till projekt som drivs av lokala/regionala frivilligorganisationer.

Med organisationsstöd avses att bidraget inte enbart behöver användas till specifika projekt utan även får användas för att täcka del av grundläggande kostnader som t.ex. lokaler och administration. För flertalet organisationer är stödet en väsentlig eller huvudsaklig inkomstkälla.

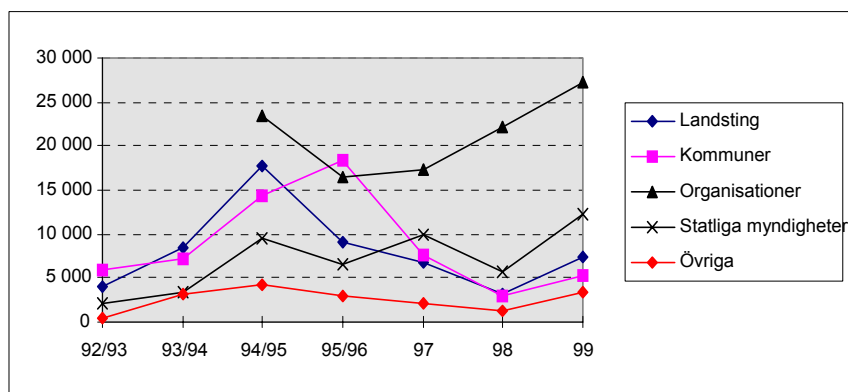
Tabell 6. Bidragsutvecklingen under perioden 1992/93-1999 (tkr).

Bidragsmottagare	92/93	93/94	94/95	95/96	97	98	99
Projektstöd				18 mån			
Landsting	4 109	8 364	17 666	13 692	6 775	3 198	7 376
Kommuner	5 963	7 213	14 386	27 571	7 580	2 943	5 211
Organisationer*	60 361	65 896	23 513	24 735	17 415	22 184	27 164
Statliga myndigheter	2 217	3 323	9 514	9 816	9 825	5 714	12 298
Övriga	511	3 140	4 177	4 476	2 200	1 356	3 420
<i>Summa</i>	73 161	87 936	69 256	80 289	43 795	35 395	55 468
Extra bidraget	117 943	110 187	104 292	161 663	106 961	22 395	12 451
Organisationsstöd*			49 245	40 383	27 754	27 950	17 429
<i>Summa</i>	191 104	198 123	222 793	282 335	178 510	85 740	85 348

Källa: Folkhälsoinstitutet.

*För åren 1992/93 och 1993/94 finns inte separata uppgifter för organisationsstöd utan dessa har inkluderats i projektstöd.

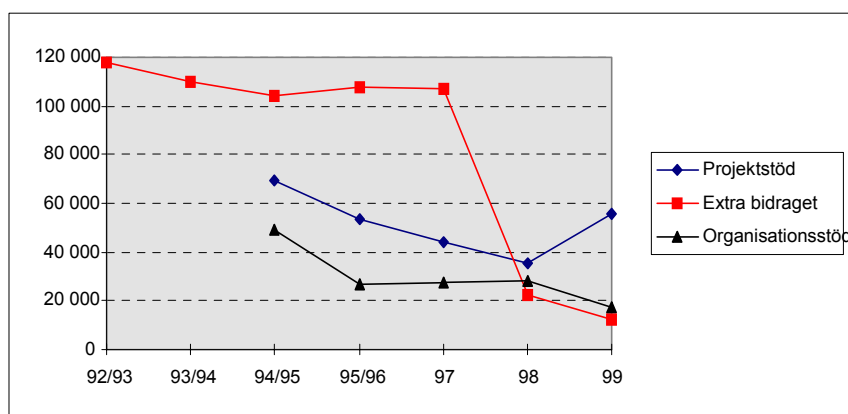
Diagram 6. Bidragsutvecklingen för projektstöd under perioden 1992/93–1999 (tkr).



Källa: Folkhälsoinstitutet.

Anm: Bå 1995/96 omräknat till 12 månader. Separata uppgifter för projektstöd för organisationer finns ej tillgängliga för åren 1992/93 och 1993/94.

Diagram 7. Bidragsutvecklingen för projektstöd, organisationsstöd och extra bidraget under perioden 1992/93–1999 (tkr).



Källa: Folkhälsoinstitutet.

Anm: Bå 1995/96 omräknat till 12 månader. Separata uppgifter för projektstöd för organisationer finns ej tillgängliga för åren 1992/93 och 1993/94.

Under perioden har organisationsstöden minskat rejält i absoluta tal. Relativt sett har dock organisationsstöden ökat under åren 1998 och 1999 efter en nedgång under åren 1994/95–1997. Den väsentliga orsaken till de tidigare nedgångarna är att stödet till nykterhetsorganisationer fr.o.m. 1995/96 (18 245 tkr) och bidrag till CAN fr.o.m. år 1999 (7 964 tkr) disponeras och utbetalas via Socialstyrelsen.

Ökningen av projektstöd till kommuner och landsting under åren 1994/95 och 1995/96 förklaras av en regional/lokal mobilisering inom ramen för regeringsuppdraget avseende fördjupade alkohol- och drogpolitiska åtgärder. Ökningen av projektstöd till organisationer under åren 1998 och 1999 förklaras främst av att institutet har fått öronmärkta medel från Allmänna arvsfonden för stöd till alkohol-, drog- och tobaksförebyggande arbete inom ungdomsorganisationer.

Projektstöd till statliga myndigheter avser främst bidrag till forskning och utveckling till universitet och högskolor, och till en mindre del bidrag till andra centrala myndigheter. Dessa stöd bör läggas ihop med kostnader för samarbetsavtal för att spegla satsningen på forskning och utveckling.

Det extra bidraget har avsevärt minskat i omfattning beroende på anslagsminskningar av aidsanslaget. Fr.o.m. år 1998 minskades aidsanslaget med 90 000 tkr (se ovan under rubrik anslagsmedel). För år 1999 gjordes en engångsvis minskning med 14 000 tkr.

I Folkhälsoinstitutets årsredovisningen finns ingen återrapportering av aidsanslaget som sådant, utan institutet disponerar och utnyttjar medel för sin totala hiv/aidsverksamhet både från aidsanslaget och förvaltningsanslaget. I årsredovisningen finns dock redovisat mottagare av organisationsstöden samt vilka belopp det rör sig om, liksom en fördelning av bidrag per bidragsmottagare uppdelat på respektive program/enhet.

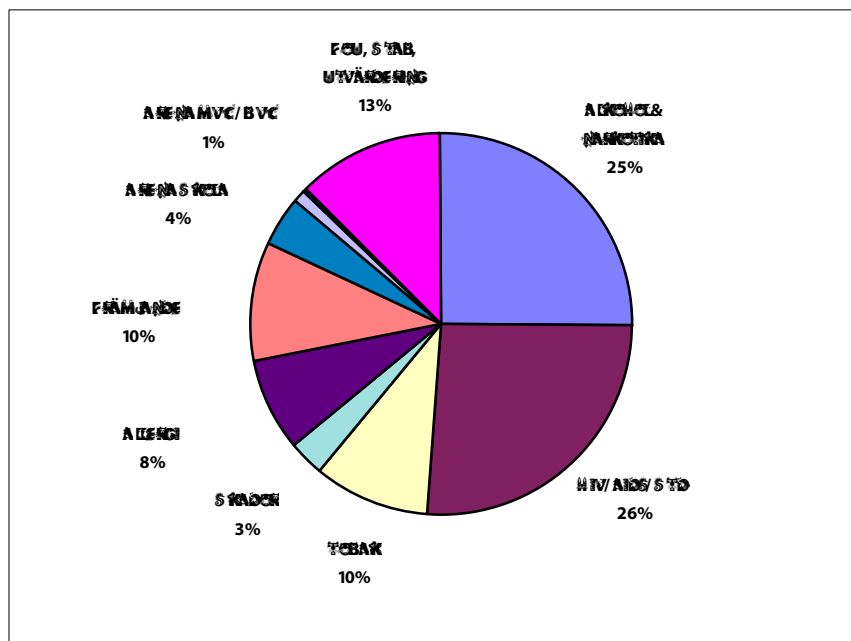
År 1999 uppgick den totala summan bidrag till 85 348 tkr, varav organisationsstöden uppgick till 17 429 tkr eller 20 procent och projektstöden till 55 468 tkr eller 65 procent. Det extra bidraget för hiv/aids-insatser uppgick till 12 451 tkr eller 15 procent.

Av projektstöden utdelades mest bidrag år 1999 via alkohol- och narkotikaprogrammet, nämligen 13 214 tkr (24 procent). I samband med regeringsuppdraget angående alkohol- och drogpolitiska åtgärder utbetalades därutöver 7 858 tkr (14 procent). Därefter följer hiv/aidsprogrammet och tobaksprogrammet som utdelade ca 11 000 tkr vardera i projektstöd (ca 20 procent för respektive program). Av tobaksprogrammets bidrag finansierades dock drygt 10 000 tkr från Allmänna arvsfonden. Även hälsofrämjandeenheten och forsknings- och utvärderingsenheten utdelade bidrag under året med ca 4 000–5 000 tkr vardera.

Kostnader per program

I nedanstående program visas fördelningen av kostnader per program för år 1999.

Diagram 8. Kostnader per program år 1999 (tkr), procentuell fördelning.



Källa: Folkhälsoinstitutet.

Hiv/aidsprogrammet samt alkohol- och narkotikaprogrammet utgör tillsammans 51 procent av institutets totala programverksamhet. Av hiv/aidsprogrammets kostnader på 59 746 tkr år 1999 utgör 85 procent s.k. öronmärkta pengar, dvs. medel som är direkt styrda av regeringen via aidsanslaget. För alkohol- och narkotikaprogrammet var 46 procent år 1999 öronmärkta medel (regeringsuppdrag angående fördjupade alkohol- och drogpolitiska åtgärder, medel från Allmänna arvsfonden, spelberoende samt stöd till ett filmprojekt). För tobaksprogrammet var 47 procent år 1999 öronmärkta medel från Allmänna arvsfonden. Totalt utgör 43 procent av de totala kostnaderna för verksamheten öronmärkta medel för budgetåret 1999.

Eftersom strukturen på programmen förändrats över tiden är det svårt att göra jämförelser mellan programmen över tiden.

5.3.4 Nätverk och samverkans-/samrådsgrupper

Folkhälsoinstitutet stödjer ett 20-tal nätverk i syfte att utveckla och möjliggöra samverkan mellan nationella och lokala aktörer inom folkhälsoområdet. Institutet anser att nätverket som samverkansform är ett effektivt sätt att utbyta och sprida erfarenheter samt att utveckla gemensamma strategier.

I flertalet fall är det institutet som initierat nätverken, i andra fall har institutet valt att gå in och ekonomiskt stödja vissa nätverk. Följande nätverk och samrådsgrupper m.m. är Folkhälsoinstitutet för närvarande engagerat i:

- Den öppna skolan
- Erfarenhetsgruppen kring skolans arbetsmiljö (Erfa-gruppen)
- Hälsöfrämjande skola: regionala kontaktpersoner
- Hälsöfrämjande skolor
- Kontaktpersoner för alkohol- och drogförebyggande arbete
- Landstingens kontaktpersoner i skadepreventiva frågor
- Länsrådsgrupper
- Länsstyrelserna
- Nationellt nätverk för lokalt folkhälsoarbete för barnfamiljer
- Nykterhetsorganisationerna
- Nätverket för folkhälsoarbete i medelstora städer
- Nätverket för En säker och trygg kommun
- Nätverket för folkhälsoarbete i större städer
- Nätverk för hiv/STD-prevention bland invandrare
- Nätverk för lokalt allergiförebyggande arbete
- Nätverk för regionala kontaktpersoner för hiv/STD-prevention utanför storstadsregionerna
- Nätverk för storstadsregionernas kontaktpersoner för hiv/STD-prevention
- Referensgrupp för kost och fysisk aktivitet
- Samverkansgruppen för skadepreventiva frågor (SAMS-gruppen) m.fl arbetsgrupper
- Svenska hjälminitiativgruppen
- Svenska nätverket för tobaksprevention
- Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete
- Tobaksansvariga på regional nivå
- Utvecklingsprogram folkhälsa–samhällsmedicin
- Utvärderarnätverk

De nätverk m.m. som listas ovan har olika karaktär, t.ex. anordnas konferenser två gånger per år för länsstyrelserna samt genomförs kontaktmöten i olika arbetsgrupper för att utveckla det alkohol- och drogföre-

byggande arbetet regionalt. De s.k. länsamrådsgrupperna träffas vid bl.a. regionala konferenser för att stimulera till samverkan mellan myndigheter och organisationer på regional nivå vad gäller det alkohol- och drogförebyggande arbetet. Vid ytterligare konferenser två gånger per år träffas kontaktpersoner för alkohol- och drogförebyggande arbete, vilka skall vara en länk mellan institutet och verksamheterna regionalt och lokalt. Konferenser hålls även två gånger per år för nykterhetsorganisationerna för att utbyta kunskap och erfarenheter samt sprida metoder.

Inom skadeområdet träffas samverkansgruppen för skadepreventiva frågor (SAMS-gruppen) regelbundet i olika samråds- och arbetsgruppsmöten, liksom även landstingens kontaktpersoner i skadepreventiva frågor. Därutöver finns även nätverket för En säker och trygg kommun, vilket träffas regelbundet ett antal gånger per år.

För hiv/aids-området finns både nätverket för hiv/STD-prevention bland invandrare, storstadsgruppen för hiv/STD-preventivt arbete samt de regionala kontaktpersonerna för hiv/STD-prevention vilka träffas vid konferenser två gånger per år liksom vid olika arbetsmöten.

Till detta kommer de nätverk för lokalt folkhälsoarbete, folkhälsoarbete i medelstora städer samt folkhälsoarbete i större städer, vilka verkar för att lyfta fram, öka förståelsen för och utveckla folkhälsoarbetet i städer och kommuner. Dessa nätverk arbetar således sektionsövergripande med folkhälsofrågor. Ytterligare andra nätverk arbetar för att lyfta fram vissa målgrupper, t.ex. invandrare, barnfamiljer och äldre. På detta vis kommer i vissa fall samma personer att medverka samtidigt i flera olika konstellationer/nätverk/samverkansgrupper eller liknande.

Folkhälsoinstitutet fick i regleringsbrevet för 1998 i uppdrag av regeringen att utarbeta och föreslå en struktur för att nå den lokala och kommunala nivån vad gäller alkohol- och narkotikapreventivt arbete i kommunerna. Institutet tolkade uppdraget som ”att finna kommunikationskanaler som främjar det primär- och sekundärpreventiva alkohol- och narkotikaarbetet på lokal och kommunal nivå” (FHI 2000:1, *Kommunikationskanaler mellan nationell och lokal nivå för alkohol- och narkotikapreventivt arbete*).

Institutet konstaterade i rapporten att det, för att från central nivå kunna hitta lämpliga kommunikationskanaler, krävs mångsidighet och flera olika ingångar utifrån redan befintliga strukturer. Vidare skriver institutet att det på längre sikt handlar om att få till stånd en verksamhet som inte är beroende av ett begränsat antal kontaktpersoner. De kontaktpersoner som man har skall i stället medverka till att ge kunskap om vilka befintliga nätverk som kan användas eller hur det lämpligaste kontaktnätet för ett visst ändamål kan byggas upp.

Enligt Folkhälsoinstitutet bör kommunikationen med den regionala och kommunala/lokala nivån inom det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet bygga på följande (ej rangordnade) kontakter:

- de regionala samrådsgrupperna,
- landstingen och de samhällsmedicinska enheterna,
- länsstyrelserna,
- de regionala kontaktpersonerna,
- ett mindre antal kommuner (kommunpanel),
- den av Folkhälsoinstitutet finansierade projektverksamheten,
- folkhälsoråd,
- folkhälsonätverk,
- kommunförbunden i länen,
- speciella och tillfälliga nätverk, där bl.a. kommunförbunden i länen kan medverka i urval och primära kontakter,
- organisationer.

Därutöver, menar institutet, krävs en utökad satsning på Internet som informationsmedium. Vidare skriver Folkhälsoinstitutet att, för att komma till rätta med den splittrade situationen kring det drogförebyggande arbetet, kan ett sätt vara att fokusera arbetet på drogpolitiska analyser och lokala eller regionala handlingsplaner kring alkohol- och narkotikaprevention.

5.3.5 Forskningsverksamhet

För att kunna fullgöra det forskningsansvar som institutet tilldelades som ny myndighet anställdes två forskare inom folkhälsoområdet till den ledningsgrupp som inledningsvis bildades. Dessutom anställdes personer med forskarkompetens till utvärdering, alkohol- och narkotikaområdet, skador samt senare även till kost och fysisk aktivitet samt till hiv/aids/STD-området. Institutet har senare förlorat flera personer med forskarutbildning.

I dag bedrivs forskningsverksamheten inom Folkhälsoinstitutet dels inom enheten Forskning och Utvärdering, dels av programmen själva, liksom det sköts viss forskningsverksamhet av den vetenskapligt ansvariga (tidigare forskningschef) inom verksamheten.

Institutet stödjer i dag forskning och kunskapsutveckling genom samarbetsavtal med universitet och högskolor, stöd till olika forskningsprojekt och via doktorandstöd. Samarbetsavtal på tre eller sex år har slutits med universiteten i Karlstad, Lund, Linköping, Stockholm och Umeå samt Karolinska institutet. Genom samarbetsavtalen har forskarkompetens knutits till verksamheten, för närvarande tre på pro-

fessorsnivå och fem på lektorsnivå. Utöver dessa medverkar ytterligare personer genom olika referensgrupper, forskarnätverk samt tillfälliga arbetsgrupper inom särskilda områden såsom alkoholforskningsutredningen och allergiforskningsgruppen.

Dessutom förmedlas projektstöd direkt via institutets olika program eller tillsammans med forsknings- och utvärderingsenheten, som också ger stöd till områdesövergripande studier. Inom alkohol- och narkotikaprogrammet utlyses särskilda medel för forskning. Institutet förvaltar även Systembolagets fond för alkoholforskning. Vidare har programstöd utvecklats för långsiktig kunskapsutveckling inom centrala områden för institutets verksamhet genom de ovan beskrivna samarbetsavtalen.

Folkhälsoinstitutet har även ett upparbetat samarbete med andra nationella FoU-organ såsom Epidemiologiskt centrum (EpC) vid Socialstyrelsen och Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Samfinansiering sker av projekt med Cancerfonden, Hjärt- och lungfonden samt Rådet för arbetslivsforskning. Institutet har även haft samråd och samarbete med Arbetslivsinstitutet, Institutet för psykosocial medicin samt Institutet för miljömedicin, t.ex. har gemensamma forskarkonferenser genomförts.

Folkhälsoinstitutet bedriver även viss egen FoU-verksamhet inom forsknings- och utvärderingsenheten, framför allt utvärderingsstudier, datainsamling och analys för planering och utveckling av nya områden.

Enligt beräkningar gjorda av institutet, vilka utgått från de aktiviteter som sorterats under WHO-mål 19 som rör forskning och kunskapsutveckling, har 40 000 tkr satsats på forskning under år 1999, vilket utgör 17 procent av de totala verksamhetskostnaderna.

Under år 1999 reviderade Folkhälsoinstitutet sin forskningspolicy och den nya policyn som institutet beslutat om bygger på följande tre kompletterande delar:

- Institutets roll är att till stöd för folkhälsoarbetet göra systematiska kunskapsöversikter på basis av den vetenskapliga forskningen.
- Institutets roll är att initiera och stödja forskning av strategisk betydelse för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.
- Institutet är en lärande organisation med systematiskt arbetssätt där utvärdering och forskning är integrerade delar av verksamheten.

Institutet gavs i juni 1999 i uppdrag av regeringen att utarbeta en kunskapsstrategi för sitt ansvarsområde. De strategier för kunskap som utarbetats innehåller fakta, analyser och bedömningar som avser att tjäna som underlag inte bara för statsmakternas beslut utan även för planering och prioritering på myndighetsnivå. I kunskapsstrategin redovisas

även huvuddragen i det förändringsarbete som Folkhälsoinstitutet avser att genomgå. De områden som anges är

- Kunskapsstöd – att utarbeta kunskapsöversikter om metoder att nå de föreslagna nationella folkhälsomålen.
- Följa folkhälsans utveckling – att på basis av data om folkhälsans utveckling göra en strategisk analys av alternativa insatser att bättre nå de nationella folkhälsomålen.
- Analyser av konsekvenser för folkhälsan – att utveckla, pröva och sprida modeller för analyser av konsekvenser för folkhälsan av åtgärder och beslut på kommunal, regional och nationell nivå.
- Samverkan med universitet och högskolor – att initiera och stödja kunskapsutveckling inom strategiska områden och att ge aktivt stöd till vidareutveckling av utbildning inom folkhälsa.
- Samverkan med folkhälsoaktörer för utveckling och spridning av kunskap för folkhälsa – att utveckla interaktiva och innovativa metoder för insamling och förmedling av kunskap.
- Vidareutveckling av kunskapsorganisationen Folkhälsoinstitutet – att fortsätta arbetet med att vidareutveckla institutet till en kunskapsorganisation med internationell spetskompetens inom centrala områden.

5.3.6 Internationell verksamhet

Internationell verksamhet bedrivs framför allt i staben men även inom varje enskilt program. Omfattningen av Folkhälsoinstitutets internationella engagemang har ökat med åren, framför allt i samband med Sveriges EU-inträde. Förutom EU-samarbetet sker även ett nära samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) samt med de nordiska länderna.

Inom EU-samarbetet har institutet utsetts som svensk kontaktpunkt för tre av de fem folkhälsoprogrammen som f.n. pågår, nämligen cancer, narkotika och hälsofrämjandeprogrammen. Tillsammans med Smittskyddsinstitutet företräder Folkhälsoinstitutet dessutom Sverige i programmet mot aids och STD. Institutet har inom tobaksområdet deltagit i ett nätverk i tobaksfrågan som etablerats mellan medlemsländerna. Här har Folkhälsoinstitutet drivit frågan om kvinnor och rökning, vilket i dag är en prioriterad fråga inom EU. Institutet har även haft ett nära samarbete med WHO när det gäller tobaksarbete i u-länder och kvinnor och rökning.

Inom ramen för EUs hälsofrämjande- och hälsoövervakningsprogram, startade under år 1998 två alkoholprojekt där institutet är huvud-

koordinator. Projekten beräknas vara färdiga i slutet av år 2000. Institutets företrädare har deltagit i de olika programmen och bidragit till att påverka utformning och implementering.

Folkhälsoinstitutet har även engagerat sig i diskussionerna om det nya ramprogrammet för folkhälsofrågor inom EU och särskilt framfört vikten av att förbättra hälsans bestämningsfaktorer. Dessutom har institutet aktivt försökt stimulera till ökat svenskt deltagande i gemenskapens folkhälsoprogram bl.a. genom medverkan i nationella konferenser, informera via nyhetsblad, webbtjänst och genom telefonservice. Under år 1998 startade sammanlagt 175 EU-projekt inom ramen för EU:s folkhälsoprogram med svensk medverkan i 81 av dessa, nio av projekten hade dessutom svensk koordinator. Utöver dessa projekt pågår flera hundra EU-projekt av vilka Sverige deltar i ett stort antal och koordinerar tiofemton stycken.

Vidare har institutet utsetts till samordnare av det svenska arbetet inom det europeiska nätverket Aids and Mobility där bl.a. ingår att sprida information, kunskap och utbyta erfarenheter när det gäller hiv-preventivt arbete bland invandrare, ungdomar, barn och på arbetsplatser.

Eftersom institutet är utsedd till kontaktpunkt för det Europeiska centrumet för narkotika och narkotikamissbruk måste institutet uppfylla de krav som ställs av centret på årlig leverans av fakta, resultat, statistik och analyser inom narkotikaområdet. Detta arbete resulterar bl.a. i en årlig rapport om drogsituationen och arbetet mot droger i de olika medlemsländerna. Utöver detta arbete sker även metodutveckling, kunskapsspridning samt nationell och internationell samverkan. En viktig del av arbetet består även i att utarbeta gemensamma metoder för datainsamling för att på så sätt kunna göra jämförelser mellan medlemsländerna.

Folkhälsoinstitutet har haft samarbete med WHO bl.a. vad gäller WHO:s europeiska förnyade Hälsa-för-alla-strategi och utformningen av de 21 hälsomålen – Hälsa 21 samt utvecklingsarbete kring hälsokonsekvensbedömningar. Under år 1999 har institutet bl.a. utarbetat en svensk version av Hälsa 21 samt förmedlat och spridit kunskap om WHO-målen vid olika konferenser, via nyhetsbrev, nätverk, webb och genom direktdistribution/beställning. Samtliga landsting och minst en fjärdedel av kommunerna har nåtts av direktinformation om målen.

Institutet har på regeringens särskilda uppdrag redovisat möjligheter och förutsättningar för tjänsteexport inom folkhälsoområdet.

Medarbetare vid institutet har också medverkat i internationella publikationer i olika folkhälsofrågor.

6 Överväganden och förslag

6.1 Folkhälsoinstitutets roll och uppgifter

6.1.1 Folkhälsoinstitutets nya roll

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutets huvuduppgifter bör vara att ansvara för *sektorsövergripande uppföljning och utvärdering* av insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen samt att vara ett *nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet*. Verksamheten skall stå på vetenskaplig grund.

Folkhälsoinstitutets namn bör ändras till Statens folkhälsoinstitut.

För första gången sedan 1940-talet har det nyligen lagts fram ett parlamentarisk förankrat förslag till en nationell svensk hälsopolitik med prioriteringar och mål (Hälsa på lika villkor SOU 1999:137). Förslaget karakteriseras av att det ser hälsopolitiken som en integrerad del av många olika politikområden och att målen är formulerade i termer av exponering för ohälsans bestämningsfaktorer och inte i termer av sjukdomsförekomst eller sjukdomskonsekvenser. Denna inriktning stöds i huvudsak av både internationella experter och av remissinstanserna. Den Nationella folkhälsokommittén arbetar nu vidare med nationella folkhälsomål (se avsnitt 3.1.1).

Förutsättningarna för folkhälsoarbetet i Sverige och Folkhälsoinstitutets roll ändras i och med att de nationella folkhälsomålen skapas, bl.a. genom att statsmakternas styrning av folkhälsoområdet ökar samt genom att kommuners och landstings ansvar inom folkhälsoområdet förväntas förtydligas. Nationella folkhälsokommitténs förslag till de nationella folkhälsomålen planeras att presenteras i oktober år 2000 och läggas fram i en proposition till riksdagen våren 2001. Organisationskommittén bedömer att det inte kan uteslutas att riks-

dagens beslut med anledning av Nationella folkhälsokommitténs förslag kan motivera vissa justeringar i de förslag som presenteras i detta betänkande. Den grundläggande inriktningen av institutet enligt Organisationskommitténs förslag bedöms dock kunna ligga fast.

Den externa nordiska utvärderingsgruppen (bilaga 4) som har arbetat på uppdrag av Organisationskommittén konstaterar att Sverige utmärkt sig på ett positivt sätt ur internationell synvinkel genom att ha etablerat en särskild central myndighet med resurser att bistå hela Sverige med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Man konstaterar också att Folkhälsoinstitutet har utvecklat bra och relevanta program. Utvärderingsgruppen bedömer att flera av dessa program ligger i framkant metodmässigt och resultatmässigt, också mätt med internationell måttstock.

Utvärderingsgruppen säger vidare att Folkhälsoinstitutet är välkänt internationellt – i EU och WHO – för sitt engagemang i policyutvecklingen på folkhälsoområdet. På detta fält har institutet varit en viktig stabsfunktion för den svenska regeringen. Gruppen konstaterar vidare att landstingens samhällsmedicinska chefer/ motsvarande bedömer att Folkhälsoinstitutet i huvudsak utarbetar bra informationsmaterial och bra rapporter om hälsans bestämningsfaktorer som kunskapsstöd till det lokala folkhälsoarbetet. En annan viktig faktor, som utvärderingsgruppen tar upp, är att det förefaller finnas ett brett politiskt stöd för folkhälsoarbetet i Sverige, liksom för en nationell folkhälsomyndighet som Folkhälsoinstitutet.

Organisationskommittén instämmer i denna bedömning och konstaterar att när Folkhälsoinstitutet nu skall förändras finns det en bra grund att stå på i form av en etablerad folkhälsomyndighet med god kompetens och gott internationellt anseende.

Genom införandet av folkhälsomål samt uppföljning och utvärdering av hur folkhälsan utvecklas i förhållande till målen kommer kommuners och landstings uppgifter inom folkhälsoområdet att komma mer i fokus.

Under senare år har folkhälsoarbetet inom landsting och kommuner utvecklats. Folkhälsoarbetet är numera etablerat på ett helt annat sätt än när Folkhälsoinstitutet bildades. Därtill kommer den starka regionaliseringen, som är en tydlig utvecklingstendens i hela Europa, och som vi i Sverige har sett bl.a. genom tillskapandet av Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Att koncentrera en regions resurser på detta sätt kan göra att olika kompetensområden, inklusive folkhälsoområdet, blir allt starkare regionalt. Samtidigt kan vi konstatera att det är stora skillnader i landet mellan landstingens resurser och kompetens inom folkhälsoområdet.

Ovanstående utvecklingstendenser gör att kommittén bedömer att det inte kommer att vara lika befogat med en statlig myndighet som har i uppdrag att driva på folkhälsoarbetet på verksamhetsnivån. Den viktigaste statliga uppgiften gentemot landsting och kommuner är nu att bistå dem med kunskapsstöd, metodstöd och strategiskt stöd. Den pådrivande rollen bör i fortsättningen mest ta sig uttryck i uppföljning och utvärdering med utgångspunkt i folkhälsomålen och spridandet av dessa resultat. Det ligger i kommunernas och landstingens eget intresse att driva på folkhälsoarbetet inom sina respektive ansvarsområden.

En annan viktig framtidsfråga för Folkhälsoinstitutet är rollen som myndighet med stabsuppgifter. Med stabsuppgifter inom folkhälsoområdet menar Organisationskommittén framför allt att:

- analysera den nationella och internationella utvecklingen av insatser på folkhälsoområdet,
- mot bakgrund av analyserna ge förslag till åtgärder,
- utarbeta och vidareutveckla indikatorer och mätmetoder för uppföljning av folkhälsomålen,
- vid behov lämna förslag till prioriteringar och förändringar av de nationella folkhälsomålen,
- redovisa analyser, slutsatser och förslag i rapporter till regeringen.

Utvärderingsgruppen har övervägt Folkhälsoinstitutets förutsättningar att fungera som en myndighet med stabsfunktion och bedömer att myndigheten i dag inte kan fylla denna funktion. Gruppen anser också att om Folkhälsoinstitutet i framtiden skall ha en stabsfunktion i relation till regeringen och arbetet med de nationella folkhälsomålen, krävs det en omstrukturering eller utbyggnad av institutets resurser. Utvärderingsgruppen menar att i dag ligger tyngdpunkten i Folkhälsoinstitutets arbete på programverksamhet, medan kunskaps- och utvecklingsfunktionen finns till viss del. Gruppen har inte sett att det finns en övergripande stabsfunktion inom institutet, annat än i internationella sammanhang. Organisationskommittén delar denna uppfattning.

Organisationskommittén delar utvärderingsgruppens bedömning vad gäller Folkhälsoinstitutets möjligheter i dagsläget att fullgöra stabsuppgifterna. Vi menar att för att institutet skall kunna fullgöra dessa uppgifter krävs en genomgripande förändring av organisation och arbetssätt.

Utvärderingsgruppen skissar tre tänkbara modeller för institutets framtida uppbyggnad, varav två innefattar en stabsfunktion.

Utvärderingsgruppens första scenario innebär att institutet bibehålls i sin nuvarande programinriktade form. Om man önskar en framtida stabsfunktion för det nationella folkhälsoprogrammet får denna funktion placeras utanför Folkhälsoinstitutet.

Det andra scenariot adderar en stabsfunktion till den första modellen och det sker en utbyggnad av funktionen för att täcka de behov som anges i Organisationskommitténs direktiv. En sådan förändring skulle medföra att Folkhälsoinstitutets verksamhetsområde skulle breddas i förhållande till det nuvarande och spänna över olikartade uppgifter som ställer olika krav på sina utövare. Utvärderingsgruppen har dock ifrågasatt om en organisation förmår spänna över ett så brett fält, bibehålla kvalitet i insatserna och härbärgera så pass olikartade verksamhetskulturer inom sig.

Det tredje scenariot innebär att Folkhälsoinstitutets stabsfunktion och roll som kunskaps- och utvecklingscentrum stärks bl.a. genom en kompetensförstärkning och genom att man i större utsträckning använder de möjligheter som informationsteknologin erbjuder. Konsekvensen är att det sker en omprioritering och omstrukturering av verksamheten inom Folkhälsoinstitutet. Programmen skulle omprövas och vissa delar förläggas någon annanstans, kanske regionaliseras. Strategier och idéer till programutveckling borde emellertid även framgent vara en uppgift för Folkhälsoinstitutet, liksom utvärdering av program, menar utvärderingsgruppen. En annan variant innebär, att programmen i sin helhet skulle avvecklas som en uppgift för Folkhälsoinstitutet och förläggas någon annanstans. Gruppen konstaterar att detta vore en möjlig utveckling, men att den samtidigt skulle medföra att den del av institutets verksamhet som hitintills stått starkast skulle avvecklas, vilket sannolikt skulle innebära en betydande kompetensförlust. Dessutom torde det krävas att man finner nya former för att bibehålla anknytningen till det praktiska folkhälsoarbetet.

Organisationskommittén menar att det första scenariot går stick i stäv mot direktiven och också mot de erfarenheter av stödbehov från Folkhälsoinstitutet som aktörer på lokal och regional nivå har gett uttryck för. Vi har därför bedömt att det alternativet inte är aktuellt.

Scenario två, som innebär att Folkhälsoinstitutet skulle arbeta inom hela spektrat från stabsfunktion, över kunskapscentrum, till nuvarande programverksamhet innebär svagheter. Avnämarna efterfrågar främst stabsfunktion (regeringen) och kunskap, metoder och strategier för folkhälsoarbetet (kommuner och landsting). Om programverksamheten i nuvarande form bibehålls är det risk att inte tillräckligt med resurser används till det som efterfrågas mest. Organisationskommittén ifrågasätter liksom utvärderingsgruppen om en organisation förmår spänna över ett så brett fält, ha flera olika verksamhetskulturer i sig och

samtidigt upprätthålla kvalitén i arbetet. Eftersom kritik riktats mot hittillsvarande Folkhälsoinstitutet för att tyngdpunkten lagts på vertikalt arbete inom de olika programmen på bekostnad av ett arbete där man försökt uppnå övergripande folkhälsomål såsom jämlikhet i hälsa, anser vi att en fokusering behövs på övergripande strategier för folkhälsoarbetet.

Organisationskommittén förordar i huvudsak scenario tre. Folkhälsoinstitutet bör i framtiden ha rollen som stabsfunktion i arbetet med de nationella folkhälsomålen samt som kunskaps- och utvecklingscentrum på folkhälsoområdet.

Idag bedrivs inom programmen huvudsakligen verksamhet i form av utformning av kunskaps- och faktaunderlag inklusive regeringsuppdrag, metodutvecklingsinsatser, informationsinsatser inklusive framtagande av informationsmaterial, utbildningsinsatser, opinionsbildning och attitydpåverkan/masskommunikativa insatser, samverkan med andra aktörer på nationell, lokal och regional nivå samt utdelning av organisations- och projektstöd. Därutöver bedrivs inom ramen för de olika programmen, forskningsverksamhet eller stöd till forskning samt internationellt arbete. Det finns dock stor variation mellan programmen med avseende på vilken tyngdpunkt man gett de olika verksamheterna, till viss del beroende på att sakområdena i sig ser olika ut och befinner sig i olika utvecklingsskeden.

Av de ovan angivna arbetsuppgifterna föreslår kommittén att opinionsbildning och attitydpåverkan/masskommunikativa insatser samt hantering av organisationsstöd och huvuddelen av projektstödet tas bort från institutet. Angående forskningsverksamheten föreslås institutet finansiera viss uppdragsforskning samt utveckla sina hittillsvarande samverkansavtal med forskningsinstitutioner.

Organisationskommittén bedömer att expertfunktionen inom programmen även fortsättningsvis bör vara viktiga uppgifter och rymmas inom rollen som kunskaps- och utvecklingscentrum, dock i en annan organisatorisk form. En tyngdpunktsförskjutning bör även ske i det fortsatta arbetet på så sätt att arbete med olika former av strategier och metoder för folkhälsoutvecklingen samt utvärdering av folkhälso-metoder prioriteras. Dessutom bör en förskjutning ske så att regeringen, andra statliga myndigheter samt kommuner och landsting blir institutets viktigaste avnämare. Åtgärder direkt riktade mot allmänheten bör enbart göras i de fall regeringen ger institutet ett uttryckligt uppdrag. Det är också kommitténs uppfattning att institutet bör utgå från ett betraktelsesätt som betonar samhällliga eller strukturella förhållandens betydelse för individens möjligheter att nå och bibehålla en god hälsa. Kommittén bedömer att institutets arbete med att bidra till att uppnå målet om jämlikhet i hälsa kommer att förbättras om

nuvarande program som organisationsform tas bort och arbetet sker mer sektorsövergripande.

För val av vilka områden som Folkhälsoinstitutet skall prioritera bör de nationella folkhälsomålen tillsammans med riksdagens uttalande om prioriteringar inom hälso- och sjukvården vara vägledande. Enligt riksdagens uttalande bör prioriteringar inom hälsoområdet ske enligt följande:

1. människovärdesprincipen,
2. behovs- och solidaritetsprincipen,
3. kostnadseffektivitetsprincipen.

Kommittén anser att institutets huvuduppgifter i framtiden bör vara att ansvara för *sektorsövergripande uppföljning och utvärdering* av insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen samt att vara ett *nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet*. Verksamheten skall stå på vetenskaplig grund.

Med uppföljning menas här kontinuerlig, i detta fall årlig, efterhandsbedömning av genomförande, prestationer och effekter inom folkhälsoområdet. Med utvärdering menas en mer omfattande insats samt kvalificerad analys och efterhandsbedömning av genomförande, prestationer och effekter där även orsaksförhållanden bör tas upp.

Folkhälsoinstitutets huvudsakliga avnämare bör vara *regeringen, andra statliga myndigheter samt kommuner och landsting*.

Organisationskommittén anser att Folkhälsoinstitutet i framtiden även bör arbeta med vissa andra uppgifter, som hör samman med de här beskrivna huvudsakliga uppgifterna. Uppgifterna som avses är *tillsyn* enligt alkohol-, narkotika- och tobakslagstiftning samt *statistiksamordning* inom dessa områden.

Institutet bör även ha *internationella uppgifter* samt ha beredskap att utföra *särskilda regeringsuppdrag* som regeringen ger genom regeringsbrev eller särskilda regeringsbeslut. Organisationskommittén gör dock bedömningen att det är viktigt att myndigheten inte får så många uppdrag som hittills, eftersom det försvårar myndighetens planering och riskerar att leda till att kärnuppgifterna inte prioriteras i tillräcklig utsträckning.

Kommittén föreslår även att Folkhälsoinstitutets namn ändras till Statens folkhälsoinstitut med anledning av myndighetens ombildning. Med tillägget "Statens" vill vi markera de tydligare myndighetsuppgifter i form av stabs- och tillsynsuppgifter som institutet föreslås få. "Institutet" behålls för att poängtera expertfunktionen, rollen som kunskapscentrum och den vetenskapliga grunden för verksamheten. Det

nya namnet blir också en direkt översättning av institutets nuvarande engelska namn, National Institute of Public Health.

6.1.2 Uppföljning och utvärdering av folkhälsomålen

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör följa upp och utvärdera insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen. Myndigheten bör

- analysera i vilken utsträckning målen uppfylls och då bl.a. använda målgruppsperspektiv,
- identifiera brister samt ge åtgärdsförslag,
- samla myndigheter i deras arbete med de nationella målen,
- löpande pröva och vid behov föreslå prioriteringar mellan målen,
- vid behov föreslå nya mål, omformulering av mål och avveckling av mål,
- utveckla indikatorer och mätmetoder för uppföljning av målen,
- aktivt medverka i och följa utvecklingen av folkhälsoområdet och forskningen inom området nationellt och internationellt.

Folkhälsoarbetet förutsätts bedrivas på alla nivåer i samhället och inom flera samhällssektorer. Organisationskommittén utgår från att sektorsmyndigheter med uppgifter som omfattas av de nationella folkhälsomålen, som kommer att fastställas av statsmakterna, kommer att ges i uppdrag att ansvara för att åtgärder vidtas som främjar folkhälsan inom sina respektive verksamhetsområden. Utredningen utgår också från att dessa myndigheter kommer att få i uppdrag att följa upp och utvärdera sitt folkhälsoarbete utifrån de folkhälsomål som berör dem. Detta innebär att sektorsmyndigheter såsom Socialstyrelsen inom hälso- och sjukvården, Arbetarskyddsstyrelsen inom arbetsmiljön och Boverket inom boendemiljön, inom ramen för sina respektive verksamheter skall se till att hälsoaspekter beaktas och att folkhälsomålen följs upp och utvärderas.

Samtidigt som folkhälsoarbete förutsätts bedrivas inom olika samhällssektorer betonas inom folkhälsoområdet det sektorsövergripande arbetet för att nå framgång. Det sektorsövergripande perspektivet är viktigt eftersom folkhälsoarbetet kräver samverkan över sektorsgränser för att nå önskat resultat.

Folkhälsoinstitutet bör ha ansvar för en samlad uppföljning och utvärdering av verksamhetsområdet folkhälsa med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen. Med detta menas dels att institutet skall samla berörda sektorsmyndigheter i arbetet med att följa upp och utvärdera målen, dels göra en syntes av de sektors- eller målvisa uppföljningarna och utvärderingarna för att få en helhetsbild över området.

Behovet av en samlande myndighet beror på att för varje folkhälsomål har flera myndigheter uppgifter som påverkar måluppfyllelsen. Ett annat motiv är att hälsoutvecklingen för olika målgrupper kan behöva utvärderas. Då är det relevant att samlat analysera utvecklingen och insatserna inom flera olika politikområden. Detta innebär att Folkhälsoinstitutet skall vara en myndighet med organisatoriska förutsättningar att arbeta sektorsövergripande inom folkhälsoområdet.

Organisationskommittén bedömer att Folkhälsoinstitutets samverkan, i samband med uppföljning/utvärdering med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen, kommer att ske framför allt med de myndigheter på central nivå som har ett ansvar när det gäller uppfyllandet av folkhälsomålen. Vi bedömer även att samverkan kommer att ske med regional och lokal nivå samt med organisationer.

Utvärderingsgruppen konstaterar att det som föreslås av Nationella folkhälsokommittén utgör ett brett välfärdspolitiskt program och att det – om det genomförs – innebär att folkhälsoområdet vidgas ytterligare jämfört med i dag. Också i internationell jämförelse är detta ett program som är bredare än det traditionella folkhälsoområdet, menar utvärderingsgruppen och konstaterar vidare att det torde bli en krävande uppgift att implementera ett brett folkhälsoprogram och att samla alla de aktörer som berörs.

Kommittén konstaterar att Nationella folkhälsokommittén kommer att behandla implementeringen av den nationella hälsopolitiska strategin. Vi utgår från att regeringskansliet kommer att arbeta vidare med Nationella folkhälsokommitténs förslag och att berörda fackdepartement kommer att ge sina myndigheter uppgifter inom de nationella folkhälsomålen. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet behandlar enligt sina direktiv enbart Folkhälsoinstitutets roll och uppgifter i samband med de nationella folkhälsomålen.

Utvärderingsgruppen anser inte att Folkhälsoinstitutet i dag har resurser att fylla en samlande funktion. Gruppen kan inte se att det finns strukturer eller funktioner inom institutet som skulle kunna utföra denna uppgift, bortsett från möjligen i viss mån den generaldirektörsgrupp som träffas ett par gånger per år för att utbyta information och erfarenheter. Organisationskommittén delar utvärderingsgruppens uppfattning och konstaterar att det varken på Folkhälso-

institutet eller någon annanstans i dag finns en funktion inom folkhälsoområdet, som kan fylla den samlande funktionen.

Det bör emellertid också övervägas, menar utvärderingsgruppen, på vilken nivå koordinationsfunktionen för en framtida nationell folkhälsopolitisk strategi skall ligga. Folkhälsoinstitutet är den myndighet som har till uppgift att implementera statsmakternas intentioner på folkhälsoområdet, men den är samtidigt en myndighet bland andra och har ingen direktivrätt i förhållande till andra myndigheter, lika lite som i förhållande till den regionala och lokala nivån. Om koordinationsfunktionen skall ligga på myndighetsnivå krävs det därför att mandaten blir tydliga.

Utvärderingsgruppen menar vidare att ur internationell synvinkel vore en annan möjlighet att lägga koordinationsfunktionen inom regeringskansliet och t.ex. bilda en statsrådsgrupp eller tillsätta en folkhälsominister med ansvar att ge riktlinjer för hur folkhälsoprogrammet skall omsättas i praktisk handling. En dylik lösning skulle understryka folkhälsofrågornas politiska vikt. Modellen kunde underlätta arbetet på myndighetsnivå, men problemen med att samordna arbetet horisontellt blir kanske inte annorlunda, menar utvärderingsgruppen.

Organisationskommittén håller med om att modellen med en samlande funktion utan en överordnad ställning gentemot andra aktörer kommer att innebära svårigheter. Som utvärderingsgruppen också antydde anser vi att svårigheterna att samordna arbetet horisontellt blir liknande om funktionen läggs på myndighets- eller regeringsnivå. Vi ser dock Statens naturvårdsverk, som har ett samlande ansvar gentemot sektorsmyndigheterna inom miljöområdet, som ett exempel på att en myndighet kan ha en samlande och sektorsövergripande roll gentemot andra myndigheter, som organisatoriskt ligger på samma horisontella nivå. Involverade sektorsmyndigheter har inom ramen för arbetet med miljömålen samverkat i olika former och tillsammans preciserat miljömålen, som sedan redovisats i en rad olika rapporter med olika sektorsmyndigheter som utgivare.

Utvärderingsgruppen anser att det krävs någon typ av struktur som kan fungera som stöd för institutet i det samlande arbetet och har därvid valt att lyfta fram den generaldirektörsgrupp som träffas några gånger per år och som i dag fungerar som informations- och samrådsorgan. Denna grupp kunde, menar utvärderingsgruppen, förses med ett starkt sekretariat och utvecklas till ett stöd vid implementeringen av ett brett folkhälsoprogram.

Organisationskommittén delar utvärderingsgruppens bedömningar. Rollen för denna grupp behöver dock förstärkas. Arbetet kan underlättas om regeringen utser medlemmarna i gruppen. Det kan också

övervägas om generaldirektörsgruppen bör ledas av socialministern på motsvarande sätt som gäller för den nationella ledningsgruppen, som arbetar med alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. Oavsett om gruppen leds av Folkhälsoinstitutets generaldirektör eller socialministern bör institutet kunna ansvara för sekretariatsfunktionen till gruppen.

Samverkan mellan myndigheterna behöver även ske på operativ nivå. Organisationskommittén förordar att det till respektive mål bildas en samverkansgrupp. Grupperna bör arbeta med uppföljning, utvärdering, utveckling av indikatorer och mätmetoder, åtgärdsförslag m.m. Det är viktigt att samverkan sker på ett sådant sätt att alla samverkande parter kan dra nytta av arbetet. Här har Folkhälsoinstitutet i sin samlande och sektorsövergripande roll en viktig uppgift. Kommittén bedömer att för att analysera hur folkhälsoinsatserna i förhållande till de nationella målen utvecklas inom olika delar av landet bör samverkan ske med såväl sektorsmyndigheter som med kommuner, landsting och deras förbund.

Målen behöver regelbundet prövas för att uppfattas som relevanta. Det har bl.a. att göra med att systemet med nationella folkhälsomål är nytt för Sverige, vilket gör att det kan komma att bli behov av justeringar när målen börjar tillämpas i praktiken. Det har emellertid också att göra med att samhällsförändringar kommer att leda dels till behov av nya folkhälsomål, dels till behov av omprioriteringar mellan målen. Idéer till omprioriteringar eller nya mål kan komma fram i arbetet med uppföljning och utvärdering med utgångspunkt i de nationella målen på lokal, regional eller nationell nivå. Folkhälsoinstitutet bör analysera dessa idéer och vid behov ge förslag till statsmakterna om ändringar av eller tillägg till folkhälsomålen. Folkhälsoinstitutet bör även aktivt medverka i och följa utvecklingen inom folkhälsoområdet internationellt.

Det samlande ansvaret för målutvärderingen ger förutsättningar för Folkhälsoinstitutet att analysera folkhälsan och föreslå handlingsplaner till regeringen utifrån ett helhetsperspektiv. I utvärderingsarbetet ingår också att se vilka metoder som gör att målen uppfylls samt vilka andra faktorer som bidrar till eller motverkar uppfyllelsen av målen. Kostnadseffektiviteten och samhällsekonomiska konsekvenser bör också analyseras.

Folkhälsoinstitutet bör ge regeringen beslutsunderlag samt information om eventuellt eftersatta områden. Regeringen bör också få förslag till åtgärder för att undanröja bristerna samt upplysning om insatser på folkhälsoområdet nationellt och internationellt.

Utvecklingen av folkhälsan i förhållande till de nationella folkhälsomålen är givetvis också en viktig information för landsting och

kommuner. Redovisningen av utvecklingen på nationell nivå ger möjligheter för kommuner och landsting att jämföra måluppfyllelse och utvecklingstendenser inom det egna området med landet i sin helhet. I de fall där det är möjligt bör uppföljning i form av statistik m.m. redovisas även på regional och lokal nivå. På detta sätt finns möjlighet till analys av om geografiska skillnader i hälsan utjämnas eller förstärks. Det kan också fungera som underlag för kommuner och landsting som kan jämföra sig med hur målen uppfylls inom andra kommuner och landsting med likartade förutsättningar. I arbetet med redovisning av utvecklingen på regional nivå bör en utgångspunkt vara att det redan i dag finns regionala folkhälsorapporter, som landstingen använder som underlag vid planering och prioritering av sitt folkhälsoarbete.

För att kunna ha den samlande rollen vid uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen kommer Folkhälsoinstitutet att delvis behöva ett annat arbetssätt och en annan kompetens än i dag. Det fordras en annan tyngdpunkt i arbetet. Mer analys och utvärdering, överblick och samordning samt ökad samverkan med forskningen kommer att behövas. Kommittén återkommer med överväganden om detta i avsnitt 6.1.8.

Folkhälsopolitisk rapportering

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör ha huvudansvaret för att till regeringen parallellt med Folkhälsorapporten följa upp och utvärdera insatserna inom folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen och ge förslag till åtgärder för att förbättra folkhälsan. Detta bör presenteras i en särskild *Folkhälsopolitisk rapport* till regeringen.

Den nuvarande Folkhälsorapporten bör även i fortsättningen tas fram som ett gemensamt projekt mellan Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet och huvudansvaret bör ligga på Socialstyrelsen.

Samarbetet mellan Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (Epidemiologiskt Centrum) bör vidareutvecklas.

Utvärderingsgruppen konstaterar att det finns ett etablerat samarbete mellan Folkhälsoinstitutet och Epidemiologiskt Centrum (EpC) och att Folkhälsorapporten, som EpC ger ut i samverkan med Folkhälsoinstitutet är av mycket bra kvalitet, internationellt sett. Organisationskommittén konstaterar att i samband med Folkhälsoinstitutets nya

uppgifter kan myndighetens samverkan med EpC behöva utvecklas och intensifieras.

EpC har ansvar för alla större nationella sjukdomsregister och ett ansvar för folkhälso- och social rapportering (se avsnitt 4.4.6). I detta ansvar ligger kontinuerliga regeringsuppdrag om att vart tredje till fjärde år redovisa en nationell folkhälso- och social rapport. Folkhälso- och sociala rapporterna har sedan Folkhälsoinstitutet bildades utarbetats i samverkan med institutet, som t.ex. ingått med en representant i redaktionskommittén.

Den nationella folkhälso- och sociala rapporten är en viktig men begränsad del av ett mer kontinuerligt system för folkhälso- och social rapportering. Folkhälso- och social rapportering är en verksamhet där man kontinuerligt följer hälso- och social utvecklingen och dess koppling till sociala förhållanden och riskfaktorer i samhället och bland befolkningen. Syftet är att kunna förse statsmakterna, myndigheter, landsting, kommuner och allmänhet med information och kunskap om hälsoutvecklingen och dess orsaksfaktorer och vid behov slå larm. Rapporteringen består av flera delar där den senaste statistiken från alla register publiceras och görs tillgänglig så snart som data inlevererats och bearbetats.

En förutsättning för att kunna arbeta med folkhälso- och social rapporteringen på ett bra sätt är att det finns *tillförlitliga register och databaser*. För detta behövs *enhetliga och systematiserade sjukdoms- och åtgärds-klassifikationer*. Dessutom behöver register- och databasverksamheten *personal med erfarenhet av analysverksamhet* för att kunna fungera väl som serviceorgan eller rådgivare för användarna. Alla tre förutsättningarna är uppfyllda på EpC. De statistiska uppgifterna används både för folkhälso- och social rapportering och för rapportering av förhållanden inom hälso- och sjukvård, smittskydd och socialtjänst, uppgifter som ingår i Socialstyrelsens ansvar som sektorsmyndighet för dessa områden.

Folkhälsoinstitutet har avtal med EpC bl.a. om Folkhälso- och sociala rapporten. Dessa avtal är utvärderade av externa utvärderare (Evaluering av samarbetsavtalen mellan Folkhälsoinstitutet og Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen, Kraft p. och Thell ds. 1998). De ansåg bl.a. att "samarbeidet har vart svaert kostnadseffektivt. FHI har fått levert tjenester som det helt klart ville vaert langt dyrere å produsere dersom FHI skulle ha gjort dette selv". "De tjenester EpC har levert till FHI har vaert av meget god faglig kvalitet", menade också utvärderarna.

Även den externa utvärderingsgrupp, som arbetat på uppdrag av Organisationskommittén (bilaga 4), har bedömt samarbetet mellan Folkhälsoinstitutet och EpC. Gruppen bedömer att när det gäller samspillet mellan Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum har viktiga samarbetsrelationer utvecklats. Gruppen anser vidare att i Europa producerar Holland och Sverige de bästa nationella

folkhälsorapporterna. I Sverige är rapporten beroende av den expertis som finns inom EpC. Det är gruppens uppfattning att man skall bibehålla ansvaret för nuvarande folkhälsorapporter på EpC, men att rapporterna från Folkhälsoinstitutets sida skall följas upp och kompletteras med en egen rapport med analyser och strategiska bedömningar av vilka folkhälsoinsatser som behövs i framtidens Sverige.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår Organisationskommittén att EpC även i fortsättningen har huvudansvaret för *folkhälsorapporteringen* och den nationella folkhälsorapporten. Folkhälso rapporten bör även i fortsättningen tas fram som ett gemensamt projekt mellan Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet och följande förhållanden bör gälla: Samtliga data ska vara fullt tillgängliga för Folkhälsoinstitutet med beaktande av nödvändig sekretess. Socialstyrelsen avgör (beroende på eventuella regeringsuppdrag) hur detta ska publiceras, håller Folkhälsoinstitutet fullt informerad och kallar i så god tid som möjligt till samråd i frågor som kan bedömas vara viktiga att stämma av sinsemellan innan de offentliggörs. Socialstyrelsen/EpC står i normalfallet som huvudutgivare och Folkhälsoinstitutet och eventuella andra som medutgivare.

Folkhälsoinstitutet bör ha huvudansvaret för en *folkhälsopolitisk rapportering*. Data och analys av utveckling och fördelning av sjukdomar, skador och de viktigaste riskfaktorerna bör hämtas från Folkhälso rapporten. Detta material måste vid behov kompletteras med information om de indikatorer som krävs för att följa hälsomålen, som i huvudsak kommer att vara satta i exponeringstermer. Trender för dessa indikatorer måste jämföras med uppställda mål för perioden.

Detaljerad information krävs om omfattning och fördelning av samhällets insatser för att påverka de prioriterade exponeringarna. Det kommer att krävas ett betydande utvecklingsarbete för att få fram denna information. Samtidigt som det finns mängder av relativt väl definierade epidemiologiska data om sjukdomar och exponeringar saknas till stor del instrument med vilka omfattning och kvalitet på folkhälsoarbetets och hälsopolitikens åtgärder kan klassificeras och mätas.

Valet av exponeringar och mål är gjort utifrån deras bidrag till sjuklighetens omfattning och fördelning inom den svenska befolkningen samt deras konsekvenser. Granskningen av utvecklingen och förslag till eventuella förändringar av målen måste bygga på en återkommande uppdatering av denna analys. Detta förutsätter mätningar av sjukdomsbördans omfattning och fördelning samt beräkningar av olika exponeringars betydelse för sjukdomsbördan.

Resultatet av ovanstående tre steg bör regelbundet sammanställas i en *Folkhälsopolitisk rapport* till regeringen.

Folkhälsoinstitutet bör hålla Socialstyrelsen fullt informerad och i så god tid som möjligt kalla till samråd i frågor som kan bedömas vara viktiga att stämma av sinsemellan innan de offentliggörs. Folkhälsoinstitutet bör i normalfallet vara huvudutgivare med Socialstyrelsen/EpC och eventuella andra som medutgivare.

Samarbetet mellan institutet och EpC bör även kunna vidareutvecklas på andra områden, t.ex. när det gäller att utveckla system för rapportering av levnadsvanor.

Uppföljning och utvärdering i ett målgruppsperspektiv

Kommitténs förslag

Vid uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen bör ett målgruppsperspektiv användas.

Socialstyrelsens folkhälsorapporter har bl.a. visat att det finns stora och i vissa fall ökande skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper, geografiska områden och mellan könen. Mot den bakgrunden är det viktigt att ett målgruppsperspektiv används vid uppföljning och utvärdering av de nationella målen.

Vissa målgruppsperspektiv är särskilt viktiga vid vissa folkhälsomål. Detta gör att i de grupper, som Organisationskommittén anser bör knytas till olika mål, kan också företrädare för vissa målgrupper ingå, permanent eller tillfälligt. På detta sätt tas deras specifika kunskap tillvara och arbetet förbättras.

Kommittén har tidigare uttryckt att det samlande ansvaret för målutvärderingen ger förutsättningar för Folkhälsoinstitutet att analysera folkhälsan och föreslå handlingsplaner till regeringen utifrån ett helhetsperspektiv. I detta sammanhang kan det tänkas att vissa faktorer är tydliga inom flera av målen, exempelvis att en viss målgrupp oftare är drabbad än andra. När ett sådant målgruppsperspektiv används i en analys av folkhälsan i sin helhet kan också samverkan ske med företrädare för speciella målgrupper. Också i samband med institutets omvärldsbevakning kan ett målgruppsperspektiv användas.

I det följande behandlas två målgrupper, för vilka Folkhälsoinstitutet har eller föreslås få, särskilda uppgifter.

Utredningen Barnombudsmannen – företrädare för barn och ungdomar (SOU 1999:65) föreslår att det samordningsansvar för barnsäkerhetsfrågor, som Barnombudsmannen har i dag, i stället bör överföras till Folkhälsoinstitutet och integreras i institutets nationella

skadepreventiva program (se 2.10). Samtidigt anser utredningen att ansvaret för olika sakfrågor bör ligga på sektorsansvariga myndigheter. Bakgrunden till förslagen är att utredningen anser att Barnombudsmannens ombudsmannaroll bör förstärkas, vilket innebär att myndighetsrollen bör tonas ned.

Organisationskommittén anser att denna samordningsroll för barnsäkerhetsfrågor stämmer överens med Folkhälsoinstitutets hittillsvarande roll och uppgifter. Genom Organisationskommitténs direktiv har dock statsmakterna angett en ny roll och nya uppgifter för Folkhälsoinstitutet, som vi har till uppgift att precisera och utveckla. Folkhälsoinstitutet nya roll består främst av att vara ett nationellt organ för uppföljning och utvärdering med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen samt för att samla kunskap om folkhälsometoder.

Ovanstående innebär bl.a. att det nya Folkhälsoinstitutet kommer att ha till uppgift att följa upp och utvärdera nationella folkhälsomål avseende bl.a. barns uppväxtmiljö. I detta arbete ingår ett ansvar att samla berörda myndigheter i arbetet med måluppföljning och målutvärdering. Institutet skall med hjälp av olika samverkanspartners analysera olika risk- och friskfaktorer, följa barns hälsa utifrån olika aspekter m.m. Vidare skall institutet ge förslag till åtgärder med utgångspunkt i utvärderingen. I denna bemärkelse bör det således ingå i institutets uppgifter att samordna arbetet med barnsäkerhetsfrågor. Det huvudsakliga ansvaret för dessa frågor bör dock ligga på respektive sektorsmyndighet, t.ex. Boverket och Konsumentverket. Kommittén anser också att ett slutligt ställningstagande till frågan kan tas först efter Nationella folkhälsokommitténs betänkande, som bl.a. skall behandla ansvarsfördelningen inom folkhälsoområdet.

Folkhälsoinstitutet fick redan år 1992 ett regeringsuppdrag angående homosexuellas situation (S92/5334/IFO). En av utgångspunkterna för regeringsuppdraget var att det förekom en dold, ibland omedveten, oacceptabel behandling av homosexuella.

Uppdraget innehöll följande uppgifter:

- att ansvara för en övergripande samordning av insatser för de homosexuella,
- att följa utvecklingen av de homosexuellas situation, bl.a. vad gäller eventuell förekomst av diskriminering och i sådant fall överväga i vilka former diskriminering kan motverkas,
- att vidta egna och följa andra myndigheters informationsinsatser samt följa forskningen om homosexualitet och homosexuellas förhållanden,
- att återkommande lämna regeringen rapporter över sin verksamhet.

Redan år 1993 föreslog institutet regeringen, efter samråd med diskrimineringsombudsmannen (DO) att frågor om individuell diskriminering av homosexuella skulle läggas under DO:s tillsyn. Regeringen avvisade då förslaget. En särskild ombudsmannafunktion, som skall bevaka att homosexuella inte diskrimineras, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), inrättades dock den 1 maj 1999 (avsnitt 4.4.4). Vid samma tidpunkt trädde också lagen (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning i kraft. Enligt sin myndighetsroll har HomO till uppgift att se till att ovanstående lag följs, att verka för att diskriminering på grund av sexuell läggning inte heller förekommer på andra områden av samhällslivet och följa den internationella utvecklingen inom ansvarsområdet.

Organisationskommittén anser att nu när det finns en ombudsman mot diskriminering på grund av sexuell läggning saknas motiv för att Folkhälsoinstitutet skall ha kvar sitt ovan nämnda regeringsuppdrag angående diskriminering av homosexuella. Folkhälsoinstitutet bör där- emot genom sitt uppföljnings- och utvärderingsarbete med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen som tidigare nämnts bl.a. tillämpa ett målgruppsperspektiv. I detta sammanhang bör Folkhälsoinstitutet ha till uppgift att följa forskningen om homosexuella utifrån ett folkhälsooperspektiv och i sitt uppföljning/utvärderingsarbete av folkhälsan uppmärksamma homosexuella liksom andra målgrupper som är särskilt utsatta för hälsorisker. I arbetet ingår även ett ansvar att samla berörda myndigheter i arbetet med måluppföljning och målutvärdering.

6.1.3 Kunskapsinsamling av metoder och strategier

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör samla in erfarenheter och initiera forskning om metoder och strategier som är viktiga i folkhälsoarbetet samt sprida erfarenheterna genom att:

- följa upp/utvärdera och initiera utvärdering av metoder och strategier för folkhälsoarbete,
- utveckla och följa upp metoder för hälsokonsekvensbeskrivningar,
- följa internationella erfarenheter av bl.a. metoder och strategier för folkhälsoarbete,

- följa och värdera forskning och utveckling inom metodområdet nationellt och internationellt,
- vara en resurs för kommuner och landsting som nationellt kunskapscentrum för metod- och strategifrågor inom folkhälsoområdet.

Folkhälsoinstitutet bör följa utvecklingen av metoder inom folkhälsoområdet nationellt och internationellt. I dag saknas i alltför hög grad samlad kunskap om metodernas tillförlitlighet. Samtidigt visar Organisationskommitténs kontakter med aktörer på såväl nationell, regional som lokal nivå entydigt att det finns ett stort behov av kunskap om vilka metoder som är mest verkningsfulla. Därför bör en prioriterad uppgift för Folkhälsoinstitutet vara att samla kunskap om metoder och strategier samt att initiera vetenskaplig utvärdering av folkhälso-metoder.

Inom ramen för arbetet med uppföljning/utvärdering av de nationella målen samt på regeringens direkta uppdrag bör Folkhälsoinstitutet göra hälsokonsekvensanalyser genom t.ex. hälsokonsekvensbeskrivningar (se avsnitt 4.3.3) samt analysera hälsoekonomiska konsekvenser av politiska beslut. Samhällsekonomiska konsekvenser av de förslag som institutet ger till regeringen behöver också analyseras. För att dessa uppgifter skall kunna utföras på bra sätt krävs metodutveckling. Kunskap om sådana metoder efterfrågas också av bl.a. landsting.

I uppgifterna med utvärdering av folkhälso-metoder ligger även att vara nationellt kunskapscentrum inom folkhälsoområdet, vilket innebär att samla kunskap om folkhälso-metoder och sprida kunskap till sektorsmyndigheter, landsting och kommuner.

Enligt de samhällsmedicinska cheferna fungerar Folkhälsoinstitutets kunskapsstöd i huvudsak, medan man önskar sig mer metodstöd och anser det strategiska stödet som det allra viktigaste för folkhälsoarbetet (bilaga 4). De vill att Folkhälsoinstitutet bl.a. skall förmedla metoder för att effektivisera och målinrikta folkhälsoarbetet och nå utsatta befolkningsgrupper, sprida beprövade modeller och väldokumenterade erfarenheter samt förmedla kunskap om utvärderingsmetodik.

Kommittén bedömer också att den viktigaste statliga uppgiften gentemot landsting och kommuner är att bistå dem med kunskapsstöd, metodstöd och strategiskt stöd. Institutet skall också ha kunskap om effekter m.m. av metoder som använts inom folkhälsoarbetet nationellt och internationellt. En mycket viktig uppgift är att initiera utvärdering av olika folkhälso-metoder och sprida resultaten av dessa utvärderingar.

Som konstaterades i den externa utvärderingen av Folkhälsoinstitutet saknas det ett *systematiskt* förhållningssätt till resultat-

utvärdering, liksom till utveckling av metoder för att mäta resultat, även om det förekommit både bra resultatutvärderingar och bra metodutveckling. Organisationskommittén bedömer det vara av avgörande betydelse att Folkhälsoinstitutet bidrar till att kunskapen ökar om vilka metoder inom folkhälsoområdet som med vetenskaplig utvärdering har konstaterats ha avsedda effekter. Resultatutvärdering med vetenskaplig metodik bör vara en självklar del av sådana projekt som myndigheten kommer att arbeta med för att öka kunskapen om folkhälsometoder. Detta arbete kräver samverkan med bl.a. olika forskningsinstitutioner (se avsnitt 6.2.1).

Vi kan samtidigt konstatera svårigheter med att utvärdera metoder inom folkhälsoarbetet. Den vetenskapliga kunskapen om folkhälsoarbete är inte på långa vägar så utvecklad som inom medicinsk metodik. Det är svårt att göra utvärderingar av hög kvalitet. Svårigheterna består bl.a. av att isolera de faktorer ger effekter och att arbeta med kontrollgrupper. Varje utvärdering tar också lång tid (flera år) att genomföra.

Kommittén förutsätter att Folkhälsoinstitutet, inom ramen för uppdragsforskning, skall kunna initiera utvärderingar i samarbete med kommuner, landsting, sektorsmyndigheter och forskare. Poängteras bör att Folkhälsoinstitutet skall kunna ta initiativ till att utvärdera *metoder*, inte *projekt*. I första hand bör dock metodutvärdering på lokal och regional nivå ske med ekonomiskt stöd från forskningsråden.

Folkhälsoinstitutet bör också samla in metodkunnande från nationella och internationella metodutvärderingar, analysera vilka metoder som är verkningsfulla och bistå landsting, kommuner m.fl. med metodöversikter.

Folkhälsoarbete innebär att ändra exponeringen av risk-, skydds- och friskfaktorer för att förbättra folkhälsan. Ur ett utvärderingsperspektiv innebär detta att tonvikten läggs på att följa exponeringsförändringar. Att utvärdera metoder inom hälsofrämjande arbete ställer dessutom, enligt WHO, krav på delaktighet från de medverkande både när det gäller att följa processen och resultatet. Dessutom krävs en kombination av metoder från olika vetenskaper.

Fördelning och administration av visst projektstöd

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör enbart ge stöd till sådana utvecklingsprojekt som ökar kunskapen om metoder och strategier i folkhälsoarbetet och där den som är ansvarig för projektet också bidrar till finansieringen. Projekt som får stöd skall bli föremål för vetenskaplig prövning och utvärdering.

Mot bakgrund av den nya roll som institutet föreslås få anser kommittén att institutet bör ge bidrag till projekt som syftar till att ge kunskap om verksamma och lämpliga metoder och strategier för folkhälsoarbetet. Detta stöd efterfrågas i dag på regional och lokal nivå. De projekt som får stöd bör vara tydligt avgränsade i tid och syfte, ha tydliga mål, ha vetenskapligt grundad uppföljning och utvärdering som en del av projektet, vara av sådan art att de är viktiga för kunskapsutvecklingen på Folkhälsoinstitutet samt vara samfinansierade med den aktör som är ansvarig för projektet.

Projektmedlen som hittills betalats ut har finansierats från förvaltningsanslaget, aidsanslaget, från extra medel som tillförts institutet för särskilda uppdrag samt från Allmänna arvsfonden. Större delen av de projektstöd som delats ut avser alkohol- och narkotikaförebyggande arbete samt hiv/aids/STD-preventivt arbete. Hur projektstöden inom hiv/aids/STD-området bör hanteras kan avgöras först när regeringen har tagit ställning till Smittskyddskommitténs förslag (se 6.2.3).

Fördelning och administration av organisationsstöd

Kommitténs förslag

Socialstyrelsen, som redan i dag ansvarar för att betala ut organisationsstöd till flera organisationer inom folkhälsoområdet, bör överta utbetalning även av övrigt organisationsstöd inom området.

I statsbidragskommitténs betänkande *Vad får vi för pengarna? Resultatstyrning av statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området* (SOU 1998:38) ges ett antal förslag för att förbättra styrningen av de projekt- och organisationsstöd som utgår till vissa organisationer inom det sociala området, bl.a. föreslås att projekt- och organisations-

stöd till de berörda organisationerna skall handhas av Socialstyrelsen. Dessa förslag redovisades i budgetpropositionen 1998 och godkändes av riksdagen. Detta innebär att Socialstyrelsen nu svarar för bidragshandlingen till huvuddelen av frivilligorganisationerna inom Socialdepartementets område. Till stöd för bidragshandlingen finns en förordning som ger samma grund för alla de aktuella organisationernas ansökningar och åiterrapporteringar.

Kommittén anser att det organisationsstöd som Folkhälsoinstitutet hittills har betalat ut fortsättningsvis bör fördelas via Socialstyrelsen enligt de kriterier som gäller enligt förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Denna förordning bör samtidigt anpassas så att de organisationer som hittills fått stöd via institutet kan inkluderas i förordningen. De organisationer som avses är sådana som bedriver hälsofrämjande arbete, homosexuellas organisationer m.fl. Organisationer som bedriver hiv-preventivt arbete har fått organisationsstöd via aids-anslaget. Som nämnts är det först efter regeringens ställningstagande till Smittskyddskommitténs förslag (se 6.2.3) som ställning kan tas till hur organisationsstöden inom hiv/aids/STD-området bör hanteras.

Av de totalt 17,4 miljoner kronor som institutet betalade ut till organisationsstöd år 1999 avsåg 12,7 miljoner kronor hiv-preventivt arbete.

6.1.4 Övergripande tillsyn enligt lagbestämmelser om alkohol, narkotika och tobak

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör i arbetet med övergripande tillsyn enligt alkohollagen och lagen om försäljning av teknisk sprit m.m.:

- ge ut föreskrifter och allmänna råd,
- följa rättstillämpningen,
- följa upp/utvärdera utvecklingen inom området,
- ansvara för rådgivning och information.

Den övergripande tillsyn Folkhälsoinstitutet i dag har enligt lagen om hälsofarliga varor bör ligga kvar på institutet.

Socialstyrelsens tillsynsuppgifter enligt tobakslagen bör övertas av Folkhälsoinstitutet.

Övergripande tillsyn enligt alkohollagen och lagen om försäljning av teknisk sprit

Folkhälsoinstitutet skall enligt direktiven till denna utredning i framtiden vara central tillsyns- och uppföljningsmyndighet när det gäller bestämmelser i alkohollagen (1994:1738) och lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit m.m. Uppgifterna skall övertas från Alkoholinspektionen respektive Läkemedelverket den 1 juli 2001. Organisationskommittén bedömer att de nya uppgifterna kommer att innebära att Folkhälsoinstitutet skall arbeta med att ge ut föreskrifter och allmänna råd, följa rättstillämpningen samt följa upp/utvärdera utvecklingen inom området, t.ex. genom att följa upp/utvärdera vilka konsekvenser nya regler får. I uppgifterna ingår också rådgivning och information/utbildning, bl.a. uppgiften att ta fram informationsmaterial till stöd för de tillsynsansvariga länsstyrelserna och kommunerna. Organisationskommittén kallar i det följande ovanstående arbete för *övergripande tillsyn*.

Med *tillsyn* brukar avses att en myndighet tillser att enskilda juridiska eller fysiska personer följer en lag och att myndigheten kan genomföra sanktioner mot den som inte följer lagen. Denna tillsyn är operativ eller *direkt*, t.ex. genom att en kommun ser till att enskilda följer viss lagstiftning. Länsstyrelsen kan i sin tur se till att kommunerna fullgör sina tillsynsuppgifter. Dessutom kan en central myndighet arbeta med tillsynsvägledning eller *övergripande tillsyn*.

Alkoholinspektionen är i dag central förvaltningsmyndighet för frågor om hantering av alkohol som regleras i alkohollagen (se 4.4.1). I centralmyndighetsrollen ligger att följa upp lagens tillämpning i kommuner, domstolar och andra myndigheter, att ge ut föreskrifter, allmänna råd och information om de gällande bestämmelserna samt att beskriva utvecklingen och föreslå de förändringar av lagen som motiveras av de gjorda iakttagelserna. Alkoholinspektionen är också tillstånds- och tillsynsmyndighet för frågor om tillverkning av sprit och alkoholdrycker samt inköp av alkoholdrycker för tekniska och liknande ändamål.

Under våren 2001 förväntas en proposition om ändring i alkohollagen. Den skall grundas bl.a. på förslag från Alkoholutredningen. Vid halvårsskiftet 2001 beräknas därför lagändringar träda i kraft som innebär att rätten att bl.a. yrkesmässigt tillverka sprit och alkoholdrycker inte längre skall grunda sig på tillstånd enligt alkohollagen. Rätten blir istället en följd av vissa godkännanden enligt alkoholskattelagen. Även tillsynen över verksamheten skall skötas med utgångspunkt i skatte-reglerna. Alkoholinspektionens direkttillsyn, prövning av ansökningar etc. faller då bort. Kvar på dessa arbetsområden blir en allmän tillsyn

och uppföljning av utvecklingen samt arbete med föreskrifter, allmänna råd och kommentarer till alkohollagen, dvs. uppgifter som kommittén benämner övergripande tillsyn. Dessa uppgifter skall överföras till Folkhälsoinstitutet den 1 juli 2001, i och med att Alkoholinspektionen läggs ned. I det följande beskrivs de uppgifter som skall övergå till Folkhälsoinstitutet.

Den främsta målgruppen för allmänna råd och kommentarer är kommunerna för deras arbete med lokal tillsyn över alkoholserveringen och ölhandeln samt för deras prövning av ansökningar om serverings-tillstånd. Arbetet syftar till en riktig och enhetlig tillämpning av lagen. Andra målgrupper är t.ex. länsstyrelser, polis- och skattemyndigheter, domstolar samt näringsidkare inom alkoholområdet. Den ovan nämnda lagändringen kommer även att på flera punkter beröra försäljningsbestämmelserna för alkoholdrycker vilket medför en omfattande revidering av nuvarande styrdokument.

I Folkhälsoinstitutets uppgifter kommer också ingå att följa upp det alkoholpolitiska regelsystemet och utvärdera dess funktion. En särskild uppgift är att följa upp att kommunernas tillståndsgivning på serveringsområdet utvecklas i överensstämmelse med lagens intentioner. Ovanstående arbete består i att samla information på olika sätt från såväl tillverkare och partihandlare som länsstyrelser, kommuner och restauratörer. Till området hör också att bevaka rättsutvecklingen genom att ta in domar från förvaltningsdomstolarna rörande serverings- och ölärenden och ett urval av domar i allmänna domstolar rörande hembrännings- och smugglingsmål.

En grund i uppföljningsarbetet är att hålla register över rättighets-havare för tillverkning och partihandel samt register över serverings-tillståndshavare.

Länsstyrelserna upprättar varje år länsrapporter rörande utvecklingen i länet och länsstyrelsens iakttagelser och egna aktiviteter i kommunerna. Rapporter över länsstyrelsernas tillsynsbesök i kommunerna översänds löpande till Alkoholinspektionen och kommer i framtiden att översändas till Folkhälsoinstitutet.

Informationen som samlas på detta sätt ger underlag för informationsaktiviteter av olika slag; rapporter konferenser etc. Informationen kan även föranleda ändring i myndighetens kommentar till lagen. Den återförs till bl.a. kommuner, länsstyrelser och tillståndshavare. Beställda rapporter skall redovisas till regeringen. Information skall även sammanställas till statistik om bl.a. den totala alkoholförsäljningen som ingår i CAN:s och Folkhälsoinstitutets rapport.

I uppgifterna inom ramen för den övergripande tillsynen ingår också informations- och utbildningsverksamhet om alkohollagen och dess

tillämpning. Folkhälsoinstitutet kan använda sin hemsida som en viktig informationsbärare i sammanhanget.

I Alkoholutredningen övervägs även en rad åtgärder angående regelverket för försäljning av teknisk sprit. Nuvarande regelverk hanteras av Läkemedelsverket. Det är troligt att Alkoholutredningen kommer att föreslå samma system på detta område som det redan genomförda systemet för partihandeln med drycker, dvs. rättigheter baseras på godkännanden etc enligt alkoholskattelagen. Tillsynen blir en del av skatterevisjonen. Den praktiska (*operativa*) tillsynen och medgivandet att köpa teknisk sprit, förs enligt Alkoholutredningens förslag över till skattemyndigheten. Ansvaret för de alkoholpolitiska aspekterna och den *övergripande tillsynen* inom området förväntas flyttas från Läkemedelsverket till Folkhälsoinstitutet. Med detta följer ett föreskriftsarbete, uppföljning etc.

I Folkhälsoinstitutets roll inom arbetsområdet övergripande tillsyn avseende teknisk sprit bör bl.a. ingå att ur ett samhällsperspektiv bevaka flödet av sprit. Som ett exempel kan nämnas alkoholhaltiga preparat avsedda för konsumtion. Gräddor med likör i portionsförpackning är inte dryck utan preparat och kan följaktligen säljas fritt i dagligvaruhandeln. Skattemyndigheten har troligen inga invändningar då punktskatt erläggs för varan, däremot kan det bli ett problem med tillgängligheten ur ett alkoholpolitiskt perspektiv. Hur stort problem det är fråga om kan inte förutses. Men detta belyser vikten av att Folkhälsoinstitutet behöver följa utvecklingen på området och lämna regeringen uppgifter om brister som behöver åtgärdas.

Denaturering och denatureringsämnen är exempel på utvecklingsområden när det gäller föreskrifter om teknisk sprit. Det måste av både medicinska skäl och miljöskäl ske en utveckling av den tekniska spritens denaturering. Aktuella områden är sprit avsedd för tillverkning av kosmetika där dietylftalat är det vanligaste denatureringsämnet i dag men där det finns studier som visar på allvarliga hälsorisker vid användning av höga halter av ftalater. Etanolinblandning i bensin är ett miljöexempel, där denatureringsämnen inte får påverka avgasutsläppet negativt. Liknande problem finns i andra EU-medlemsländer och det är viktigt att Folkhälsoinstitutet deltar i den här utvecklingen, kanske främst på drivmedelssidan där Sverige redan idag har kommit långt när det gäller etanoldrift.

Denaturering har ett samband med alkoholskatter. Denaturering görs för att underlätta kontroll av att spriten inte används för förtäring. Samtidigt får inte denatureringen påverka spritens egenskaper för avsett ändamål. Är prisskillnaden mellan obeskattad och beskattad sprit mycket stor blir det frestande att rena den denaturerade spriten.

Ett annat exempel på att skattemyndighetens och Folkhälsoinstitutets kommande arbetsuppgifter inom teknisk sprit kommer att höra samman är att det måste finnas förståelse för att rätt denaturering i rätt vara också har betydelse för hur stor kontrollinsats skattemyndigheten behöver utföra. Det finns en mycket tydlig balans mellan denaturering – skatt – kontroll och hur den balansen utnyttjas har betydelse för vad verksamheten kommer att kosta staten.

Som redovisats i avsnitt 2.6 fick Statskontoret år 1998 regeringens uppdrag att kartlägga vissa centrala och regionala myndigheters och andra organisationers ansvar och uppgifter på alkohol- och narkotikaområdet samt att lämna principförslag till en ny myndighetsstruktur och ansvarsfördelning i syfte att samordna och effektivisera samhällets insatser inom området ifråga. Statskontoret föreslog att statens åtaganden skulle omprövas och att uppgifter bl.a. avseende information och kampanjer riktade till allmänheten skulle decentraliseras till regional/lokal nivå. Dessutom föreslogs inrättandet av en ny central stabsmyndighet för samordnad ledning, utveckling och utvärdering av statens alkohol- och narkotikapolitiska verksamhet. Vad gällde tillståndsgivningen, menade Statskontoret, borde i första hand övervägas en samordning med skattemyndigheternas och kommunernas motsvarande verksamhet.

Organisationskommittén konstaterar att flera av Statskontorets förslag förverkligas om de förslag som vi lägger avseende Folkhälsoinstitutets nya roll och uppgifter kommer att genomföras. Genom att uppgifter flyttas från Alkoholinspektionen, som kommer att avvecklas, och från Läkemiddelsverket till Folkhälsoinstitutet begränsas antalet myndigheter på den nationella nivån som arbetar med alkohol, vilket också ligger i linje med Statskontorets förslag.

I och med att Folkhälsoinstitutet ska följa upp och utvärdera folkhälsomålen och ett av målen med stor sannolikhet kommer att handla om alkoholkonsumtionen, kommer Folkhälsoinstitutet inom ramen för sitt arbete med de nationella målen att ha ett ansvar för att följa upp åtgärderna inom alkoholområdet. Genom att institutet kommer att arbeta med övergripande tillsyn enligt alkohollagstiftningen skapas goda förutsättningar att analysera brister och peka på vad som behöver åtgärdas både när det gäller regler och annat för att uppnå folkhälsomålen avseende alkohol. Regeringen kan då få en samlad bild av alkoholområdet. Detta är ett argument för att Folkhälsoinstitutet bör ha den övergripande tillsynen. Att följa alkoholområdet kan väntas bli ännu mer aktuellt i och med att Sverige får nya införselregler för alkohol inom EU.

Verksamhet kommer att tillföras institutet från Alkoholinspektionen och Läkemiddelsverket.

Övergripande tillsyn enligt lagen om hälsofarliga varor m.m.

Folkhälsoinstitutet har även regeringens uppdrag att vara nationell kontaktpunkt (focal point) för det Europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, sv. ECNN). Detta innebär bl.a. att Folkhälsoinstitutet skall samla in nationella data om narkotika och narkotikamissbruk och ansvara för Sveriges rapportering till centret. Rapporten består av information om droger, vilket sätt och vilken omfattning bruket har, samt om det finns några mönster eller trender i bruket. Inom ramen för detta uppdrag ansvarar också Folkhälsoinstitutet tillsammans med Rikspolisstyrelsen för den svenska rapporteringen gentemot EU:s Early Warning system.

Myndigheten har även ansvar för att bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte är läkemedel samt för att bevaka och utreda behovet av kontroll av varor enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Detta kan ses som en form av övergripande tillsyn och utvärdering som bl.a. kan leda fram till att en vara (efter regeringsbeslut) klassas som narkotika och där sedan tullen och polisen utför den direkta tillsynen.

Folkhälsoinstitutet skall samråda och samverka med Livsmedelsverket och Läkemedelsverket när det gäller frågor som rör t.ex. kosttillskott med tveksamt innehåll eller syntetiska droger.

Folkhälsoinstitutet har alltså redan i dag ansvar inom området narkotika exklusive narkotiska läkemedel samt för viss narkotikastatistik. Organisationskommittén kan inte se att någon annan myndighet skulle vara bättre lämpad att ha dessa uppgifter utan anser att de bör ligga kvar på Folkhälsoinstitutet.

Institutet bör inom ramen för sitt arbete med övergripande tillsyn m.m. inom alkohol och narkotika även framdeles representera Sverige i EU:s arbetsgrupper om alkohol och narkotika.

Organisationskommittén anser också att regeringen bör överväga att låta institutet få ansvaret för tillsyn av s.k. precursorer (kemikalier som används vid illegal narkotikatillverkning) enligt lagen (1992:860) om kontroll av narkotika.

Övergripande och direkt tillsyn enligt tobakslagen

Tillsynen enligt tobakslagen kan i huvudsak indelas i

- tillsyn av rökfria miljöer och lokaler,
- tillsyn av åldersgräns,
- tillsyn av produktkontroll och varningstexter,

- tillsyn avseende rökfri arbetsmiljö,
- tillsyn av marknadsföring.

I dag utförs den direkta tillsynen av *rökfria miljöer och lokaler* av kommunen, oftast av den funktion som sköter miljö- och hälsoskyddsfrågor. Länsstyrelserna har tillsyn över kommunerna. Socialstyrelsen har en övergripande tillsyn.

Den direkta tillsynen av *åldersgränser* utförs av kommunen. I många fall samordnas tillsynen med livsmedelstillsynen och dylikt, alltså av den kommunala funktion som sköter miljö- och hälsoskyddsfrågor. I vissa fall kan dock tillsynen vara förlagd till socialnämnd eller motsvarande. Länsstyrelserna har tillsyn över kommunerna. Socialstyrelsen har en övergripande tillsyn.

När det gäller tillsyn av *produktkontroll och varningstexter* finns endast en direkt central tillsyn, som i dag utförs av Socialstyrelsen. Arbetet består främst i att utöva tillsyn över att det finns varningstexter och innehållsdeklarationer som stämmer överens med myndighetens föreskrifter och med innehållet. Verksamheten kräver dels juridisk kompetens för t.ex. överläggningar med producenter, dels mer tekniskt inriktad kompetens såsom laboratoriemätningar etc.

Arbetskyddsstyrelsen ansvarar för tillsyn avseende *rökfri arbetsmiljö* och Konsumentverket ansvarar för tillsyn av *marknadsföring* av tobak.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen är nöjda med den arbetsfördelning som finns i dag, medan kommunerna skulle föredra att enbart en statlig myndighet har ansvar för tillsynen inom tobaksområdet. Från Regeringskansliets sida önskar man en bättre efterlevnad av lagstiftningen.

Organisationskommittén anser att de frågor som i dag ligger på Arbetskyddsstyrelsen, dvs. tillsyn avseende rökfri arbetsmiljö och på Konsumentverket, dvs. tillsyn av marknadsföring, bör ligga kvar på dessa myndigheter. Dessa myndigheter är sektorsansvariga myndigheter för frågor avseende arbetsmiljö respektive marknadsföring. Kommittén finner ingen anledning att frånga detta sektorsansvar. Detta är dessutom nyligen prövat av regeringen.

När det gäller övrig tillsyn enligt tobakslagen, som skall åvila en central statlig myndighet, dvs. de tillsynsuppgifter som i dag ligger på Socialstyrelsen, har kommittén övervägt vilken myndighet de bör ligga på. Organisationskommittén anser att en viktig utgångspunkt bör vara att tillsynen av tobak, alkohol och narkotika hanteras av en och samma myndighet. På kommunal nivå arbetar man samlat med dessa frågor. Inom regeringskansliet arbetas också samlat med dessa frågor och bl.a. övervägs för närvarande att göra tillsynsreglerna inom alkohol- och

tobakslagstiftningen mer lika. Att alkohol-, narkotika och tobaksarbetet hålls ihop såväl på kommunal som regeringsnivå är en viktig anledning till att det också bör hållas ihop även på myndighetsnivå. Ett annat motiv är att det ur ett målgruppsperspektiv också ofta är lämpligt att se samlat på dessa frågor.

Eftersom direktiven till Organisationskommittén tydligt säger att övergripande tillsyn enligt alkohollagstiftningen bör övertas av Folkhälsoinstitutet och institutet redan i dag har tillsynsliknande frågor inom narkotikaområdet anser kommittén att det talar för att även den övergripande tillsynen enligt tobakslagen bör övergå till Folkhälsoinstitutet. Kommittén bedömer också att effektivitetsvinster kan nå genom att samma organisatoriska enhet kan arbeta både med alkohol- och tobakstillsyn.

Tillsynsarbetet kan även ge institutet data som kan vara viktiga vid uppföljning och utvärdering av folkhälsomål som rör tobak. Regelverket och tillsynen av detta är ett medel bland flera för att nå målen beträffande alkohol och tobak. Arbete med tillsynsuppgifter kan dessutom ge myndigheten ökad stadga i sitt arbetssätt vilket kan ge myndigheten ökad legitimitet i den övriga verksamheten.

Det finns stora utvecklingsmöjligheter när det gäller den övergripande tillsyn som Socialstyrelsen hittills bedrivit enligt tobakslagen. Det kan bl.a. övervägas hur tillsynssystemet kan förbättras t.ex. genom att egentillsyn rörande åldersgränser, liknande det som Alkoholutredningen föreslår, prövas.

När det gäller rökfria miljöer och lokaler respektive åldersgräns finns vissa fördelar främst för den lokala tillsynsmyndigheten med att den centrala tillsynen ligger kvar hos Socialstyrelsen. Detta sammanhänger med att de förvaltningar inom kommunen som arbetar med den direkta tillsynen har kontakt med Socialstyrelsen i andra sammanhang. Risker av miljötobaksrök är en miljömedicinsk fråga. Socialstyrelsen har särskild miljömedicinsk kompetens, vilket talar för att Socialstyrelsen bör ha kvar detta tillsynsansvar.

Tillsyn av produktkontroll och varningstexter ligger av tradition på Socialstyrelsen. Detta var tidigare naturligt, eftersom det då handlade om att utifrån medicinska forskningsrön utforma svenska varningstexter och dylikt. I dag beslutas dock dessa på EU-nivå, varför kopplingen till svensk medicinsk sakkunskap inte längre spelar samma roll som tidigare. Den tekniska delen av tillsynen skulle teoretiskt kunna ligga på en myndighet med fysisk/kemisk laboratorieinriktning, t.ex. Kemikalieinspektionen eller Livsmedelsverket, som i dag har kompetens liknande den som behövs för att utöva denna tillsyn.

Organisationskommittén anser dock att argumentet att alkohol, narkotika och tobak bör hållas samman väger tyngre än ovanstående

argument. Kommittén anser också att Socialstyrelsens nuvarande uppgifter inom området tobakstillsyn inte bör splittras på två myndigheter.

Flera myndigheter har både utvecklings- och tillsynsuppgifter. Det borde således vara möjligt även för Folkhälsoinstitutet att förena dessa uppgifter, särskilt med tanke på att institutet främst föreslås få ansvar för övergripande tillsyn. Samtidigt har kommittén förståelse för vad som sades i Utvärderingen av Folkhälsoinstitutet, nämligen att det är svårt eller omöjligt för en organisation att bibehålla kvalitet i insatserna samtidigt som man spänner över ett mycket brett fält och måste härbärgera olikartade verksamhetskulturer inom sig. Det är angeläget att följa upp att tillsynsuppgifterna ges tillräckliga resurser och att de kan integreras på ett lämpligt sätt i institutets övriga uppgifter.

Överflyttningen av tillsynsuppgifter från Socialstyrelsen till Folkhälsoinstitutet förutsätter att bl.a. 19 § tobakslagen (1993:581, omtryckt 1996:941) ändras så att Folkhälsoinstitutet anges som tillsynsmyndighet. Kommittén vill i sammanhanget även påpeka att nämnda paragraf kan tolkas så att både, kommuner och länsstyrelsen har direkt tillsyn av rökfria miljöer och lokaler samt åldersgränser i länet, vilket inte torde vara avsikten.

6.1.5 Samordning av statistik över alkohol, narkotika och tobak

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör ansvara för en samlad nationell analys av utvecklingen inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet. Institutet bör även främja tillgången på statistik av god kvalitet genom att initiera metodutveckling och utveckling av standards i samarbete med användare och producenter samt publicera statistik.

Folkhälsoinstitutet skall inte ta över databaser från övriga statistikproducenter eller själv bygga upp nya databaser. Det föreslagna samordningsarbetet skall inte inkräkta på t.ex. Epidemiologiskt centrums arbetsområde.

Statistik inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena har olika syften. Ett syfte kan vara att fylla en larmfunktion och ett annat att följa utvecklingen inom området. Statistiken kan också utgöra ett underlag för lokala och regionala åtgärder. Den kan även vara en viktig utgångs-

punkt för den allmänna debatten och för allmänhetens behov av information.

Folkhälsoinstitutet utger tillsammans med CAN den årliga redogörelsen för alkohol- och narkotikasituationen i Sverige. Myndigheten fick också år 1994 regeringens uppdrag att skapa ett samrådsforum med uppgift att se över det samlade behovet av statistik på alkoholområdet. Folkhälsoinstitutet ansvarar, som ovan sagts, också för Sveriges rapportering till EU om narkotika. Dessutom har regeringen givit Centrum för alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet i uppdrag att utveckla vissa statistiska metoder. Efter detta utvecklingsarbete planerar regeringen att ge institutet nya uppgifter på statistikområdet.

Även andra myndigheter och organisationer producerar och publicerar statistik och undersökningar om narkotika. Inom narkotikaområdet tas även uppgifter från t.ex. tullens och polisens beslagsstatistik samt från kriminalvårdens, socialtjänstens och sjukvårdens statistik om vård och behandling. Dessutom svarar Läkemedelsverket för statistik om narkotikaklassade läkemedel samt substanser och beredningar som används i industrin. Ytterligare statistik inom narkotikaområdet kan hämtas från Rikspolisstyrelsen och de olika polismyndigheterna, Tullverket, Brottsförebyggande rådet samt övriga myndigheter inom rättsväsendet. Ingen är i dag samordnare av all statistik om narkotika.

I sitt delbetänkande Narkotikastatistik – Om samhällets behov av information om narkotikautvecklingen (SOU 1999:90) konstaterar Narkotikakommissionen att samhällets statistikförsörjning vad gäller narkotikarelaterade uppgifter i stort sett håller god kvalitet och har en hög ambitionsnivå (se 2.9). Men för att kunna uppnå så långsiktigt hållbara lösningar som möjligt samt för att områden med särskilt stora brister skall kunna prioriteras föreslår kommissionen att narkotikastatistiken, så långt det är möjligt, samordnas. Det bör dessutom råda ett samspel mellan de uppgifter som efterfrågas på central nivå och de primärdata som registreras regelbundet på lokal nivå, menar kommissionen. Efterfrågade uppgifter från den lokala nivån bör även vara till nytta för den lokala uppgiftslämnaren.

Narkotikakommissionen anser att det behövs ett uttalat och tydligt ansvar för en samlad analys av den nationella narkotikastatistiken, utan att det inkräktar på enskilda myndigheters statistikansvar. Bristen vad gäller narkotikastatistiken ligger i att ingen myndighet idag har ett övergripande ansvar för och kunskap om narkotikastatistiken. Dessutom finns i dag ingen myndighet som har ansvar för att driva på metodutvecklingen.

Kommissionen gör bedömningen att Folkhälsoinstitutet bör få detta samordnande ansvar för narkotikastatistiken. Detta eftersom Folkhälso-

institutet redan idag har ansvaret för att följa narkotikautvecklingen i landet. Samtidigt har myndigheten, i sin egenskap av svensk kontaktpunkt, fått ansvaret att sammanställa alla svenska uppgifter till ECNN.

Kommissionen anser att det i det övergripande ansvaret bör ingå att göra en årlig svensk sammanställning av all relevant narkotikastatistik, inklusive jämförande EU-statistik. Förutom att analysera och ställa samman data på nationell nivå bör även ingå i ansvaret att värdera och belysa narkotikautvecklingen. Kommissionen anser vidare att institutet även bör få ansvaret att utveckla metoder samt ta initiativ till forskning inom området ifråga. Den svenska narkotikastatistiken bör vidare samordnas med det utvecklingsarbete som sker inom ramen för EU:s narkotikasamarbete. Samarbete bör även ske med övriga berörda parter som verkar inom området, dvs. myndigheter, organisationer, kommuner, landsting och forskare m fl. Narkotikakommissionen har fått stöd för sina förslag av berörda myndigheter.

Organisationskommittén håller med Narkotikakommissionen om att det behövs en samlad analys och en samordning av narkotikastatistiken. Bristen på en samordnare av narkotikastatistiken kan leda till att dubbelarbete sker och till att statistik tas fram som inte alltid uppfyller användarnas behov. Det kan också leda till att viss statistik saknas, eftersom ingen har ansvar för att följa upp området och se vilka behov statistiken skall fylla. Narkotikastatistik är även förknippad med metodproblem i form av mörkertal m.m. Erfarenhetsutbyte av metodfrågor är således också väsentligt. Kommittén anser dessutom att motsvarande förhållanden gäller för alkoholstatistiken.

Folkhälsoinstitutet kommer att behöva en tillförlitlig statistik i sitt arbete med att följa upp/utvärdera de nationella folkhälsomålen samt i sitt arbete med att utvärdera metoder.

Ett exempel som belyser ett praktiskt problem p.g.a. bristande samordning av alkohol- och narkotikastatistik är följande. Tullverket har i dag inte möjlighet att följa upp vad som blir effekten i brukarleden av sina beslag av alkohol och narkotika. Därmed saknas ett viktigt underlag för att mäta tullens resultat och för att göra politiska prioriteringar.

Förutom Folkhälsoinstitutet och Tullverket är flera andra myndigheter och organisationer hjälpta av att bl.a. få tillförlitlig kunskap om drogtillgång och användning av droger. I dag har olika användare olika delar av den sammanlagda informationen. Flera aktörer inom området har intresse av metodutveckling av hur man kartlägger drogtillgång och droganvändning. En samordning av erfarenheter av metoder för att ta fram statistisk information lokalt och regionalt kan underlätta för aktörer på lokal och regional nivå. Det är särskilt viktigt att följa utvecklingen av alkoholförbrukningen när vi får nya införselregler.

Folkhälsoinstitutet är den myndighet som är bäst lämpad att samordna alkohol- och narkotikastatistiken. Eftersom det ombildade Folkhälsoinstitutet bl.a. kommer att ha ett ansvar för den övergripande tillsynen inom alkoholområdet och redan har ett tillsynsansvar inom narkotika, och myndighetens ansvar inom dessa båda områden innefattar ansvar för viss nationell statistik är det lämpligt att myndigheten även har ett samordnande ansvar för statistiken inom dessa områden. Dessutom har Folkhälsoinstitutet, som tidigare sagts, regeringens uppdrag att skapa ett samrådsforum med uppgift att se över det samlade behovet av statistik på alkoholområdet. Genom att Folkhälsoinstitutet får ansvar för att samordna alkohol- och narkotikastatistiken samt för tillsyn inom alkohol och narkotika får myndigheten en expertfunktion och en samordnande funktion avseende alkohol och narkotika, vilket kan ge synergieffekter.

Folkhälsoinstitutet har, som tidigare nämnts, viss erfarenhet av samordning av drogstatistik. Institutet samordnar bl.a. narkotikastatistik i samband med sin uppgift, att enligt lagen om hälsofarliga varor, aktivt samla in information från Polisen, Tullverket, sociala nämnder och hälso- och sjukvårdens nämnder. Arbetet med statistiksamordning kommer att öka med Organisationskommitténs förslag och Folkhälsoinstitutet kan behöva tillföras viss ny kompetens för dessa uppgifter.

Folkhälsoinstitutet bör även ha ett samordnande ansvar inom tobaksstatistiken. Som tidigare sades anser kommittén att det är viktigt att hålla ihop arbetet med alkohol, narkotika och tobak. Tobak är liksom alkohol och narkotika en drog och alla tre drogerna ingår i Folkhälsoinstitutets och CAN:s drogvaneundersökningar. Dessutom finns smugglingsproblem med alla tre drogerna. Nya införselregler inom EU kommer också att gälla på tobaksområdet.

6.1.6 Särskilda regeringsuppdrag

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet skall på regeringens uppdrag kunna ansvara för nationell samordning av särskilda folkhälsofrågor.

Det kan finnas behov av en nationell samverkan i ett aktionsinriktat folkhälsoarbete även i fortsättningen. Med Folkhälsoinstitutets nya inriktning ingår det inte i institutets löpande verksamhet att initiera och genomföra kampanjer eller annan attitydpåverkande verksamhet.

Ansvar för genomförandet av folkhälsoarbetet ligger liksom tidigare på kommuner och landsting.

Det kan dock finnas skäl att även fortsättningsvis samordna statens, kommunernas och landstingens insatser för att påverka utvecklingen i en viss folkhälsofråga. Ett exempel kan vara insatser som sammanhänger med att införselreglerna inom EU för alkohol och tobak ändras. Ett annat exempel kan vara det hiv/aids-förebyggande arbetet. Ett tredje exempel på nationell samling är att fokusera på en viss folkhälsofråga som nu är aktuell med "Sätt Sverige i rörelse" under ett fysiskt aktivitetsår 2001.

När regeringen anser att det är befogat med en nationell samordning på folkhälsoområdet torde Folkhälsoinstitutet i många fall vara den myndighet som är den mest lämpade att svara för en sådan samordning. Kommittén menar att Folkhälsoinstitutet enbart skall genomföra nationellt samordnade insatser efter beslut av regeringen och inte på eget initiativ initiera och genomföra kampanjer och attitydpåverkan. Folkhälsoinstitutet skall dock ha kompetens för attitydpåverkan som metod i folkhälsoarbetet. Naturligtvis förutsätts kommuners och landstings deltagande i nationellt samordnade aktioner ske med respekt för den kommunala självstyrelsen.

Kommittén anser också att omfattningen av de särskilda regeringsuppgifterna inte bör vara för stor. Det skulle nämligen kunna försvåra omställningen av myndigheten och hindra att arbetet med att följa upp och utvärdera de nationella folkhälsomålen ges tillräcklig prioritet. För institutets planering är det också att föredra att uppgifterna i så stor utsträckning som möjligt ges i regleringsbrev. Detta förbättrar också regeringens möjligheter att följa upp uppgifterna i både verksamhets- och kostnadstermer.

Sammanfattningsvis anser kommittén att följande bör beaktas när det gäller särskilda regeringsuppgifter. Dessa bör

- vara tydligt avgränsade i tid och syfte,
- ha tydliga mål,
- följas upp och utvärderas,
- inte tränga undan de löpande uppgifterna,
- göras i samverkan med andra aktörer,
- inte försvåra omställningen av myndigheten.

6.1.7 Internationellt arbete

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör i sitt internationella arbete:

- följa och aktivt medverka i den internationella utvecklingen av insatser inom folkhälsoområdet,
- på regeringens uppdrag representera Sverige i internationella sammanhang,
- ge regeringen underlag för internationellt samarbete,
- exportera tjänster inom folkhälsoområdet.

Folkhälsoinstitutet har redan i dag, som tidigare redovisats, uppgifter när det gäller att följa den internationella utvecklingen inom folkhälsoområdet och att på regeringens uppdrag representera Sverige i internationella sammanhang. Kommittén bedömer att institutets arbete med att följa och aktivt medverka i den internationella utvecklingen inklusive att representera Sverige i bl.a. EU- och WHO-sammanhang bör öka.

I andra sammanhang i betänkandet har institutets roll inom det internationella arbetet behandlats. Med anledning av ett ärende om tjänsteexport, som regeringen överlämnat till kommittén, vill vi här utveckla den frågan.

Det finns flera argument för att svenska myndigheter bör ägna sig åt tjänsteexport. Globaliseringen innebär att vårt samhälle i ökad utsträckning påverkas av vad som händer i andra delar av världen och att också den svenska statsförvaltningen i allt högre grad måste agera i ett internationellt sammanhang. Särskilt vårt EU-medlemskap har lett till nya krav på kontakter och erfarenheter av internationellt arbete i statsförvaltningen. Genom export av vårt kunnande kan vi bidra till att utveckla förvaltningarna i andra länder och samtidigt bygga upp värdefulla kontakter mellan svenska statliga myndigheter och deras motsvarigheter utomlands. Inte minst i vårt närområde kan tjänsteexporten utgöra ett inslag i den svenska säkerhetspolitiken.

För den enskilda myndigheten kan tjänsteexport ge personalen möjlighet att utveckla sin kompetens i olika avseenden och det innebär också att myndigheten blir mer attraktiv som arbetsgivare. Det blir lättare att rekrytera och behålla personal om man kan erbjuda sådana stimulerande arbetsuppgifter, som tjänsteexporten kan innehålla.

Tjänsteexportverksamheten inom en myndighet måste bära sig genom intäkter. Det skall vara full kostnadstäckning. När en myndighet bedriver tjänsteexport bör man ha en egen resultatenhet. Därmed kan

tjänsteexporten även ge myndigheten positiva incitament till att se över sina kostnader på myndighetsnivå.

Organisationskommittén, som förutsätter att Folkhälsoinstitutet fortsätter med och även utökar sin tjänsteexport, menar dock att det kan vara rimligt att myndigheten under sin omställningsperiod vill fokusera på sina nya uppgifter på bekostnad av tjänsteexporten.

6.1.8 Kompetensbehov

Kommitténs bedömning

Folkhälsoinstitutet kommer att behöva ha tillgång till kompetens

- som kan analysera nationell och internationell hälsoutveckling och dra relevanta slutsatser som kan leda till förslag om insatser för att nå fastlagda mål.
- som har en god överblick över och insikt om utvecklingen inom olika politikområden samt de faktiska och potentiella hälsoeffekterna av verksamheten inom olika samhällssektorer inkl. de som genereras av olika marknadsmekanismer och de som skapas av samhällets policyinitiativ.
- som kan analysera folkhälsans bestämningsfaktorer.
- som kan granska olika metoder i folkhälsoarbetet på både individ, grupp och samhällsnivå och kritiskt värdera deras tillämpbarhet i praktiken och effekter på olika befolkningsgrupper.
- som kan formulera och upphandla uppdragsforskning som stöd för Folkhälsoinstitutets åtaganden samt besluta om åtgärder som stöder kompetensutvecklingen inom för institutet viktiga forskningsområden.
- som kan arbeta med och utveckla institutets övergripande tillsyn samt statistiksamordning inom alkohol, narkotika och tobak.

I samband med Folkhälsoinstitutets nya roll kommer det att behöva ske en omställning och tyngdpunktsförskjutning av institutets kompetens. Institutet kommer framöver att behöva mer analys-, metod- och utvärderingskompetens samt forskarkompetens inom relevanta områden. Den beskrivning av Folkhälsoinstitutets framtida arbetsuppgifter, som givits i tidigare avsnitt, visar att det handlar om högt kvalificerade analysuppgifter som i flera fall kräver forskarutbildning för att kunna genomföras adekvat. Det gäller även uppgiften att vara beställare av uppdragsforskning. Folkhälsoinstitutet har också till viss

del rekryterat forskarutbildade medarbetare med framför allt beteende- och samhällsvetenskaplig inriktning.

Den nationella folkhälsopolitiken kommer att omfatta ett brett spektrum av metoder för att minska exponering och sårbarhet hos individer och befolkning. Detta innebär att institutet kommer att behöva kompetens inom kunskapsområdena folkhälsovetenskap, medicin, beteendevetenskap och samhällsvetenskap. Dessutom kommer kompetens att arbeta med och utveckla institutets övergripande tillsyn, bl.a. juridisk och kemisk kompetens, att tillföras i samband med det föreslagna övertagandet av övergripande tillsynsuppgifter från Alkoholinspektionen, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen.

Kommittén anser att institutet behöver stärka kompetensen bland den egna personalen. Därutöver kan institutet få tillgång till kompetens genom samverkan med andra myndigheter, samverkansavtal med forskningsinstitutioner, konsulter, internationella organ m.fl.

I och med att flera olika samhällssektorer och politikområden kommer att arbeta med uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen blir det av vikt att Folkhälsoinstitutet som samlande myndighet har insikt i och förståelse för hur de olika politikområdena och deras myndigheter arbetar. Det handlar såväl om kunskap om sakfrågorna som kunskap om statsförvaltningen. Även kunskap om kommuner och landsting och deras sätt att arbeta är viktigt. Det är viktigt att institutet utvecklar sin kompetens vad gäller omvärldsbevakning.

6.2 Samverkan

Folkhälsomyndighetens nya arbetsuppgifter kommer att kräva mycket samverkan med andra, framför allt med de myndigheter och organisationer som har ett ansvar när det gäller uppfyllandet av folkhälsomålen. Kommittén bedömer att institutet i framtiden bör samverka med:

- myndigheter som medverkar till att folkhälsomålen uppfylls,
- länsstyrelserna och kommunerna m.fl. om tillsynen på alkohol- och tobaksområdet,
- kommuner och landsting,
- forskningsinstitutioner,
- organisationer.

6.2.1 Forskningsamverkan

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör finansiera viss uppdragsforskning samt utveckla sina hittillsvarande samverkansavtal med forskningsinstitutioner.

Folkhälsoinstitutets samverkan med forskare bör utvecklas genom bl.a. långsiktiga samverkansavtal med forskningsinstitutioner som

- bedriver till kvalificerad, praktisk interventionsforskning inom folkhälsoområdet,
- har nära samarbete med berörda kommuner och landsting,
- har kompetens och erfarenhet av sektorsövergripande hälsopolitisk analysverksamhet så att de kan stödja metodutveckling inom området,
- har kapacitet och bredd för att kunna bidra till kompetensutveckling och forskarutbildning av Folkhälsoinstitutets medarbetare.

Kommittén föreslår även att det i samverkansavtalen mellan Folkhälsoinstitutet och forskningsinstitutioner avtalas om tjänstekonstruktioner som möjliggör rotation mellan forskningsinstitutioner och Folkhälsoinstitutet.

Ny nationell hälsopolitik och forskningsfinansiering i förändring

Två aktuella utredningar ger viktiga förutsättningar för diskussionen om Folkhälsoinstitutets samverkan med forskningen. Det är dels *Hälsa på lika villkor*, dels rapporten *Att finansiera forskning och utveckling* från Arbetsgruppen för fortsatt beredning av myndighetsstruktur för forskningsfinansiering (se 2.2 och 2.11).

Inriktningen i *Hälsa på lika villkor*, som innebär dels att hälsopolitiken ses som en integrerad del av många olika politikområden, dels att folkhälsomålen är satta i termer av exponering för ohälsans bestämningsfaktorer, stöds i huvudsak av både internationella experter och av remissinstanserna.

För att implementera samt följa upp och utvärdera de nya folkhälsomålen kommer det att krävas goda kunskaper om det förebyggande arbetets metoder och möjligheter. Ett annat verktyg i detta

arbete blir hälsokonsekvensbeskrivningar. Tekniken för dessa är dock långt ifrån färdigutvecklad.

Mot bakgrund av Folkhälsoinstitutets egna sammanställningar av sina forskningssatsningar kan man konstatera att Folkhälsoinstitutet har haft en uttalad ambition att stärka interventionsforskningen. Man har delvis lyckats, men ändå kan man konstatera att det finns avsevärda kunskapsluckor om olika metoders effektivitet. Inom forskningsråden har området inte kommit att prioriteras särskilt högt. Det illustrerar att man noggrant måste se över strukturen för interventiv forskning inom folkhälsoområdet.

Skall utvärdering av lokala interventioner vara forskningsmässigt intressant måste de utformas på ett sätt som skapar förutsättningar för ett välfungerande befolkningsbaserat fältlaboratorium (kvalificerad praktisk interventionsforskning). Interventionerna måste vara av sådan styrka och omfattning att man kan förvänta sig mätbara effekter och dokumentationen av insatser och utfall måste vara väl fungerande och tillförlitlig. Vi har hittills inte haft många sådana satsningar på folkhälsoområdet i Sverige. Kommittén förutsätter att det av regeringen föreslagna nya Forskningsrådet för sociala frågor och arbetsliv, som bl.a. skall ha ansvar för folkhälsovetenskaplig forskning, kommer att ekonomiskt stödja interventionsforskningen inom folkhälsoområdet.

Kommittén bedömer också att det är en logisk konsekvens av övervägandena från Arbetsgruppen för fortsatt beredning av myndighetsstruktur för forskningsfinansiering och forskningsfinansieringspropositionen att Folkhälsoinstitutet främst skall finansiera uppdragsforskning inom ramen för sin nya roll samt ha samverkansavtal med forskningsinstitutioner.

Folkhälsoinstitutets samarbete med forskningen

Det är lätt att peka på områden där det svenska folkhälsoarbetet och hälsopolitiken behöver bättre kunskaper för att arbeta effektivare. På några områden har den existerande forskningsrådsstrukturen och Folkhälsoinstitutets satsningar lett till betydande förstärkningar, det gäller exempelvis beteende- och samhällsvetenskapligt inriktad alkohol-forskning, allergiforskning, forskning om ojämlikhet i hälsa och om äldres hälsa. För dessa fyra områden håller det på att byggas upp nationella centra, i vissa fall med regionala nätverk.

Kommittén bedömer att andra områden som Folkhälsoinstitutet har prioriterat i sin kunskapsstrategi, t.ex. barn och ungdomars psykiska hälsa och välfärdssystemens inklusive arbetsmarknadens betydelse för hälsoutvecklingen, kan utvecklas inom ramen för den nya forsknings-

rådsstrukturen. När det gäller Folkhälsoinstitutets samarbete med forskningen ser kommittén framför allt två samarbetsformer – uppdragsforskning om interventionsmetoder och långsiktiga samarbetsavtal.

Om Folkhälsoinstitutet ska uppfylla rollen av nationellt kunskapscentrum för interventionsmetoder och utvärderingsmetoder inom folkhälsoområdet samt utveckla kunskapsöversikter över väl utvärderade metoder krävs kompetens och resurser för att upphandla oberoende högkvalitativ expertis inom och utom landet och ibland regelrätta utvärderingar.

Även för att analysera andra risk- och friskfaktorer kan man behöva anlita forskare med goda insikter om bl.a. skola, arbetsliv, livsmedel, boende, integration, trafik m.m. i och med att det inte är realistiskt att Folkhälsoinstitutet skall kunna hålla sig med spetskompetens inom alla dessa områden. Här måste dock en noggrann avvägning göras mellan vad respektive ansvariga sektorsmyndigheter själva gör och vad Folkhälsoinstitutet skall göra. I och med att man för olika uppdrag behöver de bästa forskarnas medverkan och dessa bör vara oberoende av institutet bör man inte göra upp långsiktiga avtal, utan upphandla arbetet separat för varje uppdrag.

Folkhälsoinstitutet som skall vara expert på interventionsmetoder och deras utvärdering behöver nära långsiktigt samarbete med institutioner som har tillgång till kvalificerad, praktisk interventionsforskning inom folkhälsoområdet med pågående väl dokumenterad befolkningsbaserad hälsofrämjande och preventiv verksamhet. Därutöver behöver forskningsinstitutionerna kompetens och erfarenhet av sektorsövergripande hälsopolitisk analysverksamhet så att de kan stödja metodutveckling inom området inklusive sjukdomsbördemätningar, prioriteringar, målanalys och hälsokonsekvensbedömningar. Det behövs även kapacitet och bredd för att kunna bidra till kompetensutveckling och forskarutbildning av Folkhälsoinstitutets medarbetare. Dessutom bör forskningsinstitutionerna ha ett nära samarbete med berörda kommuner och landsting.

Folkhälsoinstitutet behöver genom systematisk och långsiktig kompetensutveckling och nyrekrytering dels öka andelen medarbetare med forskarutbildning, dels öka forskningskompetensen generellt. Om man skall kunna dra till sig och behålla de bästa krafterna är det viktigt att säkra goda möjligheter till vetenskaplig utveckling för medarbetarna. Det kan bl.a. ordnas genom långsiktigt samarbete med forskningsinstitutioner och tjänstekonstruktioner som möjliggör rotation mellan forskning och andra uppgifter. På detta sätt får Folkhälsoinstitutet tillgång till forskningskunnande utan att själv bedriva forskning. God aktuell kompetens om epidemiologi m.m. kan finnas på myndigheten genom personer som alternerar mellan forskartjänster och tjänster på

Folkhälsoinstitutet. Genom att enbart arbeta på Folkhälsoinstitutet kan det finnas svårigheter för berörda personer att hålla sin kunskap aktuell, men med en cirkulationstjänst finns möjlighet att både forska och att arbeta i institutet. Folkhälsoinstitutet kan då bli en attraktivare arbetsplats. Dessutom kan anställda på myndigheten, som inte är forskarutbildade, bli inspirerade att öka sin forskningskompetens. Det gäller dock att överväga omfattningen och utformningen av samarbetsavtal och cirkulationstjänster eftersom alltför stor rotation på personal kan göra att erfarenhetsöverföring och kontinuitet blir lidande.

Det kan också konstateras att Folkhälsoinstitutet alltifrån sitt bildande har haft samverkansavtal med vissa forskningsinstitutioner. Dessa samverkansavtal kan dock tas tillvara på ett mer strategiskt sätt.

6.2.2 Samverkan med den regionala och lokala nivån

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör i samarbete med företrädare för kommuner, landsting och länsstyrelser upprätta en för myndigheten gemensam policy och strategi för hur samverkan skall ske med regional och lokal nivå.

Institutet bör i samarbete med kommuner, landsting och länsstyrelser utveckla strategiska samverkansformer med regionala och lokala representanter.

Organisationskommittén anser att det är viktigt att Folkhälsoinstitutet bygger upp kommunikationskanaler med den lokala och regionala nivån eftersom det är där som huvuddelen av folkhälsoarbetet utförs. Institutet behöver ha goda kontakter och ett väl fungerande samarbete med främst kommuner, landsting och länsstyrelser. Samverkan fyller olika syften och formerna för samverkan bör anpassas till det aktuella syftet.

Det första syftet med samverkan är, enligt kommittén, att *kommunicera den nationella politiken* och diskutera behovet av och förutsättningarna för ett samlat nationellt agerande för att stödja en positiv utveckling av folkhälsan. Det kan t.ex. ske med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen och deras uppföljning och utvärdering. Vidare skall ett syfte vara att föra ut statliga beslut och intentioner inom folkhälsoområdet. Institutet bör utveckla samverkan med den politiska

nivån i kommuner och landsting samt landstingens samhällsmedicinska enheter.

Det andra syftet med samverkan är strategiska diskussioner om *kommuners och landstings behov av stöd*. Institutet skall utforma sin verksamhet utifrån bl.a. detta behov. Det förutsätter att det finns former för kommuner och landsting att framföra sina behov av stöd i folkhälsoarbetet. När det gäller institutets övergripande prioriteringar behöver samverkan ske med strategiskt placerade personer och för att diskutera den närmare inriktningen på arbetet behöver samverkan ske med experter inom kommuner och landsting. Det är angeläget att de personer som representerar kommuner och landsting i denna samverkan har mandat att tala för respektive kommun eller landsting i de aktuella frågorna.

Det tredje syftet med samverkan är att institutet skall kunna *informera* kommuner och landsting om uppföljningen och utvärderingen av folkhälsomålen samt *förmedla* vetenskapligt baserad kunskap om metoder och strategier i folkhälsoarbetet. Detta förutsätter att institutet kan nå ut brett till berörda i kommuner och landsting. Det är också angeläget att kommuner och landsting skall kunna vända sig till institutet för att få kännedom om vilka erfarenheter som finns när det t.ex. gäller beprövade metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Särskilt viktigt är att nå ut med metoder om hur man når utsatta grupper. Ett annat viktigt område där det finns behov av stöd från myndigheten är utvärderingsmetodik. I dessa fall sker samverkan lämpligen genom att institutet anordnar och medverkar i konferenser, seminarier, utnyttjar modern teknologi som Internet, publicerar rapporter och genom att institutets personal kan bistå med expertstöd.

Det fjärde syftet med samverkan hör samman med institutets *tillsynsuppgifter* inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet. I institutets övergripande tillsyn ingår att samla erfarenheter om hur regelverket fungerar och hur det kan förbättras. I detta fall förutsätts att samverkan sker med personer som har ansvar för tillsynsfrågorna i länsstyrelserna men också i kommuner. Kommittén ser ett fungerande samarbete mellan institutet och länsstyrelserna som en grundförutsättning för att tillsynen inom dessa områden skall kunna utvecklas.

I samband med att Folkhälsoinstitutet skall följa upp och utvärdera de nationella folkhälsomålen bör enligt kommittén institutet även samverka med andra myndigheter på central nivå (se avsnitt 6.1.2). Detta kan ge bättre förutsättningar än tidigare för att öka förtroendet och legitimiteten hos de centrala aktörerna inom folkhälsoområdet. Samtidigt kan arbetet på central nivå effektiviseras och kontakterna med regional och lokal nivå förenklas. Detta är även viktigt mot bakgrund av att man på regional och lokal nivå ibland upplever att de centrala

aktörerna inte samordnar sitt agerande. Samtidigt finns idag ett stort informationsutbud på lokal och regional nivå där det i vissa fall kan uppstå en konkurrenssituation mellan olika prioriterade insatser.

När det gäller publicering av kunskapsmaterial anser kommittén att ett grundläggande faktamaterial om folkhälsa bör finnas i sin helhet på Internet för nedladdning. Därutöver bör övervägas om institutet bör producera faktamaterial till yrkesgrupper, skolor m.fl. utifrån avnämnarnas behov och mot en kostnad enligt självkostnadsprincipen.

Institutet bör göra en omprövning av befintliga samverkansformer inklusive nätverk med utgångspunkt i sina nya uppgifter. Organisationskommittén menar vidare att det givetvis är så att olika sorters kontaktvägar måste byggas upp med avseende på ändamålet med kontakterna. Dock anser kommittén att det inom myndigheten måste finnas en enhetlig och av ledningen bestämd policy för hur samverkan generellt skall utformas. Detta för att säkerställa att institutets verksamheter samordnas inom myndigheten.

6.2.3 Hiv/aids-arbete

Kommitténs bedömning

Ett ställningstagande till hur gränsdragningen mellan berörda myndigheters uppgifter inom området hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar skall se ut bör ske i samband med att regeringen tar ställning till Smittskyddskommitténs förslag. Detta ligger utanför Organisationskommitténs uppdrag.

När det gäller statliga myndigheters roller i arbetet mot hiv-infektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar ser det i dag i huvudsak ut på följande sätt:

Smittskyddsinstitutet tar emot och hanterar anmälningar, analyserar smittvägar, definierar särskilt riskutsatta grupper, analyserar epidemiologiska samband, analyserar trender över tiden samt arbetar med att klarlägga smittspridning och med att medverka till epidemiologisk bedömning av preventionsstrategier.

Folkhälsoinstitutet samordnar det förebyggande arbetet på nationell nivå. Till grund ligger en nationell policy med mål, som landstingen implementerar. Institutet utformar informationsstrategier grundade på målgruppsanalyser, sammanställer kunskap, stödjer metodutveckling och initierar vid behov forskning. Resultaten sprids via bl.a. konfe-

rener, Internet och HIV-aktuellt. För närvarande utarbetas på regeringens uppdrag en handlingsplan för det förebyggande arbetet.

Socialstyrelsens uppgift är tillsyn av sjukvårdshuvudmännens inklusive smittskyddsläkarnas verksamhet. Därtill har Socialstyrelsen ansvar för uppföljning av det aktuella sjukdomsläget.

De tre involverade myndigheterna har alltså olika roller inom området sexuellt överförbara sjukdomar inklusive hiv-infektion. De är införstådda med varandras nuvarande verksamhet och ansvarsområden.

Enligt Smittskyddskommittén (SOU 1999:51) bör särreglering av hiv-infektion i förhållande till andra allmänfarliga smittsamma sjukdomar upphävas så långt det är möjligt. Vidare anses att nuvarande smittskyddsorganisation i stort sett fungerar bra och inte bör förändras. Landstingen med smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna skall alltså ha ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas samt för det förebyggande arbetet. Kommittén framhåller i betänkandet smittskyddsläkarnas centrala roll i smittskyddsarbetet.

Beträffande den nationella styrningen och uppföljningen av smittskyddsarbetet konstaterar Smittskyddskommittén att brister finns i dag när det gäller möjligheter till nationell uppföljning och utvärdering av smittskyddsarbetet, bl.a. avseende samhällsekonomiska analyser eller bedömningar av åtgärdernas effektivitet och effekter på smittskyddsläget. Smittskyddskommittén föreslår därför att ett arbete inleds för att utveckla metoder och rutiner för sådan nationell uppföljning och utvärdering. Vidare föreslås att Socialstyrelsen skall ha ansvar för den nationella samordningen av smittskyddet samt att Socialstyrelsen även fortsättningsvis skall ha tillsyn över smittskyddet. Enligt Smittskyddskommitténs förslag till ny smittskyddslag finns ingen uttalad roll för Folkhälsoinstitutet.

Ett ställningstagande till hur gränsdragningen mellan involverade myndigheters uppgifter inom området hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar skall se ut bör ske i samband med att regeringen tar ställning till Smittskyddskommitténs förslag. Detta ligger utanför Organisationskommitténs uppdrag.

6.2.4 Samverkan mellan Folkhälsoinstitutet och CAN

Kommitténs förslag

De statliga bidragen till CAN bör sammanföras och utbetalas via en myndighet. Det bör preciseras vad de statliga bidragen skall finansiera.

CAN bör även i fortsättningen ansvara för att producera alkohol- och drogvane statistiken. Det är viktigt att samverkan med Folkhälsoinstitutet i arbetet fortsätter och utvecklas, bl.a. kan en grupp motsvarande Folkhälsorapportens redaktionskommitté övervägas.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har till uppgift att förmedla basfakta samt följa och informera om förändringar på drogområdet. Förbundet samarbetar med Folkhälsoinstitutet när det gäller att följa alkohol- och narkotikautvecklingen och sprida saklig information på drogområdet, (se avsnitt 4.5.2.).

CAN finansieras främst genom statliga bidrag. Organisationen tilldelades cirka 8 miljoner kr år 1999 för sitt arbete med att bedriva och främja upplysning och information inom alkohol- och narkotikaområdet samt för att vara ett serviceorgan för folkrörelser och organisationer i deras droginformation. Detta statliga verksamhetsbidrag utbetalades via Socialstyrelsen.

Dessutom träffades avtal om ytterligare cirka 3 miljoner kr från Folkhälsoinstitutet för att CAN skall följa utvecklingen inom drogområdet, driva ett bibliotek med litteratur om alkohol och narkotika samt göra årliga drogvaneundersökningar. CAN har förutom ersättningen enligt ovanstående avtal fått cirka 1 miljoner kr i ersättning för andra uppdrag åt Folkhälsoinstitutet under år 1999.

Resterande intäkter utgjordes år 1999 av 2 miljoner kr som organisationen fått i intäkter för tidningsprenumerationer, försäljning av trycksaker, kursavgifter m.m.

Från och med den 15 februari 2000 flyttades ansvaret för webbsidan Drugsmart från Socialdepartementet till CAN och för detta utgår en ersättning under året med 5 milj. kr.

Vad gäller tilldelning av bidrag till frivilligorganisationer inom området alkohol och narkotika har CAN givits en särställning genom att vara den enda organisation som får en egen öronmärkt summa. Verksamheten som organisationen bedriver kan sägas ligga mitt emellan gängse myndighetsuppgifter och frivillig verksamhet som

normalt bedrivs på folkrörelsebasis (Vad får vi för pengarna SOU 1998:38).

I Statsbidragskommitténs betänkande (SOU 1998:38) konstaterades att för bidragen till organisationer verksamma inom området alkohol och narkotika, liksom för bidrag till organisationer inom flera andra områden som hörde till Socialdepartementets ansvar, var resultatstyrningen från statens sida låg. Utredningen konstaterade också att en verksamhet som inte bedrivs i statens regi inte kan kontrolleras på samma sätt som en statlig verksamhet. Den statliga bidragsgivaren kan inte kräva samma detaljerade information från en instans som staten valt att lämna bidrag till som man kan på en instans inom den statliga sektorn. Däremot kan den statliga bidragsgivaren ställa krav i förhållande till de bidrag som lämnas till en frivilligorganisation. Utredningen lämnade ett rad förslag i syfte att förbättra statens styrning.

Enligt förslag i ovanstående utredning gjordes förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ansvara för bidragen. Förordningen anger krav och legal grund för organisationernas ansökningar och återrapporteringar. CAN får sitt bidrag från samma anslag som andra frivilligorganisationer inom alkohol, narkotika m.m., men utan att uppfylla kraven enligt förordningen. Statsbidragskommittén föreslog att ett avtal mellan regeringen och CAN skulle upprättas, men det har inte skett.

Organisationskommittén kan konstatera att samverkan mellan Folkhälsoinstitutet och CAN varit mycket omfattande både i samband med drogvaneundersökningar och i samband med konferenser, informationsmaterial m.m. Viss samverkan bygger på ramavtalen, där organisationens ersättning för biblioteksfunktionen och drogvaneundersökning regleras. Dessutom fanns under 1999 ett tilläggsavtal knutet till ramavtalet. Förutom detta samarbete finns övrig samverkan mellan Folkhälsoinstitutet och CAN, som ibland innebär ersättning till organisationen, ibland inte.

Organisationskommittén anser, bl.a. mot bakgrund av vad som sägs av Statsbidragskommittén om statens dåliga styrning av medlen till frivilligorganisationerna, att det är väsentligt att det tydliggörs vad staten får för de pengar som tillskjuts CAN. Det bör klargöras vad de olika statliga medlen finansierar. I dag är det svårt att få en överblick av vad de olika statliga bidragen till organisationen skall finansiera och vilka kostnadsberäkningar som ligger bakom besluten om bidragens storlek. Vilka kostnader i form av personal, lokaler, overheadkostnader m.m. skall täckas av bidraget som utbetalas via Socialstyrelsen, av ramavtalet mellan Folkhälsoinstitutet och CAN, tilläggsavtal på års-

basis mellan Folkhälsoinstitutet och CAN eller genom övriga arvoden som ges av Folkhälsoinstitutet för olika uppdrag är oklart. Personal från Folkhälsoinstitutet deltar också i arbetet med drogvaneundersökningar m.m. utan att omfattningen av arbetsinsatsen är reglerad.

Kommittén anser att det bör tydligt regleras hur samarbetet skall gå till mellan Folkhälsoinstitutet och CAN. Hur många persondagar som personal från CAN respektive institutet skall lägga ner på gemensamma projekt och vilka uppgifter inom projekten som skall utföras av CAN respektive Folkhälsoinstitutet m.m. bör regleras. Ett ramavtal kan upprättas, där institutet åtar sig att köpa tjänster för en viss summa ± ett visst antal procent varje år. Genom detta avtal kan alla uppdrag som CAN gör åt Folkhälsoinstitutet regleras. Detta underlättar planeringen för både Folkhälsoinstitutet och CAN.

Kommittén anser dock att det är bäst om alla olika statliga bidrag och arvoden till CAN förs samman, så det finns *ett* statligt avtal med organisationen om såväl det allmänna informationsarbetet som arbetet med bibliotek, drogvaneundersökningar, Drugsmart och gärna även de löpande uppdragen. Kommittén kan här se tre alternativ.

Det första alternativet är att regeringen och CAN sluter ett avtal. Organisationens kan få ett eget anslag, som betalas ut via en myndighet. Detta alternativ förordas om regeringen vill poängtera CAN:s myndighetsliknande roll och tydligt peka ut vilka uppgifter man vill att organisationen skall utföra.

Alternativ två innebär att Folkhälsoinstitutet gör ett avtal med CAN, får medel som skall gå till CAN i sin ram, betalar ut medlen och följer upp att organisationen utför den verksamhet som avtalats om. De medel som CAN får kan redovisas i institutets årsredovisning. Argument för detta alternativ är bl.a. att institutet och CAN redan i dag har avtal och att Folkhälsoinstitutet behöver insatser från CAN. Kommittén anser att detta alternativ är lämpligt att välja om stödet är att se främst som ersättning för viktiga uppdrag som CAN utför, t.ex. biblioteksservice och drogvaneundersökningar. Folkhälsoinstitutet har dessutom möjlighet att ställa preciserade krav på CAN, eftersom flera uppdrag utförs för institutets räkning.

Det tredje alternativet innebär att bidraget till CAN lämnas av Socialstyrelsen på motsvarande sätt som Socialstyrelsen lämnar organisationsstöd till andra organisationer, se avsnitt 6.1.3. Detta alternativ kan vara lämpligt om bidraget till CAN främst syftar till att säkerställa samhällets behov av att det finns en samarbetsorganisation mellan folkrörelserna inom alkohol- och narkotikaområdet.

Kommittén anser att det är lämpligt och i linje med Folkhälsoinstitutets nya roll att CAN även i fortsättningen ansvarar för att

producera alkohol- och drogvanestatistik. Det är dock viktigt att samverka med Folkhälsoinstitutet i arbetet fortsätter och utvecklas. Det kan bl.a. övervägas om man kan ha en grupp motsvarande Folkhälsorapportens redaktionskommitté för att förbättra en kontinuerlig samverkan mellan Folkhälsoinstitutet och CAN. Folkhälsoinstitutet bör dessutom i samband med den årliga alkohol- och drograpporten från CAN analysera data i rapporten och utifrån det dra slutsatser och formulera åtgärdsförslag, som sedan presenteras för regeringen.

6.2.5 Information och attitydpåverkan

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet bör i första hand förmedla fakta och beslutsunderlag. Informationsbehovet från institutets huvudsakliga avnämare – regeringen, landsting och kommuner samt sektorsmyndigheter – bör vara vägledande när institutet utformar sin informationsstrategi.

Regeringen kan bedöma att det finns behov av nationellt samordnade informations- och attitydpåverkande insatser riktade mot allmänheten eller direkt opinionsbildning på nationell nivå. Viktiga samverkanspartners är då kommuner och landsting. Regeringen kan ge uppdrag till Folkhälsoinstitutet eller överenskomma med t.ex. kommuner, landsting eller frivilligorganisationer om hur genomförandet bör ske.

Folkhälsoinstitutet bör göra en informationsstrategi för dels hur institutet skall nå ut med information om sin nya inriktning, dels för hur institutet skall arbeta med information som ett led i sitt ordinarie arbete. Informationsstrategin bör göras utifrån ett avnämarperspektiv.

Folkhälsoinstitutets rapportering till *regeringen* bör bl.a. innehålla uppföljning och utvärdering av insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen samt analyser och åtgärdsförslag.

I samband med arbetet med uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen bör institutet stödja berörda *statliga myndigheter* med forum för erfarenhetsutbyte samt information om goda exempel, bra arbetsmetoder m.m. Detta kan bl.a. spridas genom den generaldirektörsgrupp som kommittén tidigare har behandlat (avsnitt 6.1.2) och genom institutets hemsida.

I samband med arbetet med de nationella folkhälsomålen förutsätter kommittén att *frivilligorganisationer inom folkhälsoområdet* också får en viktig roll. Hur samhället totalt bör arbeta med folkhälsomålen, dvs. implementeringen av dem inklusive lämplig ansvarsfördelning, informationsstrategi osv. är en fråga för Nationella folkhälsokommittén och senare för statsmakternas överväganden. Folkhälsoinstitutets informationsinsatser gentemot organisationerna kan därför inte preciseras i nuläget.

Folkhälsoinstitutet skall sprida erfarenheter till *kommuner och landsting* om verkningsfulla metoder och strategier i folkhälsoarbetet. Institutet bör i sin roll som kunskapscentrum även fungera som ett organ som kommuner och landsting kan kontakta när man skall sätta i gång ett nytt projekt och vill veta om någon annan gjort något liknande och vilka erfarenheter institutet samlat inom det aktuella området.

Institutet bör utarbeta föreskrifter och allmänna råd, följa och analysera utvecklingen m.m. när det gäller alkohol-, narkotika- och tobaksområdet. Målgruppen här är *berörda tillsynsmyndigheter och andra aktörer* inom alkohol-, narkotika-, och tobaksområdet. Information bör ske genom rapporter, Webbplats, samverkansgrupper m.m.

En viktig kanal för kommunikation är Internet. Organisationskommittén anser att institutet bör vidareutveckla sin Internetanvändning och på så sätt få möjlighet att ha kontakt med t.ex. kommuner och landsting, få synpunkter, idéer och uppslag om metoder för folkhälsoarbete, ge goda exempel på folkhälsometoder m.m. Internet är bra mot bakgrund av att det svårligen går att ha löpande kontakter med t.ex. alla kommuner och landsting i landet. Internet är även ett bra medel för att nå ut med kunskap och fakta till allmänheten.

Enligt kommitténs förslag sker det en förskjutning av institutets informationsinsatser mot regeringen, myndigheter samt kommuner och landsting. Information till allmänheten bör främst komma från organisationer och myndigheter på regional och lokal nivå som utifrån sin lokalkännedom har större möjlighet att prioritera det som är viktigt i just det geografiska området. Det ger också bättre förutsättningar att samordna informationen med andra lokala och regionala aktiviteter. Den huvudsakliga statliga uppgiften gentemot den lokala och regionala nivån bör vara att stödja aktörerna med fakta samt information om metoder och strategier.

En genomgång som Folkhälsoinstitutet gjort av material/informationssatsningar under åren 1997–1999 visade att institutet under treårsperioden producerat sammanlagt 299 materialprodukter (avsnitt 5.3.1). Med materialprodukter menades rapporter, kartläggningar, utvärderingar, konferensrapporter, metod/utbildning, böcker, broschyrer, informationsskrifter, övrig marknadsföring samt

vissa kampanjer. Av de s.k. materialprodukter som framställts av institutet riktades 13 procent eller 39 produkter under den aktuella treårsperioden direkt till allmänheten. Tre kampanjer direkt riktade till allmänheten gjordes under treårsperioden. Detta visar att Folkhälsoinstitutet redan i dag ägnar huvuddelen av sina informationsinsatser åt professionella avnämare och inte direkt till allmänheten.

Regeringen kan bedöma att det finns behov av nationellt samordnade informations- och attitydpåverkande insatser riktade mot allmänheten eller direkt opinionsbildning på nationell nivå. Viktiga samverkanspartners är då kommuner och landsting. Regeringen kan därför ge uppdrag till Folkhälsoinstitutet eller överenskomma med t.ex. kommuner, landsting eller frivilligorganisationer om hur genomförandet bör ske.

Kommittén menar att institutet på regeringens uppdrag skall kunna arbeta med attitydpåverkande och opinionsbildande insatser, men inte som ett led i det ordinarie arbetet. Som kommittén tidigare påpekat (se avsnitt 6.1.6) är det bl.a. viktigt att regeringsuppdraget är tydligt avgränsat i tid och syfte, att det inte tränger undan de löpande uppgifterna, att det görs i samverkan med andra aktörer och att det inte försvårar omställningen av myndigheten.

Kommittén menar att en annan kanal för regeringens opinionsbildning inom folkhälsoområdet kan vara frivilligorganisationer. I detta sammanhang bör dock påpekas att arbetet med att fördela medel åt organisationer inte bör ligga kvar på Folkhälsoinstitutet.

Institutet kommer även i fortsättningen att ha en viktig pådrivande roll inom folkhälsoområdet. Detta sker bl.a. genom att institutet skall ha en samlad bild av uppföljning och utvärdering med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen och skall sprida denna till regering, berörda statliga myndigheter, kommuner och landsting m.fl. Kommittén bedömer att detta är ett medel som skapar förutsättningar för andra aktörers opinionsbildning mot allmänheten, särskilt när det gäller att förbättra hälsan för dem som är mest utsatta för hälsorisker.

6.2.6 Introduktion av Folkhälsoinstitutets nya uppgifter i förhållande till de nya folkhälsomålen

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutets nya roll bör introduceras i samband med att de nationella folkhälsomålen introduceras och implementeras av regeringen.

Eftersom en viktig uppgift för Folkhälsoinstitutet kommer att vara att samla arbetet med uppföljning och utvärdering av folkhälsoinsatser med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen, anser kommittén att Folkhälsoinstitutets nya roll bör introduceras i samband med att de nationella folkhälsomålen introduceras och implementeras. Även Folkhälsoinstitutets andra uppgifter bör ses som ett led i arbetet att nå de nationella folkhälsomålen.

När Folkhälsoinstitutets nya roll i samband med de nationella folkhälsomålen skall introduceras är det viktigt att säkerställa att andra berörda myndigheter blir involverade. Kommittén tänker då bl.a. på att det klart skall framgå att Folkhälsoinstitutet skall arbeta på regeringens uppdrag med att samla sektorsmyndigheterna i arbetet att följa upp och utvärdera de nationella folkhälsomålen. Det är också viktigt att andra myndigheters uppgifter tydliggörs dels när det gäller implementeringen av folkhälsomålen, dels när det gäller uppföljning och utvärdering. Detta bör bl.a. framgå av myndigheternas regleringsbrev.

När regeringen angett vilket ansvar eller *vilka* uppgifter myndigheterna skall ha i samband med uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen är det myndigheternas ansvar att klara ut *hur* uppgifterna skall utföras. Det kan vara en omfattande och tidsödande process att arbeta fram bra samverkansformer. Detta har arbetet med de nationella miljömålen visat. Det finns erfarenheter från miljömålsarbetet att använda för såväl för regeringskansliet som för Folkhälsoinstitutet och sektorsmyndigheterna.

Som tidigare sagts förutsätter kommittén att kommuner, landsting, deras förbund samt frivilligorganisationer också kommer att få viktiga roller i samband med arbetet med folkhälsomålen. Det är därför väsentligt att Folkhälsoinstitutets nya roll tydliggörs även för dessa aktörer inom folkhälsoområdet.

6.3 Utformning av regeringens styrmedel

I de följande avsnitten redovisas Organisationskommitténs överväganden och förslag till regeringens styrmedel för Folkhälsoinstitutet. Förslag till instruktion redovisas i sin helhet i avsnitt Författningsförslag och förslag till regleringsbrev redovisas i bilaga 3.

6.3.1 Utvärderingsgruppens iakttagelser

Den externa utvärderingsgruppen (bilaga 4) konstaterar att statsmakternas mål för Folkhälsoinstitutet varit formulerade mycket olika. Ibland har de uttryckts i hälsotermer och ibland i form av mål om processer eller insatser. Dessutom har det ofta formulerats mål som visat bristande respekt för behovet av långsiktiga insatser för att kunna nå önskat resultat. Gruppen skriver att "(E)n sådan statlig regleringsram kan ge upphov till likgiltighet och skepsis bland personal och ledning och till en prioritering av interna mål på bekostnad av de externa". Utvärderingsgruppen rekommenderar att formuleringarna om mål och resultat innehåller en realistisk tidshorisont och att det sker en samordning med budgetutvecklingen.

När det gäller bedömning av effekter av Folkhälsoinstitutets insatser påpekar gruppen även här att detta är en svår uppgift eftersom folkhälsoinsatser oftast kräver lång tid för att kunna uppnå resultat. Dessutom är det mycket svårt, menar utvärderingsgruppen, att urskilja institutets insatser bland alla de andra faktorer som kan påverka utvecklingen.

Utvärderingsgruppen anser dessutom att institutet inte på ett systematiskt sätt förmått integrera målet ökad jämlikhet i hälsa i sin verksamhet, vilket avspeglats i att det saknats strukturer inom institutet som skulle kunna stödja en integrering av jämlikhetsaspekten i alla program.

Den externa utvärderingsgruppen skriver vidare i sin rapport att man "inte ser positivt på samspelet mellan regering/departement och Folkhälsoinstitutet om mål för och prioritering av verksamheten". Detta menar gruppen bl.a. kan bero på att de årliga regleringsbrev ofta inte är samordnade med budgetutvecklingen och tidshorisonten för uppdragen. Utvärderingsgruppen rekommenderar att samspelet mellan regering/departement och Folkhälsoinstitutet ses över och förbättras.

Organisationskommittén gör bedömningen att det i vissa fall kan ha funnits oklarheter i den statliga styrningen av Folkhälsoinstitutet. Som exempel kan anges att utformningen av regleringsbrev under åren inte alltid varit tydlig då man t.ex. inte skilt på myndighetens verksam-

hetsmål och myndighetens uppdrag. Folkhälsoinstitutets uppdrag har dessutom under åren varit av mycket stor omfattning, vilket kan ha inverkat på myndighetens löpande verksamhet, och därmed påverkat huruvida myndigheten kunnat uppnå sina mål eller inte.

Kommittén gör bedömningen att det är viktigt att skilja på mål och medel i regeringens utformning av styrmedlen för Folkhälsoinstitutet. Detta innebär bl.a. att regleringsbrevet för institutet i framtiden i så hög grad som möjligt bör renodlas till att ange vilka mål som bör uppnås med verksamheten. Institutets uppgifter bör i stället anges i instruktionen.

Organisationskommittén bedömer att för att regeringens styrning gentemot Folkhälsoinstitutet skall fungera tillfredsställande bör styrmedlen utformas på ett tydligt och konsekvent sätt samt, i så stor utsträckning som möjligt, utifrån ett långsiktigt perspektiv. Styrmedlen bör vidare utformas på ett sådant sätt att det blir möjligt att genom uppföljning och utvärdering av Folkhälsoinstitutets verksamhet och ekonomi bedöma resultaten med utgångspunkt i institutets mål och uppgifter. Dessutom bör styrmedlen kunna ge tillräcklig vägledning för myndighetens egen utformning av verksamheten. Folkhälsoinstitutets roll, uppgifter och mål bör klargöras på ett sådant sätt att institutet kan utforma en tydlig verksamhetsidé samt en ändamålsenlig organisationsindelning.

Kommitténs ovanstående bedömningar har legat till grund för de förslag till utformning av styrmedlen som anges nedan.

6.3.2 Instruktion

Kommitténs förslag

Syfte och huvuduppgifter

Folkhälsoinstitutets verksamhet syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Särskild vikt skall fästas vid insatser för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna.

Institutet skall ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser på folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen samt vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Verksamheten skall stå på vetenskaplig grund.

Organisationskommittén anser att det övergripande syftet med Folkhälsoinstitutets verksamhet inte skiljer sig från tidigare. Verksam-

heten skall fortfarande syfta till att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Ett viktigt huvudsyfte med verksamheten bör även fortsättningsvis vara att fästa särskild vikt vid de grupper i samhället som är utsatta för de största hälsoriskerna, dvs. att indirekt försöka påverka förhållanden som gör att ojämlikheten i hälsa minskar. I detta avseende uttrycker instruktionstexten en form av inriktningsmål, vilket återkommer i regleringsbrevet och där utgör ett av de övergripande målen för de övriga mål som formuleras.

Vidare anser kommittén att de nya huvuduppgifterna för Folkhälsoinstitutet bör vara att ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering, vilka därför lyfts fram i den nya instruktionens inledande paragraf där *syftet och huvuduppgifterna* anges. Den nya rollen och de nya uppgifterna innebär att myndigheten i stor utsträckning behöver samråda med andra berörda myndigheter samt samverka med och ge stöd till kommuner och landsting. I båda dessa roller, vilka dels riktar sig mot regeringen, dels kommuner och landsting, bör den vetenskapliga förankringen vara en förutsättning och en viktig grund för all verksamhet.

I Folkhälsoinstitutets nuvarande instruktion anges att "(V)erksamheten skall ha vetenskaplig förankring". Kommittén anser att formuleringen "(V)erksamheten skall stå på vetenskaplig grund" i stället skall användas och vill därmed ytterligare poängtera forskningens betydelse och att vetenskapliga metoder tillämpas i den framtida myndighetens verksamhet.

Kommitténs förslag

Stabsuppgifter

Folkhälsoinstitutet skall i samråd med berörda myndigheter bistå regeringen med en samlad uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen. I detta ansvar ingår framför allt att

- analysera folkhälsoutvecklingen och insatserna på folkhälsoområdet nationellt och internationellt,
- mot bakgrund av analyserna av folkhälsoutvecklingen ge förslag till åtgärder,
- utarbeta och vidareutveckla indikatorer och mätmetoder för uppföljning och utvärdering av folkhälsomålen,
- vid behov lämna förslag till prioriteringar och förändringar av de nationella folkhälsomålen,
- redovisa analyser, slutsatser och förslag i rapporter till regeringen.

Folkhälsoinstitutet skall vara regeringens expertmyndighet inom folkhälsoområdet, både internationellt och nationellt, vilket framför allt innebär att

- samla kunskap om strategier och metoder som rör folkhälsofrågor,
- medverka med expertkunskaper,
- bidra med underlag för svenska ställningstaganden i internationella sammanhang

Institutet skall på regeringens begäran genomföra hälsokonsekvensbedömningar och utarbeta förslag till handlingsplaner.

Institutet skall på regeringens begäran samordna nationella insatser.

Under rubriken *stabsuppgifter* i Organisationskommitténs förslag till instruktion framgår mer detaljerat vad kommittén anser bör ingå i de uppföljnings- och utvärderingsuppgifter som myndigheten skall bistå regeringen med i sin stabsfunktionsroll. Främst handlar det om att, med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen, både löpande och mer genomgripande, analysera den nationella och internationella folkhälso-utvecklingen samt insatserna på folkhälsoområdet. Med utgångspunkt i dessa analyser bör institutet göra bedömningar, dra slutsatser och ge förslag till åtgärder till regeringen. När särskilda skäl finns bör myndigheten även lämna förslag till prioriteringar av de nationella folkhälsomålen samt förslag till ändringar eller omformuleringar av målen.

Till viss del anges liknande formuleringar av Folkhälsoinstitutets uppgifter i nuvarande instruktion. Där står bl.a. att institutet särskilt skall ”följa utvecklingen av folkhälsan och de förhållanden som berör denna samt ta de initiativ som utvecklingen ger anledning till samt ”tillsammans med andra berörda förse regeringen med underlag som belyser hälsokonsekvenserna av planerade beslut”. En viktig skillnad i Organisationskommitténs förslag till instruktion är dock att det tydligt anges att Folkhälsoinstitutets uppgifter handlar om uppföljning och utvärdering samt att det anges vilka uppgifter som är att betrakta som stabsuppgifter, dvs. som myndigheten skall bistå regeringen med.

Med *uppföljning* menas här kontinuerlig, i detta fall årlig, efterhandsbedömning av genomförande, prestationer och effekter inom folkhälsoområdet. En sådan uppföljning kan presenteras i en årlig rapport om folkhälsoutvecklingen med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen. Med *utvärdering* menas i stället en mer omfattande insats och kvalificerad analys och efterhandsbedömning av genomförande, prestationer och effekter där även orsakssamband tas upp till

diskussion. En sådan utvärdering med analyser och åtgärdsförslag kan presenteras för regeringen t.ex. vart fjärde år i form av den föreslagna folkhälsopolitiska rapporten. Institutet bör utgå från Socialstyrelsens folkhälso- och sjukvårdsrapport i sina analyser, slutsatser och åtgärdsförslag.

Det framhålls även i det nya förslaget att den samlade sektorsövergripande uppföljningen och utvärderingen skall ske i samråd med berörda myndigheter i all den verksamhet som skall bedrivas där regeringen är avnämare. I nuvarande instruktion står i stället att "(Verksamheten) på nationell nivå (skall) främja samarbete mellan olika organ för att påverka förhållanden av betydelse för folkhälsan" samt "utformas i kontakt med alla samhällssektorer som har betydelse för folkhälsan".

Ett viktigt led för institutets arbete med de nationella folkhälsomålen är att utveckla indikatorer och mätmetoder för att kunna följa upp målen. Organisationskommittén anser att det är viktigt att det av instruktionen framgår att sådana mått bör tas fram. Utan sådana mått eller indikatorer kan inte folkhälsomålen följas upp på ett ändamålsenligt sätt.

Utöver detta anser Organisationskommittén att det är viktigt att framhäva Folkhälsoinstitutets roll i det internationella arbetet, dvs. att som regeringens expertmyndighet medverka med expertkunskaper på det nationella och internationella planet. Ett aktivt deltagande i det internationella arbetet kommer att vara nödvändigt framöver, dels genom att fånga upp viktiga kunskaper om folkhälsometoder och strategier, dels genom att ge underlag för svenska ställningstaganden i olika internationella sammanhang. I nuvarande instruktion för Folkhälsoinstitutet står att institutet "aktivt skall medverka i det internationella folkhälsoarbetet".

Organisationskommittén anser att det i instruktionen också bör framgå att myndigheten, om regeringen så önskar, kan få i uppgift att ansvara för olika nationella insatser. Dessa regeringsuppdrag bör vara avgränsade i tiden samt anges i regleringsbrevet under rubriken *Uppdrag* (se även nedan).

Kommitténs förslag

Nationellt kunskapscentrum

Folkhälsoinstitutet skall vara ett nationellt kunskapscentrum inom folkhälsoområdet. I uppgiften ingår att bistå kommuner och lands- ting med nationell och internationell kunskap om framför allt

- insatserna på folkhälsoområdet i förhållande till de nationella folkhälsomålen,

- forskning och utveckling,
- strategier och metoder,
- vidareutveckling av metoder för hälsokonsekvensbeskrivningar av politiska beslut.

Institutet skall samverka med forskningen inom folkhälsoområdet, bl.a. genom att upprätta samarbetsavtal.

Institutet skall vidare initiera forskning om metoder samt utvärdering av metoder inom folkhälsoområdet.

Organisationskommittén anser att det av instruktionen bör framgå att Folkhälsoinstitutet skall fylla funktionen som *nationellt kunskapscentrum*. En mycket viktig uppgift är här att bistå kommuner och landsting med nationell och internationell kunskap om framför allt folkhälsoutvecklingen, forskning och utveckling, strategier och metoder samt utveckling av metoder för hälsokonsekvensbeskrivningar av politiska beslut. I Folkhälsoinstitutets nuvarande instruktion står i stället att institutet skall ”vara ett stöd för lokalt och regionalt folkhälsoarbete i kommuner och landsting samt i företag, organisationer och utbildningsväsende”. Kommittén anser att institutet även fortsättningsvis bör vara ett stöd för främst kommuner och landsting med betoning på att förmedla kunskap om effektiva metoder. Vidare bör institutet förmedla kunskap om områden där metoder på folkhälsoområdet behöver utvecklas.

Kommittén anser att Folkhälsoinstitutet bör ha ett väl uppbyggt kontaktnät med forskningen inom folkhälsoområdet, bl.a. genom att vidareutveckla befintliga samarbetsavtal. Anknytningen till forskarvärlden är en viktig förutsättning för all den verksamhet som skall bedrivas inom myndigheten och bör kunna förstärka kunskapen och kompetensen inom myndigheten i syfte att nå upp till den nya rollen som nationellt kunskapscentrum.

Folkhälsoinstitutet har även en viktig uppgift som kunskapscentrum att utvärdera tillgängliga metoder, bl.a. genom forskningen, samt om behov finns, kunna initiera forskning om metoder och om utvärdering av metoder. Detta är en viktig del i arbetet med att förbättra och utveckla kommunernas och landstingens folkhälsoarbete.

Kommitténs förslag*Tillsyn och statistksamordning*

Folkhälsoinstitutet skall inom *alkoholområdet*

- ansvara för statistksamordning samt utforma och insamla den statistik som behövs för att kontrollera och följa upp alkoholhanteringen
- ansvara för tillsyn enligt alkohollagen (1994:1738) och lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit m.m. genom att ge ut föreskrifter och allmänna råd, följa rättstillämpningen och utvecklingen inom alkoholområdet
- verka för en enhetlig tillämpning av alkohollagstiftningen genom rådgivning och information

Institutet skall inom *narkotikaområdet*

- ansvara för statistksamordning
- bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor samt behovet av kontroll av varor enligt denna lag
- vara nationell enhet för det Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA)

Institutet skall inom *tobaksområdet*

- ansvara för statistksamordning
- ansvara för tillsyn enligt 2 § och 4 § tobakslagen (1993:581) såvitt avser rökfria miljöer och lokaler samt enligt 12 § om åldersgränser genom att ge ut föreskrifter och allmänna råd, följa rättstillämpningen och utvecklingen inom tobaksområdet samt ansvara för rådgivning och information
- ansvara för tillsyn enligt 9–11 §§ tobakslagen (1993:581) såvitt avser varningstexter m.m. samt enligt 16–18 §§ om produktkontroll m.m. genom att bl.a. se till att det finns varningstexter och innehållsdeklarationer som stämmer överens med myndighetens föreskrifter och med innehållet

Vissa *tillsynsuppgifter* inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet tillförs Folkhälsoinstitutet. Organisationskommittén anser att det i instruktionen för myndigheten bör framgå vilken sorts tillsynsuppgifter som myndigheten skall ansvara för. Tillsynsuppgifterna föreslås därför

preciseras under respektive område, dvs. alkohol-, narkotika- och tobaksområdet.

Inom alkoholområdet tillförs Folkhälsoinstitutet övergripande tillsynsuppgifter från Alkoholinspektionen enligt vad som anges i alkohollagen (1994:1738) och från Läke-medelsverket enligt lagen (1961:181) om teknisk sprit. Alkoholutredningen lämnar i sitt betänkande i juni 2000 förslag till ny lag vad gäller alkohol och försäljning av teknisk sprit. De föreslagna tillsynsuppgifterna inom narkotikaområdet enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor har Folkhälsoinstitutet redan idag ansvar för. Organisationskommittén har tidigare framhållit vikten av att regeringen överväger att lägga tillsyn av s.k. precursorer (kemikalier som används vid illegal narkotikaframställning) enligt lagen (1992:860) om kontroll av narkotika till institutets uppgifter.

Vad gäller tillsyn inom tobaksområdet föreslår kommittén att dessa uppgifter enligt tobakslagen (1993:581) förs över från Socialstyrelsen. Detta ansvar innebär tillsyn enligt tobakslagen (1993:581) såvitt avser rökfria miljöer och lokaler, åldersgränser, varningstexter m.m. samt produktkontroll med mera.

Ett viktigt komplement till tillsynsuppgifterna blir det nya ansvaret för statistksamordning inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet som kommittén föreslår skall ingå i institutets uppgifter. Ansvar för statistksamordning föreslås ges myndigheten inom narkotikaområdet enligt Narkotikakommissionens förslag. Även inom tobaksområdet finns ett behov av samordning av statistiken, vilket därför föreslås läggas till övriga uppgifter inom området. Statistksamordning innebär bl.a. att myndigheten skall initiera metodutveckling och utveckling av standards i samarbete med användare och producenter samt publicera statistik.

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutet har befogenhet att bedriva tjänsteexport.

För att tydliggöra att myndigheten har rätt att bedriva *tjänsteexport* bör det framgå av instruktionen, anser kommittén. I betänkandet av Utredningen om export av statligt förvaltningskunnande (SOU 2000:27) föreslås att regeringen i myndigheternas instruktioner och regleringsbrev klargör vad som förväntas av den enskilda myndigheten i form av export av förvaltningskunnande och att detta på ett avgörande sätt skulle påverka många myndigheters inställning till exportverksamhet.

Organisationskommittén har valt att i detta skede endast ange befogenheten att bedriva tjänsteexport i institutets instruktion.

Kommitténs bedömning

Regeringen bör överväga vilken ledningsform som är mest ändamålsenlig med hänsyn till institutets nya roll och uppgifter.

Folkhälsoinstitutet leds av en generaldirektör som är chef för myndigheten. Därutöver har institutet en *styrelse med begränsat ansvar*, vilket är den vanligaste ledningsformen i centrala myndigheter. Styrelsen består av elva personer, generaldirektören medräknad, och är sammansatt av politiker och forskare. Generaldirektören är styrelsens ordförande. Enligt verksförordningen (1995:1322) skall styrelsen bl.a. pröva om myndighetens verksamhet bedrivs effektivt och i överensstämmelse med syftet med verksamheten. Styrelsen skall även biträda myndighetens chef och föreslå de åtgärder som styrelsen finner motiverade.

Inom statsförvaltningen finns tre olika styrelsemodeller med variationer; enrådighetsverk, styrelser med begränsat ansvar och styrelser med fullt ansvar. Ett s.k. *enrådighetsverk* leds av myndighetschefen ensam och vid sidan av chefen kan finnas ett insynsråd utan befogenheter. En *styrelse med begränsat ansvar* har normalt begränsade beslutsbefogenheter enligt vad som stadgas generellt i verksförordningen. I detta fall är myndighetens chef normalt styrelsens ordförande. En *styrelse med fullt ansvar* har beslutsbefogenheter som framgår av myndighetens instruktion där det alltid anges att myndigheten leds av styrelsen. Styrelsens ordförande är då alltid en annan person än myndighetschefen.

En renodling av myndigheternas ledningsformer har diskuterats i olika sammanhang. I Förvaltningspolitiska kommissionens rapport (SOU 1997:57) *I medborgarnas tjänst* och i Statskontorets rapport (2000:9) *Styrelser med fullt ansvar* förordas att ledningsformen styrelse med begränsat ansvar avskaffas då den inte uppfyller de krav på tydlighet som bör ställas. Statskontoret anser vidare att styrelser med fullt ansvar bidrar till att stärka myndigheternas ledningsfunktioner. Vidare skriver Statskontoret att vilken ledningsform som bör väljas i enskilda fall bl.a. bör avgöras av vilket beslutsmandat som är möjligt att delegera till myndigheten, vilka frihetsgrader som myndigheten har i sin verksamhet samt hur komplexa verksamhetsförutsättningarna är för myndigheten.

Statskontoret menar att styrelsernas uppgift och roll bör förtydligas och ansvaret definieras bättre. Ett tydligare markerat styrelseansvar behövs även när det gäller myndigheternas förmåga att nå de mål och resultat som riksdagen och regeringen kräver. Detta förtydligande anser Statskontoret bör göras både formellt i verksförordningen eller i myndighetens instruktion och informellt i regeringens dialog med myndigheten.

Vidare anser Statskontoret att regeringen på nytt bör överväga att renodla ledningsformerna för de statliga myndigheterna och för varje myndighet välja endera enrådighet eller styrelse med fullt ansvar. Statskontoret menar dessutom att inget skulle hindra att enrådighetsverk förses med insynsråd utan beslutsbefogenheter om det anses lämpligt.

Kommittén konstaterar att Folkhälsoinstitutet idag har den ledningsform som Statskontoret anser att man bör överväga att avstå från. Mot den bakgrunden kan det finnas anledning för regeringen att pröva om institutet bör få en annan ledningsform. Ett annat skäl att överväga ledningsformen är att myndigheten får en ny roll och ett nytt uppdrag. Kommittén anser att det är angeläget att institutet ges en ledningsform som ger institutet god legitimitet, t.ex. i arbetet med att samla myndigheterna i syfte att analysera insatser på folkhälsoområdet i förhållande till de nationella målen.

6.3.3 Regleringsbrev

Regleringsbrev är benämningen på de regeringsbeslut som utfärdas årligen i syfte att styra all verksamhet som omfattas av inkomster och utgifter på statsbudgeten samt helt eller delvis finansierad avgiftsverksamhet. Regleringsbrevet är indelat i dels en verksamhetsdel, dels en finansieringsdel. I verksamhetsdelen anges de mål som gäller för myndigheten. I anslutning till målen anges vidare vilket/vilka återrapporteringskrav som gäller för respektive mål, dvs. regeringen skall ange vilka verksamhetsresultat som myndigheten skall uppnå.

Regleringsbrevet är ett ettårigt beslut till skillnad från instruktionen som gäller tills vidare. Detta innebär att de mål som anges i regleringsbrevet skall uppnås före utgången av budgetåret om inte något annat uttrycks, vilket inte hindrar att samma mål kan upprepas från ett år till ett annat.

För närvarande sker en s.k. tvåårsöversyn av statens målstruktur inom ramen för den statliga budgetprocessen (inom projektet VESTA, Verktyg för Ekonomisk styrning i STATen i Finansdepartementets regi). Som en följd av detta projekt kommer en ny struktur att tillämpas

i budgetpropositionen för år 2001, vilket påverkar hur verksamhetsdelen i regleringsbrevet för år 2001 kommer att utformas.

I det följande anges Organisationskommitténs förslag till mål, återrapporteringskrav samt vad som bör gälla för eventuella kommande uppdrag. Förslag på regleringsbrevets finansieringsdel berörs inte i denna utredning. Det förslag till regleringsbrev som presenteras nedan, avses kunna tillämpas från och med den 1 juli 2001. Eftersom ombildningen av Folkhälsoinstitutet kommer att ske under ett löpande budgetår vill kommittén framhålla vikten av att smidiga övergångslösningar eftersträvas.

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutets övergripande mål för verksamheten bör vara:

- att bidra till att uppfylla de nationella folkhälsomålen,
- att bidra till att förbättra folkhälsan för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna.

Organisationskommittén anser att de övergripande målen för utgiftsområdet, som skall anges i regleringsbrevets inledning, bör formuleras så att de stämmer överens med Folkhälsoinstitutets nya roll och uppgifter. Som övergripande mål för myndigheten föreslås därför att dessa skall vara ”att bidra till att uppfylla de nationella folkhälsomålen” samt att förbättra folkhälsan för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna”. I den nya stabsfunktionsrollen ingår framför allt att följa upp och utvärdera de nationella folkhälsomålen.

Kommittén anser att myndigheten kan bidra till att uppfylla de nationella målen – i egenskap av uppföljnings- och utvärderingsmyndighet samt nationellt kunskapscentrum inom folkhälsoområdet – men däremot inte direkt ansvara för att folkhälsomålen uppfylls. Organisationskommittén anser att det främst är andra sektorer i samhället, såsom t.ex. kommuner och landsting, som har ansvaret för genomförandet av folkhälsoåtgärder. Detsamma anser kommittén gäller även för målet att förbättra folkhälsan för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna, dvs. att minska ojämlikheten i hälsa.

Kommittén anser vidare att det är viktigt att de övergripande målen bryts ned och preciseras på ett sådant sätt att det går att svara på frågan om måluppfyllelse skett eller inte. Eftersom det är effekter i samhället som avses i de övergripande målen, är effektmålen i sig endast möjliga att uppnå på lång sikt. De övergripande målen för institutet som innebär att *bidra till* att uppfylla effektmålen är dock tänkta att uppnås under det verksamhetsår som regleringsbrevet avser.

Organisationskommittén menar också att de övergripande målen bör formuleras på ett sådant sätt att de går att föra in i den målstruktur som är under utveckling inom ramen för den s.k. tvåårsöversynen av statens målstruktur.

Kommitténs förslag

Folkhälsoinstitutets verksamhet skall redovisas enligt följande verksamhetsgrenar:

- Uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen.
- Nationellt kunskapscentrum om metoder och strategier inom folkhälsoområdet.
- Tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet.
- Statistksamordning inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet.

I regleringsbrev för år 1999 och 2000 angav regeringen ingen verksamhetsindelning för Folkhälsoinstitutet. Organisationskommittén menar dock att en verksamhetsindelning i verksamhetsgrenar i regleringsbrevet är lämplig för att klargöra den nya inriktningen av myndighetens verksamhet. Verksamhetsgrensindelningen följer dessutom logiskt av den indelningsgrund av uppgifter som anges i förslaget till instruktion. Indelningen skall utgå från regeringens behov av redovisning och skall inte förväxlas med myndighetens organisation.

Kommitténs förslag

Uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen

Folkhälsoinstitutet skall ansvara för en samlad sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen.

Målet är att tillhandahålla beslutsunderlag av hög kvalitet till regeringen i syfte att uppnå de nationella folkhälsomålen.

Målet är att uppnå en hög kunskaps- och kompetensnivå i rollen som regeringens expertmyndighet inom folkhälsoområdet, både nationellt och internationellt.

Kommittén anser att det är viktigt att målen för verksamhetsgrenarna preciseras på ett sådant sätt att målen blir styrande för myndighetens verksamhet. Det är även viktigt att målen för verksamhetsgrenarna formuleras i termer av faktiska mål snarare än i termer av medel, dvs.

insatser för att uppnå målen. Ett mål bör i så hög utsträckning som möjligt ange vad som skall uppnås med verksamheten och insatserna/prestationerna. Målen kan förutom effekter även avse prestationer, processer, prioriteringar etc. Vidare skall målen vara uppföljningsbara dvs. myndigheten skall kunna visa om den har uppnått målen vid utgången av den angivna tidsperioden. Myndighetens ansvarsområde, roll och uppgifter bör anges i instruktionen.

Organisationskommittén föreslår att mål formuleras för dels den stabsfunktion som Folkhälsoinstitutet skall upprätthålla, dels den expertfunktion som den skall utgöra i förhållande till regeringen. Det är här viktigt att ange att målet bör vara att de beslutsunderlag som lämnas till regeringen skall vara av hög kvalitet. Detta för att regeringen skall kunna använda beslutsunderlagen i sitt arbete med att bedriva en effektiv och ändamålsenlig folkhälsopolitik i syfte att uppnå de nationella folkhälsomålen. I rollen som expertmyndighet bör målet vara att uppnå en hög kunskaps- och kompetensnivå, både på det nationella och internationella planet.

Kommitténs förslag till mål för verksamhetsgrenarna fokuserar på mål för myndighetens prestationer, till skillnad från tidigare års regleringsbrev, vilka angett mål i form av effekter. Kommittén anser att prestationsmålen bättre stämmer överens med Folkhälsoinstitutets nya roll att följa upp och utvärdera de nationella folkhälsomålen samt utvärdera metoder m.m. inom folkhälsoområdet. Detta eftersom den nya rollen innebär att utvärdera huruvida andra folkhälsoaktörer, såsom sektorsmyndigheter m.fl. samt kommuner och landsting, uppnår effekter i form av förbättrad folkhälsa med hjälp av sina insatser.

Kommitténs förslag

Nationellt kunskapscentrum om metoder och strategier inom folkhälsoområdet

Folkhälsoinstitutet skall vara ett nationellt kunskapscentrum om metoder och strategier inom folkhälsoområdet.

Målet är att uppnå en hög kunskapsnivå inom forsknings- och metodutvecklingsområdet i syfte att bistå främst kommuner och landsting med kunskap i folkhälsoarbetet.

Målet är att på ett effektivt sätt föra ut vetenskapligt grundad kunskap och fakta till främst kommuner och landsting i syfte att bistå det lokala och regionala folkhälsoarbetet.

Organisationskommittén anser att mål bör formuleras med utgångspunkt i den nya rollen som nationellt kunskapscentrum. Det handlar här

om att myndigheten skall uppnå en hög kunskapsnivå inom forsknings- och metodutvecklingsområdet i syfte att bistå främst kommuner och landsting med kunskap i deras folkhälsoarbete. Ett annat mål bör dessutom formuleras utifrån hur spridningen av kunskap till kommuner och landsting bör ske. Målet bör vara att på ett effektivt sätt föra ut vetenskapligt grundad kunskap och fakta till främst kommuner och landsting i syfte att bistå det lokala och regionala folkhälsoarbetet.

Kommitténs förslag*Tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet*

Folkhälsoinstitutet skall ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet.

Målet är att de berörda lagarna inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet efterlevs.

Ett viktigt område för Folkhälsoinstitutet föreslås bli att arbeta med tillsynsfrågor inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet. Målet för denna verksamhet anser kommittén bör vara att myndigheten skall bidra till att tillsynen inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet genomförs på ett sådant sätt att de berörda lagarna inom området efterlevs. I återrapporteringskraven för målet ifråga bör även anges att myndigheten skall redovisa vilka åtgärder som vidtagits för att utveckla systemtillsynen. Dessutom bör återrapporteras analyser av hur lagstiftningen efterlevs samt eventuella förslag till åtgärder.

Kommitténs förslag*Statistiksamordning inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet*

Folkhälsoinstitutet skall ansvara för statistiksamordning inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet.

Målet är att samordna statistiken så att aktuell statistik av god kvalitet tillhandahålls.

Ett annat viktigt område är Organisationskommitténs förslag om att Folkhälsoinstitutet skall ansvara för statistiksamordning inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet. Målet inom detta område bör vara att samordna statistiken på ett sådant sätt att det finns tillgång till statistik av god kvalitet inom respektive område.

Kommitténs förslag*Myndighetsspecifik information*

Målet är att Folkhälsoinstitutet skall anpassa sin verksamhet, organisation och kompetens i syfte att uppfylla den nya rollen.

Organisationskommittén anser att mål bör formuleras för myndighetens omställningsperiod. Detta menar kommittén underlättar både för regeringens styrning samt för myndigheten själv under omställningsperiodens olika skeden. Kommittén anser vidare att en omställningsperiod på tre år bör vara tillräcklig för att myndigheten skall kunna ställa om sin verksamhet till den nya rollen. Därför bör ett omställningsmål för myndigheten formuleras i regleringsbrevet för vart och ett av de tre år som omställningen omfattar. Omställningsmålet bör preciseras i form av ett antal milstolpar. Milstolpar bör anges i regleringsbrevet redan för år 2001.

Exempel på hur milstolpar kan formuleras ges i det följande:

- En ny organisations- och ledningsstruktur skall vara införd den 1 juli 2001.
- Myndighetens kompetens skall vara anpassad till den nya rollen och uppgifterna senast den 31 december 2001. En plan för hur detta skall gå till skall finnas senast den 1 februari 2001.
- Nya verksamhets- och ekonomistyrningssystem anpassade till den interna organisationen samt de externa kraven på återredovisning skall vara utvecklade till den 1 juli 2001.
- En plan för arbetet med uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen skall tas fram senast den 31 december 2001.
- Samarbetsavtal med forskningen som understödjer det nya arbetssättet skall tas fram senast den 31 december 2001.

Dessutom menar kommittén att regeringen i regleringsbrevet bör ange återrapporteringskrav som talar om hur omställningen fortskrider. Regelbunden återrapportering bör övervägas ske även under andra tidpunkter än i samband med årsredovisningen, t.ex. i samband med resultatdialogen (se avsnitt 6.3.4).

Kommitténs förslag*Krav på återrapporering*

För varje mål i regleringsbrevet bör anges vilka väsentliga slutprestationer som genomförts under året för att uppnå respektive mål. Därutöver skall även anges kostnaderna för respektive väsentlig slutprestation.

I kommittédirektiven (dir. 1999:56) står bl.a. att kommittén skall utveckla ett för myndigheten anpassat verksamhets- och ekonomistyrningssystem som möjliggör uppföljning och utvärdering av myndighetens arbete. Kommittén har tolkat detta som att det bör anges vilka krav som skall ställas på myndighetens återrapporering till regeringen i samband med de återrapporeringskrav som anges i regleringsbrevet. Återrapporeringskraven skall dels ge regeringen underlag för sin resultatredovisning till riksdagen, dels ge regeringen underlag för att styra myndigheterna, dvs. resultatinformation.

Att utveckla de faktiska verksamhets- och ekonomistyrningssystemen är en uppgift för myndigheten. Organisationskommittén anser att dessa system bör utvecklas på ett sådant sätt att de kan svara upp mot de krav som regeringen ställer på myndigheten i form av återrapporeringskrav i regleringsbrevet.

Kommittén anser att återrapporeringskraven bör fokusera på att myndigheten skall ange vilka väsentliga slutprestationer som genomförts under året för att uppnå respektive mål. Dessutom bör regeringen få en redovisning av hur resurserna utnyttjats, dvs. vad det kostat att uppnå respektive mål genom att ange kostnaderna för respektive väsentlig slutprestation. Med slutprestation menas den produkt eller tjänst som lämnar myndigheten, dvs. rapporter eller andra kunskaps- och beslutsunderlag m.m.

För att få en koppling mellan myndighetens verksamhet och ekonomi bör det vidare övervägas om regleringsbrevet skall kompletteras med ett antal nyckeltal som t.ex. säger något om myndighetens produktivitet eller effektivitet. En annan utvecklingspotential i regleringsbrevet är att formulera kvalitetsmått. Kommittén anser vidare att resultatinformationen för myndigheten bör utvecklas och att myndigheten bör utveckla ett ändamålsenligt uppföljningssystem. Återrapporeringskraven i regleringsbrevet bör kompletteras med andra redovisningskrav än vad som ovan angivits i syfte att utveckla regeringens resultatinformation. Detta kan förslagsvis ges som ett särskilt uppdrag i regleringsbrevet.

När det gäller myndighetens uppdrag i regleringsbrevet eller i andra regeringsbeslut (se nedan) bör det särredovisas prestationer och kostnader för dessa i årsredovisningen.

Organisationskommittén har även valt att ange ett särskilt återrapporteringskrav för det övergripande målet att bidra till att förbättra hälsan för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna, dvs. genom att anlägga ett målgruppsperspektiv. Det skall särskilt anges vilka väsentliga sluprestationer som genomförts under året och som syftat till att bidra till att förbättra folkhälsan för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. Anledningen till att ange ett sådant krav är dels att regeringen får en uppfattning om på vilket sätt Folkhälsoinstitutet arbetar med det övergripande målet, dels att göra det möjligt att utifrån denna årliga redovisning göra en bedömning av i vilken grad man närmat sig det övergripande målet under året. Därutöver skall även här anges kostnader för de väsentliga slutprestationerna.

Kommitténs förslag

Uppdrag

Folkhälsoinstitutet skall på regeringens uppdrag samordna nationella insatser.

Organisationskommittén anser att myndigheten skall kunna samordna nationella insatser. Sådana regeringsuppdrag bör i första hand anges i regleringsbrevet.

Det bör anges en tidpunkt för när ett särskilt regeringsuppdrag som anges i regleringsbrevet skall vara utfört. Uppgifter av löpande karaktär som inte är avgränsade i tid bör i stället kopplas till ett mål och anges som exempel på prestationer under återrapporteringskraven.

6.3.4 Resultatdialog

Kommitténs förslag

Resultatdialogen bör användas för att stämma av att omställningsarbetet genomförs i den takt och med den inriktning som regeringen önskar.

Vidare bör regeringens närmare krav på återrapportering och redovisning behandlas i resultatdialogen.

Kommittén gör bedömningen att resultatdialogen är ett viktigt instrument för regeringens resultatstyrning av Folkhälsoinstitutet. Det är angeläget att stödja myndighetens omställning genom täta dialoger. Vidare kommer institutets arbete med folkhälsomålen att behöva stämmas av med regeringen. Detta kommer att vara särskilt betydelsefullt inledningsvis när målen skall implementeras i stora delar av statsförvaltningen.

Enligt de anvisningar som ges ut i samband med resultatdialogerna framgår att resultatdialogen bör ske årligen under våren. Detta dels för att myndigheten skall kunna få till stånd en dialog med regeringen i god tid i anslutning till myndighetens interna verksamhetsplaneringsprocess, dels för att regeringen skall kunna få in synpunkter på årsredovisning m.m. i samband med budgetprocessen och för fortsatt beredning av regleringsbrevet. Inom ramen för dialogen kan även regeringen redogöra för och närmare precisera krav på återrapportering och redovisning.

Ett annat syfte med dialogen är att myndigheten skall kunna rapportera om andra viktiga iakttagelser inom folkhälsoområdet som myndigheten gjort i sin verksamhet, t.ex. hur samverkan fungerar med andra myndigheter avseende uppföljning och utvärdering av de nationella folkhälsomålen, hur samverkan fungerar med kommuner och landsting m.m. Resultatdialogen mellan regeringen och myndigheten bör därför ses som ett viktigt komplement till de skrivna dokument som i övrigt lämnas till regeringen.

6.4 Ekonomiska konsekvenser

Kommitténs bedömning

Kommitténs förslag kommer inte att medföra någon ökad belastning på statsbudgeten.

Då Folkhälsoinstitutets nya uppgifter innebär att utveckla metoder m.m. kommer detta att kunna medföra ett effektivare folkhälsoarbete i kommuner och landsting och i konsekvens med detta inga ökade kommunala och landstingskommunala kostnader.

I den mån regeringen avser att initiera särskilda insatser inom t.ex. opinions- och informationsområdet skall finansieringsprincipen gälla.

Ett ställningstagande till hur gränsdragningen mellan berörda myndigheters uppgifter inom området hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar skall se ut bör ske i samband med att regeringen tar ställning till Smittskyddskommitténs förslag. Detta kan få ekonomiska konsekvenser för Folkhälsoinstitutet.

För att Folkhälsoinstitutet skall kunna fullgöra sina nya uppgifter – att följa upp och utvärdera insatser inom folkhälsoområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen, vara kunskapscentrum vad gäller metoder och strategier i folkhälsoarbetet samt ha vissa tillsynsuppgifter m.m. inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet – behöver institutet prioritera ned vissa av de nuvarande uppgifterna.

Kommittén bedömer att resurser kan frigöras genom att arbetet med organisationsstöd flyttas till Socialstyrelsen, projektstödet minskas och koncentreras till utvärderingsinsatser av färre och strategiskt viktiga projekt samt genom att information till allmänheten minskas. Vi bedömer även att den forskningssamverkan som institutet har kan användas effektivare. Kommittén har också noterat att av institutets totalt förbrukade medel används i dag endast 20 procent till personalkostnader och 2 procent till lokalkostnader. Räknas det särskilda hiv/aids-anslaget bort är motsvarande siffror 42 procent och 5 procent. Det finns således ganska goda finansiella förutsättningar att lägga om verksamhetens inriktning på relativt kort tid.

År 1999 var Folkhälsoinstitutets förvaltningsanslag 109 milj. kr, medan medlen till hiv/aids uppgick till 52 milj. kr. Ett ställningstagande till hur gränsdragningen mellan berörda myndigheters uppgifter inom området hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar skall se ut bör ske i samband med att regeringen tar ställning till

Smittskyddskommitténs förslag. Detta kan få ekonomiska konsekvenser för Folkhälsoinstitutet.

Regeringen har beslutat att överföring av tillsynsuppgifter skall ske från Alkoholinspektionen och Läkemedelsverket. Enligt kommitténs förslag skall även tillsynsuppgifter från Socialstyrelsen överföras till institutet. I dag arbetar sammanlagt 14 personer på Alkoholinspektionen. Enligt bedömningar från myndighetens ledning åtgår cirka tio personår på inspektionen till övergripande tillsyn, som skall tas över av Folkhälsoinstitutet. På Läkemedelsverket sysselsätter arbetet med övergripande tillsyn avseende teknisk sprit cirka tre årsarbetskrafter. Därtill kommer arbetet med tillsyn av tobakslagen, som i dag fordrar mindre än en årsarbetskraft hos Socialstyrelsen. Samordningen av tillsynen bör ge effektivitetsvinster. Samtidigt bör verksamheten dimensioneras så att tillsynen kan vidareutvecklas.

Kommitténs förslag att organisationsstöd bör överflyttas till Socialstyrelsen medför att cirka 17 miljoner kr/år bör överföras till Socialstyrelsen om organisationsstöd från hiv/aidsanslaget inräknas. Organisationsstödet exklusive stödet från hiv/aidsanslaget uppgick år 1999 till 4,7 milj. kr.

Då Folkhälsoinstitutets nya uppgifter innebär att utveckla metoder m.m. kommer detta att kunna medföra ett effektivare folkhälsoarbete i kommuner och landsting och i konsekvens med detta inga ökade kommunala och landstingskommunala kostnader. I den mån regeringen avser att initiera särskilda insatser inom t.ex. opinions- och informationsområdet som innebär kostnader för kommuner och landsting skall enligt Organisationskommitténs uppfattning finansieringsprincipen gälla.

Referenser

- Ds 1995:6, Finansdepartementet, *ELMA Åtgärder för att stärka resultatstyrningen*
- Ds 1995:50, Socialdepartementet, *Länsstyrelsens nya roll på alkoholområdet*
- Ds 1997:4, Socialdepartementet, *Strategi för Sveriges EG-arbete i frågor som gäller folkhälsa och hälso- och sjukvård*
- Ds 1999:68, Utbildningsdepartementet, *Att finansiera forskning och utveckling*
- Ekonomistyrningsverket, ESV 1999:2, EA 1999, *Ekonomiadministrativa bestämmelser för statlig verksamhet*
- Ekonomistyrningsverket, ESV 1999:19, *Informella kontakter i samband med regleringsbrev och årsredovisningar*
- Folkhälsoinstitutet 1996:88, *Kartläggning av kommunernas folkhälsoarbete*
- Folkhälsoinstitutet, 1999:10, *Massmediakampanjer*
- Folkhälsoinstitutet 1999:11, *Forskning för folkhälsa*
- Folkhälsoinstitutet, 2000:1, *Kommunikationskanaler mellan nationell och lokal nivå för alkohol- och narkotikapreventivt arbete*
- Folkhälsoinstitutets årsredovisning 1998
- Folkhälsoinstitutets årsredovisning 1999
- Landstingsförbundet & Svenska Kommunförbundet, *Främja hälsa – förebygg sjukdomar*, Slutrapport från Folkhälsoprogrammet, Stockholm 1998
- Lundquist, Lennart, *Förvaltning och demokrati*, Lund: Norstedts, 1991
- Petersson, Olof & Söderlind, Donald, *Förvaltningspolitik*, Helsingborg: Publica, 1992
- Regeringens proposition 1986/87:99 *Om ledning av den statliga förvaltningen*
- Regeringens proposition 1990/91:175 *Om vissa folkhälsofrågor*
- Regeringens proposition 1997/98:136 *Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst*
- Regeringens proposition 1997/98:183 *Kontroll av syntetiska droger m.m.*

- Regeringens proposition 1998/99:134 *Vissa alkoholfrågor m.m.*
- Regeringens proposition 1999/2000:1 *Budgetpropositionen för 2000, utgiftsområde 9–12, volym 6*
- Regeringens proposition 1999/2000:81 *Forskning för framtiden - en ny organisation för forskningsfinansiering*
- Regeringens proposition 1999/2000:121 *Privat införsel av alkohol-drycker m.m.*
- Riksrevisionsverket, *Resultatanalys*, Rolf Sandahl, 1991
- Riksrevisionsverket, RRV 1994:32, *Den statliga budgetprocessen och resultatstyrningen*
- Riksrevisionsverket, RRV 1996:6, *Att mäta effekter*
- Riksrevisionsverket, RRV 1996:13, *Resultatstyrning i myndigheten*
- Riksrevisionsverket, RRV 1996:36, *Med resultatet i fokus*
- Riksrevisionsverket, RRV 1996:50, *Förvaltningspolitik i förändring*
- Socialutskottets betänkande 1999/2000:SoU4 *Vissa alkoholfrågor*
- SoS-rapport, 1997:18, *Folkhälsorapport 1997*
- SOU 1985:40, *Regeringen, myndigheterna och myndigheternas ledning*
- SOU 1991:40, *Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner*
- SOU 1997:15, *Det svåra samspelet, Resultatstyrningens framväxt och problematik*
- SOU 1997:57, *I medborgarnas tjänst, En samlad förvaltningspolitik för staten*
- SOU 1997:80, *Reformerad stabsorganisation*
- SOU 1997:119, *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet*
- SOU 1998:38, *Vad får vi pengarna? Resultatstyrning av statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området*
- SOU 1998:43, *Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål*
- SOU 1998:154, *OAS Oberoende Alkoholsamarbetet i framtiden*
- SOU 1998:156, *Alkoholpolitikens medel*
- SOU 1999:51, *Smittskydd, samhälle och individ*
- SOU 1999:65, *Barnombudsmannen, företrädare för barn och ungdomar*
- SOU 1999:66, *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*
- SOU 1999:90, *Narkotikastatistik, Om samhällets behov av information om narkotikautvecklingen*
- SOU 1999:137, *Hälsa på lika villkor - andra steget mot nationella folkhälsomål*
- SOU 2000:3, *Välfärd vid vägskäl, Utvecklingen under 1990-talet*

- Statskontoret, 1990:21, *När riksdag och regering ska styra med resultat*
- Statskontoret, 1998:22, *Samordning mot droger*
- Statskontoret, 1999:21, *Det viktiga valet av verkschef*
- Statskontoret, 2000:9, *Styrelser med fullt ansvar*
- Vedung, Evert, *Utvärdering i politik och förvaltning*, Lund: Studentlitteratur, 1998.