

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) påbörjade sitt arbete 1992 genom regeringsbeslut den 12 mars 1992 då dåvarande statsrådet bemyndigades tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag dels att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs överväganden och förslag skulle grundas på en analys av i första hand tre finansierings- och organisationsmodeller; reformerad landstingsmodell, primärvårdsstyrd vård och obligatorisk sjukvårdsförsäkring.

Kommittén som antog namnet HSU 2000 avlämnade före sommaren 1994 ett flertal expertrapporter. Vidare avlämnades i september 1994 delbetänkandet *Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete* (SOU 1994:132).

Den 22 december 1994 beslutade regeringen att kommitténs arbete skulle slutföras med ändrade direktiv (dir 1994:152). Kommittén fick också en ändrad sammansättning.

I december 1995 överlämnade kommittén delbetänkandet *Reform på recept* (SOU 1995:122), i november 1996 delbetänkandet *Behov och resurser i vården - en analys* (SOU 1996:163), i september 1997 delbetänkandet *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet* (SOU 1997:119) och i november 1997 delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154).

I arbetet med detta betänkande har som ledamöter deltagit f.d. riksdagsledamoten Ingrid Andersson (s), direktören Leni Björklund (s), ordförande, riksdagsledamoten Leif Carlson (m), landstingsrådet Inger Hallqvist Lindvall (mp), riksdagsledamoten Kerstin Heinemann (fp), landstingsrådet och ordföranden i Landstingsförbundet Lars Isaksson (s), f.d. riksdagsledamoten Karin Israelsson (c), kommunalrådet Torgerd Jansson (s), ordföranden i Socialdemokratiska ungdomsförbundet Niklas Nordström (s), t.o.m. den 21 januari 1999 riksdagsledamoten Stig Sandström (v) och fr.o.m. den 25 januari 1999 riksdagsledamoten Rolf Olsson (v), socionomen Sverker Ågren (kd).

Som sakkunniga har deltagit departementssekreteraren Lena Barrbrink, Socialdepartementet, generaldirektören Agneta Dreber, Folkhälsoinstitutet, kanslirådet Jonas Iversen, Finansdepartementet, överdirektören Ingrid Petersson, Riksförsäkringsverket, överdirektören Nina Rehnquist-Ahlberg, Socialstyrelsen samt departementsrådet Agneta Rönn-Diczfalusy, Finansdepartementet.

Som experter har deltagit förbundssekreteraren Gert Alaby, Svenska Kommunförbundet, socialombudsmannen Bernt Hedin, Pensionärernas riksorganisation, direktören Toivo Heinsoo, Landstingsförbundet, professor Bengt Jönsson, Handelshögskolan, direktören Christina Kärvinge, Socialstyrelsen, verkställande direktören Anders Milton, Sveriges Akademikers Centralorganisation, kanslirådet Karin Odenrants, Utbildningsdepartementet, förbundssekreteraren Karin Olsson, Tjänstemännens Centralorganisation, ombudsmannen Christina Zedell, Landsorganisationen i Sverige, samt t.o.m. den 1 december 1998 f.d. ordföranden Lars Östman, Handikappförbundens samarbetsorgan och fr.o.m. den 1 december 1998, ordföranden Lena Öhrsvik, Reumatikerförbundet.

Till huvudsekreterare förordnades fr.o.m. den 15 maj 1998 sektionschefen Ulla Åhs. Som sekreterare förordnades civilekonomen Gudrun Dahlberg, fr.o.m. den 24 juni 1998, utredare Sofia Kälvemark, fr.o.m. den 22 september och fr.o.m. den 1 september 1998 Pol. mag. Patrik Olofsson.

Kommitten får härmed överlämna betänkandet *God vård på lika villkor? - om statens styrning av hälso- och sjukvården* (SOU 1999:66).

Särskilda yttranden har lämnats av ledamöterna Leif Carlson (m), Rolf Olsson (v) och Sverker Ågren (kd), av sakkunniga Ingrid Petersson och Nina Rehnqvist samt av experterna Gert Alaby, Anders Milton och Karin Olsson. Utredningsuppdraget är härmed slutfört.

Stockholm den 21 juni 1999

Leni Björklund

Ingrid Andersson

Leif Carlsson

Inger Hallqvist Lindvall

Kerstin Heinemann

Lars Isaksson

Karin Israelsson

Torgerd Jansson

Niklas Nordström

Rolf Olsson

Sverker Ågren

/Ulla Åhs

Innehåll

KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN	9
NATIONELLA MÅL	9
OLIKA PERSPEKTIV	12
AVVÄGNINGAR FÖR STATENS STYRNING.....	15
STYRNING MED REGLER.....	20
EKONOMISK STYRNING.....	25
STYRNING MED INFORMATION- KUNSKAPSUTVECKLING.....	27
VÅRDFORSKNING.....	30
FINANSIERING AV VÅRDFORSKNING.....	35
ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR INOM HÄLSO OCH SJUKVÅRDEN	37
1 KOMMITTÉNS UPPDRAG	41
1.1 BAKGRUND.....	41
1.2 DIREKTIVEN OCH TIDIGARE BETÄNKANDEN.....	42
1.3 KOMMITTÉNS ARBETE MED SLUTBETÄNKANDET.....	43
1.4 ÖVRIGA ÖVERVÄGANDEN.....	44
2 NATIONELLA MÅL FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	47
2.1 MÅL FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	47
2.2 ETISK PLATTFORM.....	48
2.3 KRAV PÅ VERKSAMHETEN	50
2.4 MÅLUPPFYLLELSE?.....	50
2.5 BEHOV AV PRIORITERINGAR.....	53
2.6 KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	54
3 OLIKA PERSPEKTIV PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	57
3.1 MEDBORGARE	57
3.2 POLITISKA PARTIER.....	59
3.3 PATIENT.....	60
3.4 ANHÖRIG/NÄRSTÅENDE.....	61
3.5 VÅRDENS PERSONAL	62
3.6 VÅRDPRODUCENT/VÅRDGIVARE.....	63
3.7 SJUKVÅRDSHUVUDMÄN.....	64
3.8 INDUSTRIEN.....	66
3.9 KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	67

4	AVVÄGNINGAR AV STATENS STYRNING	71
4.1	MOTIV FÖR STATLIG STYRNING.....	71
4.2	MOTIV FÖR KOMMUNAL SJÄLVSTYRELSE.....	72
4.3	DECENTRALISTISKT SYNSÄTT.....	74
4.4	STYRMEDEL.....	75
4.5	STYRMEDELNS ANVÄNDNING INOM HÄLSO OCH SJUKVÅRDEN	77
4.6	MEDLEMSKAP I EU.....	79
4.7	KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	80
5	STYRNING MED REGLER.....	85
5.1	LAGAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSOMRÅDET.....	86
5.2	MYNDIGHETERNAS FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD.....	91
5.3	ANTAL REGLER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS OMRÅDE.....	92
5.4	INFORMATION OM REGLER.....	93
5.5	TILLSYN.....	95
5.6	TILLSYNSVERKSAMHET PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS OMRÅDE	96
5.7	STANDARDISERING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	99
5.8	KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	101
6	EKONOMISK STYRNING	107
6.1	SAMHÄLLSEKONOMISKT UTRYMME.....	107
6.2	STATSBIDRAGS- OCH UTJÄMNINGSYSTEMET.....	109
6.3	ÖVERENSKOMMELSER OM DEN KOMMUNALA SEKTORNES EKONOMI.....	111
6.4	SJUKVÅRDSERSÄTTNINGEN TILL LANDSTINGEN- DAGMARÖVERENSKOMMELSER.....	112
6.5	STIMULANSBIDRAG.....	114
6.6	KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	115
7	STYRNING MED INFORMATION - KUNSKAPSUTVECKLING	119
7.1	KUNSKAP, HANDLING OCH UTVECKLING.....	120
7.2	ÖKAT UTBUD TILL ALLMÄNHETEN.....	121
7.3	STATENS INFORMATION.....	123
7.4	UTBILDNING.....	130
7.5	KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	131
8	VÅRDFORSKNING	135
8.1	ANSVARSFÖRDELNING.....	136
8.2	UTVECKLING AV DEN "NYA" VÅRDFORSKNINGEN.....	137
8.3	VÅRDHÖGSKOLORNAS UTVECKLING.....	140
8.4	DEN "NYA" VÅRDFORSKNINGENS OMFATTNING INOM HÖGSKOLORNA.....	142
8.5	HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFORSKNING.....	145
8.6	KLINISK MEDICINSK FORSKNING.....	146
8.7	SJUKVÅRDSHUVUDMÄNNENS FOÜ-ENHETER	147
8.8	SÄRSKILDA INITIATIV INOM ÄLDREOMRÅDET.....	148
8.9	VÅRDFORSKNINGEN I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV.....	149
8.10	KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	151

9 FINANSIERING AV VÅRDFORSKNING	157
9.1 FORSKNING INOM UNIVERSITET OCH HÖGSKOLOR.....	157
9.2 ALF-AVTALET.....	158
9.3 FORSKNINGSRÅD M.FL.	159
9.4 SJUKVÅRD SHUVUDMÄNNENS FINANSIERING.....	165
9.5 KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	167
10 ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	169
10.1 ÄDELREFORMEN.....	170
10.2 HANDIKAPPREFORMEN.....	172
10.3 PSYKIATRIREFORMEN.....	174
10.4 LÄKEMEDELSREFORMEN	175
10.5 FINSAM OCH SOCSAM.....	178
10.6 HUSLÄKARREFORMEN.....	178
10.7 NYA STYRMODELLER I LANDSTINGEN UNDER 1990-TALET	179
10.8 UTVÄRDERING AV DE NYA STYRFORMERNA.....	181
10.9 KOMMITTÉNS ÖVERVÄGANDEN.....	185
REFERENSER	189
SÄRSKILDA YTTRANDEN	197
SÄRSKILT YTTRANDE AV LEIF CARLSON (M)	197
SÄRSKILT YTTRANDE AV ROLF OLSSON (V).....	202
SÄRSKILT YTTRANDE AV SVERKER ÅGREN (KD).....	203
SÄRSKILT YTTRANDE AV EXPERTEN GERT ALABY.....	206
SÄRSKILT YTTRANDE AV EXPERTERNA ANDERS MILTON OCH KARIN OLSSON	209
SÄRSKILT YTTRANDE AV SAKKUNNINGA INGRID PETERSSON.....	210
SÄRSKILT YTTRANDE AV SAKKUNNINGA NINA REHNQVIST.....	211
KOMMITTÉDIREKTIV	213

Kommitténs överväganden

Nationella mål

Tolkning av målen förändras i takt med välfärdsutvecklingen

De nationella målen och de etiska grundprinciperna är riktlinjer för en långsiktig och kontinuerlig utveckling av svensk hälso- och sjukvård, och de står för gemensamma värderingar på nationell nivå. *Kommittén är medveten om att det aldrig kommer att kunna sägas att målen är helt uppfyllda.* Tolkningen av målen förändras i takt med välfärdsutvecklingen i samhället vilket inte minst gäller hur vi i Sverige tar tillvara nya medicinska rön och deltar i den medicinska kunskapsutvecklingen. Statens roll är, förutom att formulera mål och principer, att följa och värdera att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter utvecklas så att de bidrar till en ökad måluppfyllelse och när så behövs ingripa med olika styrmedel.

Diskussion av prioriteringar i vården är en långsiktig och ständigt pågående process

De val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården grundar sig alltid på värderingar. Flertalet i befolkningen måste dela värderingarna för att de prioriteringar som sker skall uppfattas som rimliga och rättfärdiga och för att befolkningen skall kunna vidmakthålla förtroendet för vården. *Kommittén anser att det är nödvändigt att föra en diskussion om prioriteringar i vården och att se diskussionen som en långsiktig och ständigt pågående process.*

Den vedertagna normen i sjukvården är att erbjuda människor behandling. *Att ändra denna princip skulle enligt kommitténs mening ytterst innebära att enskilda individers livsvillkor och levnadsvanor*

läggs till grund för prioriteringar i vården i strid mot de etiska principer som Riksdagen antagit. Kommittén har i sitt delbetänkande Behov och resurser i vården - en analys (SOU 1996:163) diskuterat alternativ till skattefinansiering och konstaterade där att en grundförutsättning för att kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor är att vården finansieras solidariskt och att tillgängliga resurser fördelas rättvist efter behov. Kommittén vill understryka vikten av att vården och omsorgen tillförs medel på ett sådant sätt att vården kan möta växande behov med hög kvalitet. Det är av stor vikt att det demokratiska systemet förmår att göra de avvägningar och prioriteringar som krävs för att de nationella målen för vården och omsorgen skall kunna uppfyllas.

Stort utrymme för lokala prioriteringar och anpassningar

Kommitténs arbete har visat att det finns en betydande politisk samstämmighet i synen på vårdens problem och de åtgärder som behöver vidtas. Samstämmigheten har sin grund i en stark uppslutning kring de nationella målen för hälso- och sjukvården. Kommittén konstaterar att tillämpningen av de nationella målen och de etiska principerna kommer att skilja sig åt mellan sjukvårdshuvudmännen. Det ligger i den kommunala självstyrelsens natur och är också en konsekvens av att olika kommuner och landsting har skilda ekonomiska och demografiska förutsättningar. Riksdagen har även i samband med sitt ställningstagande till principerna för prioriteringar i vården uttryckt denna syn.

Ambitioner för vårdens omfattning och kvalitet har en tydlig koppling till de resurser som står till förfogande; i en situation med knappa resurser blir detta uppenbart. Omprövningar måste ske allt eftersom de demografiska mönstren förändras, tillgången på resurser skiftar, tekniska framsteg leder till nya behandlingsmetoder osv. Det kan också bli skillnader genom att spridning och tillämpning av ny medicinsk kunskap är ojämn. Den statliga styrningen har syftet att ge kommuner och landsting förutsättningar att kunna erbjuda befolkningen vård på lika villkor, samt att säkerställa att verksamheterna upprätthåller en säker och god vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den statliga styrningen av vården i Sverige har ambitionen att lämna ett stort utrymme för lokala prioriteringar på såväl politisk och administrativ nivå som för kliniska prioriteringar i mötet mellan patient och vårdpersonal. De nationella målen och de etiska principerna för prioriteringar skall vara vägledande för alla sjukvårdshuvudmän trots de skillnader som finns och som har sin grund i den lokala anpass-

ningen till befolkningens behov och efterfrågan och till huvudmannens förutsättningar att tillgodose behoven.

Öppen dialog om vårdens kvalitet och resultat

Det finns enligt kommitténs mening en svårdefinierbar gräns för hur stora skillnaderna i vårdens kvalitet och tillgång till vård får vara i olika delar av landet. Den sjukvårdspolitiska debatten och de förtroendevaldas bedömningar på såväl lokal som nationell nivå avgör hur gränsen definieras. Ett öppet demokratiskt system bygger på medborgarnas delaktighet i och inflytande över hur mål och ambitioner för hälso- och sjukvården anges. Medborgarnas bedömning av vårdens kvalitet och resultat förutsätter en öppen information om hur vårdbehoven tillgodoses i olika delar av landet. Kommittén konstaterar att det finns ett stort behov att vidareutveckla en sådan information.

Staten uppfattas vara en garant för vårdens kvalitet med uppgiften att följa utvecklingen och att ingripa med åtgärder om skillnaderna är oacceptabelt stora. *Enligt kommitténs bedömning bör staten tillsammans med huvudmännen medverka till att öppet redovisa hur de uppställda målen uppfylls.*

Patientsäkerheten garanteras genom tillsynen

Staten har även enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ett ansvar för kvalitet och säkerhet i de uppgifter vårdens personal utför. Hur vårdarbetet organiseras och utförs kommer att variera i enlighet med den anpassning till lokala förutsättningar och behov som är sjukvårdshuvudmännens uppgift att tillgodose. *Staten bör enligt kommitténs mening utöva sin styrning så att ett stort utrymme lämnas för den lokala anpassningen. Statens tillsyn över att vården utförs på ett säkert sätt med hög kvalitet får stor vikt i svensk hälso- och sjukvård och ersätter till delar en lagstiftning med rättigheter. Tillsynens syfte är att garantera patientsäkerheten och har därmed en viktigare roll än på många andra samhällsområden. I kapitel 5 belyses detta förhållande ytterligare.*

Olika perspektiv

Kommittén har i detta kapitel visat på några utvecklingstendenser som ställer vården inför förändrade krav och vars effekter både staten och sjukvårdshuvudmännen behöver vara uppmärksamma på.

Förskjutningar av värderingar påverkar vårdens utformning och inriktning

Människor med olika bakgrund och erfarenheter har olika syn och förväntningar på hälso- och sjukvården. Patienterna i vården tillhör i dag i stor utsträckning en äldre generation som inte är van att uttala sitt missnöje och ställa krav. Vården utförs i stor utsträckning av personer som är födda på 1940-talet. Det är denna generation med betydligt större vana att kräva för egen del, som kommer att vara de framtida stora patientgrupperna och som i dag ofta återfinns som anhöriga. De ungas värderingar kan uttryckas som solidarisk individualism, med betoning på mångfald och valmöjligheter både för egen del och andras. Det är dessa unga som nu utbildas till vårddyken och som blir framtidens vårdpersonal.

En förskjutning av värderingar påverkar vårdens utformning och inriktning. *Enligt kommitténs mening är en ökad betoning av patientperspektivet med både patienters och deras anhörigas krav på delaktighet och information delar i riktning mot nya värderingar.*

De anhörigas roll i vården får en uppmärksamhet

Kommittén bedömer att de anhöriga i betydligt större utsträckning än i dag kommer att vara i fokus för den vårdpolitiska uppmärksamheten i början på 2000-talet. Kortare vårdtider, fler behandlingar i öppen vård, en utökad hemsjukvård och en restriktivare biståndsbedömning ger de anhöriga en utökad roll både som patientens ombud med krav på vårdens kvalitet och som stöd i vårdens bedrivande. Denna utveckling förutsätter även ett ökat ansvarstagande och engagemang från personalen i att hjälpa och stödja de anhöriga i deras roll. Ett bättre samspel mellan vårdpersonalen och de anhöriga är önskad av flertalet berörda. Kommittén menar att utvecklingen är angelägen eftersom den starkt bidrar till en förhöjd livskvalitet för den som är långvarigt sjuk och har stora hjälpbehov. Det behövs ett utvecklingsarbete som belyser hur samspelet med de anhöriga skall utformas så att kraven inte blir orealistiskt höga på såväl anhöriga som patienter. Frågor om t.ex. patientens

integritet och de krav som ställs på sekretess kan behöva uppmärksammas i samband med att alltmer vård utförs i den enskildes bostad.

Vårdens personal möter krav att utveckla sin kunskapsbas och ta ansvar för vårdens utveckling

Hälso- och sjukvårdens personal har krav på sig att utveckla sin kunskapsbas och ta ett stort ansvar för vårdens utveckling. *Kommittén anser att vården som verksamhetsområde har goda förutsättningar att förverkliga det moderna arbetslivets krav på det goda arbetet.* Det förutsätter dock att befintliga sätt att styra och leda verksamheten ses över. Det är angeläget att vårdens personal får möjlighet att vara engagerad i utvecklingen av verksamheten och erbjuds en god arbetsmiljö med tid för reflektion och kompetensutveckling.

Den genomgående positiva bilden av vården som en stimulerande och utvecklande arbetsmiljö har till delar förändrats under 1990-talet. Detta har yttrat sig i ett minskat intresse för vårdutbildningarna och en begynnande personalbrist i vården som förväntas bli större under de kommande åren. Intresset för gymnasiets omvårdnadsprogram är mycket lågt. De olika högskoleutbildningarna för vårdområdet är dock fortfarande attraktiva för studerande. *Kommittén anser att det är mycket angeläget att utbildningarna dimensioneras och anpassas till vårdens behov och att de upplevs som stimulerande för dem som väljer att utbilda sig till ett yrke.* Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg har uppgiften att ge förslag om detta varför kommittén inte närmare har utrett frågan.

Befolkningsomflyttningar innebär risk för ökade skillnader i välfärd - bättre underlag för att följa och värdera skillnader behövs

Behoven av hälso- och sjukvård och därmed kraven på sjukvårdshuvudmännen bestäms i hög grad av befolkningsutvecklingen. Fler personer i höga åldrar ökar behoven av insatser samtidigt som det pågår en befolkningsomflyttning i Sverige som innebär en ökande koncentration av befolkningen till storstadsområdena och ett fåtal övriga tillväxtområden medan de flesta kommunerna får se sin befolkning minska. I avflyttningsområden blir de äldre kvar som svarar för huvuddelen av vårdbehoven medan de yrkesverksamma flyttar ut.

Skillnader mellan olika delar av landet visar tecken på att öka genom befolkningsomflyttningar och genom skillnader i utveckling när

det gäller näringsliv och sysselsättning, skattebaser och demografisk struktur. Detta innebär sammantaget att risken för skillnader i välfärd också ökar. Statsbidrags- och utjämningsystemet syftar till att utjämna skillnader i ekonomiska förutsättningar mellan kommuner respektive landsting. För kommunerna finns en särskild kompensation för befolkningsminskningar som skall ge förutsättningar för en rimlig anpassningstid när det gäller verksamhet och kostnader. För landstingen finns ingen motsvarande kompensation. På sikt kan utflyttningen från vissa regioner innebära en påtaglig urgröpning av det befolkningsmässiga och ekonomiska underlaget för den kommunala verksamheten, vilket i sin tur kan kräva svåra men nödvändiga strukturella förändringar av vårdverksamheter.

Kommittén vill understryka att staten har en viktig roll inte bara vad gäller att utjämna de ekonomiska förutsättningarna för sjukvårdshuvudmännen utan också för att följa att skillnader i vårdens omfattning, kvalitet och effektivitet inte utvecklas på ett för medborgarna orättfärdigt sätt i strid med de nationella målen. För detta krävs betydligt bättre nationella underlag för hur vården utvecklas i olika delar av landet. De regionala skillnaderna behöver följas upp med ett mer detaljerat underlag med nyckeltal över vårdens utveckling. Det är angeläget med en utveckling av mått och mätmetoder.

Kommittén menar att medborgarna skall ha bättre underlag för och reella möjligheter att jämföra och värdera vårdens innehåll och kvalitet mellan olika verksamheter. Det är härvid viktigt att även hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser beaktas. En sådan öppen redovisning ger förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att föra dialogen med medborgarna om nödvändiga förändringar av vårdens struktur.

Framväxten av nya vårdproducenter och driftformer ökar patientens valfrihet men medför också större skillnader

Framväxten av nya vårdproducenter och driftformer, som ägs av sjukvårdshuvudmännen eller andra, innebär att vården organiseras och utförs på ett mindre homogent sätt än tidigare. Detta ökar patientens valfrihet men medför också större skillnader i vårdens utförande och innehåll. *Kommittén menar att en ökad valfrihet är önskvärd men att den inte får ske i strid mot de nationella målen. Medborgarna skall enligt kommitténs mening få en öppen redovisning av vad som bedöms vara god vårdkvalitet i samtliga verksamheter oberoende av driftsform. Kommuner och landsting har ansvar för vårdens kvalitet även i verksamheter som utförs på entreprenad och bör enligt kommitténs mening öppet redovisa vilka avvägningar de gör mellan resurser och*

kvalitet. Även denna utveckling ställer krav på staten att följa och värdera, och i förekommande fall vidta åtgärder.

Den sjukvårdspolitiska debatten är angelägen

De politiska partierna har haft svårt att få förståelse för de prioriteringar och omstruktureringar som bedömts som nödvändiga för att säkerställa en god hälso- och sjukvård som en följd av den medicinska tekniska utvecklingen och av begränsade ekonomiska resurser. Reformerna och förändringarna har ofta uppfattats ge lägre kvalitet och sämre tillgång till vård.

Detta har resulterat i att nya sjukvårdspolitiska partier har bildats. En otillräcklig kunskap om arbetsfördelning mellan politiker på olika nivåer har försvårat för medborgarna att utkräva ansvar på rätt nivå. *Kommittén menar att den sjukvårdspolitiska debatten är angelägen och bör föras såväl lokalt som centralt.* Den sjukvårdspolitiska debatten behöver vidgas så att utöver valda sjukvårdspolitiker medborgarna i större utsträckning deltar i det offentliga samtalet om vårdens villkor, innehåll och resultat. Medborgarna behöver tydligt få veta vem som är ansvarig och vad de kan förvänta sig av kommunens politik, landstingets politik respektive rikspolitiken i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Kommittén anser att den otydlighet som hittills präglat omställningen av hälso- och sjukvården har sin grund i att det saknas underlag för befolkningen att bedöma hur målen för verksamheterna uppnås och hur vården använder sina resurser. Det är kommitténs mening att stat, landsting och kommuner måste ta ett större ansvar för att medborgarna får ett bättre underlag för sina ställningstaganden.

Avvägningar för statens styrning

Hälso- och sjukvården är en nationell angelägenhet enligt EU:s fördrag. I Sverige har kommuner och landsting ålagts att vara sjukvårdshuvudmän med motivet att besluten skall ske nära människorna och därmed skapa förutsättningar för direkt inflytande och möjligheter till lokal anpassning av verksamheterna. Samtidigt har staten ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården och för samhällsekonomin.

Den kommunala självstyrelsen skall väga tungt i de motstående intressen som finns mellan staten och kommuner/landsting

Utmärkande för den offentliga sektorn är samverkan mellan staten och kommuner/landsting. Det finns också motstående intressen. *Den kommunala självstyrelsen skall enligt kommitténs mening ha en reell innebörd och väga tungt i relation till de motstående intressen som kan finnas.* Detta överensstämmer med den syn som kommittén om den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd har framfört (SOU 1996:129).

Närhet mellan verksamhet och beslut om resurser och prioriteringar

Kommittén anser att en verksamhet som utförs så decentraliserat som hälso- och sjukvård bäst styrs och organiseras lokalt. Vården förändras och utvecklas till stor del på initiativ av vårdens personal, bl.a. som ett resultat av nya rön och de förväntningar som patienterna i de dagliga kontakterna ger uttryck för. Det måste finnas en närhet mellan dem som beslutar om nya resurser och prioriteringar mellan verksamheter och vårdens utövare för att verksamheten skall bli så utvecklingsinriktad som medborgarna har rätt att förvänta sig.

En central styrning med regler och direktiv är stelare till sin karaktär och svårare att påverka när förhållandena i vården förändras. Till detta kommer behovet av att anpassa till skillnader i förutsättningar och behov av hälso- och sjukvård i olika delar av landet. *Kommittén menar att det alltid kommer att finnas en spänning mellan vårdens utförare och finansierare men att denna spänning lättare kan hanteras när det finns en närhet och möjlighet till dialog mellan politiker och vårdens professioner, något som bara kan genomföras praktiskt i en decentraliserad organisation.*

Utveckling och förnyelse bygger på personalens engagemang

Som kommittén närmare beskriver senare i betänkandet (avsnitt 10) har de landsövergripande reformerna, sjukvårdshuvudmännens egna organisationsförändringar samt de stora behoven av kostnadsminskningar under 1990-talet inneburit påfrestningar för vårdens personal. *Enligt kommitténs mening måste utveckling och förnyelse av vården bygga på personalens engagemang.* En dynamisk organisation som aktivt söker och använder sig av nya rön från forsknings- och utvecklingsverksamhet bygger på engagerade och entusiastiska medarbetare. Utan driv-

kraft från vårdens utövare sker ingen utveckling av verksamheten. *Kommittén menar därför att staten såväl som sjukvårdshuvudmännen själva bör lämna ett stort utrymme för det lokala initiativet och även i övrigt ge förutsättningar för personalens delaktighet och arbetstillfredsställelse.*

Stort utrymme för lokala initiativ med inriktning mot avreglering och ökad organisationsfrihet

De styrmedel staten använder sig av skall således ge ett stort utrymme för lokala initiativ med en allmän inriktning mot avreglering och ökad organisationsfrihet för kommuner och landsting. Huvudinriktningen av statens styrning bör således vara att använda sig av övergripande mål och krav, etiska grundprinciper, generella statsbidrag och styrning med information för att öka kunskaper och ändra värderingar. Statens styrning lägger tonvikt på att påverka vårdens utveckling genom kunskapsstyrning, t.ex. genom att bedriva utbildning, ge förutsättningar för forsknings- och utvecklingsverksamhet, utvärdera, följa upp, och bedriva en mängd olika informationsaktiviteter.

Spelregler för en långsiktig personalpolitik

Hälso- och sjukvård är en omfattande och komplex verksamhet. För de yrkesverksamma i landstingen krävs lång grundutbildning och betydande inskolning. Ingen annan del av svensk arbetsmarknad har lika hög andel högskoleutbildad arbetskraft. Även för kommunernas vård och omsorger ställs allt högre krav på personalens utbildning och kompetens.

Ny teknologi och nya medicinska metoder kräver inte sällan stora investeringar och införande av ny arbetsorganisation. Sjukvårdshuvudmännen behöver förutsättningar för att föra en långsiktig personalpolitik för att nya rön skall kunna tas tillvara på ett så snabbt och kostnadseffektivt sätt som möjligt. Detta ställer i sin tur krav på staten att säkra stabila spelregler för utbildning, kompetensutveckling och vidareutbildning.

Staten upplevs vara garant för att vården bedrivs enligt de nationella målen

Staten har ett övergripande ansvar för fördelningspolitik samt för samhällsekonomin och stabiliseringspolitiken. Växande krav från allmän-

heten på likvärdig och rättvis samhällsservice kan också ge skäl till statlig styrning. Staten upplevs som en garant för att hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med de nationella målen.

Inom vården styr staten med regler och med en omfattande utbildnings- och informationsverksamhet för att säkerställa kvalitet och säkerhet. Av särskild vikt är att tillförsäkra att de mest utsatta i samhället får den vård och hjälp de behöver vilket staten bl.a. har gjort genom rättighetslagstiftning i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. På förslag från kommittén (SOU 1997:154) har även patientens ställning stärkts i hälso- och sjukvårdslagen. Också Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vissa sjukdomsgrupper är ett led i att försäkra att patienten ges vård på lika villkor. För små och mindre kända handikapp/sjukdomsgrupper kan decentraliseringen innebära risk att patienten inte får den specialistvård hon behöver. En decentralisering av vården måste därför kombineras med en centralisering av den mest specialiserade vården.

Staten skall ge ekonomiska förutsättningar för vård på lika villkor

Statens fördelningspolitiska ambitioner inom vården har främst syftat till att ge ekonomiska förutsättningar för vård på lika villkor bl.a. genom statsbidrags- och utjämningsystemet men även genom regleringar av patientavgifter. Vissa stabiliseringsåtgärder som staten vidtar för att nå en samhällsekonomisk balans innebär begränsningar av den kommunala självstyrelsen t.ex. kommunalt skattestopp. *Det är enligt kommitténs mening viktigt att staten i sin styrning tar hänsyn till att ekonomiska restriktioner påverkar sjukvårdshuvudmännens möjligheter att utveckla verksamheterna.* Det måste finnas en rimlig överensstämmelse mellan kvalitetskraven och de resurser som står till förfogande. Samtidigt har olika jämförande studier, bl.a. Spris verksamhetsberättelser, visat att skillnader i vårdens kvalitet och omfattning inte bara beror på resurstillgång utan också på skillnader i effektivitet och produktivitet. I många kommuner och landsting finns förutsättningar att höja vårdkvaliteten genom att utnyttja resurserna effektivare.

Anda av samförstånd och samarbete bör prägla statens relation med den kommunala sektorn

Ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan stat, kommuner och landsting har i stor utsträckning grundats på praktiska överväganden. En

strikt gränsdragning av den kommunala sektorns uppgifter har varit både olämplig och svår att genomföra. Förhållandet mellan stat, kommuner och landsting har kommit att präglas av samverkan för att nå gemensamma mål och uppgiftsfördelningen har justerats efter hand inte minst inom vårdens område med flera huvudmannaskapsreformer.

Enligt kommitténs mening är det angeläget att en anda av samförstånd och samarbete präglar statens relation med den kommunala sektorn. Staten bör se som sin uppgift att underlätta för sjukvårdshuvudmännen att åstadkomma och utveckla en god hälso- och sjukvård på lika villkor. Kommuner och landsting bör å sin sida respektera de åtgärder staten måste vidta för att säkerställa de nationella målen och de etiska riktlinjerna. Kommittén anser att det bör etableras former för regelbundna överläggningar och överenskommelser om viktiga vård- och utvecklingsfrågor mellan företrädare för staten, landstingen och kommunerna på politisk nivå.

En större tydlighet bör eftersträvas vad gäller de olika centrala aktörernas ansvar. Både medborgarna och de i vården verksamma har i dag svårt att se var ansvaret ligger för de brister i vården man vill få åtgärdade. Hälso- och sjukvårdens frågor tenderar, i den aktuella debatten, att skjutas uppåt, bort från de ansvariga. Därmed förgrovas ofta frågeställningarna och lösningar förenklas. *Det råder en brist på strategi för hur medborgarna skall informeras om var ansvaret för olika frågor ligger och hur debatten om hälso- och sjukvårdsfrågor på olika politiska nivåer skall föras. Kommittén anser att staten och sjukvårdshuvudmännen tillsammans måste bearbeta och åtgärda denna brist på strategi.*

EU-medlemskapet påverkar svensk hälso- och sjukvård

Sveriges EU-medlemskap påverkar hälso- och sjukvården även om denna är en nationell angelägenhet. De fyra friheterna innebär redan i dag en harmonisering vad gäller varor (t.ex. läkemedel) och har underlättat för vårdens professioner att arbeta i andra EU-länder. På sikt kan den ökade rörligheten få konsekvenser t.ex. vad gäller möjligheter att få vård i annat land, även om vården idag i princip, ligger utanför EU:s kompetens. Detta kan komma att påverka sjukvårdshuvudmännens ekonomi både genom vidgade möjligheter att sälja vård och genom kostnader för vård som befolkningen skaffar sig utanför Sverige.

Kommittén vill understryka vikten av att staten och sjukvårdshuvudmännen är uppmärksamma på utvecklingen inom unionen. Den kan förändra förutsättningarna för nuvarande ansvarsfördelning och styrning av vården. Allmänna förskjutningar i sociala system och preferen-

ser till följd av en större europeisk integration kan också påverka ansvarsfördelning och statens styrning av hälso- och sjukvården.

Styrning med regler

Regelverket

Inom hälso- och sjukvårdens område finns ett förhållandevis stort antal lagar och förordningar samt föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen. Kommittén har inte granskat och har heller ingen anledning att ifrågasätta reglernas syften och innehåll, men kan konstatera att regelverket är omfattande även i förhållande till andra samhällssektorer.

En stor mängd regler medför bristande överskådlighet och genomslag av reglernas innehåll

Den stora mängden regler innebär enligt kommitténs mening problem i sig, framför allt vad gäller överskådlighet och möjligheter att få genomslag för reglernas innehåll till alla som är berörda inom vården. Problemet accentueras av att det tillkommit ett stort antal nya aktörer genom de 289 kommunerna som är nya sjukvårdshuvudmän och privata vårdgivare, som alla är ålagda att följa hälso- och sjukvårdens regler.

I sjukvårdspersonalens grundutbildning ingår undervisning om de regler som gäller för tillfället, dock förändras reglerna kontinuerligt. Personalen måste få information om förändringar samt möjligheter att förstå och tolka vad reglerna innebär för den egna verksamheten, annars blir regleringen verkningslös. *Kommittén vill framhålla att arbetsgivarna har skyldighet att se till att reglerna finns tillgängliga på arbetsplatsen och att informera om innehållet i nya regler som gäller för verksamheten.* Det är dessutom viktigt att vårdpersonalen får möjlighet att med arbetsledningen gå igenom och diskutera reglerna så att dessa tillämpas utifrån ett patientperspektiv och blir ett stöd i verksamheten.

Lagstiftningen skall vara överskådlig

Kommittén anser att lagstiftningen skall vara så överskådlig och tydlig som möjligt. Ett steg i den riktningen är den nya lagen (1998:531) om

yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område där bestämmelserna om de krav som ställs på yrkesverksamma i hälso- och sjukvården är samlade.

Kommittén övervägde i sitt delbetänkande (SOU 1997:154) om det fanns anledning att frånga dagens system med skyldighetslagstiftning till förmån för en lagstiftning som bygger på rättighetsbaserade principer som skulle innebära att patienten kan få sin sak prövad av domstol om hon inte får ut sin rätt. Kommittén ansåg att det finns stora principiella svårigheter med att införa legala patienträttigheter och majoriteten avvisade då en rättighetslagstiftning, vilket även blev Riksdagens beslut (prop. 1997/98:189).

En grundförutsättning för att patienten skall kunna kräva sin rätt och vårdpersonalen leva upp till sina skyldigheter är enligt kommitténs mening att lagstiftningen är överskådlig och tydlig. På kommitténs förslag har regeringen aviserat en samlad översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att bl.a. åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. Socialutskottet har instämt i kommitténs bedömning och menar att översynen bör ske utifrån den nuvarande principen med skyldighetslagstiftning (1998/99:SoU3). Kommittén anser det angeläget att en översyn av lagstiftningen kommer till stånd med den innebörd som kommittén tidigare föreslagit.

Socialstyrelsens föreskrifter och rådgivning bör bli tydligare i vad som är tvingande och vad som är rekommendationer

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd bör enligt kommitténs mening över tid omprövas och förnyas. Socialstyrelsens uppdrag från regeringen och även det internt påbörjade arbetet bör resultera i en förenkling av reglerna och en utmönstring av regler som kan ha förlorat sin aktualitet. Kommittén vill här framhålla att reglernas främsta syften är att säkerställa de grundläggande målen på nationell nivå utan att reglerna genom detaljstyrning försvårar vårdens organisering och genomförande. Socialstyrelsens översyn bör enligt kommitténs mening resultera i en förstärkning av patientperspektivet.

Kommittén noterar att förutom föreskrifterna får allmänna råd, riktlinjer och annan rådgivning en starkt normerande effekt. Den som gör avsteg från de allmänna råden måste t.ex. kunna visa att det egna tillvägagångssättet är minst lika bra. Socialstyrelsen använder de rekommendationer man utarbetar i sin tillsyn och domstolarna använder dem i sin praxis vare sig rådgivningen är utformad som allmänna råd, nationella riktlinjer eller i annan form. Socialstyrelsens rådgivning till sjukvårdshuvudmännen uppfattas därför som tvingande även om så

kanske inte alltid har varit avsikten. *Enligt kommitténs mening bör därför Socialstyrelsen vara tydlig i sin information om hur olika former av rådgivning och rekommendationer skall uppfattas.*

Kommittén anser även att ett enhetligt språkbruk vore av värde när det gäller myndighetens regler och rådgivning. Språket styr olika aktörers agerande och en enhetlighet underlättar därför tillämpningen. Staten och sjukvårdshuvudmännen bör tillsammans med olika yrkesföreträdare enas om lämplig praxis vad gäller terminologin för regler och rådgivning. Standardisering som arbetsmetod bör kunna användas för att komma överens om en sådan enhetlig terminologi.

Kommittén anser att staten har ett ansvar att informera om de regler man beslutat om och att informationen om reglernas innehåll anpassas till de olika målgrupper som är berörda. Den konkreta utformningen av informationen bör ske i samarbete med företrädare för sjukvårdshuvudmännen och staten med medverkan av berörda målgrupper.

Standardisering

Kommittén anser att standardisering som arbetsform borde bli bättre känd och kunna utnyttjas i ett betydligt bredare sammanhang än vad som sker idag. Standardisering är en partsneutral arbetsform för överenskommelser mellan flera olika parter och är lämplig att använda där man gemensamt vill eftersträva en hög normerande effekt. Det kan gälla upphandling, kvalitetssäkring, verksamhetsuppföljning, gemensam terminologi, statistik m.m.

Användning av standardisering som metod bör kunna utökas

EU använder standardisering som metod för att få en enhetlighet inom den gemensamma marknaden som alternativ till anvisningar av olika slag. *Kommittén menar att Sverige i ökad omfattning borde kunna utnyttja standardiserin.g.* Fördelen med standardiserings är att inblandade parter deltar i utarbetandet på ett systematiskt sätt och kan ge sin syn på konsekvenserna av en utökad normering. Efterlevnaden underlättas av att parterna varit direkt involverade i att ta fram normerna.

Med ökat inslag av privata entreprenörer kan standardisering som metod få större betydelse än hittills. Metoden anknyter till vad som används inom andra delar av samhället. Inom industrin och den privata tjänstesektorn är arbetsmetoden etablerad i betydligt större utsträckning än i offentlig verksamhet.

Tillsyn

Genom att patienten nästan helt saknar utkrävbara rättigheter i vården blir det enligt kommitténs mening särskilt viktigt att det finns andra rättsliga garantier för att sjukvårdshuvudmännen och personalen fullgör sin lagstadgade skyldighet. Här fyller Socialstyrelsens tillsyn en viktig funktion, både förebyggande och korrigerande. Tillsynen omfattar alla vårdproduktion, såväl privat som kommuners och landstings verksamheter. Socialstyrelsen har genom lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område fått förbättrade möjligheter att ingripa mot sådana brister som är av betydelse för patientsäkerheten. Socialstyrelsens tillsyn är inriktade på att undanröja missförhållanden i verksamheten i allmänhet. Ett föreläggande innebär en förpliktelse för vårdgivaren att inom viss tid avhjälpa missförhållandena, vilket även kommer enskilda patienter till del.

Regler och kriterier för Socialstyrelsens verksamhetstillsyn skall vara tydliga och kända

Praxis för verksamhetstillsynen är enligt vad kommittén erfar relativt oklar för den som skall granskas. Ett särskilt problem ligger i, som redan nämnts, svårigheten att skilja mellan föreskrifter, allmänna råd, nationella riktlinjer och andra typer av rekommendationer och meddelanden från myndigheter, vilket bl.a. leder till att även icke bindande rekommendationer tolkas som tvingande.

Kommittén vill framhålla det som angeläget att tillsynen bedrivs efter för verksamheten väl kända kriterier. De som arbetar i vården bör tydligt meddelas vilka kriterier som bör uppfyllas och vara underrättade om det underlag som används för tillsynen. Även medborgarna ska ha möjlighet att få en tydlig återkoppling och inflytande. Kommittén menar att Socialstyrelsen i ökad utsträckning tillsammans med representanter för verksamheter och brukare skall ta fram underlag för och utforma kriterier för tillsynen samt fastställa formerna för hur tillsynen skall bedrivas. I Socialstyrelsens uppgift skall enligt kommitténs mening ingå att klargöra vad som krävs samt informera om hur tillsynen kommer att genomföras.

Den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten är föremål för verksamhetstillsyn av både Socialstyrelsen och Länsstyrelsen vilket innebär onödigt dubbelarbete och kollisioner samt försvårar för verksamheten att förstå och tillgodogöra sig de kriterier som gäller för tillsynen. Socialtjänstutredningen (Dir. 1997:109) har uppdraget att se

över tillsynen av den kommunala vården och omsorgen varför vi inte utrett frågan.

Socialstyrelsens roll

Socialstyrelsen har under 1990-talet byggt ut sin tillsynsverksamhet och har fått förstärkta befogenheter att bedriva verksamhetstillsyn med relativt långtgående sanktionsmöjligheter. Samtidigt bedriver myndigheten en omfattande verksamhet både med att definiera vad som skall betraktas som god vård genom t.ex. nationella riktlinjer för ett antal vanliga sjukdomar, och med att följa upp och utvärdera verksamheter, tillhandahålla statistisk service och genom att delta på många andra sätt med råd och stöd till de verksamheter som omfattas av tillsynsverksamheten (se vidare kapitel 8).

Kommittén föreslår att Socialstyrelsens verksamhet ses över med syftet att belysa tillsynsverksamhetens organisation.

Socialstyrelsen har de dubbla rollerna, dels att utveckla och fastställa kriterier för god vård och förebyggande insatser och även ge råd och stöd om dessa, samt dels genom tillsynen granska att verksamheterna följer vad Socialstyrelsen fastställt skall gälla. Denna integrerade verksamhet innebär att erfarenheter från utvärderingar, uppföljningar och även tillsynen kan bidra till att normer och kriterier för tillsynen kan förfinas och utvecklas.

Myndigheten menar att den nära kopplingen innebär en utveckling och förbättring av tillsynens kvalitet. De förstärkningar av Socialstyrelsens uppgifter som skett under senare år bygger på stort förtroende för Socialstyrelsens kompetens och oväld. I längden finns dock risk för att de dubbla uppdragen försvagar tilltron till den centrala uppgiften som tillsynsorgan. Den redan starka positionen förstärks ytterligare genom att Regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att själv se över regelverket när det uppfattas som alltför omfattande.

De dubbla rollerna skapar enligt kommitténs mening i längden en otydlighet för verksamheterna. Tillsynen har en särskild ställning i svensk hälso- och sjukvård genom att trygga patientsäkerhet och god vård i ett sjukvårdssystem som bygger på skyldighetsbaserad lagstiftning och inte rättighetslagar. *Enligt kommitténs bedömning har därför tillsynen en stor vikt och måste säkras på ett sådant sätt att tilltron till det skyldighetsbaserade svenska hälso- och sjukvårdssystemet upprätthålls. Kommittén föreslår att Socialstyrelsens verksamhet ses*

över med syftet att belysa tillsynsverksamhetens organisation. I samband med översynen skall enligt kommitténs mening även prövas om länsstyrelsernas och Socialstyrelsens tillsynsverksamheter skall bilda en ny myndighet som bedriver tillsyn inom vårdens hela område.

Ekonomisk styrning

Staten har ett övergripande ansvar för samhällsekonomin - kommuner och landsting är beroende av statsbidrag

Staten har som beskrivits tidigare ett övergripande ansvar för samhällsekonomin vilket även innefattar villkoren för den kommunala ekonomin. Det har under kommitténs arbete upprepade gånger framkommit olika syn från staten respektive kommuner och landsting på det ekonomiska utfallet för sjukvårdshuvudmännen av olika former av restriktioner under 1990-talet genom t.ex. minskningar av statsbidrag eller skatteunderlag respektive effekterna av ökade statsbidrag för den kommunala ekonomin. Att belysa de komplexa sambanden mellan effekter av förändringar i sysselsättning, momsavgift för huvudmännen, egenavgifter m.m. har legat utanför vårt uppdrag med detta betänkande men har uppenbart påverkat både regeringens och kommuners och landstings analyser av den ekonomiska utvecklingen. *Erfarenheterna under 1990-talet visar enligt kommitténs mening på ett återkommande permanent behov att överlägga mellan regeringen, kommuner och landsting om villkoren för den kommunala ekonomin och om viktiga utvecklingsfrågor*

Kommittén gör bedömningen att staten under hela 2000-talets inledande decennier kommer att med statsbidrag behöva stödja kommuner och landsting. Kommunal- och landstingsskatten samt avgifter ger inte tillräckliga intäkter för att finansiera vård och omsorg. Kommuner och landsting är därför även i fortsättningen beroende av tillskott från staten. Nuvarande statsbidrag ligger i storleksordningen 15-20 procent av verksamhetens kostnader.

Grundprincipen är generella statsbidrag men det finns skäl att använda riktade statsbidrag för att stimulera viss önskad utveckling

Enligt kommitténs mening skall grundprincipen vara generella statsbidrag till kommuner och landsting. Dessa har ett eget ansvar för den kommunala ekonomin och skall därmed kunna göra prioriteringar mellan verksamheterna. Genom utjämningsystemet skall alla ges likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva sina verksamhet.

Det finns enligt kommitténs mening skäl att använda riktade statsbidrag för att stimulera viss verksamhet eller viss önskad utveckling av vården. Utvärderingen av Dagmarmedlen visar enligt kommitténs mening på att riktade bidrag kan vara viktiga för att stimulera en önskad utveckling som staten och sjukvårdshuvudmannen är överens om. Användningen och utformningen av stimulansbidrag bör även i fortsättningen överenskommas mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Finansieringsprincipen skall iakttas

Kommittén vill framhålla vikten av att finansieringsprincipen iakttas. Denna innebär att om staten beslutar om åtgärder som direkt tar sikte på den lagreglerade och obligatoriska kommunala verksamheten och som innebär utökade åtaganden för kommuner och landsting skall de ekonomiska effekterna neutraliseras genom reglering av nivån på statsbidragen.

Staten måste ta större hänsyn till att landets kommuner och landsting har olika ekonomiska förutsättningar

De ekonomiska förutsättningarna för landets kommuner och landsting skiljer sig åt. I kommuner och landsting som har sin ekonomi i balans bidrar ökade statsbidrag till förbättrade möjligheter att utveckla och höja kvaliteten i skolan, vården och omsorgen. Många kommuner och landsting har emellertid svag ekonomi och svårigheter att uppfylla kraven på balans i ekonomin. En höjning av statsbidragen bidrar givetvis till förbättrade förutsättningar för den kommunala ekonomin även för dessa kommuner och landsting men det är inte säkert att de kan höja kvaliteten i sina verksamheter. Däremot kan bidragen motverka en ytterligare press på kostnadsnedskärningar i skola, vård och omsorg.

Kommittén anser att staten måste utveckla och förbättra sitt underlag för bedömning av de enskilda kommunernas och landstingens skilda förutsättningar vad gäller ekonomi, demografiska förhållanden,

tillgången på vårdresurser m.m. Staten har uppgiften att följa hur vården utvecklas i olika delar av landet och utforma de ekonomiska styrmedlen så att de ekonomiska förutsättningarna blir sådana att enskilda sjukvårdshuvudmän kan erbjuda befolkningen den kvalitet i vård och omsorg, som den har rätt att förvänta sig. För att kunna fullgöra denna uppgift är staten beroende av underlag från kommuner och landsting om verksamhetens resultat och måluppfyllelse. *Kommittén anser att staten bör komma överens med kommuner och landsting om ett sådant kunskapsunderlag.*

Regelbundna överläggningar bör ske mellan staten och företrädare för kommuner och landsting om ekonomi och viktiga vårdfrågor

Regeringen har under 15 års tid haft etablerade former för överläggningar med landstingen genom Dagmaröverenskommelserna. Motsvarande diskussioner har inte förts med kommunerna. Kommunerna är i dag är stora sjukvårdshuvudmän. Det sker också en successiv ökning av kommunernas verksamheter dels genom ökningen av antalet äldre personer och dels genom att en allt större del av äldrevården utförs i de äldres bostäder.

Kommittén menar att det är angeläget att regeringen regelbundet överlägger med och träffar överenskommelser med företrädare för kommuner och landsting om ekonomiska förutsättningar för den kommunala verksamheten och om viktiga vårdfrågor. Dagmaröverenskommelserna bör ersättas av andra former för överenskommelser mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Det finns behov av mer långsiktiga överenskommelser om vårdens utveckling än vad Dagmaröverenskommelserna ger. *Kommittén vill särskilt framhålla vikten av att kommunerna som idag har en omfattande hälso- och sjukvårdsverksamhet i fortsättningen deltar i sådana överenskommelser.*

Styrning med information - kunskapsutveckling

Information syftar till kunskapsutveckling

Information, utbildning, och alla former av kunskapsutveckling får en ökande betydelse som medel att påverka och styra hälso- och sjukvården. Staten vill genom sin styrning med information av olika slag ge möjligheter till kunskapsutveckling, och i förlängningen en förändring i

beteendet, i hälso- och sjukvårdsfrågor. Informationen är inget självändamål utan är ett styrmedel för att närma sig de nationella målen. Det kan handla om kvalitet, effektiva metoder, riskfaktorer för sjukdom och skillnader mellan grupper. Statens styrning med information är omfattande, det är många statliga aktörer som arbetar med olika metoder, målgrupper och innehåll.

Att många verksamheter inom kunskaps- och informationsområdet vinner på en nationell samordning är enligt kommitténs mening inte motiv nog för att staten skall ta ansvaret för dem; det finns andra aktörer som också kan agera på det nationella planet. Statens ansvar är relaterat till de nationella målen för hälso- och sjukvården, speciellt i de fall där avvikelserna från dessa befaras vara stora. Det finns en mängd andra informatörer som statens aktörer måste förhålla sig till. I vissa fall leder det till att staten kan avstå från att informera, informationen når ändå ut och staten behöver inte legitimera den. I andra fall är slutsatsen den motsatta: staten kan t.ex. informera som en motvikt till kommersiell information.

Översyn av statens styrning med information

För att på ett effektivt sätt arbeta mot de nationella målen behöver de statliga myndigheterna ha en tydlig strategi, dvs. en medveten och formulerad plan för hur informationen och kunskapsutvecklingen ska kunna bidra till en ökad måluppfyllelse samt hur uppföljning med återföring sker.

Eftersom hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet, med flera beslutsnivåer och där många olika yrkesgrupper är involverade blir informations-/kunskapsstyrning ett allt mer utnyttjat styrmedel. En samordning måste också ske av myndigheternas informationsinsatser till de olika målgrupperna. Såvitt kommittén kan bedöma saknas en sådan samordnad statlig informationsstrategi. *Regeringen bör enligt kommitténs mening initiera en särskild översyn av den statliga informationsstyrningen.* Den bör bl.a. beakta följande aspekter:

Informationsinsatser bör planeras och genomföras i dialog med berörda

Staten lägger liksom de flesta andra organisationer som arbetar med information stor vikt vid att ta fram en vederhäftig och genomarbetad information. De största svårigheterna ligger dock i att uppnå legitimitet samt motivation för dess mottagare så att informationen kan omvandlas

till kunskap och bidra till förändringar. Avvägningen mellan informations- och utvecklingsansatser har betydelse för denna process. Det samma gäller målgruppernas möjligheter och miljö.

Informationsstyrning kräver långsiktighet. Grunden är att insatserna planeras och genomförs i dialog med berörda yrkesgrupper, patientgrupper, sjukvårdshuvudmän och/eller vårdproducenter. Dialogen kan i sig göra att styrmedlet samtidigt bidrar till utvecklingen av hälso- och sjukvården. Informationskanaler måste väljas utifrån de berörda så att tillgång till information säkras. De myndigheter som på olika sätt medverkar i statens informationsstyrning bör även förvissa sig om att mottagaren förstår, litar på och ser syftet, med informationen; dvs. att hänsyn tas till insatsens legitimitet hos målgruppen.

Personalen skall ha möjligheter till utveckling och stimulans genom ökad kunskap

Det är de enskilda yrkesverksamma inom vården som har ansvaret för den egna kunskapen vilket även tidigare konstaterats av kommittén (SOU 1995:122, s.233). Möjligheter till utveckling och stimulans genom ökad kunskap är inte minst viktiga för personalens motivation och tillfredsställelse med arbetet. Staten kan bidra till detta genom att vårdens personal involveras i att utarbeta information, att den görs lätt tillgänglig, inte minst genom IT-teknik, och anpassad till respektive målgrupp. Vårdproducenten måste som arbetsgivare, se till att det finns resurser och utrymme i tid för personalen att delta i kunskapsbildningen och utvecklingen av det egna arbetet. Kommittén anser att lärande bör vara en viktig del av arbetet inom hälso- och sjukvården och att personalens medverkan i utveckling av ny kunskap bör stimuleras. Det finns ett betydande kapital i personalens erfarenheter som bör tas till vara.

Anpassning av information till olika målgruppers förutsättningar

Statens uppgift är även att se till att information finns tillgänglig samt förmedlas så att hänsyn tas till grupper som har olika typer av svårigheter; det kan gälla handikapp av olika slag eller språksvårigheter. Aktörerna inom området måste känna till de förutsättningar som olika grupper har att ta till sig information.

Informationsstyrning är långsiktig

Det är enligt kommitténs mening av vikt att man gör realistiska bedömningar av hur lång tid det tar att få genomslag i verksamheten av informationsstyrning. Mer forskning och erfarenheter från strukturerat utvecklingsarbete bör öka kunskapen om när effekter av olika informationsinsatser inom hälso- och sjukvården kan nås. I de fall snabba ekonomiska resultat krävs är dagens erfarenheter att hittillsvarande informationsstyrning inte varit tillräckligt framgångsrik. På längre sikt är metoden sannolikt ööverträffad när det gäller en så kunskapsberoende verksamhet som hälso- och sjukvården.

Nationellt utvecklingsarbete

Kommittén konstaterar att det fortsatt kommer att finnas behov av nationellt samordnat, kvalificerat utvecklingsarbete bl.a. i syfte att skapa en gemensam grund för förändringar av vården där alla berörda parter deltar. Till viss del kan sådant arbete vila på de lokala FoU-centra, men då flera av dessa idag har svag struktur måste under ett uppbyggnadsskede olika centrala organisationer ta ansvar för att utvecklingsverksamhet stimuleras och genomförs.

Vårdforskning

Vårdforskning vid högskolan

Behov av en allsidig vårdforskning

I Sverige sker en ur ett internationellt perspektiv relativt omfattande vårdforskning. Kommittén kan konstatera att den "nya" vårdforskningen har haft en snabb utveckling under 1990-talet, inte minst tack vare Vårdalstiftelsen. Den kliniska medicinska forskningen har under lång tid haft en stark ställning internationellt även om den under 90-talet minskat något i omfattning. Kommittén finner det angeläget att det inledda arbetet inom MFR med att analysera orsaker till och effekter av en sådan förändring fullföljs, samt att MFR tillsammans med andra aktörer vidtar nödvändiga åtgärder.

Kommittén vill framhålla vikten av att en allsidig forskning bedrivs inom hälso- och sjukvården. Vårdens effektivitet är beroende av att vårdpersonalen är kompetent inom sitt respektive ansvarsområde. Ur samhällets perspektiv är det önskvärt att all vårdforskning ges goda möjligheter till utveckling, för att vårdens olika delar skall fördjupa sin kunskapsgrund och effektivitet. En kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården, där verksamheten måste visa stor öppenhet för ny kunskap och vara flexibel i sin uppbyggnad, har behov av disputerad personal i ledande ställning, som kan utgöra en bas för det lokala utvecklingsarbetet.

Den ”nya” vårdforskningen behöver stimuleras

Skilda delar av hälso- och sjukvården har hunnit olika långt i kunskapsuppbyggnad. Kommittén kan konstatera att det fortfarande finns behov att stärka basen för de yrken som är knutna till den ”nya” vårdforskningen, vilket är skälet till att kommittén i dagsläget förordar en förstärkning av denna. På sikt är det angeläget att den ”nya” vårdforskningens olika delar kan utveckla specialiserade baskunskaper, vilket även är en förutsättning för att en tvärvetenskaplig vårdforskning kan utvecklas där olika yrkesgrupper och huvudämnen kan bidra med sina särskilda perspektiv.

Delar av den ”nya” vårdforskningen är inriktad på patienternas situation och hur anpassning kan ske till sjukdom och handikapp. Sådan forskning är av central betydelse för långvarigt sjuka och funktionshindrade, vilket särskilt gäller de stora patientgrupper som utgörs av äldre. *Kommittén menar att forskning och utveckling om äldrevård, handikappvård och vård om psykiskt funktionshindrade bör stimuleras.* Ett stort ansvar vilar här på kommunerna som huvudmän för mycket av denna verksamhet. *Kommittén bedömer att en viktig punkt i de överläggningar som framgent bör ske mellan staten och huvudmännen bör omfatta överenskommelser om hur man gemensamt ska stärka forskningen.* För kommunerna gäller det att beakta forskningserfarenhet som merit i utformningen av verksamheten. Vad avser äldrevården stimuleras forsknings- och utvecklingsarbete under åren 1999 - 2001, som en del i den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, bl.a. genom SFR:s forskningsprogram och socialdepartementets stöd till regionala äldrecentra.

Vården är en verksamhet där ett stort antal yrkeskategorier samverkar. Forskningen bör spegla detta genom en tvärvetenskaplig inriktning.

Vårdforskningen bör koncentreras till ett begränsat antal forskningsmiljöer

Inom den ”nya” vårdforskningens samtliga inriktningar råder fortfarande brist på forskningsmiljöer av bredd och djup som kan erbjuda en ”kritisk massa” av forskning och kvalificerade handledare. *Delar av den ”nya” vårdforskningen, framförallt omvårdnadsforskningen, präglas av forskningsmiljöer av liten storlek spridda vid flera högskolor. Kommittén anser att detta innebär svårigheter för ämnet att få en stark utveckling.*

Uppbyggnad av goda forskningsmiljöer tar lång tid och kräver stort engagemang. *Kommittén anser att det i nuläget är angeläget att högskolan koncentrerar den ”nya” vårdforskningen till ett begränsat antal forskningsmiljöer för varje huvudämne.* En ökad samverkan mellan forskare, vilken kan ske i samlade forskningsmiljöer bidrar till en sammanhållen forskningsprofil och ger möjligheter till fördjupad kunskapsutveckling inom området. På längre sikt, när antalet handledarmeriterade forskare har ökat, bör forskningen bedrivas på flera platser.

Brist på handledare

Kommittén har konstaterat att antalet doktorander inom de ”nya” vårdforskningsämnena idag är mycket stort i förhållande till antalet handledare, ett faktum som bör uppmärksammas vid de universitet och högskolor där denna typ av forskning bedrivs.

Inom såväl den ”nya vårdforskningen” som den kliniska medicinska forskningen har de som disputerar en hög medelålder. Universitet och högskolor bör analysera orsakerna till detta samt vidta åtgärder så att yngre personer vill och kan söka sig till forskarutbildning och forskning inom vårdforskningens olika inriktningar.

Sjukvårdshuvudmännens FoU-arbete

Samverkan mellan landsting och kommuner

Landsting och kommuner har ansvar för att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete. Detta förtydligande av sjukvårdshuvudmännens ansvar infördes i hälso- och sjukvårdslagen, på förslag av kommittén (SOU 1994:132).

Kommuner och landsting bedriver utvecklingsverksamhet i varierande grad och former. Kommittén anser att detta arbete är mycket angeläget. Särskilt angeläget är det att utveckla vårdprocessen ur patientens perspektiv, vilket ställer krav på en utökad och fördjupad samverkan mellan kommuner och landsting såväl vad avser forskning som utvecklingsarbete. Utvecklingen av vården gynnas av att en tvärvetenskaplig forskning byggs upp med nära kopplingar till utvecklingsarbete.

Inrättande av gemensamma FoU-centra för landsting och kommuner bör stimuleras

Landstingen har inrättat ett stort antal FoU-enheter av varierande storlek som bedriver forsknings- och utvecklingsarbete. Några av enheterna finansieras gemensamt av flera landsting, ett fåtal av både kommuner och landsting men flertalet har endast ett landsting som huvudman. Många av FoU-enheter är specialiserade på t.ex. primärvård eller psykiatri.

I ett antal kommuner finns FoU-enheter som är inriktade på t.ex. äldreomsorg och individ- och familjeomsorg men antalet enheter är förhållandevis få. *Kommittén kan konstatera att det finns ett stort behov av patientnära forskning och utvecklingsarbete som är inriktad på den kommunala vården.* Kommunerna behöver öka sitt engagemang genom att tillsammans med andra kommuner och landsting delta i FoU-verksamhet med inriktning på kommunal vård och omsorg.

Ett sätt att i dagsläget bättre utnyttja de befintliga resurserna är att sjukvårdshuvudmännen samordnar sina insatser till för kommuner och landsting gemensamma FoU-centra. Detta skulle för landstingens del innebära färre enheter, medan det för kommunernas del torde innebära fler enheter än i dagsläget. Genom detta ökar förutsättningarna för FoU-centra att bedriva för landsting och kommuner gemensamt utvecklingsarbete. De kan därigenom även ges en samordnande roll och fungera som ett kvalificerat metodstöd till lokalt utvecklingsarbete i landsting och kommuner.

Dessa gemensamma FoU-centra skall ha nära koppling dels till verksamheterna genom att delta i angelägna utvecklingsprojekt, dels till universitet och högskolor i syfte att hålla en hög metodologisk och vetenskaplig kvalitet. En sådan koppling ger möjligheter till metodstöd i planering, genomförande och utvärdering av utvecklingsarbete i landsting och kommuner.

Socialdepartementet bidrar under perioden 1999- 2001 med medel för uppbyggnad och utveckling av regionala äldrecentra med förutsätt-

ningen att kommuner och landsting samverkar i sådana centra. Avsikten är att de enheter som kommittén här föreslår skall byggas upp efter liknande principer som äldre centra. Om möjligt bör verksamheten samordnas.

Kommittén föreslår att staten tar initiativet till överenskommelser med kommuner och landsting om åtgärder för att stimulera inrättandet av för kommuner och landsting gemensamma FoU-centra för vården. Frågan om åtgärder bör tas upp i de överläggningar som kommittén föreslagit skall äga rum mellan företrädare för staten, kommuner och landsting om viktiga vård- och utvecklingsfrågor.

Tjänster för forskningsmeriterade

Utöver att kvalificerad forskarkompetens kan samlas inom FoU-centra är det till fördel att forskare finns anställda i vårdverksamheten. Inom landstingen finns sedan länge s.k. kombinationstjänster inom den kliniska medicinska forskningen; dvs. tjänster där innehavaren (främst läkare) delar sin tid mellan arbete i verksamheten och forskning. *Kommittén rekommenderar landsting och kommuner att inrätta denna typ av kombinationstjänster för forskare även inom den "nya" vårdforskningen. Kommittén anser att en ökning av sådana tjänster är av stor betydelse för vårdforskningens utveckling.*

Kommittén vill peka på att det allmänt är önskvärt att fler forskningsmeriterade personer anställs i kommunernas och landstingens vårdverksamheter och att forskningserfarenheter räknas som merit.

Nationellt utvecklingsarbete

Staten har genom att delfinansiera Spri bidragit till landstingens utvecklingsarbete. (Se avsnitt 7.3.) Spri kommer nu att avvecklas och de fortsatta formerna för samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen och staten utreds (våren 1999). Kommittén har inte i uppdrag att föreslå hur en eventuell samverkan skulle kunna utformas men vill framhålla vikten av att både kommuner och landsting som sjukvårdshuvudmän deltar i ett eventuellt framtida samarbete med staten om utveckling av vården på såväl nationell som lokal/regional nivå.

Finansiering av vårdforskning

Forskningsfinansiärerna bör stimulera den ”nya” vårdforskningen

Den ”nya” vårdforskningen har utvecklats snabbt, men har ännu inte fått ett tillräckligt antal erfarna forskare och doktorander, för att garantera framväxt av en vetenskapligt grundad kunskap för vården.

Vårdalstiftelsen är den enda forskningsfinansiär med statlig anknytning som i större omfattning stödjer den ”nya” vårdforskningen. Utöver stöd till forskningsprojekt inom vårdforskningens område gör också stiftelsen omfattande satsningar på forskartjänster bl.a. kombinations-tjänster. Vårdalstiftelsen har funnit lämpliga former för stöd till den ”nya” vårdforskningen, varför det är av stor betydelse att stiftelsen kan finnas kvar på längre sikt.

Kommittén anser det angeläget att även andra forskningsråd och finansiärer t.ex. Medicinska forskningsrådet (MFR), Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR), Cancerfonden och Barncancerfonden tydligt uttalar att även de stödjer den ”nya” vårdforskningen. Kommittén anser att forskningsfinansiärerna även på andra sätt bör kunna ta initiativ till att stimulera en god forskning inom forskningsfältet. Representanter för den ”nya” vårdforskningen bör t.ex. finnas i finansiärernas olika prioriteringskommittéer som bedömer forskningsansökningar m.m.

Enligt kommitténs mening är det angeläget att fler tjänster inrättas för de som disputerat, t.ex. genom att högskolan prioriterar den ”nya” vårdforskningen. Sådana prioriteringar kan förstärkas genom medel från forskningsråd.

Under de närmaste åren kommer äldreforskningen att gynnas av vissa resursförstärkningar. Det är angeläget att den ”nya” vårdforskningen inryms i dessa satsningar och att SFR som administrerar resursförstärkningarna i sitt program tydligt inkluderar aspekter som rör de äldres omvårdnad, rehabilitering m.m.

Åtgärder för att stärka den kliniska medicinska forskningen bör vidtas

Det finns tecken på att den kliniska medicinska forskningen har minskat i omfattning, bl.a. beroende på hårdare ekonomisk styrning av sjukvården och bristande förståelse för forskning. Denna forskning är en viktig del av vårdforskningen som har stor betydelse för utveck-

lingen av vården. Både sjukvårdshuvudmännen och staten har intresse av och ansvar för att den kliniskt medicinska forskningen bedrivs. Utvecklingen av vården är beroende av att en allsidig klinisk forskning bedrivs som omfattar både den mer traditionellt medicinska forskningen och den ”nya” vårdforskningen. *Det är enligt kommitténs mening angeläget att den nedåtgående trenden på omfattningen av klinisk medicinsk forskning hejdas.*

Forskningsfinansiering av landsting och kommuner på regional nivå

Landstingen och kommunerna ansvarar för att det inom vårdverksamheterna sker en utveckling som leder till en effektiv vård av hög kvalitet. En av förutsättningarna är att det bedrivs forskning som täcker vårdens olika uppgifter och problemområden. Det är sjukvårdshuvudmännens ansvar att sådan forskning bedrivs.

Landstingen har inlett ett forskningssamarbete på regional nivå bland annat genom att anslå gemensamma medel i forskningsrådsliknande former som kan sökas för forsknings- och utvecklingsarbete av landstingsanställda. Kommittén anser att detta samarbete över landstingsgränserna är betydelsefullt. *Kommittén rekommenderar att också kommunerna bereds tillfälle att delta i denna form av samarbete, som då bör avse forskning och utveckling inom både landstingens och kommunernas vårdverksamheter.*

Sjukvårdshuvudmännen bör särredovisa kostnader för FoU

Landstingen och kommunerna har ännu inte funnit bra modeller för att redovisa kostnaderna för den forskning och utveckling som bedrivs. *Det är enligt kommitténs mening önskvärt att landsting och kommuner utvecklar kostnadsredovisningen så att det blir möjligt att särskilja kostnaderna för forskning, utveckling och klinisk utbildning.* Huvudmännen har ansvar för att FoU-resurser avsätts i en omfattning som överensstämmer med verksamhetens resursförbrukning och behov av ständig utveckling.

Organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården

Effekterna av de många reformerna och organisationsförändringarna under 90-talet är svåra att mäta

Under 1990-talet har ett stort antal reformer och organisationsförändringar genomförts såväl nationellt som hos sjukvårdshuvudmännen. Det har alltså varit vanligt att försöka lösa vissa av vårdens problem, eller med andra ord styra den, genom att på olika sätt förändra den yttre organisationen.

Att så många förändringar har gjorts samtidigt, och på olika plan, har lett till svårigheter vad gäller att skilja de olika förändringarnas effekter från varandra. Inte minst utvärderingarna av de olika reformerna/styrmodellerna har påvisat detta. *Kommittén kan konstatera att det är omöjligt att isolera effekterna av reformer och organisationsförändringar från andra förändringar i samhället.* Framför allt har den presade samhällsekonomi med all säkerhet haft större inverkan på vårdens utveckling bland annat genom att skapa en medvetenhet om resursernas begränsning och behovet av prioriteringar mellan verksamheter samt genom att tvinga fram besparingar.

Det har också funnits svårigheter i samarbetet mellan de olika sjukvårdshuvudmännen. Ansvarsgränser har flyttats och det har tagit tid att hitta de nya rollerna samt att bygga upp de verksamheter som krävts.

Av försöken med Finsam och Socsam framgår att andra försök med nya roller och gränser visar på vissa positiva effekter möjligen beroende på att parterna själva fått tillgodogöra sig eventuella besparingar.

Patientperspektivet har stärkts

En i kommitténs ögon positiv utveckling har varit att patientperspektivet har stärkts under 1990-talet. Patientens valfrihet och rätt till god service och delaktighet i vården osv. har varit motiv för flera förändringar både i samband med reformerna och även på annat sätt. Man kan tala om en förändrad värdering från vårdens sida. På senare år har även de anhörigas situation och medverkan betonats på liknande sätt.

Utvecklingen av vården bör ske med långsiktighet och bred medverkan av berörd personal

Det finns tydliga tecken på att den stora reformaktiviteten och krav på kostnadsminskningar har medfört en trötthet hos vårdens personal som torde motverka reformernas syfte; inte minst har brister funnits vad gäller delaktigheten. Att ändra en verksamhet kräver engagemang för att genomförandet ska bli effektivt och leda till reella förändringar. *Som kommittén tidigare påpekat måste personalen ha tid för reflektion för att utveckla sin kompetens.*

Kommitténs slutsats är att utvecklingen av vården framöver bör ske med en långsiktig strategi och med en bred medverkan och delaktighet av vårdens alla personalkategorier. Kommittén vill framhålla att vårdutveckling och organisationsförändringar är en del av vårdens vardag.

Förändringar måste till om organisation och arbetsmetoder hindrar att nya medicinska rön kan tas tillvara och praktiskt omsättas på ett effektivt sätt. Ekonomin kommer även i framtiden vara knapp för sjukvårdshuvudmännen med fortsatta krav på att effektivisera och prioritera för att möta nya krav på vårdinsatser.

Förändringar behöver förankras hos medborgarna

Det är dock angeläget att undvika de många, tröttande tvära omkastningar i förändringarnas inriktning som förekommit under 1990-talet. Medborgarna har med stor sannolikhet känt sig vilsna då nödvändigheten av förändringar inte alltid klart tydliggjorts. Det är inte lätt att följa med och veta vad som gäller, t.ex. var man vänder sig för att få vård eller vad man ska betala för sina läkemedel. För såväl personal, patienter, anhöriga som medborgare gäller att förändringar, för att få legitimitet, behöver förankras. Att känna till och förstå motiven bakom och målen med reformer samt vara delaktig i uppföljningen har betydelse för genomförandet och hur man ser på detsamma.

Formerna för medverkan kan skilja sig mellan olika grupper. För medborgarna kan t.ex. olika typer av medborgarutvärderingar, råd och studiecirklar vara vägar till delaktighet.

Kommittén bedömer att utvecklingen av hälso- och sjukvårdens organisation nu i huvudsak bör ske med initiativ på det lokala planet. De stora landsövergripande reformerna inom vårdens område bör följas av olika, lokalt anpassade, modeller för organisering av hälso- och sjukvård. Ett utökat samarbete mellan de olika huvudmännen samt mellan vårdgivare är troligen avgörande för att hälso- och sjukvården i

framtiden ska vara effektiv och ha möjlighet att se patienters och medborgares hela situation, både vad gäller hälsa och sjukdom.

Statens roll blir att sätta upp mål, följa och värdera utvecklingen

Statens roll blir att sätta upp nationella mål, följa och värdera att utvecklingen sker i enlighet med dessa. *Kommittén vill framhålla att det är viktigt att staten kontinuerligt följer vårdens utveckling på det nationella planet, och att denna innefattar olika aktörers, framförallt patienters, perspektiv.* Det är också angeläget att detta genomförs av företrädare för olika forskningsämnen och -traditioner samt att resultaten återförs till verksamheten.

1 Kommitténs uppdrag

1.1 Bakgrund

Svensk hälso-och sjukvård står inför stora utmaningar. De gamla blir fler. Den medicinska utvecklingen skapar nya möjligheter att behandla sjukdomar samtidigt som de samhällsekonomiska restriktionerna har blivit allt mer uppenbara. Detta ställer krav på fortsatta åtgärder för att öka kostnadseffektiviteten liksom på den politiska processen när det gäller att förankra de grundläggande prioriteringarna. Kraven skärps också på en öppen dialog mellan politiker, administratörer och de som arbetar i hälso- och sjukvården i syfte att utveckla verksamheten och hushålla med begränsade resurser.

Den kommunala sektorn är av grundläggande betydelse för välfärd, samhällsekonomi och tillväxt. Staten har ett ansvar för att sektorn tillförsäkras rimliga ekonomiska och planeringsmässiga förutsättningar, vilket bl.a. kan ske genom ett långsiktigt stabilt bidrags- och utjämningsystem. Staten har vidare det övergripande ansvaret för den offentliga verksamheten och samhällsekonomin och måste ha instrument till sitt förfogande för att kunna styra med hänsyn till detta ansvar.

Svensk medicinsk forskning har länge haft en internationellt framskjuten position. Det är av vikt att denna position kan bibehållas. Att förebygga, bota eller lindra sjukdom kräver emellertid inte enbart medicinska kunskaper utan också kunskaper inom förebyggande metodik, omvårdnad, habilitering och rehabilitering. Även om vårdforskningen vid en internationell jämförelse ligger väl framme inom vissa områden, så är den inte lika utvecklad, etablerad och accepterad som den medicinska forskningen. Det finns därför skäl att intensifiera insatserna inom denna del av vårdforskningen samt även främja utvecklingen inom omvårdnadsområdet.

1.2 Direktiven och tidigare betänkanden

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) tillsattes våren 1992 (dir 1992:30) och började arbeta hösten samma år. Huvuduppgiften enligt de ursprungliga direktiven (dir. 1992:30) var dels att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels att överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. I uppdraget ingick också frågor som rörde patientavgifter och högskostnadsskydd samt kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård.

Några månader efter regeringsskiftet hösten 1994 beslutades att kommittén skall slutföra sitt uppdrag med ändrade direktiv och med delvis ändrad sammansättning. Kommittén fick bl. a. ny ordförande; direktören Leni Björklund samt en politisk sammansättning som speglade det parlamentariska läget i riksdagen efter valet.

Av regeringens tilläggsdirektiv (dir. 1994:152) från den 22 december 1994 framgår att kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. Vidare innebär direktiven att sjukvårdshuvudmännen även i fortsättningen skall ha planeringsansvar och möjligheter att styra sjukvårdens kostnadsutveckling. Staten har dock det övergripande ansvaret för den offentliga verksamheten och samhällsekonomin och måste ha styrinstrument till sitt förfogande.

Enligt tilläggsdirektiven skall kommittén bl.a. överväga:

- hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2010 och särskilt beakta den demografiska utvecklingens betydelse för de äldres behov av hälso- och sjukvård,
- åtgärder som kan vidtas för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården,
- formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument, samt finansiella och andra styrinstrument,
- erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen,
- kostnadsansvaret för läkemedel m. m. i öppenvård,
- läkemedelsförmånen inklusvie nuvarande högskostnadsskydd för sjukvård i öppenvård och läkemedel
- ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner i fråga om folkhälsoarbete samt

-ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering av vårdforskning samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling.

I delbetänkandet *Reform på recept* (SOU: 1995:122) redovisade kommittén sina överväganden och förslag i de delar av uppdraget som rör kostnadsansvaret för läkemedel samt läkemedelsförmånen och högkostnadsskyddet för öppen vård och läkemedel.

De delar av uppdraget som rör kommitténs överväganden och slutsatser beträffande hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2010 redovisades i delbetänkandet *Behov och resurser i vården en analys* (SOU 1996:163).

Kommittén redovisade i delbetänkandet *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet* (SOU 1997:119) sina överväganden och förslag vad gäller hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete.

I delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) redovisade kommittén de delar av uppdraget som rör patientens ställning i hälso- och sjukvården.

1.3 Kommitténs arbete med slutbetänkandet

Kommittén påbörjade arbetet med slutbetänkandet sommaren 1998. Kommittén har, enligt sina direktiv, i detta betänkande behandlat följande frågor (Dir.1994:152):

1. formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument
2. ansvarsfördelning mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering av vårdforskning samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling
3. erfarenheterna av de nya formerna för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen.

Kommitténs delbetänkande *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet* (SOU 1997:119) samt remissvaren har överlämnats till Nationella folkhälsokommittén, som arbetar med nationella mål och strategier för folkhälsoarbetet. Detta arbete har stor betydelse för hur den statliga styrningen av folkhälsoarbetet skall utformas, varför dessa frågor inte behandlas närmare i detta slutbetänkande.

Direktiven avgränsar kommitténs arbete strikt när det gäller formerna för den statliga styrningen. Det finns emellertid utvecklingstendenser i samhället som påverkar medborgarnas förväntningar på vården samt möjligheterna att upprätthålla förtroendet för verksam-

heten med nuvarande system. Kommittén har valt att peka på dessa tendenser då vi finner att de har stor betydelse för den fortsatta utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården.

Kommittén har inför arbetet med sitt slutbetänkande genomfört två hearingar, *Vårdforskningens innehåll och utveckling den 24 november 1998* och *Hur skall vården styras i framtiden den 12 januari 1999*. Hearingarna är dokumenterade i bilagorna 2 och 4 till detta betänkande.

Under arbetets gång har ett antal experter varit kommittén behjälpliga. I bilagorna 3,5 och 6 redovisas tre rapporter som utarbetats på kommitténs uppdrag: en kartläggning av *Den nya vårdforskningens innehåll* utarbetad av Alice Rinell Hermansson, *Statlig styrning av hälso- och sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen* av Anders Anell och Patrick Svarvar, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund samt *Mot bättre vetande, statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården* av Peter Garpenby och Per Carlsson, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi i Linköping. Konsulterna Caj Skoglund och Ulf Öhman har även medverkat med underlag till detta betänkande.

Kommittén har gett i uppdrag till forskare att göra kommenterande vetenskapliga litteraturöversikter av genomförda utvärderingar av nya styrformer i kommuner och landsting. Syftet har varit att belysa effekterna på hälso- och sjukvården av de förändringar av ekonomistyrning och organisation som genomförts av sjukvårdshuvudmännen under 1990-talet. Litteraturöversikterna har gjorts ur tre olika perspektiv; effekter för arbetsmiljön av Rolf Å Gustafsson och Inga-Lill Pettersson, effekter för demokrati och inflytande av Erik Amnå och Cecilia Eriksson samt effekter för kostnader och effektivitet av Helene Törnqvist. De vetenskapliga artiklarna publiceras i bilaga 1 till detta betänkande.

1.4 Övriga överväganden

För kommitténs arbete har gällt kommittédirektiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir.1994:23), att beakta EU- aspekter i utredningsverksamheten (dir. 1988:43), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124).

Kommittén har i sitt arbete beaktat såväl regionalpolitiska konsekvenser som jämställdhetspolitiska konsekvenser. Kommittén har vidare övervägt EU-aspekter på hälso- och sjukvårdens utveckling ur olika perspektiv bl.a. vad gäller patienters rättigheter, konsekvenser för

sjukvårdshuvudmännen och personalens ökade möjligheter till arbete i annat EU-land.

Kommittén gör principiella överväganden om statens styrning av vården och har beaktat de begränsningar i ekonomin som påverkar landstingens och kommunernas möjligheter att utveckla vården.

2 Nationella mål för hälso- och sjukvården

Landsting och kommuner är sjukvårdshuvudmän. Deras skyldigheter att tillhandahålla hälso- och sjukvård finns reglerat i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Kommuner och landsting har kommunal självstyrelse vilket är fastslaget i regeringsformen (RF) och i kommunalagen (1991:900). Riksdagen har som folkets främsta företrädare ytterst ansvar för hälso- och sjukvårdsverksamhet bl.a. genom att formulera nationella mål och stifta lagar för verksamheten.

De övergripande nationella målen för hälso- och sjukvård finns formulerade i hälso- och sjukvårdslagen. I detta avsnitt diskuteras några av de mest grundläggande målen för vården.

2.1 Mål för hälso- och sjukvården

Mål för svensk hälso- och sjukvård formuleras i hälso- och sjukvårdslagens 2 §:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Nyckelorden i målformuleringen är *god hälsa* och *lika villkor*.

God hälsa

Lagens formulering innebär att samhället åtar sig ett ansvar för att skapa förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. Det finns två perspektiv på hälsa: individers hälsa och befolkningens hälsa i betydelsen hälsans utveckling och fördelning i befolkningen (folkhälsan). Folkhälsa är inte bara summan av individernas hälsa utan omfattar även det mönster av större eller mindre olikhet i hälsa som råder mellan

olika grupper i befolkningen och som bestämmer hälsoutvecklingen (SOU 1998:43).

Den sociala bakgrunden har betydelse för hälsan. Det gäller vare sig man studerar inkomster, utbildningsgrupper eller samhällsklasser (yrkeskategorier). Det gäller också oavsett dödsorsak. Skillnaderna finns både bland kvinnor och män, samt dessutom bland deras barn. De främsta orsakerna till skillnaderna är den fysiska arbetsmiljön, hälso-relaterade beteenden och barndomsförhållanden (Lundberg 1998).

Synen på vad som är god hälsa varierar mellan individer bl.a. beroende på ålder och kön. Innebörden av vad som är friskt och sjukt påverkas också i hög grad av sociala och kulturella förhållanden och av värderingar vid den aktuella tiden (prop. 1981/82:97, s. 112). En sjukdom är aldrig endast ett biologiskt tillstånd utan måste tolkas utifrån sitt kulturella sammanhang.

Lika villkor

Innebörden av *lika villkor* enligt Hälso- och sjukvårdsutredningen (SOU 1979:78) är att alla som bor i landet i princip skall ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. Endast vårdbehoven skall avgöra insatsernas omfattning och karaktär. Vidare sägs att samhället måste undanröja ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska hinder för den enskilde att få del av vården.

Hälso- och sjukvården måste sträva efter att kompensera för de effekter som beror på skillnader i patienters inkomst och utbildning, ålder och kön så att alla ges likvärdiga möjligheter att t.ex. förstå en diagnos eller sätta sig in i behandlingsprogrammet. Lika villkor liksom god hälsa avser såväl individ som grupp.

Lika villkor innebär att vårdresurserna skall vara rättvist fördelade över landet, vilket förutsätter solidaritet mellan sjukvårdshuvudmännen vad gäller ekonomi och fördelning av knappa personalresurser.

2.2 Etisk plattform

I hälso- och sjukvårdslagens 2 § finns även etiska riktlinjer för vården:

Vårdens skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Motsvarande formulering finns i regeringsformens 2 §, *Den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.*

De etiska grundprinciperna att vården skall ges med respekt för alla människors *lika värde* och att den som har *det största behovet* av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården har preciserats av riksdagen i en etisk plattform (1996/97:SoU14, rskr 1996/97:60, prop. 1996/97:60).

Den etiska plattformen ligger till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är de tre principerna: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnads-effektivitetsprincipen.

Hela vårt demokratiska styrelseskick är uppbyggt kring föreställningen om att alla människor har lika värde. Det är därför naturligt att *människovärdesprincipen* som är grundläggande för samhället också är den viktigaste principen för hälso- och sjukvården. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som skall respekteras och att ingen i dessa avseenden är förmer än någon annan. Begåvning, social ställning, inkomst, ålder, kön etc. får inte avgöra vem som skall få vård eller kvaliteten på vården.

Behovs- och solidaritetsprincipen skall tillsammans med människovärdesprincipen ligga till grund för prioriteringar i den mening att resurserna skall satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst. Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Människor som inte kan ta tillvara sin rätt, t.ex. barn, vissa personer i höga åldrar eller andra som har svårt att kommunicera med omgivningen, har samma rätt till vård som andra.

Principen om *kostnadseffektivitet* innebär att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Denna princip är underordnad människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen.

Riktlinjerna i den etiska plattform som Riksdagen beslutat om skall fungera som vägvisare och stöd för alla vårdgivare och kliniskt verk-samma och vara utgångspunkt för prioriteringar av vård. Delegationen för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Prioriteringsdelegationen (Dir.1997:135) har fått uppdraget att bl.a. sprida information om riktlinjerna, utveckla metoder och arbets-sätt, initiera debatter om prioriteringsfrågorna samt förmedla erfarenheter av arbetet med prioriteringsfrågor i kommuner och landsting.

2.3 Krav på verksamheten

I hälso och sjukvårdslagens 2 § formuleras övergripande krav på hälso- och sjukvårdsverksamhet. I kraven beskrivs närmare vad som avses med god vård. Sålunda skall vården vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den skall vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall utformas i samråd med patienten och varje patient skall snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vidare sägs att patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. De preciseringar av patientens ställning som finns i hälso- och sjukvårdslagen har tillkommit på förslag av kommittén i delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154).

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller en hel del ytterligare krav vilka följs upp med föreskrifter och allmänna råd. Det finns andra lagar, förordningar och författningar som preciserar kraven på sjukvårdshuvudmän, vårdproducenter och vårdens personal. En beskrivning av reglerna finns i avsnitt 5 i detta betänkande.

Kännetecknande för hälso- och sjukvården är att verksamheten i hög grad styrs av hälso- och sjukvårdspersonalen bl.a. som en följd av att staten genom ett legitimeringsförfarande har delegerat rätten till definierade yrkesgrupper att på eget ansvar tillämpa sina kunskaper. Hälso- och sjukvårdspersonal har en direkt relation till staten i medicinska frågor, dels genom tillsynsmyndigheten Socialstyrelsen, dels genom Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som har att ta ställning till ärenden som rör enskilda patienter och legitimeringsfrågor. I frågor som gäller hälso- och sjukvårdens organisation och resursanvändning är vårdpersonalen underställd landstingens och kommunernas politiska organ.

2.4 Måluppfyllelse?

Lagens mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt även de etiska riktlinjerna anger vad hälso- och sjukvårdens verksamheter skall sträva efter att uppnå. Kommittén är medveten om att det aldrig kommer att kunna sägas att målen är uppfyllda. Ambitionen för målen följer samhällets utveckling och höjs i takt med denna. Vårdens utveckling avgör dessutom bara delvis utvecklingen av samhällets välfärd.

Kommittén har i sitt delbetänkande *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet* (SOU 1997:119) belyst utvecklingen av folkhälsan och den roll som hälso- och sjukvården spelar för förbättringen av folkhälsan. Generellt kan sägas att svenska folkets *hälsa* har förbättrats. Det gäller inte minst medellivslängden som har ökat med 5,3 år för män och 6,6 år för kvinnor sedan år 1960. År 1997 var den sannolika återstående livslängden vid födseln 84,2 år för kvinnor och 79,0 år för män (SCB 1999c).

Slutsatsen i betänkandet är att hälso- och sjukvårdens insatser för enskilda har effekt på folkhälsan. Att mäta omfattning och hur inverkan sker är dock svårt. I rapporten understryks att hälso- och sjukvården kanske gör sina största insatser genom att förbättra livskvaliteten för de människor som drabbas.

Målen i lagen markerar också en strävan att utjämna skillnader i hälsoläget mellan olika grupper i befolkningen. T.ex. är skillnaderna mellan sociala grupper och mellan män och kvinnor vad gäller ohälsa fortfarande påtagliga vare sig man mäter sjuklighet eller livslängd. Det finns också betydande geografiska skillnader mellan olika delar av Sverige.

WHO:s ambitiösa mål som Sverige som medlemsland ställt sig bakom om att skillnaderna i hälsa skall minska till år 2000 uppfylls inte. Skillnader i befolkningens hälsa har ökat såväl mellan länder i Europa som mellan grupper med olika inkomster inom de olika länderna. Även i Sverige där befolkningens hälsa i ett internationellt perspektiv är mycket god kvarstår skillnaderna mellan socioekonomiska grupper och det finns tendenser till att skillnaderna mellan olika grupper ökar (Vågerö 1999, bilaga 2).

WHO har nu förnyat sina hälsopolitiska mål och strategier. Nationella folkhälsokommittén (dir.1995:158 och dir. 1997:89) har fått i uppdrag att utarbeta nationella mål för hälsoutvecklingen i Sverige samt att föreslå strategier för hur målen skall kunna uppnås. Folkhälsokommittén har enligt sitt uppdrag följt arbetet med revideringen av WHO:s hälsopolitiska mål och strategier och tillsammans med Folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen aktivt bidragit med synpunkter på utformningen av WHO:s nya Hälsa-för- alla-strategi - HÄLSA 21. Den nya strategin innehåller 21 huvudmål. De mål som främst gäller hälso- och sjukvården understryker vikten av att mäta resultaten av verksamheten i termer av hälsoförbättringar.

I Sverige bor i dag drygt 900 000 personer som är födda i ett annat land och ytterligare 700 000 som har minst en förälder som är född i ett annat land. Sverige har blivit ett mångkulturellt samhälle vilket innebär en etnisk och kulturell mångfald som dels beror på att allt fler har utländsk bakgrund, dels på inflödet av internationella impulser. Den

Invandrarpolitiska kommittén (SOU 1996:55) visar på en tilltagande social segregering med etniska inslag i Sverige under 1980- och 1990-talet. I utredningen belyses också att personer med invandrarbakgrund har högre sjukfrånvaro, uppfattar sin hälsa som relativt sämre och har andra typer av ohälsa än befolkningen i övrigt. En stor del av förklaringarna finns troligen i hög arbetslöshet, yrken med låg status eller som är fysiskt ansträngande, trångboddhet och låga inkomster. Invandringssituationen i sig kan också bidra till sämre hälsa.

Det är viktigt för vården att anta ett tvärkulturellt förhållningssätt. Utmaningen ligger i att skapa en miljö där en patient oavsett bakgrund, kan samarbeta med personalen. Det är svårt att i förväg veta hur personer vill ha vården. Ett tvärkulturellt samhälle bemöter varje individ med respekt. Själva förhållningsättet är viktigare än att ha kunskap om enskilda kulturer.

I förhållande till många andra länder har Sverige trots olikheter en relativt jämlik tillgång till vård. Hälso- och sjukvården är emellertid inte fri från de fördomar som förekommer i samhället i övrigt. Forskningen visar att bemötande i vården och till och med i vissa fall diagnostik och behandling är olika för olika grupper i befolkningen. Den särbehandling som förekommer i vården är troligen till allra största delen omedveten.

Om och hur hälso- och sjukvården tillgodoser kvinnors och mäns behov av vård och stöd vid olika sjukdomar har utretts (SOU 1996:133). Utredningen visar på skillnader vad gäller såväl sjuklighet, bemötande, information och behandling av olika sjukdomar. Utredningen konstaterar att det inte är uteslutet att samhällets maktförhållanden mellan könen, som även gör sig gällande i vården, påverkar interaktionen och det kliniska beslutsfattandet. Det är angeläget att diskutera bemötande och vård i ett genusperspektiv i syfte att ta tillvara kvinnors och mäns olika kunskaper, uppmuntra självbestämmande, undvika sjukliggörande och medikalisering på grund av kön samt satsa på samarbetsrelationer mellan patient och läkare.

Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder (SOU 1999:21) visar på många gånger fördomsfulla sätt att behandla och se på människor med funktionshinder. Enligt utredaren finns skillnader mellan samhällets mål för stöd och hjälp till människor med funktionshinder och hur samhället behandlar och tillfredsställer de behov av stöd, service och tillgänglighet som många människor med funktionshinder har. Klyftan mellan ideal och realiteter är uppenbar.

2.5 Behov av prioriteringar

Förväntningarna på hälso- och sjukvården är i dag större än någonsin. Den demografiska utvecklingen kombinerat med ökad livslängd bidrar till att antalet människor i höga åldrar med stora vårdbehov ökar. Samtidigt innebär den medicinska tekniska utvecklingen och de förbättrade behandlingsmetoderna att fler människor kan behandlas och få hjälp för sina besvär i allt högre åldrar. Efterfrågan på avancerad behandling blir större när möjligheterna finns. Klyftan växer mellan å ena sidan efterfrågan av vård och vad som är möjligt att göra och å andra sidan vad resurserna räcker till.

Kommittén visade i sitt delbetänkande *Behov och resurser i vården - en analys* (SOU 1996:163) på skillnaden mellan efterfrågan och tillgång på resurser för vården. Kommittén bedömde i betänkandet att gapen mellan behov och resurser inte enbart kan slutas med effektivare resursutnyttjande. I avsnitt 7 behandlas de ekonomiska förutsättningarna närmare. Med begränsade ekonomiska resurser blir behovet att prioritera uppenbart. Varje gång det fattas beslut om resurser av något slag görs ett val; en prioritering.

Riktlinjerna för prioritering i den etiska plattform som Riksdagen antagit skall vara ett stöd för sjukvårdshuvudmännen och de kliniskt verksamma. Riksdagen uttalade att tillämpningen av de etiska principerna kan komma att skilja sig åt mellan de olika sjukvårdshuvudmännen. Även om synen på prioriteringar vore enhetlig kvarstår faktum att olika huvudmän har olika ekonomiska förutsättningar. Det är varje enskild huvudmans ansvar att iaktta de etiska principerna och att planera och genomföra sin hälso- och sjukvård efter de resurser som står till förfogande. Prioriteringsdelegationen (Dir. 1997:135) har Riksdagens uppdrag att sprida information, initiera debatter och följa och förmedla erfarenheter av prioriteringsarbetet.

De val och prioriteringar som måste göras har stor betydelse och måste därför vara så genomtänkta att de vinner acceptans hos flertalet medborgare. De måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna tydliga. Den demokratiska förankringen är viktig för befolkningens förtroendet för vården (prop. 1996/97:60).

2.6 Kommitténs överväganden

Tolkning av målen förändras i takt med välfärdsutvecklingen

De nationella målen och de etiska grundprinciperna är riktlinjer för en långsiktig och kontinuerlig utveckling av svensk hälso- och sjukvård, och de står för gemensamma värderingar på nationell nivå. *Kommittén är medveten om att det aldrig kommer att kunna sägas att målen är helt uppfyllda.* Tolkningen av målen förändras i takt med välfärdsutvecklingen i samhället vilket inte minst gäller hur vi i Sverige tar tillvara nya medicinska rön och deltar i den medicinska kunskapsutvecklingen. Statens roll är, förutom att formulera mål och principer, att följa och värdera att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter utvecklas så att de bidrar till en ökad måluppfyllelse och när så behövs ingripa med olika styrmedel.

Diskussion av prioriteringar i vården är en långsiktig och ständigt pågående process

De val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården grundar sig alltid på värderingar. Flertalet i befolkningen måste dela värderingarna för att de prioriteringar som sker skall uppfattas som rimliga och rättfärdiga och för att befolkningen skall kunna vidmakthålla förtroendet för vården. *Kommittén anser att det är nödvändigt att föra en diskussion om prioriteringar i vården och att se diskussionen som en långsiktig och ständigt pågående process.*

Den vedertagna normen i sjukvården är att erbjuda människor behandling. *Att ändra denna princip skulle enligt kommitténs mening ytterst innebära att enskilda individers livsvillkor och levnadsvanor läggs till grund för prioriteringar i vården i strid mot de etiska principer som Riksdagen antagit. Kommittén har i sitt delbetänkande Behov och resurser i vården - en analys (SOU 1996:163) diskuterat alternativ till skattefinansiering och konstaterade där att en grundförutsättning för att kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor är att vården finansieras solidariskt och att tillgängliga resurser fördelas rättvist efter behov. Kommittén vill understryka vikten av att vården och omsorgen tillförs medel på ett sådant sätt att vården kan möta växande behov med hög kvalitet. Det är av stor vikt att det demokratiska systemet förmår att göra de avvägningar och*

prioriteringar som krävs för att de nationella målen för vården och omsorgen skall kunna uppfyllas.

Stort utrymme för lokala prioriteringar och anpassningar

Kommitténs arbete har visat att det finns en betydande politisk samstämmighet i synen på vårdens problem och de åtgärder som behöver vidtas. Samstämmigheten har sin grund i en stark uppslutning kring de nationella målen för hälso- och sjukvården. Kommittén konstaterar att tillämpningen av de nationella målen och de etiska principerna kommer att skilja sig åt mellan sjukvårdshuvudmännen. Det ligger i den kommunala självstyrelsens natur och är också en konsekvens av att olika kommuner och landsting har skilda ekonomiska och demografiska förutsättningar. Riksdagen har även i samband med sitt ställningstagande till principerna för prioriteringar i vården uttryckt denna syn.

Ambitioner för vårdens omfattning och kvalitet har en tydlig koppling till de resurser som står till förfogande; i en situation med knappa resurser blir detta uppenbart. Omprövningar måste ske allt eftersom de demografiska mönstren förändras, tillgången på resurser skiftar, tekniska framsteg leder till nya behandlingsmetoder osv. Det kan också bli skillnader genom att spridning och tillämpning av ny medicinsk kunskap är ojämn. Den statliga styrningen har syftet att ge kommuner och landsting förutsättningar att kunna erbjuda befolkningen vård på lika villkor, samt att säkerställa att verksamheterna upprätthåller en säker och god vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den statliga styrningen av vården i Sverige har ambitionen att lämna ett stort utrymme för lokala prioriteringar på såväl politisk och administrativ nivå som för kliniska prioriteringar i mötet mellan patient och vårdpersonal. De nationella målen och de etiska principerna för prioriteringar skall vara vägledande för alla sjukvårdshuvudmän trots de skillnader som finns och som har sin grund i den lokala anpassningen till befolkningens behov och efterfrågan och till huvudmannens förutsättningar att tillgodose behoven.

Öppen dialog om vårdens kvalitet och resultat

Det finns enligt kommitténs mening en svårdefinierbar gräns för hur stora skillnaderna i vårdens kvalitet och tillgång till vård får vara i olika delar av landet. Den sjukvårdspolitiska debatten och de förtroendevaldas bedömningar på såväl lokal som nationell nivå avgör hur gränsen definieras. Ett öppet demokratiskt system bygger på med-

borgarnas delaktighet i och inflytande över hur mål och ambitioner för hälso- och sjukvården anges. Medborgarnas bedömning av vårdens kvalitet och resultat förutsätter en öppen information om hur vårdbehoven tillgodoses i olika delar av landet. *Kommittén konstaterar att det finns ett stort behov att vidareutveckla en sådan information.*

Staten uppfattas vara en garant för vårdens kvalitet med uppgiften att följa utvecklingen och att ingripa med åtgärder om skillnaderna är oacceptabelt stora. *Enligt kommitténs bedömning bör staten tillsammans med huvudmännen medverka till att öppet redovisa hur de uppställda målen uppfylls.*

Patientsäkerheten garanteras genom tillsynen

Staten har även enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ett ansvar för kvalitet och säkerhet i de uppgifter vårdens personal utför. Hur vårdarbetet organiseras och utförs kommer att variera i enlighet med den anpassning till lokala förutsättningar och behov som är sjukvårdshuvudmännens uppgift att tillgodose. *Staten bör enligt kommitténs mening utöva sin styrning så att ett stort utrymme lämnas för den lokala anpassningen.* Statens tillsyn över att vården utförs på ett säkert sätt med hög kvalitet får stor vikt i svensk hälso- och sjukvård och ersätter till delar en lagstiftning med rättigheter. Tillsynens syfte är att garantera patientsäkerheten och har därmed en viktigare roll än på många andra samhällsområden. I kapitel 5 belyses detta förhållande ytterligare.

3 Olika perspektiv på hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är en stor samhällssektor med många aktörer och intressenter. Alla människor kommer i kontakt med vården på något sätt som *medborgare*, *patient*, *anhörig* och/eller *personal*. *Sjukvårdshuvudmännen* dvs. landsting och kommuner har ansvar för verksamheten. De är dominerande *vårdproducenter* genom att äga och driva sjukhus, vårdcentraler, särskilt boende m.m. även om ett ökande antal vårdinrättningar drivs av privata företag, patientföreningar m.fl. som också är vårdproducenter. Stat, landsting och kommuner är politiskt styrda, *politiker* företräder medborgarna och utvecklar vårdpolitik. Sammantaget bidrar dessa aktörer till att förmedla en bild av svensk hälso- och sjukvård och till att initiera förändringar inom sektorn.

3.1 Medborgare

Som medborgare har vi förväntningar på hur hälso- och sjukvården skall vara. Vi vill att vården skall finnas tillgänglig om och när vi behöver vård. Det skall inte vara någon skillnad på bemötande och insatser beroende på ställning i samhället, ekonomi eller bostadsort. Vården skall vara effektiv dvs. utföras med god kvalitet till så låga kostnader som möjligt. Hälso- och sjukvård engagerar; vårdens kvalitet och tillgänglighet väcker starka känslor vilket inte minst belyses av reaktionerna på förslag om att sjukhus skall läggas ner eller få en annan verksamhetsinriktning.

De värderingar vi har, vilka varierar mellan olika generationer, påverkar krav och förväntningar på sjukvården. De som är unga idag ökar sin andel av valmanskåren, får tolkningsföreträde och blir framtidens beslutsfattare, varför det är intressant att studera olikheter mellan denna och tidigare generationer. Skillnaderna i värderingar mellan generationer beror i stor omfattning på att olikheter i uppväxt ger olika grundläggande föreställningar, som i sin tur har konsekvenser för hur man ser och tolkar verkligheten.

De personer som idag är stora patientgrupper är födda tidigt under seklet, under en tid när försörjningen var det viktigaste. Åström (1986 samt 1990) har visat att det för kvinnornas del har varit plikt känsla och inställningen att man ska offra sig för andra som varit rådande; hos männen i samma generation har prestationer prioriterats och de har haft liten träning i omsorg och omhändertagande. Dessa förhållningssätt sätter spår i relationen till hälso- och sjukvården: "De erfarenheter en människa gör tidigt i livet, påverkar hennes sätt att ställa krav när hon blir gammal. De som är över 80 år i dag minns hur gamla människor hade det på 1920- och 1930-talen. Många av dem känner tacksamhet och vågar inte ställa krav på verksamheten." (Svenska Kommunförbundet 1999a, s.72) Inom vården tillhör fortfarande majoriteten av patienterna en äldre generation, som inte är van att uttala sitt missnöje och sina krav.

Vården utförs dock och styrs i hög grad av personer som är födda på 1940-talet. Materiell trygghet och utbildning för att nå en position är viktiga för denna generation (Fürth, hearing i januari 1999, bilaga 2). Kvinnorna har i större utsträckning fått möjligheter till att utforma en egen identitet, inte minst genom yrkeslivet (Åström 1986). Männen har tillåtits ta ett ökat föräldransvar. Det är denna generation som kommer att vara de framtida stora patientgrupperna och som idag ofta återfinns som anhöriga.

De ungas värderingar brukar sammanfattas med begreppet postmaterialistiska (Ingelhart 1977, Pettersson 1992, Andersson m.fl. 1997). Begreppet innebär en betoning på självförverkligande, sociala relationer och upplevelser. Många unga är individualister, i bemärkelsen att de fokuserar på människans värde i sig. De vill ha valmöjligheter, vilket även innefattar andra människors rätt till valfrihet, något som Rothstein (1994) betecknar som "solidarisk individualism". Individualisering kopplat till strävan mot självkänedom innebär också förmåga till empati och inlevelse med andra.

Orsaken till den förskjutning i värderingar som sker ligger alltså i uppväxten. Enberg m.fl. (1998) visar i en genomgång av barnens situation i samhället under 1900-talet hur barn i allt större utsträckning betraktats som egna individer med egna rättigheter. Detta har konsekvenser för självbilden som i sin tur medför en förskjutning i värderingar. Föräldragenerationen påverkar sina barns värderingar utifrån vad man ser som angelägna delar av livet och även för samhällets utveckling. Förenklat kan 40-talisternas barn sägas iscensätta föräldrarnas ideal. Det behöver också påpekas att ovanstående beskrivning naturligtvis är förenklad och generaliserad. Den visar dock på tendenser till värderingsförskjutningar som det är angeläget att ha i minnet när

det gäller medborgarnas och väljarnas krav på hälso- och sjukvårdens praktiska utformning.

En förskjutning av värderingarna inverkar på hälso- och sjukvården. Den ökande betoningen av patientens (individuella) situation och av hälsofrämjande och förebyggande insatser är uttryck för nya värderingar i samhället.

För unga är vård ett prioriterat område trots att det i första hand inte är de själva som brukar den. Ungdomar (i det här fallet gymnasister) sätter hälso- och sjukvården högst när de ska prioritera samhällets resursanvändning i framtiden (Andersson m.fl. 1997). Målen för dagens hälso- och sjukvård, dvs. en god vård på lika villkor överensstämmer med såväl äldres som yngres värderingar även om de olika generationerna kommer fram till sin bedömning från olika utgångspunkter.

3.2 Politiska partier

Politikerna är medborgarnas företrädare. De politiska partierna formar en vårdpolitik utifrån sin ideologi. Det är främst på det lokala planet i landsting och kommuner som medborgarens krav och förväntningar kan tillgodoses. Landstingspolitiker och kommunpolitiker formar den konkreta vårdpolitiken medan riksdagen har uppgiften att övergripande fastställa mål och samhällets åtagande för vård samt göra avvägningar mot andra samhällsintressen. De politiska partierna har stort ansvar för att föra debatten om sjukvårdspolitik och har viktiga roller som opinionsbildare och i att vara pådrivare i att utveckla och förbättra vården.

Förutsättningarna för partiernas arbete har förändrats. Väljarna har blivit rörligare både genom röstsplittning på olika partier i riks- och kommunalvalen och genom partibyten mellan valen. Andelen väljare som betraktar sig själva som övertygade partianhängare minskar successivt vilket gör det svårare att rekrytera unga medlemmar till partiarbetet.

Under 1990-talet har lokala och regionala hälso- och sjukvårdspartier bildats. Ett exempel på detta är Sjukvårdspartiet folkets vilja i landstinget i Västra Götaland som i valet 1998 fick 6 mandat och en vågmästarroll i fullmäktige. Andra exempel är Norrbottens sjukvårdsparti, Sjukvårdspartiet Västernorrland och Skåne läns sjukvårdsparti. Etableringen av nya partier visar både på medborgarnas starka intresse för sjukvårdspolitik och på den styrka ett demokratiskt samhälle har som kan möta detta intresse genom att nya partier kan bildas.

Samtidigt som det finns en övertro på det politiska systemets möjligheter att snabbt lösa komplicerade frågor, som fordrar ett

långsiktigt arbete, finns en ökande misstro mot partier och politiker som troligen har förstärkts av den svaga ekonomin och svårigheten att hantera denna; förhållanden som inte minst tar sig uttryck i medias rapportering. Medborgarnas samhällsintresse tar sig också andra uttryck, bl.a. inom andra ideella organisationer. Partisystemet i dess nuvarande form är utsatt för påfrestningar. Sammantaget har detta gjort det politiska uppdraget svårare. Man talar om demokratins kris (Se t ex Birgersson & Westerståhl 1989; Petersson, 1993; Montin & Olsson, 1994)

3.3 Patient

Patienten vill ha professionell hjälp att diagnosticera, bota och lindra sjukdomssymtomen. Patienten vill ha tillgång till de effektivaste behandlingsmetoderna och de skickligaste specialisterna. Man vill ha en låg patientavgift men är egentligen inte just i mötet med sjukvården intresserad av att de åtgärder som erbjuds sker till låg kostnad för samhället. Kvalitet och resultat är då mycket viktigare. Patienten vill också bli informerad om vården och behandlingen samt ha ett inflytande över dess utformning.

Patientens förväntningar kan formuleras i termer som säker vård, kvalitet, respekt, gott bemötande, tillgång till vård, valfrihet, inflytande och kunskap om behandlingen samt låga avgifter. Detta är också krav som formuleras som politiska mål för vården. Det kan emellertid finnas en motsättning mellan medborgarnas och patienternas krav på vården t.ex. vad gäller kostnader och tillgång på specialiserad vård.

Handikapp-, pensionärsorganisationer och andra ideella organisationer ställer mycket tydliga krav på vården för de grupper som de företräder. Utgångspunkten är vård av god kvalitet och på lika villkor oberoende av var i landet patienten bor. Detta kan enligt vissa organisationer garanteras genom rättighetslagar eller genom enhetliga nationella riktlinjer för hur vården skall bedrivas. Arbetet med att utarbeta sådana nationella riktlinjer pågår och finns nu för tre sjukdomsgrupper (Se vidare avsnitt 8). Dessa skall i sin tur ge underlag för lokala vårdprogram och individuella överenskommelser med patienter (Socialstyrelsen 1998).

Rättighetslagar innebär att domstolar kan pröva lagfästa rättigheter. Sådana rättigheter finns i dag i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Kommittén behandlade frågan om rättighetslagstiftning inom hälso- och sjukvårdens område i sitt delbetänkande *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) och majoriteten föreslog ingen sådan lagstiftning. Kommittén valde andra vägar för att stärka patient-

perspektivet i vården. Kommitténs överväganden har legat till grund för de förändringar i hälso- och sjukvårdslagen som infördes från och med 1 januari 1999. Vid årsskiftet infördes även på kommitténs förslag en lag om patientnämndsverksamhet (1998:1656). Lagen innebär att varje landsting och kommun skall inrätta en eller flera nämnder med uppgiften att stödja och hjälpa enskilda patienter i deras kontakter med hälso- och sjukvården.

3.4 Anhörig/närstående

Anhörig (närstående) är förälder, make/maka, barn eller annan närstående till en patient. Anhöriga vill vara trygga i vetskapen om att en närstående patient får god vård och blir väl omhändertagen. Anhöriga vill vara delaktiga i vården främst genom att vara informerade om sjukdomen och det troliga resultatet av behandling och terapi. Anhöriga vill också veta vad de kan göra för att hjälpa och stödja den sjuke och hur de eventuellt kan delta i vården.

För en anhörig är det viktigt att bli informerad och bemött med respekt som en viktig part i vården och behandlingen av patienten. Anhöriga och patienter har i huvudsak likartade krav och förväntningar på vårdens innehåll. Särskilt viktiga blir de anhöriga för patienter som inte kan föra sin talan t.ex. barn, personer med demenssjukdom, psykisk störning eller förståndshandikapp. För många av dessa patientgrupper finns anhörigföreningar som tillvaratar de anhörigas intressen och formulerar krav på vården.

Anhörigas intressen är relativt lite preciserade i lag. I hälso- och sjukvårdslagen står dock att en närstående skall informeras i de fall informationen inte kan lämnas till patienten. Vidare står i lagen att de efterlevande skall visas hänsyn och omtanke när någon närstående har avlidit.

De anhörigas roll har främst uppmärksammats inom äldrepolitiken och då i rollen som anhörigvårdare. I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop.1997/98:113) pekas på behoven av respekt för de anhörigas kunskap och erfarenheter och möjligheter till avlösning. Riksdagen har anvisat särskilda utvecklingsmedel om 100 miljoner kronor per år under perioden 1999-2002 för att stödja anhöriga och andra närstående inom äldreården.

Anhöriga/närstående får en allt viktigare roll genom de korta vårdtiderna, fler behandlingar i öppen vård och genom att en allt större del av vården sker i hemsjukvård. Kommunernas restriktivare biståndsbedömning bidrar även till detta. Den förbättrade folkhälsan och att fler anhöriga och närstående utför betydande vårdinsatser har också inne-

burit att många äldre kan klara ett eget boende även i mycket höga åldrar. De anhöriga behöver information och handledning och även stöd på annat sätt t.ex. ekonomiskt för att kunna delta i vården på ett tryggt sätt. Personalen får i sin tur utökade uppgifter att stödja de anhöriga i deras roll vilket innebär krav på arbetsorganisation m.m.

Patienter, anhöriga och vårdens företrädare har alla i huvudsak ansett att denna utveckling är angelägen och att den bidrar till en förhöjd livskvalitet för den som är långvarigt sjuk och hjälpbehövande. Frågor om t.ex. patientens integritet och de krav som ställs på sekretess behöver uppmärksammas i samband med att alltmer vård utförs i den enskildes bostad av närstående som inte omfattas av de regler som gäller för vårdpersonal.

3.5 Vårdens personal

År 1997 var totalt 250 000 anställda i kommunernas vård och omsorg, 200 000 inom landstingens hälso- och sjukvård samt 25 000 i privata vårdföretag. För alla dessa personer är hälso- och sjukvården en arbetsplats som skall erbjuda arbetstillfredsställelse och en god arbetsmiljö.

Inom hälso- och sjukvården arbetar yrkesgrupper med skiftande utbildningsnivå och -inriktning samt olika grader av specialisering. Var och en har sin kunskapsbas, nätverk och krav på att följa utvecklingen inom det egna ämnesområdet. För hälso- och sjukvårdspersonal ställs särskilda krav i lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens områden. Arbetet skall utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten skall få sakkunnig och omsorgsfull vård och vården skall så långt som möjligt utformas i samråd med patienten.

Arbetsinnehållet i hälso- och sjukvården förändras och utvidgas. Många personalgrupper får nya roller bl.a. beroende på tekniska och organisatoriska förändringar. För att vara i frontlinjen krävs ett ständigt lärande så att man följer med i utvecklingen inom sin (sub-) specialitet. Det är också viktigt att hålla sig à jour på andra områden. Vad händer inom näraliggande områden, hur utvecklas tekniken och vilka är de senaste rönen vad gäller etik och patientbemötande? Vårdens vardag kräver ett stort mått av flexibilitet och anpassning till stunden, vilket kräver bredd i kompetensen.

Sjukvårdens personal skall både kunna stå för en specialisering och spetskompetens inom det egna området och en bredd i kompetensen i andra avseenden. Det handlar om att kunna samverka med andra; att ha en helhetssyn på patienten, att följa med och driva utvecklingen inom det egna området samt i organisationen som helhet. Det ställs höga krav på att ta ansvar och fatta beslut. För att verksamheten skall

fungera och vara effektiv måste all personal samverka till en helhet. Detta är den stora utmaningen för ledningen av hälso- och sjukvårdens komplicerade verksamhet.

Forskningen om arbetsmiljö har försökt definiera vad som kännetecknar "det goda arbetet". En demokratisk ledarstil, självständighet samt möjlighet till lärande och utveckling ger positiva effekter på både arbetstillfredsställelse och effektivitet. Möjligheter att hantera krav, stöd, inflytande, förutsägbarhet, delaktighet och på en kollektiv nivå delat ansvar och bättre förståelse för samarbetsformer är andra viktiga delar. När personal fick ange vad som ansågs bidra till en god arbetsmiljö prioriterades intellektuell stimulans, frihet/självständighet och möjligheter till nytänkande och initiativ (Petterson, bilaga 1).

Intresset har varit stort för att utbilda sig till läkare, sjuksköterska, sjukgymnast m.fl. yrken och undersökningar visar att flertalet är nöjda med sitt arbete i vården. Vården kan i många avseenden sägas ha erbjudit "det goda arbetet" för stora yrkesgrupper. Den positiva bilden har till delar förändrats under 1990-talet. Vårdens arbetsmiljö har försämrats och ohälsan bland sjukvårdspersonal har ökat (Petterson, bilaga 1).

3.6 Vårdproducent/vårdgivare

Vårdproducent är den juridiska eller fysiska person (vårdgivare enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område) som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Verksamheten sker vid sjukhus, vårdcentraler, mottagningar, äldreboende, i hemsjukvård m.m. Verksamhetens ägare är i regel landsting eller kommun men kan även vara privata företag, stiftelser m.fl. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är kommuner och landsting sjukvårdshuvudmän (se avsnitt 3.7) även för de verksamheter som genom avtal utförs av vårdproducent med annan ägare, vilket innebär att de har ett fortsatt ansvar även för dessa verksamheter.

Vårdproducentens utgångspunkt är att bedriva en effektiv verksamhet, utifrån avtal och gällande regler, med de resurser som står till förfogande. Vårdproducenten har även ansvar för arbetsmiljö och arbetsorganisation.

För vårdproducenter, oavsett ägare, är det viktigt med tydliga och ändamålsenliga regler. Det gäller såväl de lagar och föreskrifter som styr verksamheten som de villkor för verksamheten som sjukvårdshuvudmännen fastställer t.ex. vid upphandling och avtal med privata vårdgivare. Det är också viktigt att ha tillräckligt med resurser för att kunna tillgodose den efterfrågan och de förväntningar som ställs på

verksamheten. Detta gäller såväl ekonomiska resurser som tillgång på kompetent personal.

Vårdproduktionens struktur har byggts upp under 1900-talet med en hög grad av planmässighet. Sjukhusen lokaliserades med utgångspunkt i landstingens geografiska indelning och de dimensionerades för upptagningsområden med befolkningsansvar. Organisationen blev i sin grundstruktur lika med en strikt verksamhetsindelning efter medicinens specialisering. Den öppna vården byggdes ut senare men även vårdcentralerna dimensionerades och lokaliserades enligt samma principer. Organisationen har haft fördelar när det gäller att hushålla med begränsade resurser. Den har även underlättat den patientnära medicinska forskningen.

Efter hand kom den fasta organisationen att uppfattas som allt för stel och att den inte svarade mot medborgarnas krav. De geografiska upptagningsområdena har därför luckrats upp genom att befolkningen på många håll har fått möjligheten att välja vårdgivare utanför det egna området. Patientströmmarna har ändrats vilket i kombination med prestationsrelaterade ersättningar har förändrat enskilda vårdinrätningars ekonomi (Törnqvist, bilaga 1).

Flera landsting och kommuner har infört modeller där sjukvårdshuvudmannen upphandlar eller beställer den vård som skall utföras från vårdproducenterna. Modellerna har dock i praktiken inte renodlats. Även om organisationen delats i en beställar- och produktionsenhet finns ofta det direkta politiska inflytandet kvar över produktionen (Törnqvist, bilaga 1). Ett ökat inslag av att verksamheter läggs ut på entreprenad finns främst för öppen läkarvård och sjukgymnastik utanför sjukhus samt för kommunernas vård och omsorg till äldre. Under våren 1999 finns i vissa landsting en tydlig tendens till ökning av antalet verksamheter på entreprenad bl.a. har sjuksköterskor erbjudits entreprenadavtal. Det finns flera privata vårdproducenter vars verksamheter i huvudsak har formats och vuxit under 1990-talet.

3.7 Sjukvårdshuvudmän

Kommuner och landsting är sjukvårdshuvudmän och har enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för att erbjuda befolkningen en god hälso- och sjukvård. Även i övrigt skall sjukvårdshuvudmännen verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Kommuner och landsting skall ha en god resurshushållning och inom de ekonomiska ramar man förfogar över bedriva en effektiv verksamhet. För sjukvårdshuvudmännen handlar det mycket om att prioritera mellan verksamheter och anpassa vårdens omfattning och kvalitet till de ekonomiska förutsättningarna.

Som nämnts kan sjukvårdshuvudmannen sluta avtal med annan att utföra verksamheter.

De för närvarande (år 1999) 20 landstingen och 289 kommunerna är alla sjukvårdshuvudmän. Den 1 januari 1999 slogs fem landsting, samt Göteborg och Malmö stad, ihop till två landsting. De nya landstingen kallar sig Västra Götalandsregionen respektive Region Skåne. Gotlands kommun är nu den enda kommunen som svarar för både kommunens och landstingets lagstadgade skyldigheter.

Kommunerna blev sjukvårdshuvudmän först år 1992 genom den s.k. Ädelreformen vilken innebar att kommunerna tog över huvudansvaret från landstingen för service, vård och omsorg till äldre, långvarigt sjuka och handikappade i de s.k. särskilda boendeformerna. Ansvaret utvidgades år 1994 genom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och genom psykiatrireformen år 1995. I och med att alltmer av vården sker i hemmen ökar kommunernas åtaganden successivt.

Kommuner och landsting har som sjukvårdshuvudmän behov av att följa utvecklingen på många olika sätt. Den egna befolkningens hälsa, nya behandlingsmetoder, hälsoekonomiska beräkningar, organisationsutveckling är bara några av de områden som kan bidra till att sjukvårdshuvudmännen kan effektivisera sin verksamhet. Sjukvårdshuvudmännen är beroende av ekonomiska och personella resurser för att kunna bedriva vården. Staten har en viktig roll för den kommunala sektorns ekonomi (behandlas senare i betänkandet) och även för att det finns utbildad personal för vården.

Inom flera av vårdens yrkesgrupper är en bristsituation på väg att uppstå under de närmaste åren. Prognoser över personalsituationen visar på stora rekryteringsbehov av undersköterskor i framförallt den kommunala vården men även sjuksköterskor och läkare kommer att behöva rekryteras (Svenska Kommunförbundet, 1999b; SCB 1999a). Regeringen har tillsatt *Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg* som har fått i uppgift att kartlägga rekryteringsbehoven samt föreslå åtgärder för att motverka brister vad gäller personal inom vård- och omsorgssektorn. Kommissionens arbete skall vara slutfört i juli 1999. Kommittén har därför inte närmare behandlat dessa frågor.

Svenska Kommunförbundet påpekar att innehållet i sjuksköterskeutbildningen m.fl. behöver anpassas till en förändrad vårdssituation där alltmer av vården utförs i hemmet, och mindre inom slutenvård. Man nämner också behovet av specialiserade sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och logopedier. Även inom omvårdningsprogrammet, som ju kommunerna själva svarar för, krävs liknande anpassningar. (Svenska Kommunförbundet 1999b, s. 64).

Behoven av hälso- och sjukvård och därmed kraven på sjukvårdshuvudmännen bestäms i hög grad av befolkningsutvecklingen. SCB:s

befolkningsprognos visar att Sveriges befolkning ökar långsamt från 8,8 miljoner invånare år 1997 till 9,3 miljoner år 2025. Pensionärerna ökar i antal medan övriga åldersgrupper minskar. De riktigt gamla - 80 år och äldre - ökar sin andel från knappt 5 procent 1997 till 7 procent av befolkningen år 2025 (SCB 1998). Eftersom de äldsta i befolkningen är stora vårdkonsumenter ställer den demografiska utvecklingen även i fortsättningen stora anspråk på vårdens resurser. Kommittén har belyst detta ingående i betänkandet *Behov och resurser i vården - en analys* (SOU 1996:163).

Landstingsförbundets påpekar i sin rapport *Befolkningsutvecklingen och landstingen* att många landsting, kommer att få se sina befolkningar sjunka med mer än fem procent fram till år 2010. I framför allt Stockholm, Uppsala och Hallands län förväntas stora befolkningsökningar. Befolkningsförändringen leder till krav på anpassning av verksamheterna och resursomfördelning. Även behovet av hälso- och sjukvård förändras (Landstingsförbundet 1998x). För kommuner i områden med befolkningsminskningar blir effekterna än mer kännbara. De äldre blir kvar som behöver den kommunala vården samtidigt som befolkningsunderlaget minskar för den mer specialiserade hälso- och sjukvården och de yrkesverksamma som svarar för vårdinsatserna flyttar. På sikt urholkas den ekonomiska basen för kommunens verksamheter. Utvecklingen mot större städer och glesare glesbygd har förstärkts.

3.8 Industrin

Den svenska sjukvårdsindustrin består av såväl läkemedelsföretag som medicintekniska företag. Från industrin i allmänhet finns många önskemål, som naturligtvis också gäller läkemedels- och medicinsk teknisk industri; t.ex. har behovet av "klara spelregler" ofta upprepats.

För sjukvårdsindustrin är det även angeläget att utbildning och forskning inom de aktuella områdena dimensioneras efter industrins behov. Även möjligheten till kommersialisering av forskningsresultat betonas. Industriförbundet (Industriförbundet 1997) menar att "En ökad andel privat ägande av vården kan förväntas leda till att nya vårdkoncept kan kommersialiseras. Detta ger nya exportprodukter eller exporttjänster för Sverige" (s. 31). Här blir även tillgången till riskkapital avgörande.

Ett annat viktigt område är att det samarbete man har med den offentliga vården, t.ex. när det gäller kliniska prövningar, fungerar väl.

3.9 Kommitténs överväganden

Kommittén har i detta kapitel visat på några utvecklingstendenser som ställer vården inför förändrade krav och vars effekter både staten och sjukvårdshuvudmännen behöver vara uppmärksamma på.

Förskjutningar av värderingar påverkar vårdens utformning och inriktning

Människor med olika bakgrund och erfarenheter har olika syn och förväntningar på hälso- och sjukvården. Patienterna i vården tillhör i dag i stor utsträckning en äldre generation som inte är van att uttala sitt missnöje och ställa krav. Vården utförs i stor utsträckning av personer som är födda på 1940-talet. Det är denna generation med betydligt större vana att kräva för egen del, som kommer att vara de framtida stora patientgrupperna och som i dag ofta återfinns som anhöriga. De ungas värderingar kan uttryckas som solidarisk individualism, med betoning på mångfald och valmöjligheter både för egen del och andras. Det är dessa unga som nu utbildas till vårddyken och som blir framtidens vårdpersonal.

En förskjutning av värderingar påverkar vårdens utformning och inriktning. *Enligt kommitténs mening är en ökad betoning av patientperspektivet med både patienters och deras anhörigas krav på delaktighet och information delar i riktning mot nya värderingar.*

De anhörigas roll i vården får en uppmärksamhet

Kommittén bedömer att de anhöriga i betydligt större utsträckning än i dag kommer att vara i fokus för den vårdpolitiska uppmärksamheten i början på 2000-talet. Kortare vårdtider, fler behandlingar i öppen vård, en utökad hemsjukvård och en restriktivare biståndsbedömning ger de anhöriga en utökad roll både som patientens ombud med krav på vårdens kvalitet och som stöd i vårdens bedrivande. Denna utveckling förutsätter även ett ökat ansvarstagande och engagemang från personalen i att hjälpa och stödja de anhöriga i deras roll. Ett bättre samspel mellan vårdpersonalen och de anhöriga är önskad av flertalet berörda. Kommittén menar att utvecklingen är angelägen eftersom den starkt bidrar till en förhöjd livskvalitet för den som är långvarigt sjuk och har stora hjälpbehov. Det behövs ett utvecklingsarbete som belyser hur samspelet med de anhöriga skall utformas så att kraven inte blir orealistiskt höga på såväl anhöriga som patienter. Frågor om t.ex. patientens

integritet och de krav som ställs på sekretess kan behöva uppmärksammas i samband med att alltmer vård utförs i den enskildes bostad.

Vårdens personal möter krav att utveckla sin kunskapsbas och ta ansvar för vårdens utveckling

Hälso- och sjukvårdens personal har krav på sig att utveckla sin kunskapsbas och ta ett stort ansvar för vårdens utveckling. *Kommittén anser att vården som verksamhetsområde har goda förutsättningar att förverkliga det moderna arbetslivets krav på det goda arbetet.* Det förutsätter dock att befintliga sätt att styra och leda verksamheten ses över. Det är angeläget att vårdens personal får möjlighet att vara engagerad i utvecklingen av verksamheten och erbjuds en god arbetsmiljö med tid för reflektion och kompetensutveckling.

Den genomgående positiva bilden av vården som en stimulerande och utvecklande arbetsmiljö har till delar förändrats under 1990-talet. Detta har yttrat sig i ett minskat intresse för vårdutbildningarna och en begynnande personalbrist i vården som förväntas bli större under de kommande åren. Intresset för gymnasiets omvårdnadsprogram är mycket lågt. De olika högskoleutbildningarna för vårdområdet är dock fortfarande attraktiva för studerande. *Kommittén anser att det är mycket angeläget att utbildningarna dimensioneras och anpassas till vårdens behov och att de upplevs som stimulerande för dem som väljer att utbilda sig till ett yrke.* Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg har uppgiften att ge förslag om detta varför kommittén inte närmare har utrett frågan.

Befolkningsomflyttningar innebär risk för ökade skillnader i välfärd - bättre underlag för att följa och värdera skillnader behövs

Behoven av hälso- och sjukvård och därmed kraven på sjukvårdshuvudmännen bestäms i hög grad av befolkningsutvecklingen. Fler personer i höga åldrar ökar behoven av insatser samtidigt som det pågår en befolkningsomflyttning i Sverige som innebär en ökande koncentration av befolkningen till storstadsområdena och ett fåtal övriga tillväxtområden medan de flesta kommunerna får se sin befolkning minska. I avflyttningsområden blir de äldre kvar som svarar för huvuddelen av vårdbehoven medan de yrkesverksamma flyttar ut.

Skillnader mellan olika delar av landet visar tecken på att öka genom befolkningsomflyttningar och genom skillnader i utveckling när

det gäller näringsliv och sysselsättning, skattebaser och demografisk struktur. Detta innebär sammantaget att risken för skillnader i välfärd också ökar. Statsbidrags- och utjämningsystemet syftar till att utjämna skillnader i ekonomiska förutsättningar mellan kommuner respektive landsting. För kommunerna finns en särskild kompensation för befolkningsminskningar som skall ge förutsättningar för en rimlig anpassningstid när det gäller verksamhet och kostnader. För landstingen finns ingen motsvarande kompensation. På sikt kan utflyttningen från vissa regioner innebära en påtaglig urgröpning av det befolkningsmässiga och ekonomiska underlaget för den kommunala verksamheten, vilket i sin tur kan kräva svåra men nödvändiga strukturella förändringar av vårdverksamheter.

Kommittén vill understryka att staten har en viktig roll inte bara vad gäller att utjämna de ekonomiska förutsättningarna för sjukvårdshuvudmännen utan också för att följa att skillnader i vårdens omfattning, kvalitet och effektivitet inte utvecklas på ett för medborgarna orätfärdigt sätt i strid med de nationella målen. För detta krävs betydligt bättre nationella underlag för hur vården utvecklas i olika delar av landet. De regionala skillnaderna behöver följas upp med ett mer detaljerat underlag med nyckeltal över vårdens utveckling. Det är angeläget med en utveckling av mått och mätmetoder.

Kommittén menar att medborgarna skall ha bättre underlag för och reella möjligheter att jämföra och värdera vårdens innehåll och kvalitet mellan olika verksamheter. Det är härvid viktigt att även hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser beaktas. En sådan öppen redovisning ger förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att föra dialogen med medborgarna om nödvändiga förändringar av vårdens struktur.

Framväxten av nya vårdproducenter och driftformer ökar patientens valfrihet men medför också större skillnader

Framväxten av nya vårdproducenter och driftformer, som ägs av sjukvårdshuvudmännen eller andra, innebär att vården organiseras och utförs på ett mindre homogent sätt än tidigare. Detta ökar patientens valfrihet men medför också större skillnader i vårdens utförande och innehåll. *Kommittén menar att en ökad valfrihet är önskvärd men att den inte får ske i strid mot de nationella målen. Medborgarna skall enligt kommitténs mening få en öppen redovisning av vad som bedöms vara god vårdkvalitet i samtliga verksamheter oberoende av driftsform. Kommuner och landsting har ansvar för vårdens kvalitet även i verksamheter som utförs på entreprenad och bör enligt kommitténs mening öppet redovisa vilka avvägningar de gör mellan resurser och*

kvalitet. Även denna utveckling ställer krav på staten att följa och värdera, och i förekommande fall vidta åtgärder.

Den sjukvårdspolitiska debatten är angelägen

De politiska partierna har haft svårt att få förståelse för de prioriteringar och omstruktureringar som bedömts som nödvändiga för att säkerställa en god hälso- och sjukvård som en följd av den medicinska tekniska utvecklingen och av begränsade ekonomiska resurser. Reformerna och förändringarna har ofta uppfattats ge lägre kvalitet och sämre tillgång till vård.

Detta har resulterat i att nya sjukvårdspolitiska partier har bildats. En otillräcklig kunskap om arbetsfördelning mellan politiker på olika nivåer har försvårat för medborgarna att utkräva ansvar på rätt nivå. *Kommittén menar att den sjukvårdspolitiska debatten är angelägen och bör föras såväl lokalt som centralt.* Den sjukvårdspolitiska debatten behöver vidgas så att utöver valda sjukvårdspolitiker medborgarna i större utsträckning deltar i det offentliga samtalet om vårdens villkor, innehåll och resultat. Medborgarna behöver tydligt få veta vem som är ansvarig och vad de kan förvänta sig av kommunens politik, landstingets politik respektive rikspolitiken i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Kommittén anser att den otydlighet som hittills präglat omställningen av hälso- och sjukvården har sin grund i att det saknas underlag för befolkningen att bedöma hur målen för verksamheterna uppnås och hur vården använder sina resurser. Det är kommitténs mening att stat, landsting och kommuner måste ta ett större ansvar för att medborgarna får ett bättre underlag för sina ställningstaganden.

4 Avvägningar av statens styrning

I utredningens direktiv anges att kommittén skall överväga formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument (dir.1994:152). Kommittén beskriver här styrinstrumenten enligt indelningen regler, ekonomiska styrmedel och styrning med information. I detta kapitel görs en övergripande avvägning av styrmedlen och i de tre följande kapitlen en mer detaljerad genomgång med syftet att belysa och föreslå förbättringar av den statliga styrningen.

Eftersom kommuner och landsting har ålagts vara sjukvårdshuvudmän kommer statens styrning i stor utsträckning att handla om en avvägning mellan den kommunala självstyrelsen och andra för samhället viktiga mål. Den kommunala självstyrelsen och dess relation till den statliga styrningen har utretts av kommittén om den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd (SOU 1996:129).

4.1 Motiv för statlig styrning

Statlig styrning brukar motiveras av hänsyn till väsentliga allmänna intressen och de centrala politiska organens behov av att kunna genomföra en fastställd politik för landet i dess helhet. Statens styrning är inte bara ett utslag av den politiska majoritetsuppfattning som gäller för tillfället utan makten vilar på och har stöd i regeringsformen.

Staten har ansvaret för offentlig verksamhet som har en given anknytning till hela riket. Förutom att staten har ansvar för bland annat utrikespolitik och försvar är det också statens uppgift att tillgodose skyddet för medborgarnas liv, hälsa och sociala trygghet samt att garantera rättssäkerheten. Staten har alltså det övergripande ansvaret för *medborgarnas grundläggande rättigheter* enligt regeringsformen och därmed också för hälso- och sjukvården.

Ytterligare ett skäl som motiverar statlig styrning är statens ansvar för *fördelningspolitiken*. Växande krav från allmänheten på likvärdig och rättvis samhällsservice har blivit ett viktigt skäl till statlig styrning och därmed skäl för begränsning av den kommunala självstyrelsen. Det

är dock en politisk fråga hur långt krav på jämlikhet och rättvisa skall drivas. Statens styrning brukar även motiveras med *statens övergripande ansvar för samhällsekonomin* och då särskilt stabiliseringspolitiken. Staten har det övergripande ansvaret för att den offentliga verksamheten i vid mening utvecklas på ett sätt som är förenligt med samhällsekonomisk balans (SOU 1996:129).

Den kommunala sektorn står för merparten av de offentliga utgifterna. Kommunernas och landstingens ekonomi är därför avgörande för statens möjligheter att påverka landets ekonomi i dess helhet. I detta ligger också att den kommunala verksamheten skall drivas rationellt men inte hur resurserna fördelas inom den kommunala sektorn. Särskilt i ekonomiskt svåra tider har staten intresse av att på olika sätt styra den kommunala sektorns ekonomi så att de nationella kraven på balans i ekonomin kan nås. Minskade intäkter för kommuner och landsting framtvingar i sin tur begränsningar i verksamheterna som kan betyda att andra krav som staten ställer vad gäller t.ex. kvalitet eller fördelningsspolitik påverkas.

Statens styrning kan innebära konflikter mellan olika mål om styrningen inte sker med ett helhetsperspektiv på kommuners och landstings förutsättningar. Till detta kommer att förhållandena varierar starkt mellan olika kommuner och landsting. Den regionala utvecklingen med stora befolkningsomflyttningar skärper för närvarande skillnaderna.

4.2 Motiv för kommunal självstyrelse

Ett huvudmål i alla demokratiska stater kan sägas vara att uppnå överensstämmelse mellan den offentliga verksamheten och medborgarnas värderingar. Den offentliga sektorn är till för medborgarna och det är för att tillgodose medborgarnas intressen på ett maximalt sätt som riksdagen har fördelat uppgifterna inom denna sektor på nationell, regional respektive lokal nivå. Inom varje område gäller det att uppnå så stor överensstämmelse mellan besluten och folkviljan som möjligt. Ett system med kommunal självstyrelse anses befördra denna målsättning av flera skäl.

Kommunal självstyrelse innebär ett beslutsfattande som sker nära människorna och med deras medverkan. Det skapar förutsättningar för medborgarna att påverka och direkt utöva inflytande över verksamheten samt utkräva ansvar. Detta antas förstärka legitimiteten i det politiska systemet och på lång sikt även främja dess effektivitet. Att beslutanderätten utövas av lokala och regionala organ med representativt styrskick innebär också en spridning av makten i samhället genom att fler får vara med och fatta beslut.

Staten har emellertid inte övergivit sitt ansvar för och tillsyn över den kommunala verksamheten. Den kommunala självstyrelsen är alltså till sin natur begränsad. Det svenska synsättet på kommunerna och landstingen innebär dels att vissa offentliga uppgifter och mål inte anses kunna tillgodoses genom den kommunala självstyrelsen, dels att viss statlig styrning av den kommunala verksamheten inte bara är tillåten utan också nödvändig.

Ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan staten och de kommunala självstyrelseorganen har i stor utsträckning grundats på praktiska överväganden. Statlig förvaltning har framför allt kommit att användas för uppgifter som kräver stor enhetlighet eller överblick över hela landet som t.ex. försvar, utrikespolitik m.m. Kommuner och landsting har fått ansvar för sådana uppgifter där det ansetts angeläget att låta lokala eller regionala önskemål få genomslag eller där närhetsfaktorer varit av betydelse. Hit hör sådana välfärdsfunktioner som vård, skola och omsorg. Dessa områden har reglerats i lag och är för kommuner och landsting tvingande att ombesörja. Man brukar här tala om kommunernas specialreglerade sektor till skillnad från den sektor som kommuner och landsting svarar för med stöd av sin i kommunallagen angivna allmänna kompetens.

Gränsen mellan statligt och kommunalt ansvar är emellertid inte en gång för alla given och en strikt avgränsning av de kommunala uppgifterna har varit både olämplig och svår genomförbar. Generellt har, enligt utredningen om den kommunala självstyrelsen, förhållandet mellan stat, kommun och landsting i allt större utsträckning kommit att präglas av samverkan för att uppnå gemensamma samhällliga mål. Under ständig anpassning till nya förhållanden och bedömningar har uppgifter flyttats från staten till kommunala självstyrelseorgan och vice versa. Utvecklingen har under hela efterkrigstiden gått i decentralistisk riktning.

Den kommunala självstyrelsen rymmer emellertid begränsningar. Den kommunala kompetensen begränsas av lokaliseringsprincipen i kommunallagen, dvs. att de kommunala angelägenheterna skall vara av allmänt intresse för kommunens eller landstingets område och dess medborgare. Rörelsefriheten begränsas även av besvärsinstituten, enligt vilka vissa beslut på det specialreglerade området kan överklagas genom förvaltningsbesvär (lämplighetsprövning) och andra genom kommunalbesvär (laglighetsprövning).

Kommittén om den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd gör följande sammanfattande beskrivning av den kommunala självstyrelsens innebörd (SOU 1996:129, s.193):

Den kommunala självstyrelsen är en grundläggande och allomfattande princip för relationen mellan stat och kommun. Den säger att kommunen respektive landstinget själv skall styra, dvs. besluta i sitt område beträffande de kommunala angelägenheterna. Vilka dessa angelägenheter är bestäms genom lag. Några av dem är specialreglerade i särskild lag, och här föreligger i regel en skyldighet för kommunen eller landstinget att ombesörja dem. En förutsättning för den kommunala självstyrelsen är den kommunala beskattningsrätten.

Utmärkande för den offentliga sektorn är samverkan mellan stat och kommun. Och det finns motstående intressen. Den kommunala självstyrelsen kan därför inte vara total. Frihetsgraden varierar efter angelägenheternas art. Men för folkstyrelsen representerar den kommunala självstyrelsen grundläggande värden. Den skall därför ha en reell innebörd och väga mycket tungt i relation till de motstående intressen som kan finnas.

4.3 Decentralistiskt synsätt

I samband med uppbyggnaden av den moderna välfärdsstaten har kommunernas och landstingens uppgifter successivt ökat. Utvecklingen av den offentliga förvaltningen har präglats av ett decentralistiskt synsätt, enligt vilket det ansetts angeläget att en stor del av den offentliga verksamheten ombesörjs av kommuner och landsting. Detaljregleringen av den kommunala verksamheten har minskat sedan mitten av 1970-talet och kommuner och landsting har efterhand fått allt större frihet att utforma verksamheten efter lokala och regionala förhållanden.

Svårigheterna att från central nivå styra den alltmer omfattande och komplexa kommunala sektorn, har medfört behov av decentralisering, avreglering och en ökad organisationsfrihet för kommuner och landsting. Sedan början av 1980-talet har detaljerade bestämmelser i lagar och förordningar ersatts av övergripande mål och ramar, t.ex. ramlagarna hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen (1980:620).

Detaljstyrningen har, som förvaltningspolitisk ideologi, ersatts av vad som kallas mål- och resultatstyrning. Ett led i mål- och resultatstyrningen är i princip att statlig detaljerad regelstyrning i ökad omfattning ersätts med styrning via uppföljning, utvärdering, utvecklingsinsatser och tillsyn. Resultatstyrningen siktar in sig på en systematisk återföring av tillförlitlig information om de olika insatsernas *resultat* i en kedja där uppföljning och mätning av resultaten kopplas till värdering och formulering av nya mål för verksamheten. I statens uppföljning

ingår att bedöma kostnader i relation till verksamhetens innehåll och omfattning dvs. att verksamheten bedrivs effektivt.

Vårdorganisationen har under 1990-talet decentraliserats genom att verksamheter förts över från staten till landsting och från landsting till kommuner genom huvudmannaskapsreformer. Genom den s.k. Ädelreformen år 1992 fick kommunerna huvudansvaret för vården och omsorgen om äldre. Handikappreformen år 1994 och psykiatrireformen år 1995 medförde också betydligt utökat kommunalt ansvar. I och med läkemedelsreformen år 1997 får landstingen ett kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård. Reformen genomförs etappvis, tidigast år 2001 kommer landstingen att ha ett fullständigt kostnadsansvar.

Även inom landsting och kommuner har en decentralisering av organisationen skett. Motivet har varit att den som i praktiken utformar verksamhetens innehåll också skall ha ansvar för verksamhetens resultat. Föreställningen är att en decentraliserad organisation lättare kan fånga upp olika patientgruppers behov och förväntningar och att man därigenom kan åstadkomma en effektivare verksamhet. En annan tendens är att kommuner och landsting har lagt ut verksamheter på entreprenad till privata vårdgivare och andra vårdproducenter. För vårdverksamhet har detta framför allt detta skett inom kommunal äldre- och den öppna vården utanför sjukhus.

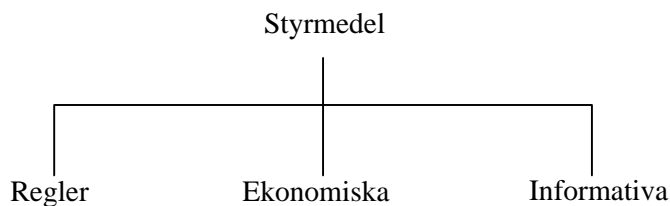
Samtidigt med utvecklingen mot en minskad detaljstyrning av den kommunala verksamheten har emellertid under 1990-talet en utveckling även skett i motsatt riktning. Exempel på detta är lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

Den ekonomiska krisen har även fört med sig ett ökat behov från statens sida att påverka den kommunala sektorns ekonomi.

4.4 Styrmedel

Den offentliga makten har tre *grundläggande styrmedel* till sitt förfogande: regler ekonomiska styrmedel och information (Figur 4-1 Tre styrmedel). Alla medel som staten kan regera med innefattas på ett eller annat sätt av dessa tre (Vedung 1998: 113¹).

¹ Petersson / Söderlind (1993) pekar på ett fjärde styrmedel, fysiska styrmedel, som t.ex. kan innefatta infrastruktur för att förhindra eller underlätta vissa beteenden. Dessa fysiska styrmedel innefattas i den tredelade styrmedelsmodellen i de ekonomiska (finansiella) styrmedlen. Ett bättre namn på detta kanske vore materiella styrmedel eller materiella resurser, dvs. statsmakterna använder resurser som medel för att styra. Petersson / Söderlind menar för övrigt att det inte finns någon entydig klassificering av styrmedel och att det finns åtskilliga gränsfall och kombinationer. Se även Bemelmans-Videc, Rist & Vedung 1998.

Figur 4-1 Tre styrmedel

Källa: Vedung 1998:113.

Regler som styrmedel

Regler (även kallat administrativa styrmedel) tvingar en aktör att vidta eller avstå från en viss åtgärd. Regler följs i allmänhet av hot om negativa sanktioner, dvs. någon form av bestraffning. I regler ingår både föreskrifterna om handlandet och föreskrifterna om sanktioner som utlöses om det särskilda handlandet inte åtföljs. Sanktionerna i sig är alltså inte ett " eget " styrmedel vid sidan av föreskrifterna.

Det finns regler som inte är förbundna med negativa sanktioner. En regel är därmed inte definierad utifrån sanktionssidan utan definitionen härstammar från föreskriften som sådan. Regler är föreskrifter som införts av politiska och administrativa organ och som målgruppen måste lyda. Exempel på ett administrativt reglerande styrmedel är lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531).

Den formella grunden för normgivningsverksamheten återfinns i regeringsformen. Där ges riksdag, regering och myndigheter normgivningsmakt. Därmed har dessa organ befogenheten att utfärda tvingande normer, regler. Denna makt kan liknas vid en kedja där lag efterföljs av förordning, förordning efterföljs av föreskrifter och allmänna råd. Reglerna knyts ihop på de olika nivåerna genom att regler högst upp i regelverket inte skall motsägas av regler på lägre nivå. En regel får heller inte ändras eller upphävas annat än genom annan regel på minst samma nivå, "formella lagkraftens princip".

Ekonomiska styrmedel

Den stora och principiella skillnaden mellan ekonomiska styrmedel (kan även kallas materiella resurser) och regleringar är att de reglerande styrmedlen är tvingande medan de ekonomiska styrmedlen endast gör det billigare eller dyrare att vidta en viss åtgärd. Tullar, skatter,

bidrag är alla exempel på ekonomiska styrmedel. Staten kan fördela (distribuera) och staten kan beslagta (konfiskera) materiella resurser.

Ett ekonomiskt styrmedel tvingar inte aktören, som befinner sig inom en viss materiell ram, från att avstå eller vidta åtgärden. Däremot kan styrmedlet ifråga göra att aktören omprioriterar sin efterfrågan av åtgärden. Exempel på ekonomiska styrmedel är generella och riktade statsbidrag.

Informativa styrmedel

De informativa styrmedlen innebär ett försök att påverka en aktörs handlande genom ”information”; övertalning, faktaupplysning, övertygelse, rådgivning, utbildning och annan upplysningsverksamhet (Vedung 1998, s. 115). De informativa styrmedlen påverkar medborgarens handlande genom att bland annat öka kunskaper och ändra värderingar. Detta sker utan något påtagligt tvång och utan ett tillförande eller berövande av materiella resurser. Att styra med information innebär att utnyttja en mängd olika styrmedel såsom forskningsrapporter, utredningar, utbildning, konferenser, kampanjer, råd och stöd, överenskommelser m.m.

4.5 Styrmedlens användning inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården styrs av nationella mål och krav som är formulerade i hälso- och sjukvårdslagen. Denna lag är en ramlag och syftet är att lämna stort utrymme för den lokala nivån att organisera och utforma vårdens innehåll. För att säkerställa de nationella målen använder sig staten av tillgängliga styrmedel. Hur styrmedlen används beskrivs översiktligt här. En mer detaljerad genomgång av statens användning av de olika styrmedlen görs i följande tre kapitel.

En av statens viktigaste uppgifter är det *övergripande ansvaret för Sveriges ekonomi*. I ansvaret ingår att den offentliga verksamheten i vid mening utvecklas på ett sätt som är förenligt med samhällsekonomisk balans. Den kommunala sektorn står för merparten av de offentliga utgifterna varav vården i sin tur svarar för en betydande andel. Statens styrmedel för den kommunala ekonomin under 1990-talet har varit statsbidrag, skattestopp åren 1991-1993 och senare andra begränsningar av möjligheten att höja skattesatsen samt ett lagstadgat krav på balans i ekonomin.

En förskjutning har skett sedan mitten av 1980-talet från statsbidrag som är riktade till viss verksamhet till generella bidrag till den kommunala ekonomin. Endast en mindre del av statsbidragen är i dag riktade.

Staten har ansett det angeläget att ge förutsättningar för medborgarna att få *vård på lika villkor*. Medel för detta har varit statsbidrags- och utjämningsystemet som skall ge kommuner och landsting ekonomiska förutsättningar för att kunna erbjuda ett utbud av vård som är jämnt fördelat i landet. Reglering av patientavgifterna har som syfte att tillförsäkra medborgarna ekonomiska förutsättningar att efterfråga vård på lika villkor. Andra medel har varit att genom uppföljning, utvärdering och olika former av informationsinsatser påverka att vårdgivaren på ett jämlikt sätt bemöter och behandlar olika grupper i samhället.

En annan statlig angelägenhet är att bevaka att patienten erbjuds en god vård på lika villkor och att de etiska principerna om prioriteringar i vården upprätthålls. För personer med vissa allvarliga funktionshinder har staten utökat kraven genom att i lag fastställa vissa rättigheter. Åtgärder för att stärka patientens ställning har tidigare föreslagits av kommittén i delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154).

Staten har lagt stor vikt vid *medicinsk säkerhet och kvalitet*. En stor del av styrningen syftar till att en god kvalitet på vården skall upprätthållas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Staten svarar för en stor del av utbildningen av medicinsk personal och har sedan länge i lag ställt krav på skyldigheter, behörighet och legitimation för denna personal, till vilken också är kopplad disciplinpåföljd om kraven inte uppfylls. Staten bedriver även verksamhetstillsyn, vilket lagstodades år 1997, med syftet att förebygga skador och eliminera risker i vården. Tillsynen skall både stödja och granska verksamheten.

Statens ekonomiska satsningar på forskningens infrastruktur och finansiering kan sägas vara ett led i styrningen som tillförsäkrar att Sverige deltar i den internationella utvecklingen av ny kunskap. En stor del av den statliga informationsverksamheten syftar till att förmedla kunskaper och därmed påverka vårdproducenter och vårdens personal att *utveckla vårdens kvalitet*. Det sker bl.a. genom att granska, värdera och göra aktuell forskning tillgänglig genom SBU rapporter, nationella riktlinjer för vissa sjukdomar och s.k. State of the Art dokument från Socialstyrelsen, Spris verksamhetsberättelser m.m. Staten bidrar även som en av många aktörer med statistik, utvärderingar, erfarenheter av utvecklingsarbete, forskningsresultat m.m. till vårdens kunskapsuppbyggnad. Här kan också nämnas de olika register som används för att identifiera risker och mäta vårdens resultat.

4.6 Medlemskap i EU

Sveriges medlemskap i EU innebär ingen omedelbar förändring av statens styrning av svensk hälso- och sjukvård. EU har dock en övergripande uppgift att följa utvecklingen av folkhälsan i medlemsländerna. Sjukvårdsverksamhet är en nationell angelägenhet för EU:s medlemsländer men på sikt kan de fyra friheterna; dvs. fri rörlighet av människor, kapital, varor och tjänster komma att påverka styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

I Maastrichtfördraget som trädde i kraft den 1 november 1993, infördes för första gången folkhälsa som ett ansvarsområde för EU. I artikel 129 slås fast att "Gemenskapens insatser skall inriktas på att förebygga sjukdomar, särskilt de stora folksjukdomarna, inklusive narkotikamissbruket." Det är främst genom forskning, stöd till utvecklingsarbete och information som arbetet ska bedrivas. Det understryks att samarbete mellan medlemsländerna nationerna skall främjas av gemenskapen. I Amsterdamfördraget som trätt i kraft fr.o.m. 1 maj 1999 stärks EU:s ansvarsområde när det gäller att förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för människors hälsa. I detta förebyggande arbete kan hälso- och sjukvården komma att spela en viktig roll.

I båda fördragen betonas att hälso- och sjukvården är en nationell angelägenhet, både vad gäller organisation och utförande. I Amsterdamfördraget har en skrivning tillkommit om att gemenskapens insatser skall *komplettera* den nationella politiken. Hälso- och sjukvården påverkas dock troligen i ökad omfattning av den fria rörligheten av människor, kapital, varor och tjänster.

För att garantera möjligheten att fritt söka arbete erkänns examina och utbildning mellan EU-länderna. Detta görs genom s.k. *sektorsdirektiv* (för vissa bestämda yrken); vilket inom vårdområdet gäller bl.a. barnmorska, farmaceut, läkare, sjuksköterska och tandläkare. För övriga reglerade yrken gäller *generella direktiv*. Tanken är att den som arbetar inom ett reglerat yrke ska kunna utöva detta i alla EU/EES-länder.

Den som arbetar i eller är pensionär och bosatt i ett annat EU-land har rätt till både akut och planerad vård i landet. Även den som tillfälligt vistas i annat EU-land, t.ex. som turist har rätt att få akut sjukvård i vistelselandet. För arbetslösa med ersättning gäller särskilda regler (Ds 1997:4, bilaga 2).

En oklar fråga, som bl.a. illustreras av två uppmärksammade domar i EG-domstolen (Domar i april 1998, mål C-120/95 och C-158/96) är huruvida medborgare i en EU-stat ska kunna få ersättning, utan att först ha fått tillstånd, om man åker till en annan EU-stat för att få vård. I

rådets förordning 1408 fastställs att tillstånd först måste ha erhållits. Tillstånd skall beviljas om vården är en förmån i det land där personen är bosatt och ”om han ... inte kan få vård inom den tid som, med beaktande av hans aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, där är *normal* för vården i fråga” (Artikel 22, kommitténs kursivering).

Det finns ett förslag till skärpning av förordningen där det heter att tillstånd skall beviljas om ”vården inte kan ges inom den tid som *krävs*” (kommitténs kursivering). Om denna regeländring beslutas av rådet blir den direkt giltig i Sverige. I kombination med rättsfallen från EG-domstolen kan detta innebära en ökad möjlighet, inte minst vid långa vårdköer, för behandling i annat EU-land. Å andra sidan kan det innebära att Sverige kan ta emot patienter från andra länder. Här skall dock påpekas att det inte råder enighet om hur domarna skall tolkas och att de aktuella fallen inte direkt avser hälso- och sjukvård utan tandvård och glasögon.

I Sverige avgör försäkringskassan om tillstånd till vård utomlands skall beviljas efter det att berört landsting eller kommun fått yttra sig. Det är sedan respektive landsting eller kommun som betalar kostnaden för vård. Någon etablerad praxis finns dock inte för villkoren för att få vård utanför Sverige.

Den fria marknaden för varor berör, inom hälso- och sjukvårdsområdet, t.ex. läkemedel och medicintekniska produkter.

4.7 Kommitténs överväganden

Hälso- och sjukvården är en nationell angelägenhet enligt EU:s fördrag. I Sverige har kommuner och landsting ålagts att vara sjukvårdshuvudmän med motivet att besluten skall ske nära människorna och därmed skapa förutsättningar för direkt inflytande och möjligheter till lokal anpassning av verksamheterna. Samtidigt har staten ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården och för samhällsekonomin.

Den kommunala självstyrelsen skall väga tungt i de motstående intressen som finns mellan staten och kommuner/landsting

Utmärkande för den offentliga sektorn är samverkan mellan staten och kommuner/landsting. Det finns också motstående intressen. *Den kommunala självstyrelsen skall enligt kommitténs mening ha en reell innebörd och väga tungt i relation till de motstående intressen som kan finnas.* Detta överensstämmer med den syn som kommittén om den

kommunala självstyrelsens grundlagsskydd har framfört (SOU 1996:129).

Närhet mellan verksamhet och beslut om resurser och prioriteringar

Kommittén anser att en verksamhet som utförs så decentraliserat som hälso- och sjukvård bäst styrs och organiseras lokalt. Vården förändras och utvecklas till stor del på initiativ av vårdens personal, bl.a. som ett resultat av nya rön och de förväntningar som patienterna i de dagliga kontakterna ger uttryck för. Det måste finnas en närhet mellan dem som beslutar om nya resurser och prioriteringar mellan verksamheter och vårdens utövare för att verksamheten skall bli så utvecklingsinriktad som medborgarna har rätt att förvänta sig.

En central styrning med regler och direktiv är stelare till sin karaktär och svårare att påverka när förhållandena i vården förändras. Till detta kommer behovet av att anpassa till skillnader i förutsättningar och behov av hälso- och sjukvård i olika delar av landet. *Kommittén menar att det alltid kommer att finnas en spänning mellan vårdens utförare och finansierare men att denna spänning lättare kan hanteras när det finns en närhet och möjlighet till dialog mellan politiker och vårdens professioner, något som bara kan genomföras praktiskt i en decentraliserad organisation.*

Utveckling och förnyelse bygger på personalens engagemang

Som kommittén närmare beskriver senare i betänkandet (avsnitt 10) har de landsövergripande reformerna, sjukvårdshuvudmännens egna organisationsförändringar samt de stora behoven av kostnadsminskningar under 1990-talet inneburit påfrestningar för vårdens personal. *Enligt kommitténs mening måste utveckling och förnyelse av vården bygga på personalens engagemang. En dynamisk organisation som aktivt söker och använder sig av nya rön från forsknings- och utvecklingsverksamhet bygger på engagerade och entusiastiska medarbetare. Utan drivkraft från vårdens utövare sker ingen utveckling av verksamheten. Kommittén menar därför att staten såväl som sjukvårdshuvudmännen själva bör lämna ett stort utrymme för det lokala initiativet och även i övrigt ge förutsättningar för personalens delaktighet och arbetstillfredsställelse.*

Stort utrymme för lokala initiativ med inriktning mot avreglering och ökad organisationsfrihet

De styrmedel staten använder sig av skall således ge ett stort utrymme för lokala initiativ med en allmän inriktning mot avreglering och ökad organisationsfrihet för kommuner och landsting. Huvudinriktningen av statens styrning bör således vara att använda sig av övergripande mål och krav, etiska grundprinciper, generella statsbidrag och styrning med information för att öka kunskaper och ändra värderingar. Statens styrning lägger tonvikt på att påverka vårdens utveckling genom kunskapsstyrning, t.ex. genom att bedriva utbildning, ge förutsättningar för forsknings- och utvecklingsverksamhet, utvärdera, följa upp, och bedriva en mängd olika informationsaktiviteter.

Spelregler för en långsiktig personalpolitik

Hälso- och sjukvård är en omfattande och komplex verksamhet. För de yrkesverksamma i landstingen krävs lång grundutbildning och betydande inskolning. Ingen annan del av svensk arbetsmarknad har lika hög andel högskoleutbildad arbetskraft. Även för kommunernas vård och omsorger ställs allt högre krav på personalens utbildning och kompetens.

Ny teknologi och nya medicinska metoder kräver inte sällan stora investeringar och införande av ny arbetsorganisation. Sjukvårdshuvudmännen behöver förutsättningar för att föra en långsiktig personalpolitik för att nya rön skall kunna tas tillvara på ett så snabbt och kostnadseffektivt sätt som möjligt. Detta ställer i sin tur krav på staten att säkra stabila spelregler för utbildning, kompetensutveckling och vidareutbildning.

Staten upplevs vara garant för att vården bedrivs enligt de nationella målen

Staten har ett övergripande ansvar för fördelningspolitik samt för samhällsekonomin och stabiliseringspolitiken. Växande krav från allmänheten på likvärdig och rättvis samhällsservice kan också ge skäl till statlig styrning. Staten upplevs som en garant för att hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med de nationella målen.

Inom vården styr staten med regler och med en omfattande utbildnings- och informationsverksamhet för att säkerställa kvalitet och säkerhet. Av särskild vikt är att tillförsäkra att de mest utsatta i samhället får den vård och hjälp de behöver vilket staten bl.a. har gjort

genom rättighetslagstiftning i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. På förslag från kommittén (SOU 1997:154) har även patientens ställning stärkts i hälso- och sjukvårdslagen. Också Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vissa sjukdomsgrupper är ett led i att försäkra att patienten ges vård på lika villkor. För små och mindre kända handikapp/sjukdomsgrupper kan decentraliseringen innebära risk att patienten inte får den specialistvård hon behöver. En decentralisering av vården måste därför kombineras med en centralisering av den mest specialiserade vården.

Staten skall ge ekonomiska förutsättningar för vård på lika villkor

Statens fördelningspolitiska ambitioner inom vården har främst syftat till att ge ekonomiska förutsättningar för vård på lika villkor bl.a. genom statsbidrags- och utjämningsystemet men även genom regleringar av patientavgifter. Vissa stabiliseringsåtgärder som staten vidtar för att nå en samhällsekonomisk balans innebär begränsningar av den kommunala självstyrelsen t.ex. kommunalt skattestopp. *Det är enligt kommitténs mening viktigt att staten i sin styrning tar hänsyn till att ekonomiska restriktioner påverkar sjukvårdshuvudmännens möjligheter att utveckla verksamheterna.* Det måste finnas en rimlig överensstämmelse mellan kvalitetskraven och de resurser som står till förfogande. Samtidigt har olika jämförande studier, bl.a. Spris verksamhetsberättelser, visat att skillnader i vårdens kvalitet och omfattning inte bara beror på resurstillgång utan också på skillnader i effektivitet och produktivitet. I många kommuner och landsting finns förutsättningar att höja vårdkvaliteten genom att utnyttja resurserna effektivare.

Anda av samförstånd och samarbete bör präglade statens relation med den kommunala sektorn

Ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan stat, kommuner och landsting har i stor utsträckning grundats på praktiska överväganden. En strikt gränsdragning av den kommunala sektorns uppgifter har varit både olämplig och svår att genomföra. Förhållandet mellan stat, kommuner och landsting har kommit att präglas av samverkan för att nå gemensamma mål och uppgiftsfördelningen har justerats efter hand inte minst inom vårdens område med flera huvudmannaskapsreformer.

Enligt kommitténs mening är det angeläget att en anda av samförstånd och samarbete präglar statens relation med den kommunala sektorn. Staten bör se som sin uppgift att underlätta för sjukvårds-

huvudmännen att åstadkomma och utveckla en god hälso- och sjukvård på lika villkor. Kommuner och landsting bör å sin sida respektera de åtgärder staten måste vidta för att säkerställa de nationella målen och de etiska riktlinjerna. *Kommittén anser att det bör etableras former för regelbundna överläggningar och överenskommelser om viktiga vård- och utvecklingsfrågor mellan företrädare för staten, landstingen och kommunerna på politisk nivå.*

En större tydlighet bör eftersträvas vad gäller de olika centrala aktörernas ansvar. Både medborgarna och de i vården verksamma har i dag svårt att se var ansvaret ligger för de brister i vården man vill få åtgärdade. Hälso- och sjukvårdens frågor tenderar, i den aktuella debatten, att skjutas uppåt, bort från de ansvariga. Därmed förgrovas ofta frågeställningarna och lösningar förenklas. *Det råder en brist på strategi för hur medborgarna skall informeras om var ansvaret för olika frågor ligger och hur debatten om hälso- och sjukvårdsfrågor på olika politiska nivåer skall föras. Kommittén anser att staten och sjukvårdshuvudmännen tillsammans måste bearbeta och åtgärda denna brist på strategi.*

EU-medlemskapet påverkar svensk hälso- och sjukvård

Sveriges EU-medlemskap påverkar hälso- och sjukvården även om denna är en nationell angelägenhet. De fyra friheterna innebär redan i dag en harmonisering vad gäller varor (t.ex. läkemedel) och har underlättat för vårdens professioner att arbeta i andra EU-länder. På sikt kan den ökade rörligheten få konsekvenser t.ex. vad gäller möjligheter att få vård i annat land, även om vården idag i princip, ligger utanför EU:s kompetens. Detta kan komma att påverka sjukvårdshuvudmännens ekonomi både genom vidgade möjligheter att sälja vård och genom kostnader för vård som befolkningen skaffar sig utanför Sverige.

Kommittén vill understryka vikten av att staten och sjukvårdshuvudmännen är uppmärksamma på utvecklingen inom unionen. Den kan förändra förutsättningarna för nuvarande ansvarsfördelning och styrning av vården. Allmänna förskjutningar i sociala system och preferenser till följd av en större europeisk integration kan också påverka ansvarsfördelning och statens styrning av hälso- och sjukvården.

5 Styrning med regler

Föreskrifter är det begrepp som i 8 kap. regeringsformen (RF) används som beteckning för rättsregler, dvs. regler som bestämmer enskildas och myndigheters handlande. Kännetecknande för föreskrifter är att de är bindande och gäller generellt. Ett annat begrepp är *författning*. Med författning förstås *lagar, förordningar* och andra *rättsregler* som i 8 kap. RF betecknas som föreskrifter (lagen (1976:633) om kungörande av lagar och andra författningar). Ordet *bestämmelser*, som ibland används i författningstext, har samma betydelse som begreppet föreskrifter. Även uttrycken *bindande* respektive *icke-bindande* regler används. Med en bindande regel avses samma sak som med en föreskrift. Norm och *normgivningsmakten* är andra begrepp som används. Med normgivningsmakten avses rätten att besluta rättsregler (dvs. föreskrifter). En konsekvens av detta är att begreppen rättsregler, föreskrifter, författningar, bestämmelser, bindande regler och norm ibland används som synonymer.

Allmänna råd definieras enligt 1 § författningssamlingsförordningen (1976:725) som *sådana generella rekommendationer om tillämpningen av en författning som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende*. Allmänna råd är till skillnad mot föreskrifter inte bindande och kallas även för *icke-bindande* regler. Ett allmänt råd är varken en rättsregel, föreskrift, författning eller en bestämmelse. Statliga myndigheter behöver inte ha ett bemyndigande för att utfärda allmänna råd.

Regler används för att beteckna både föreskrifter och allmänna råd. Till kategorin allmänna råd hör regler som rekommenderar hur en person lämpligen kan förfara i vissa situationer men där det ändå står den enskilde fritt att välja en annan väg för att nå det önskade resultatet. Även regler som skall främja en enhetlig tillämpning av en viss praxis men som inte formellt binder den som råden är riktade till räknas till kategorin allmänna råd (Se framförallt *Myndigheternas föreskrifter - handbok i författningsskrivning*, Ds 1998:43, men även: Ds 1998:66, Ds 1992:112, SOU 1998:105, Författningssamlingsförordningen (1976:725) och Verksförordningen (1995:1322)).

Lagar stiftas av riksdagen, normalt på förslag från regeringen. Förordningar är föreskrifter beslutade av regeringen. I lag kan riksdagen delegera en del av sin föreskriftsmakt till regeringen som i sin tur kan överlåta beslutanderätten till förvaltningsmyndigheter och kommuner; dessa får då utfärda föreskrifter. I princip innebär det att myndigheterna preciserar innehållet i ramlag och förordning. Myndighetens tolkningar i en given verksamhet består av bindande regler (föreskrifter) och icke-bindande regler (allmänna råd, rekommendationer och annan vägledning).

Sanktioner kan fogas till regler och kan komma att innebära en konsekvens om regeln inte följs, t.ex. indragning av legitimation eller böter.

5.1 Lagar inom hälso- och sjukvårdsområdet

En av de grundläggande principerna som hälso- och sjukvårdslagstiftningen vilar på är den s.k. människovärdesprincipen om alla människors lika värde och därmed lika rätt. Redan i 1 kap. 2 § andra stycket regeringsformen slås det fast att den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde. Hälso- och sjukvårdslagens 2 § kompletterades den 1 juli 1997 med ett nytt andra stycke, där kravet på respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet i vården slås fast (Prop. 1996/97:60).

I 1 kap. 9 § regeringsformen föreskrivs vidare att myndigheter i sin verksamhet skall beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet. Detta gäller även sjukvårdshuvudmännen, landsting och kommuner, vilka också enligt 2 kap. 2 § kommunallagen är skyldiga att behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. I 2 § hälso- och sjukvårdslagen anges att målet för hälso- och sjukvården skall vara en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Det får således anses föreligga ett lagstadgat krav på rättvisa i vården även om det i huvudsak är osanktionerat.

Människovärdesprincipen kompletteras med behovs- eller solidaritetsprincipen. Denna princip, vilken också är fastslagen i 2 § 2 stycket hälso- och sjukvårdslagen sedan den 1 juli 1997, innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Ytterligare en principiellt viktig utgångspunkt för hälso- och sjukvården är att all vård och behandling enligt huvudregeln skall vara frivillig, och att man därmed inte får använda tvång om det inte finns

särskilt lagstöd för det. Även denna princip återfinns i grundlagen och befästs i hälso- och sjukvårdslagstiftningen främst genom bestämmelserna om krav på samråd och respekt för patientens självbestämmande. Detta innebär i praktiken att patienten måste ge sitt samtycke till olika vårdåtgärder. Hälso- och sjukvård är alltså en förmån som patienten kan acceptera eller avböja, när hon erbjuds den.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i huvudsak uppbyggd kring sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter, som i första hand regleras i hälso- och sjukvårdslagen och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Dessa skyldigheter medför inte några motsvarande legala rättigheter för patienten. Patient- en har således rätt att avböja att ta emot vård men kan inte vända sig till domstol för att kräva ut den vård hon anser sig behöva. Däremot kan den missnöjde patienten vända sig till kommunens och/eller landstingens patientnämnder, Socialstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd med sina klagomål.

Krav på kvalitetsutveckling finns i hälso- och sjukvårdslagens 31 §; ”Inom hälso- sjukvården skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”. En motsvarande bestämmelse återfinns i tandvårdslagen. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, som preciserar kraven, skall all hälso- och sjukvårdsverksamhet samt omsorgerna om äldre och funktionshindrade omfattas av system för fastställande av kvalitetsmål, samt för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. Landsting och kommuner bör fastställa en övergripande inriktning och policy för verksamhetens kvalitet. Det framhålls i de allmänna råden vikten av ledningens ansvar och synliga engagemang samt att all personal medverkar i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen. Sjukvårdshuvudmännen har även ansvar för att de allmänna råden tillämpas av annan vårdgivare som bedriver verksamhet på uppdrag av dem (SOSFS 1996:24 (M) och SOSFS 1998:8 (S)).

Den 1 januari 1999 trädde en ny lag på hälso- och sjukvårdsområdet i kraft; lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Lagen är i princip en sammanslagning av f.d. kvacksalverilagen, behörighetslagen, disciplinpåföljdslagen, åliggandelagen och tillsynslagen. Vissa förändringar i sak har också skett. Tillkomsten av lagen var det första steget i arbetet med att göra regelverket tydligare och mer tillgängligt. Regeringen har aviserat en motsvarande översyn av HSL och regelverket i övrigt i syfte att bl.a. åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning.

I korthet innehåller den nya lagen bestämmelser om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i fråga om skyldigheter, begräns-

ningar, behörighets- och legitimationsregler² samt disciplinpåföljder för hälso- och sjukvårdspersonal. Dessutom ingår bestämmelser om Socialstyrelsens tillsyn samt HSAN:s verksamhet³.

Det finns ett stort antal lagar som på ett eller annat sätt berör hälso- och sjukvårdsområdet förutom de ovan nämnda. I Tabell 5-1 återges de lagar och förordningar som berör kommuner och landsting.

Tabell 5-1 Lagar och förordningar på hälso- och sjukvårdsområdet som berör kommuner och landsting

Allmän sjukvårdslagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
 Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
 Lag (1991:425) om viss uppgiftsskyldighet inom hälso- och sjukvården
 Förordning om viss uppgiftsskyldighet inom hälso- och sjukvården (tidsbegr. 2000-01-01)
 Lag (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar
 Patientskadelagen (1996:799)
 Patientjournalagen (1985:562)
 Lag (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård
 Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård
 Förordning (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården
 Förordning (1991:1278) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård
 Förordning (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner

Vissa ekonomiska frågor m.m.

Lag (1962:381) om allmän försäkring
 Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning
 Förordning (1994:1221) om läkarvårdsersättning
 Lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik
 Förordning (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik
 Lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

² Följande 16 yrken inom hälso- och sjukvården kan ge legitimation efter avlagd högskoleexamen eller efter genomgången utbildning och, i vissa fall, fullgjord praktiktjänstgöring: apotekare, arbetsterapeut, barnmorska, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, psykolog, psykoterapeut, receptarie, sjukgymnast, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist samt tandläkare.

³ Socialstyrelsens tillsyn, HSAN:s verksamhet samt sanktioner och ansvarsbestämmelser beskrivs utförligare i avsnitt 6.6.

Lag (1993:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård
Förordning (1992:621) om statsbidrag till texttelefoner
Förordning (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.
Förordning (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring
Lag (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m.
Förordning (1996:1294) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m.

Smittsamma sjukdomar

Smittskyddslagen (1988:1472)
Smittskyddsförordningen (1989:301)
Karantänslagen (1989:290)
Karantänsförordningen (1989:302)

Särskilda bestämmelser om viss psykiatrisk tvångsvård

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Tandvård

Tandvårdslagen (1985:125)

Övrigt

lag (1993:584) om medicintekniska produkter
läkemedelslag (1992:859)
Läkemedelsförordning (1992:1752)
Lag (1992:860) om kontroll av narkotika
Förordning (1992:1554) om kontroll av narkotika
Förordning (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor
Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människas död
Lag (1995:832) om obduktion m.m.
Lag (1995:831) om transplantation m.m.
Lag (1982:764) om vissa läkartjänster vid upplåtna enheter m.m.
Förordning (1982:1040) om vissa arbetstagare vid akademiska sjukhuset i Uppsala
Förordning (1981:1137) om vissa arbetstagare vid karolinska sjukhuset
Förordning (1982:1164) om vissa arbetstagare vid de statliga ungdomsvårdsskolorna och nykterhetsvårdsanstalterna
Lag (1982:316) med förbud mot omskärelse av kvinnor
Lag (1988:711) om befruktning utanför kroppen

Lag (1984:1140) om insemination
Lag (1991:115) om åtgärder i forsknings- och behandlingssyfte med befruktade ägg från människa
Kungörelse (1944:285) med tillämpningsföreskrifter till lagen om kastrering
Lag (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.
Lag (1996:1157) om läkemedelskommittéer
Förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

Efter: SOU 1998:105

Kommunernas verksamhet på omsorgsområdet regleras också av *Socialtjänstlagen* (1980:763), SoL och *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade*, LSS. Socialtjänstlagen är en ramlag där kommunernas ansvar på området beskrivs. LSS innehåller bestämmelser om rätt till särskilt stöd och service för bland annat utvecklingsstörda, autistiska och begåvningsmässigt funktionshindrade personer samt andra med varaktiga fysiska och psykiska funktionshinder. Också i denna lag regleras kommunernas och landstingens uppgifter.

Sekretesslagen (1980:100) gäller inom den allmänna hälso- och sjukvården för bland annat uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Sekretess gäller även i annan medicinsk verksamhet som t ex rättsmedicinsk, rättspsykiatrisk verksamhet och ärenden hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet. Vissa undantag från sekretess medges dock. För den enskilda hälso- och sjukvården finns bestämmelser om tystnadsplikt i lagen om yrkesverksamhet.

Från den 1 januari 1999 ersätter lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården. I *Patientnämndslagen* stadgas att det i varje landsting och kommun skall finnas en eller flera patientnämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter.

Nämnderna skall, utifrån synpunkter och klagomål, stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården. Detta skall ske genom att:

1. hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, samt
4. rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

5.2 Myndigheternas föreskrifter och allmänna råd

Verksförordningen (1995:1322) behandlar myndigheternas föreskrifter. Där stadgas bland annat att innan en myndighet beslutar föreskrifter eller allmänna råd enligt författningssamlingsförordningen (1976:725) skall myndigheten noga överväga om detta är den mest ändamålsenliga åtgärden. Myndigheten skall också utreda föreskrifternas eller de allmänna rådens kostnadsmässiga och andra konsekvenser samt dokumentera detta i en konsekvensutredning.

Några statliga myndigheter som ger ut föreskrifter som berör hälso- och sjukvården är Socialstyrelsen och Läkemedelsverket.

Socialstyrelsens normgivningsverksamhet är omfattande. Enligt förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.⁴ får myndigheten meddela föreskrifter inom bl.a. områden som kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, tandvård samt omsorg om äldre och funktionshindrade, journalhantering sterilisering och transplantationer

Dessutom *skall* Socialstyrelsen meddela föreskrifter om vissa skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen, undantag från att en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skriven på svenska, hur anmälningsskyldigheten enligt "Lex Maria" skall fullgöras samt koder för förskrivningsorsak enligt lagen om receptregister.

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) publiceras föreskrifter och allmänna råd. För att undvika att de allmänna råden förlorar sin karaktär av rekommendationer om tillämpningen av en författning har Socialstyrelsen valt att sedan den 1 januari 1996 publicera även de allmänna råden i myndighetens författningssamling (Socialstyrelsen 1998b, 1998c). SOSFS består av två serier: Medicinalförfattningar SOSFS (M) och Socialförfattningar SOSFS (S).

Gällande föreskrifter och allmänna råd inom hälso- och sjukvårdens område som Socialstyrelsen utfärdat fram t.o.m. 1997 var 180. Däri ingår ett allmänt råd (cirkulär) som Medicinalstyrelsen utfärdat men, då myndigheten upphört, Socialstyrelsen ansvarar för. Under 1998 tillkom totalt sju föreskrifter och allmänna råd. Bland annat tillkom föreskrifter och allmänna råd om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:13).

Under 1999 har hittills inga nya föreskrifter och allmänna råd utfärdats, istället har tre allmänna råd upphävts.

⁴ För en mer utförlig beskrivning hänvisas till denna förordning.

Socialstyrelsen har numera stramat upp arbetet med föreskrifter och allmänna råd bl.a. genom interna anvisningar i *Socialstyrelsens externa föreskrifter och allmänna råd*, nr 57. Därutöver har intern information rörande arbetet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd givits ut som behandlar de regler och rekommendationer som gäller vid arbetet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. En förteckning över gällande författningssamling (SOSFS) och allmänna råd, uppdelade efter ansvarig enhet, har sammanställts i den särskilda skriftserien *Allmänna råd från Socialstyrelsen*. Denna förteckning syftar bl.a. till att underlätta det löpande arbetet med översyn av föreskrifter och allmänna råd.

Gränsdragningen mellan regelgivning och förmedling av information har tydliggjorts i samband med att SOSFS numera endast får innehålla föreskrifter och råd om tillämpning av enskilda författningar. Detta innebär en förändring jämfört med tidigare praxis där allmänna råd kunde innehålla såväl icke-författningsbundna riktlinjer och rekommendationer som annan kunskapsförmedling; t.ex. lagtext, motivuttalanden och rättsfallsreferat i kombination med egna kommentarer till hur verket anser att en bestämmelse bör tillämpas.

Hittills har endast ett fåtal föreskrifter och allmänna råd tillkommit som är utformade i överensstämmelse med nu gällande interna föreskrifter. SOSFS innehåller därför fortfarande många föreskrifter och allmänna råd som inte är i överensstämmelse med regelverket. På sikt kommer flertalet av dessa att ersättas av kortfattade allmänna råd i SOSFS som skall samordnas med "handböcker" i serien SoS-rapport.

Socialstyrelsen har påbörjat en översyn av de riktlinjer, rekommendationer m.m. som finns vid sidan av föreskrifter och allmänna råd (Socialstyrelsen 1998c). Socialstyrelsen har även fått i uppdrag av regeringen (mars 1999) att efter samråd med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet lämna förslag till åtgärder för att få bort onödig administration i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skall lämna förslag om hur icke ändamålsenliga regelverk och rutiner i hälso- och sjukvården centralt och regionalt skall kunna minska.

5.3 Antal regler inom hälso- och sjukvårdens område

Att det finns ett omfattande regelverk inom hälso- och sjukvården framgår inte minst av *Avregleringsutredningens (dir. 1997:81)* genomgång av regelverket riktat mot kommuner och landsting. Tabell 5-2 bygger på siffror hämtade ur *Avregleringsutredningens betänkande*

(SOU 1998:105). Siffrorna är inte helt rättvisande då dels departementsstrukturen förändrats och dels antalet lagar kan ha minskat eller ökat sedan betänkandet skrevs.

Tabell 5-2 Antal regler som styr kommuner och landsting utifrån departementsområde

Departement	lagar	förordningar	myndighetsregler	totalt
Arbetsmarknad	6	12	26	44
Finans	28	24	5	57
Försvar	6	18	37	61
Inrikes	46	28	13	87
Jordbruk	9	13	123	145
Justitie och SB	73	38	6	117
Kommunikation	18	35	188	241
Kultur	8	12	15	35
Miljö	12	30	174	216
Näring och handel	10	20	26	56
Social	51	42	304	397
Utbildning	10	71	44	125
Utrikes	2	2	1	5

Källa: SOU 1998:105, sid 38-93

Antalet regler som styr kommuner och landsting är flest inom Socialdepartementets kompetensområde. Av de 51 lagarna, 42 förordningarna samt 304 myndighetsreglerna så kan 34 lagar, 24 förordningar samt 185 myndighetsregler härledas till Hälso- och sjukvårdsområdet. Av de 185 myndighetsreglerna kommer 180 från Socialstyrelsen och fem från Riksförsäkringsverket (SOU 1998:105, sid 81). På sociallagstiftningsområdet finns 16 lagar, 17 förordningar samt 27 myndighetsregler från Socialstyrelsen, fem från RRV och tre från Alkoholinspektionen.

5.4 Information om regler

En förutsättning för att *sjukvårdshuvudmän*, *vårdproducenter* och *vårdpersonal* skall kunna följa lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd⁵ är att de känner till att de finns, vilka som är relevanta för den egna verksamheten samt innehållet i dessa. De måste också

⁵ Som ovan angivits är de allmänna råden inte bindande. Däremot sker i praktiken tillsynen så att den som inte följer ett allmänt råd behöver motivera detta i termer av vetenskap och beprövad erfarenhet.

kännas ”riktiga” utifrån verksamheten, syftet med regeln måste kännas legitimt och framgå tydligt.

Det senaste decenniet har ett flertal nya vårdproducenter tillkommit, inte minst kommunerna, men också många privata vårdgivare. Dessa har inte haft en uppbyggd kunskap kring regleringen av hälso- och sjukvården.

För *patienter och anhöriga* är det också viktigt att känna till de olika reglerna, och var de är tillämpliga. Inte minst i en situation där man känner sig illa bemött eller behandlad är det av vikt att tillgänglighet till regler, samt till information om hur dessa kan aktiveras är god. Patientnämnderna kan ses som ett stöd för patienter och anhöriga när det gäller kännedom om och tolkning av regler. Dessa har bl. a. till uppgift att hjälpa patienter att ta tillvara sina intressen gentemot hälso- och sjukvården.

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område var första steget i arbetet med att göra regelverket tydligare och mer lättillgängligt. Efter förslag i kommitténs betänkande *Patienten har rätt* är en motsvarande översyn av HSL och regelverket i övrigt aviserad.

Socialstyrelsen har numerärt sett den mest omfattande normgivningen. Socialstyrelsens författningar finns samlade i *Socialstyrelsens författningssamling* (SOSFS), vilken kan beställas från myndigheten men också skickas ut till kommuner, landsting och myndigheter i ca 800 exemplar. Därutöver finns prenumeranter. Enligt uppgift från Socialstyrelsen var antalet prenumeranter (februari 1999) 353 på SOSFS (S), 1730 på SOSFS (M) och 1593 på alla titlar/författningar.

Delar av författningssamlingen, i dagsläget föreskrifter eller ändringar av föreskrifter samt allmänna råd som gjorts från 1997 och framåt, finns även att tillgå på webben i fulltext. Där finns även register över hela SOSFS. En komplikation med Internetversionen av SOSFS, förutom att författningar av tidigare datum ej finns i fulltext, är att ändringar i författningar som ursprungligen är tidigare än från 1997 inte automatiskt innebär att hela författningen finns tillgänglig i fulltext, utan endast själva ändringen. En jämförelse kan göras med förändringar i författningar i RixLex⁶; där ingår ändringen direkt i lagtexten som därigenom uppdateras.

De senaste åren har Socialstyrelsen gjort särskilda insatser för att göra verkets föreskrifter, allmänna råd samt rapporter och annan information tillgängliga för beslutsfattare, profession och andra mål-

⁶ I RixLex finns bl. a. svenska lagar och förordningar (SFS), propositioner och skrivelser, utskottsbetänkanden, motioner, kommittédirektiv m.m. Adressen till webbplatsen är <http://rixlex.riksdagen.se/>

grupper. Nyhetsbrevet Nytt från Socialstyrelsen sänds sedan år 1996 gratis till verkets primära målgrupper och andra intresserade (ca 5000 st.). Detta brev innehåller notiser om aktuella beslut, utgivning, remissyttranden, konferenser m.m.

I oktober och december 1998 kartlades genom telefonintervjuer i vilken utsträckning verksamhetschefer med flera i hälso- och sjukvården känner till Socialstyrelsens föreskrifter med krav på kvalitetssystem i hälso- och sjukvården samt om de tillämpas i verksamheten. Av de 1000 tillfrågade verksamhetscheferna, avdelningsföreståndarna och medicinskt ansvariga sjuksköterskorna hade 95 procent sett Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetssystem och 68 procent hade läst hela eller det mesta av föreskrifterna. Verksamhetscheferna tillfrågades även om de inom sin verksamhet har dokumenterade rutiner, dvs. specificerade sätt att utföra en aktivitet inom åtta olika områden. Syftet var att få en uppfattning om i vilken utsträckning Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetssystem tillämpas i praktiken. En stor del (59 - 89 procent) av de tillfrågade sa att de i mycket eller ganska stor utsträckning har dokumenterade rutiner för samtliga åtta områden med undantag för området som berörde nya metoder för diagnostik, vård och omhändertagande. Där hade 48 procent dokumenterade rutiner.⁷

Det finns andra än staten som står för tolkningar och information om regler. T.ex. kan nämnas Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och fackföreningar för vårdens yrkesgrupper som alla, på olika sätt, informerar om regler och tillsyn.

5.5 Tillsyn

Konsekvensen av övergången från detaljerad regelstyrning till mål- och resultatstyrning är ett ökat behov av efterkontroller (tillsyn, uppföljning, utvärdering). Antalet regler om tillsyn har ökat under 90-talet. I september 1992 fanns det enligt uppgifter från Justitiedepartementet bestämmelser om tillsyn i sammanlagt 460 gällande lagar och förordningar (1994/95:RR9). Motsvarande siffra i september 1994 var 532. En sökning i RixLex i mars 1999 på sökordet "tillsyn" ger 599 träffar.

Tillsyn som begrepp kan hänföras till reglerande styrmedel. Tillsyn kan i princip, och i en snäv definition, förstås som *kontroll av efterlevnaden av regler*. En sanktion bygger alltid på en reglering; när det finns möjlighet att tillgripa sanktioner i samband med tillsyn är styrmedlet en reglering. Rikrevisionsverket (RRV) skriver i rapporten

⁷ Se vidare Socialstyrelsens årsredovisning för 1998.

Statlig tillsyn (1996:10) att det saknas ett klart och konsekvent språkbruk för att beteckna statliga verksamheter som allmänt syftar till att följa och kontrollera utvecklingen inom olika verksamhetsområden. RRV menar sig ha funnit att ”*tillsyn betecknar allt ifrån föreskriftsarbete och rådgivning till inspektion och faktagranskning i handläggningen av enskilda ärenden.*” Riksdagens revisorer skriver i ett förslag till riksdagen angående tillsyn att instrumentet i första hand innebär kontroll av att lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter efterlevs (Förslag till riksdagen 1994/95:RR9). Även Statskontoret menar att tillsyn i princip handlar om att *kontrollera* att någon följer en viss författning (Statskontoret 1998:8).

I betänkandet *I medborgarens tjänst* (SOU 1997:57) sägs att tillsyn i dag används som en övergripande beteckning för delvis olikartade verksamheter som normering, rådgivning, utvärdering och inspektion. Dessutom menar man i betänkandet att tillsyn kan döljas bakom andra beteckningar; i en genomgång av den statliga tillsynens regelverk konstateras att staten använt närmare ett tjugotal begrepp för att uttrycka olika tillsynsfunktioner.

5.6 Tillsynsverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet utövas främst av Socialstyrelsen men också Läkemedelsverket, Statens strålskyddsinstitut, Höskoleverket, Elsäkerhetsverket, Arbetarskyddsstyrelsen m.fl. utför tillsyn på delar av hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Socialstyrelsens totala tillsynsverksamhet är omfattande. Den kan delas in i fem olika verksamhetsområden, Primärmedicinsk tillsyn, Social tillsyn, Hälsoskydd, Medicintekniska produkter och Smittskydd.

Tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet delas traditionellt upp på individ- och verksamhetstillsyn. Den förra riktar sig mot hälso- och sjukvårdspersonal, den senare mot vårdgivare. Med vårdgivare avses enligt lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 3 §, fysiska eller juridiska personer som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Primärmedicinsk tillsyn bedrivs av Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter i Umeå, Örebro, Stockholm, Jönköping, Göteborg och Malmö. Övrig tillsyn bedrivs av centrala enheter.

Tillsynsansvaret för Socialstyrelsen preciseras i lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Syftet med tillsynen är främst att förebygga skador och eliminera risker, d.v.s. att

värna om patienternas säkerhet. Detta skall ske genom att stödja och granska verksamheten samt hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder.

De övergripande målen för Socialstyrelsens tillsyn är att bidra till hög säkerhet, god kvalitet och rättssnålighet inom de resurser och andra ramar som sjukvårdshuvudmännen förfogar över.

Individtillsyn

Individtillsynen kan sägas ske i samspel mellan Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Individtillsynen avgörs i HSAN i de fall Socialstyrelsen anser att disciplinpåföljd eller behörighetsinskränkning behöver komma i fråga för att öka patientsäkerheten. Alla ärenden går inte till HSAN utan flertalet ärenden stannar på Socialstyrelsen. Dialogen mellan Socialstyrelsen och de som utsätts för tillsynen är ett viktigt moment i individtillsynen.

Styrelsen har också i uppgift att ta emot anmälningar enligt "Lex Maria" (6. kap. 4 § Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). Bestämmelsen innebär att vårdgivaren har skyldighet att anmäla till Socialstyrelsen om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldigheten (SOSFS 1996:23).

Förutom sanktionerna som beskrivs i lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kan andra lagar komma ifråga, bland annat arbetsrättslagstiftningen och personalens ansvar enligt straffrättsliga regler, t ex tjänstefel och brott mot tystnadsplikten. Även andra regler i brottsbalken är tillämpliga på hälso- och sjukvårdspersonal i fråga om handlingar i deras yrkesverksamhet, såsom brott mot liv och hälsa, misshandel och vållande till annans död eller vållande till kroppskada samt framkallande av fara för annan.

HSAN:s verksamhet regleras i lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 7 kap. samt förordning (1996:571) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Syftet med nämndens verksamhet är att stärka patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården. De frågor som HSAN kan pröva är disciplinpåföljd, prøvotid, återkallelse av legitimation eller annan behörighet, begränsning av förskrivningsrätt och ny legitimation. Frågor om disciplinpåföljd tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller av den patient (eller närstående om patienten inte själv kan anmäla) som saken gäller.

Antalet anmälningar till HSAN har ökat. Detta kan bero på en viss försämring av vårdkvaliteten men det kan också bero på en större benägenhet att göra anmälningar (Törnkvist, Bilaga 1). Utredningarnas

handläggningstid var år 1998 i genomsnitt 6,2 månader (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, 1999). Utredningarna skall vara grundliga men samtidigt hålla sig inom vissa tidsramar, eftersom det är pressande för anställda inom vården att utsättas för granskning.

Verksamhetstillsyn

I sin verksamhetstillsyn har Socialstyrelsen att motverka brister i god vård som inverkar på patientsäkerheten. Detta kan t.ex. gälla otillräcklig bemanning eller kompetens, bristfälliga lokaler eller utrustning, men också allvarlig försummelse av vårdtagares behov av vård, behandling, omvårdnad eller tillsyn (prop 1995/96:176, s. 83-84).

Socialstyrelsen tillämnar i verksamhetstillsynen dels föreskrifter och allmänna råd, dels nationella riktlinjer och annat material som t.ex. SBU:s rapporter. Verksamheterna måste därför följa inte bara bindande regler utan även icke-bindande regler och rekommendationer som myndigheterna utfärdar i syftet att beskriva vad som är god vård. Det är således flera olika dokument och kriterier som används i tillsynen. För de verksamheter som omfattas av tillsynen finns en otydlighet i terminologin och beteckningen på vad som gäller som rättesnöre.

I flertalet fall har verksamheter, som blir granskade tillfredsställande kvalitet och verksamhetstillsynen leder då till en diskussion med råd och stöd om hur verksamheten ytterligare kan förbättras. Om en verksamhet, som är föremål för tillsyn, inte uppfyller kraven på god vård och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten får Socialstyrelsen förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållandena. Föreläggandet ska påvisa vilka åtgärder som är nödvändiga för att missförhållandena skall kunna avhjälpas.

Verksamhetstillsynen var vagt reglerad fram till 1997 då Socialstyrelsens genom tillsynslagen fick befogenheter att utfärda vite och i vissa allvarligare fall förbud mot fortsatt verksamhet. Ett föreläggande innebär en direkt förpliktelse för vårdgivaren att inom viss tid avhjälpa missförhållandet eller bristen. Socialstyrelsens beslut kan i vissa fall överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Domstolen utgår i sina överväganden från föreskrifter, allmänna råd⁸ och annan vägledning som myndigheten tagit fram. Socialstyrelsens bedömning kommer därigenom att få stor påverkan på utgången av domstolsprövningen.

Under 1995-1997 har Socialstyrelsen genomfört en omfattande metodutveckling för att ta fram olika granskningsmallar för verksamhetstillsyn. Under 1998 har tillsynsverksamheten främst präglats av

⁸ Se t ex RÅ 1994 ref 58 och RÅ 1993 ref 11 (I och II).

satsningen på tillsyn inom äldresjukvården. Andra prioriterade områden för verksamhetstillsyn har varit primärvård och psykiatri.

5.7 Standardisering inom hälso- och sjukvården

Svensk standard är ett medel för att skapa frivilliga överenskommelser på nationell nivå mellan flera olika parter inom en sektorssektor eller bransch. Standarder kan gälla en produkt, en rutin, en metod eller ett system. Inom hälso- och sjukvårdssektorn svarar HSS, Hälso- och sjukvårdsstandardiseringsnämnden, för utarbetandet av standard. HSS är en idéell förening med fyra medlemmar/huvudmän, Landstingsförbundet, Spri, Sjukvårdens leverantörsförening (SLF) och staten.

SIS, Standardiseringsnämnden i Sverige är centralorgan för den svenska standardiseringsorganisationen och har överlämnat ansvaret för utarbetande av standarder inom hälso- och sjukvårdsområdet till HSS genom ett auktorisationsavtal.

HSS är en fristående och oberoende organisation i vars arbete alla berörda parter och intressenter har möjlighet att delta. Uppgiften för HSS är att leda, samordna, organisera och administrera standardiseringsprocessen. Organisationen har 12 anställda, men är navet i en verksamhet, med mer än 350 experter från sjukvård, forskning och utveckling, industri och myndigheter som deltar i arbetet. Standardernas innehåll och HSS ställningstaganden svarar de deltagande experterna för.

Inom EU har utveckling av gemensamma europeiska standarder blivit ett viktigt verktyg för förverkligandet av den inre marknaden och det fria flödet av varor, tjänster, arbete och kapital. Även om hälso- och sjukvården i sig inte direkt omfattas av EU:s harmoniseringsstävanden sker dock en betydande indirekt påverkan genom de åtgärder och den standardisering som sker inom andra områden. Standardisering utnyttjas också av EU för att dokumentera och sprida resultaten av forsknings- och utvecklingsarbete.

Idag sker ingen svensk nationell standardisering inom HSS, vilket skedde tidigare. Alla tillgängliga resurser satsas istället på att företräda svenska intressen i det europeiska och globala arbetet eftersom dessa även styr svensk hälso- och sjukvård. Alla europeiska standarder blir automatiskt giltiga som nationella standarder inom EES-området dvs i Sverige som svensk standard. Den snabba globaliseringen av samhällsutvecklingen med ett omfattande informations- och handelsutbyte mellan världens länder, har skapat behov av standardisering i en vidare

cirkel än enbart Europa. Parallellt med det europeiska arbetet deltar därför HSS också aktivt i det standardiseringsarbete som organiseras av den globala standardiseringsorganisationen ISO.

Verksamheten är idag framför allt inriktad på två områden. Det största arbetsområdet avser grundläggande krav på säkerhet och funktion för medicintekniska produkter, omfattande allt ifrån sprutor, handskar och rullstolar till komplicerad utrustning. Standarderna utnyttjas av sjukvården som underlag vid upphandling, av företagen vid utveckling och tillverkning av produkter samt av myndigheter som tekniska specifikationer till lagstadgade krav. Inom det andra verksamhetsområdet utvecklas standarder för hälso- och sjukvårdsinformatik med inriktning framför allt på terminologi, meddelanden, kommunikation, vårddokumentation, säkerhet och kvalitet. Standarderna blir här ett viktigt led i uppbyggnaden av en gemensam IT-plattform mellan sjukvårdshuvudmännen och i kontakten med andra länders sjukvård.

Svensk standard är en frivillig rekommendation med hög normerande effekt och med bred acceptans och förankring i det svenska samhället. Överenskommelser och beslut om en standard fattas enligt konsensusprincipen. Alla förslag till svensk standard remissbehandlas i en vid krets av intressenter och dokumenteras. Nationell standard finns i de flesta länder och har en stark och etablerad samhällsacceptans. Svensk nationell standard är därför en bra dokumentationsform för spridning av utredningsresultat utanför Sverige. EU har valt att göra standardisering till ett viktigt harmoniseringsmedel för den inre marknaden. En antagen EU standard innebär ytterst begränsningar av medlemsländernas möjligheter att tillföra ytterligare myndighetskrav.

I dag använder HSS alla sina resurser till europeisk eller internationell standardisering. Arbetssättet är väl inarbetat men kunskapen om arbetsformen är ännu begränsad inom svensk hälso- och sjukvård. Standards har hittills mest använts i samband med upphandling men får en växande betydelse för vården som helhet i samband med ökat inslag av privata entreprenörer. Arbetssättet skulle kunna etableras på nytt för att ta fram svensk standard på områden där det finns behov av att olika parter enas om gemensamma normer.

5.8 Kommitténs överväganden

Regelverket

Inom hälso- och sjukvårdens område finns ett förhållandevis stort antal lagar och förordningar samt föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen. Kommittén har inte granskat och har heller ingen anledning att ifrågasätta reglernas syften och innehåll, men kan konstatera att regelverket är omfattande även i förhållande till andra samhällssektorer.

En stor mängd regler medför bristande överskådlighet och genomslag av reglernas innehåll

Den stora mängden regler innebär enligt kommitténs mening problem i sig, framför allt vad gäller överskådlighet och möjligheter att få genomslag för reglernas innehåll till alla som är berörda inom vården. Problemet accentueras av att det tillkommit ett stort antal nya aktörer genom de 289 kommunerna som är nya sjukvårdshuvudmän och privata vårdgivare, som alla är ålagda att följa hälso- och sjukvårdens regler.

I sjukvårdspersonalens grundutbildning ingår undervisning om de regler som gäller för tillfället, dock förändras reglerna kontinuerligt. Personalen måste få information om förändringar samt möjligheter att förstå och tolka vad reglerna innebär för den egna verksamheten, annars blir regleringen verkningslös. *Kommittén vill framhålla att arbetsgivarna har skyldighet att se till att reglerna finns tillgängliga på arbetsplatsen och att informera om innehållet i nya regler som gäller för verksamheten. Det är dessutom viktigt att vårdpersonalen får möjlighet att med arbetsledningen gå igenom och diskutera reglerna så att dessa tillämpas utifrån ett patientperspektiv och blir ett stöd i verksamheten.*

Lagstiftningen skall vara överskådlig

Kommittén anser att lagstiftningen skall vara så överskådlig och tydlig som möjligt. Ett steg i den riktningen är den nya lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område där bestämmelserna om de krav som ställs på yrkesverksamma i hälso- och sjukvården är samlade.

Kommittén övervägde i sitt delbetänkande (SOU 1997:154) om det fanns anledning att frånga dagens system med skyldighetslagstiftning till förmån för en lagstiftning som bygger på rättighetsbaserade principer som skulle innebära att patienten kan få sin sak prövad av domstol om hon inte får ut sin rätt. Kommittén ansåg att det finns stora principiella svårigheter med att införa legala patienträttigheter och majoriteten avvisade då en rättighetslagstiftning, vilket även blev Riksdagens beslut (prop. 1997/98:189).

En grundförutsättning för att patienten skall kunna kräva sin rätt och vårdpersonalen leva upp till sina skyldigheter är enligt kommitténs mening att lagstiftningen är överskådlig och tydlig. På kommitténs förslag har regeringen aviserat en samlad översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att bl.a. åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. Socialutskottet har instämt i kommitténs bedömning och menar att översynen bör ske utifrån den nuvarande principen med skyldighetslagstiftning (1998/99:SoU3). Kommittén anser det angeläget att en översyn av lagstiftningen kommer till stånd med den innebörd som kommittén tidigare föreslagit.

Socialstyrelsens föreskrifter och rådgivning bör bli tydligare i vad som är tvingande och vad som är rekommendationer

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd bör enligt kommitténs mening över tid omprövas och förnyas. Socialstyrelsens uppdrag från regeringen och även det internt påbörjade arbetet bör resultera i en förenkling av reglerna och en utmönstring av regler som kan ha förlorat sin aktualitet. Kommittén vill här framhålla att reglernas främsta syften är att säkerställa de grundläggande målen på nationell nivå utan att reglerna genom detaljstyrning försvårar vårdens organisering och genomförande. Socialstyrelsens översyn bör enligt kommitténs mening resultera i en förstärkning av patientperspektivet.

Kommittén noterar att förutom föreskrifterna får allmänna råd, riktlinjer och annan rådgivning en starkt normerande effekt. Den som gör avsteg från de allmänna råden måste t.ex. kunna visa att det egna tillvägagångssättet är minst lika bra. Socialstyrelsen använder de rekommendationer man utarbetar i sin tillsyn och domstolarna använder dem i sin praxis vare sig rådgivningen är utformad som allmänna råd, nationella riktlinjer eller i annan form. Socialstyrelsens rådgivning till sjukvårdshuvudmännen uppfattas därför som tvingande även om så kanske inte alltid har varit avsikten. Enligt kommitténs mening bör därför Socialstyrelsen vara tydlig i sin information om hur olika former av rådgivning och rekommendationer skall uppfattas.

Kommittén anser även att ett enhetligt språkbruk vore av värde när det gäller myndighetens regler och rådgivning. Språket styr olika aktörers agerande och en enhetlighet underlättar därför tillämpningen. Staten och sjukvårdshuvudmännen bör tillsammans med olika yrkesföreträdare enas om lämplig praxis vad gäller terminologin för regler och rådgivning. Standardisering som arbetsmetod bör kunna användas för att komma överens om en sådan enhetlig terminologi.

Kommittén anser att staten har ett ansvar att informera om de regler man beslutat om och att informationen om reglernas innehåll anpassas till de olika målgrupper som är berörda. Den konkreta utformningen av informationen bör ske i samarbete med företrädare för sjukvårdshuvudmännen och staten med medverkan av berörda målgrupper.

Standardisering

Kommittén anser att standardisering som arbetsform borde bli bättre känd och kunna utnyttjas i ett betydligt bredare sammanhang än vad som sker idag. Standardisering är en partsneutral arbetsform för överenskommelser mellan flera olika parter och är lämplig att använda där man gemensamt vill eftersträva en hög normerande effekt. Det kan gälla upphandling, kvalitetssäkring, verksamhetsuppföljning, gemensam terminologi, statistik m.m.

Användning av standardisering som metod bör kunna utökas

EU använder standardisering som metod för att få en enhetlighet inom den gemensamma marknaden som alternativ till anvisningar av olika slag. *Kommittén menar att Sverige i ökad omfattning borde kunna utnyttja standardiseringen.* Fördelen med standardiseringen är att inblandade parter deltar i utarbetandet på ett systematiskt sätt och kan ge sin syn på konsekvenserna av en utökad normering. Efterlevnaden underlättas av att parterna varit direkt involverade i att ta fram normerna.

Med ökat inslag av privata entreprenörer kan standardisering som metod få större betydelse än hittills. Metoden anknyter till vad som används inom andra delar av samhället. Inom industrin och den privata tjänstesektorn är arbetsmetoden etablerad i betydligt större utsträckning än i offentlig verksamhet.

Tillsyn

Genom att patienten nästan helt saknar utkrävbara rättigheter i vården blir det enligt kommitténs mening särskilt viktigt att det finns andra rättsliga garantier för att sjukvårdshuvudmännen och personalen fullgör sin lagstadgade skyldighet. Här fyller Socialstyrelsens tillsyn en viktig funktion, både förebyggande och korrigerande. Tillsynen omfattar alla vårdproduktion, såväl privat som kommuners och landstings verksamheter. Socialstyrelsen har genom lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område fått förbättrade möjligheter att ingripa mot sådana brister som är av betydelse för patientsäkerheten. Socialstyrelsens tillsyn är inriktade på att undanröja missförhållanden i verksamheten i allmänhet. Ett föreläggande innebär en förpliktelse för vårdgivaren att inom viss tid avhjälpa missförhållandena, vilket även kommer enskilda patienter till del.

Regler och kriterier för Socialstyrelsens verksamhetstillsyn skall vara tydliga och kända

Praxis för verksamhetstillsynen är enligt vad kommittén erfar relativt oklar för den som skall granskas. Ett särskilt problem ligger i, som redan nämnts, svårigheten att skilja mellan föreskrifter, allmänna råd, nationella riktlinjer och andra typer av rekommendationer och meddelanden från myndigheter, vilket bl.a. leder till att även icke bindande rekommendationer tolkas som tvingande.

Kommittén vill framhålla det som angeläget att tillsynen bedrivs efter för verksamheten väl kända kriterier. De som arbetar i vården bör tydligt meddelas vilka kriterier som bör uppfyllas och vara underrättade om det underlag som används för tillsynen. Även medborgarna ska ha möjlighet att få en tydlig återkoppling och inflytande. Kommittén menar att Socialstyrelsen i ökad utsträckning tillsammans med representanter för verksamheter och brukare skall ta fram underlag för och utforma kriterier för tillsynen samt fastställa formerna för hur tillsynen skall bedrivas. I Socialstyrelsens uppgift skall enligt kommitténs mening ingå att klargöra vad som krävs samt informera om hur tillsynen kommer att genomföras.

Den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten är föremål för verksamhetstillsyn av både Socialstyrelsen och Länsstyrelsen vilket innebär onödigt dubbelarbete och kollisioner samt försvårar för verksamheten att förstå och tillgodogöra sig de kriterier som gäller för tillsynen. Socialtjänstutredningen (Dir. 1997:109) har uppdraget att se

över tillsynen av den kommunala vården och omsorgen varför vi inte utrett frågan.

Socialstyrelsens roll

Socialstyrelsen har under 1990-talet byggt ut sin tillsynsverksamhet och har fått förstärkta befogenheter att bedriva verksamhetstillsyn med relativt långtgående sanktionsmöjligheter. Samtidigt bedriver myndigheten en omfattande verksamhet både med att definiera vad som skall betraktas som god vård genom t.ex. nationella riktlinjer för ett antal vanliga sjukdomar, och med att följa upp och utvärdera verksamheter, tillhandahålla statistisk service och genom att delta på många andra sätt med råd och stöd till de verksamheter som omfattas av tillsynsverksamheten (se vidare kapitel 8).

Kommittén föreslår att Socialstyrelsens verksamhet ses över med syftet att belysa tillsynsverksamhetens organisation.

Socialstyrelsen har de dubbla rollerna, dels att utveckla och fastställa kriterier för god vård och förebyggande insatser och även ge råd och stöd om dessa, samt dels genom tillsynen granska att verksamheterna följer vad Socialstyrelsen fastställt skall gälla. Denna integrerade verksamhet innebär att erfarenheter från utvärderingar, uppföljningar och även tillsynen kan bidra till att normer och kriterier för tillsynen kan förfinas och utvecklas.

Myndigheten menar att den nära kopplingen innebär en utveckling och förbättring av tillsynens kvalitet. De förstärkningar av Socialstyrelsens uppgifter som skett under senare år bygger på stort förtroende för Socialstyrelsens kompetens och oväld. I längden finns dock risk för att de dubbla uppdragen försvagar tilltron till den centrala uppgiften som tillsynsorgan. Den redan starka positionen förstärks ytterligare genom att Regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att själv se över regelverket när det uppfattas som alltför omfattande.

De dubbla rollerna skapar enligt kommitténs mening i längden en otydlighet för verksamheterna. Tillsynen har en särskild ställning i svensk hälso- och sjukvård genom att trygga patientsäkerhet och god vård i ett sjukvårdssystem som bygger på skyldighetsbaserad lagstiftning och inte rättighetslagar. *Enligt kommitténs bedömning har därför tillsynen en stor vikt och måste säkras på ett sådant sätt att tilltron till det skyldighetsbaserade svenska hälso- och sjukvårdssystemet upprätthålls. Kommittén föreslår att Socialstyrelsens verksamhet ses*

över med syftet att belysa tillsynsverksamhetens organisation. I samband med översynen skall enligt kommitténs mening även prövas om länsstyrelsernas och Socialstyrelsens tillsynsverksamheter skall bilda en ny myndighet som bedriver tillsyn inom vårdens hela område.

6 Ekonomisk styrning

Staten har det övergripande ansvaret för samhällsekonomin och därmed även för villkoren för den kommunala sektorns ekonomi. Kommuner och landsting har i sin tur ansvaret för att hälso- och sjukvården bedrivs effektivt och för prioriteringen av resurser till sektorn inom sina ansvarsområden.

Vården svarar för en stor del av den kommunala sektorns kostnader. I landstingen är hälso- och sjukvårdsverksamhet den helt dominerande kostnadsposten, 82 procent av kostnaderna vilket motsvarar ca 88 miljarder kronor (Bokslutsstatistik 1997, Landstingsförbundet). Kommunernas vård och omsorg kostade totalt 108 miljarder kronor vilket motsvarar 36 procent av verksamheternas totala kostnader. (Kommunernas finanser 1997, SCB). Av dessa kostnader avsåg 74 miljarder kronor äldre- och handikappomsorgen, dvs. 25 procent av de totala kostnaderna i kommunerna. Vårdens andel av kommunernas totala kostnader är ungefär lika stor som den för skola och barnomsorg tillsammans. Vård, skola och omsorg tog i anspråk 73 procent av kommunernas totala kostnader för verksamheter.

6.1 Samhällsekonomiskt utrymme

Staten har ett övergripande ansvar för att den offentliga verksamheten i vid mening utvecklas på ett sätt som är förenligt med samhällsekonomisk balans. Kommunsektorns ekonomiska omfattning och betydelse för välfärden medför att staten har behov av att kunna påverka sektorns utveckling.

Såväl landstingen som kommunerna finansierar huvuddelen av verksamheten med landstings- respektive kommunalskatt, 77 procent respektive 70 procent (Nationalräkenskaperna 1997). Andra intäkter för kommuner och landsting är generella statsbidrag och vissa riktade bidrag. Direkta avgifter utgör endast en mindre del av inkomsterna, 4 procent för landstingen varav huvuddelen avsåg patientavgifter och 9 procent för kommunerna varav 20 procent avsåg avgifter för vård och omsorg.

Staten har på olika sätt *begränsat kommuners och landstings skatteuttag* under 1990-talet. De år sådana åtgärder inte har tillämpats har det genomsnittliga skatteuttaget ökat. Under åren 1991-93 gällde skattestopp, dvs. ett lagstadgat förbud mot höjning av skatt. Sanktioner i form av reducerat statsbidrag infördes för åren 1997-99. Bestämmelserna innebär att om en kommun eller ett landsting höjer skattesatsen minskas de generella statsbidragen med motsvarande hälften av den ökning av skattemedlen som den höjda skattesatsen ger. Höjningen relateras till den skattesats som gällde år 1996.

Möjligheten att ta ut *avgifter för hälso- och sjukvård* är reglerat genom "högkostnadsskydd" i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns i dag ingen samordning av avgifterna för landstingens och kommunernas vård i form av t.ex. ett gemensamt högkostnadsskydd för patienter.

För *avgifter för kommunernas vård och omsorg* gäller bestämmelser om så kallade förbehållsbelopp i Socialtjänstlagen 35 § andra stycket. Här sägs att avgifterna inte får uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov, boendekostnad och andra normala levnadskostnader. Förbehållsbeloppen är under utredning i den så kallade BoA-utredningen (Boendebegreppet i de särskilda boendeformerna för äldre samt avgifterna för sådant boende och deras effekter, Dir. 1997:111). I övrigt gäller självkostnadsprincipen enligt kommunallagens 8 kap. 3§, dvs. att kommuner och landsting inte får ta ut högre avgifter än som motsvarar kostnaderna för de tjänster de tillhandahåller.

Det *lagstadgade kravet på balans i kommuners och landstings ekonomi* träder i kraft år 2000 (prop. 1996/97:150). Grunden för kraven på balans finns i kommunallagen (1991:900). I 8 kap. sägs att kommuner och landsting skall ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och att kommuner och landsting varje år skall upprätta en budget för nästa kalenderår. Budgeten skall upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna.

Finansieringsprincipen innebär att om staten beslutar om åtgärder som direkt tar sikte på den kommunala verksamheten t.ex. genom lag om utökat åtagande skall de ekonomiska effekterna neutraliseras genom reglering av nivån på statsbidragen. Principen är inte lagfäst men riksdagen har godkänt den. Enligt huvudregeln omfattas de s.k. frivilliga verksamheterna, t.ex. kultur- och fritidsverksamhet inte av principen. Den omfattar heller inte åtgärder som inte direkt tar sikte på kommunsektorn men som får ekonomiska effekter för sektorn.

I överenskommelser år 1996 och år 1998 mellan företrädare för Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om riktlinjer för kommunernas ekonomi för åren 1997-99 åtar sig staten att ekonomiskt reglera nya och ändrade regler som påverkar det kom-

munala skatteunderlaget och det kommunala utgiftstrycket. Åtagandet kan sägas vara en tillfällig utvidgning av finansieringsprincipen.

6.2 Statsbidrags- och utjämningsystemet

Under större delen av 1900-talet har kommuner och landsting fått någon form av statligt bidrag i syfte att utjämna skillnader i ekonomiska förutsättningar (Inrikesdepartementet m.fl. 1996). Första gången riksdagen lämnade statsunderstöd till skuldtunga kommuner var år 1917. Ett utjämningsystem i egentlig mening infördes år 1966 genom ett statligt skatteutjämningsbidrag. Bidraget innebar att staten garanterade kommuner och landsting viss beskattningsbar inkomst per invånare (skattekraft). Garantin varierade från kommun till kommun och mellan landsting utifrån en samlad bedömning av skillnader i utgiftsbehov i olika delar av landet.

Under perioden 1966-1992 modifierades skatteutjämningsystemet i omgångar, bl.a. infördes bidrag för befolkningsminskningar och inverkan av olika åldersstruktur. Vid sidan av skatteutjämningsbidraget fanns ett flertal specialdestinerade bidrag som skulle stimulera utvecklingen av den kommunala servicen på bestämda områden. Av kommunernas bidrag gick cirka 90 procent till barnomsorg, skola och äldreomsorg. Landstingen fick från och med år 1985 en schabloniserad ersättning från den allmänna sjukförsäkringen, de s.k. Dagmar-ersättningarna. Dessutom fick landstingen riktade bidrag till bl.a. sjukresor, färdtjänst samt omsorger om de psykiskt utvecklingsstörda.

Den första januari 1993 (prop. 1991/92:150) infördes ett nytt statsbidrags- och utjämningsystem för kommuner som förde ihop skatteutjämningsystemet och i stort sett alla statsbidragen till kommunerna till "en påse". Den första januari 1996 (prop. 1995/96:64) genomfördes ytterligare en statsbidragsreform, som även omfattade landstingen. Grundidén med "påsen" bibehölls, men ett nytt utjämningsystem med nya fördelningskriterier infördes.

För landstingen behölls en mindre del av de s.k. Dagmarmedlen och dessa fördelas fortfarande till landstingen. Staten och landstingen förhandlar varje år om villkoren för dessa bidrag som år 1999 uppgick till totalt 1,2 miljarder kronor.

Det nya statsbidrags- och utjämningsystemet består av inkomstutjämning, kostnadsutjämning och ett generellt statsbidrag. Dessutom finns införanderegler som gäller t.o.m. 2003 för övergång till det nya systemet.

Genom *inkomstutjämningen* garanteras alla kommuner och landsting ett lika stort skatteunderlag per invånare oavsett det egna skatte-

underlagets storlek. Kommuner och landsting med ett eget skatteunderlag som understiger genomsnittet i landet får ett bidrag från staten. De med ett skatteunderlag per invånare som ligger över genomsnittet betalar en avgift. Summan av avgifterna motsvarar i princip summan av bidragen. Inkomstutjämningen är även en garanti för att alla kommuner och landsting får del av den samhällsekonomiska utvecklingen.

Kostnadsutjämningen syftar till att utjämna för strukturella behovs- och kostnadsskillnader. Systemet skall således inte utjämna för faktiska kostnader utan för skillnader i behov av kommunal service och förutsättningarna att producera denna service, dvs. sådana skillnader som kommunerna och landstingen inte kan råda över själva.

Utjämningen är byggd på ett stort antal delmodeller där de strukturella kostnaderna beräknas för varje delmodell. De kommuner och landsting vilkas beräknade strukturkostnader överstiger den genomsnittliga strukturkostnaden i landet får bidrag och de vilkas strukturkostnader understiger genomsnittet får betala en avgift. Summan av avgifterna motsvarar i princip summan av bidrag.

Inkomst och kostnadsutjämningen innebär således inga kostnader för staten utan är en omfördelning mellan kommuner respektive landsting.

Det nya systemet innebar relativt stora omfördelningar av bidrag jämfört med det system som rådde före år 1996. För att mildra effekterna finns därför särskilda införanderegler för systemet.

Kommunala utjämningsutredningen (dir. 1995:118) fick redan innan systemet trädde i kraft den 1 januari 1996 i uppdrag att utvärdera och utveckla systemet framför allt vad gäller kostnadsutjämningen. Beredningen lämnade sitt betänkande i december 1998 med förslag om vissa modifieringar av kostnadsutjämningen (SOU 1998:151). Ändringarna avses träda i kraft år 2000. Regeringen har nyligen förelagt Riskdagen förslag till förändringar i utjämningsystemet för år 2000 (prop. 1998/99:89) vilka i stor utsträckning bygger på förslagen från Kommunala utjämningsutredningen.

Det *generella statsbidraget* som infördes samtidigt som utjämningsystemet den 1 januari 1996 fördelas som ett enhetligt belopp per invånare till alla kommuner respektive landsting. Från andra halvåret 1997 har det generella bidraget höjts successivt. En del av de tillförda resurserna, drygt 2,7 miljarder kronor fördelas efter respektive kommuns åldersstruktur. Det generella bidraget används även för ekonomiska regleringar mellan staten och kommunsektorn t.ex. vad gäller finansiering enligt den s.k. finansieringsprincipen.

6.3 Överenskommelser om den kommunala sektorns ekonomi

Våren 1996 och våren 1998 träffade regeringen, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet överenskommelser med ömsesidiga åtaganden med syftet att ta ett gemensamt ansvar för både landets och kommunernas ekonomi under de närmast följande åren.

I båda överenskommelserna betonas vikten av vård, skola och omsorg. Man var överens om att dessa verksamheter måste värnas och utvecklas även i ekonomiskt ansträngda situationer.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet åtog sig att verka för att kommunalskatterna inte höjs, att undvika att säga upp fast anställd personal samt att aktivt verka för att verksamheterna utvecklas. I den senare överenskommelsen preciserades åtagandet om utvecklingen av verksamheten till bl.a. kortare väntetider i hälso- och sjukvården samt äldreomsorgens utveckling vilket även inkluderade samverkansavtal mellan landsting och kommuner i syfte att förbättra det medicinska omhändertagandet i äldreården. Vidare åtog sig förbunden att aktivt delta i och stödja arbetet med förbättrad uppföljning av måluppfyllelse och resursutnyttjande i den kommunala verksamheten samt att verka för att det kommunala förnyelsearbetet drivs vidare i syfte att göra verksamheten bättre och mer kostnadseffektiv.

Regeringen å sin sida åtog sig i den första överenskommelsen att hålla statsbidragen oförändrade och i den senare att genomföra statsbidragshöjningar som motsvarade en nivåhöjning med 20 miljarder kronor till år 2000 i förhållande till år 1996. I den senare överenskommelsen utfäste sig staten att huvuddelen av de höjda statsbidragen skall tillföras som ökning av de generella bidragen. Vidare garanterade regeringen att finansieringsprincipen skall gälla och att genomföra avregleringar i syfte att minska trycket på de kommunala kostnaderna.

Regeringen och företrädarna för de båda förbunden var också överens om att ha återkommande överläggningar i syfte att följa upp de ingångna principöverenskommelserna. Vid överläggningarna avsågs även frågor om lagstiftning, uppgiftsfördelning och finansiering som är aktuella behandlas.

Regeringen har i den ekonomiska vårpropositionen (prop. 1998/99:100) avviserat om ytterligare höjda statsbidrag till kommuner och landsting fram till år 2001.

6.4 Sjukvårdsersättningen till landstingen - Dagmaröverenskommelser

De s.k. Dagmaröverenskommelserna är årliga överenskommelser mellan regeringen och landstingen och de landstingsfria kommunerna om principer för fördelning av riktade statsbidrag. Den kommunala vården och omsorgen omfattas inte av överenskommelserna.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har på kommitténs uppdrag utvärderat inriktning och betydelse av Dagmaröverenskommelserna. IHE:s rapport till kommittén redovisas i bilaga till betänkandet (Anell, Svarvar bilaga 5). IHE:s utvärdering omfattar åren 1985-98. Därefter har ytterligare en överenskommelse träffats för år 1999. De viktigaste slutsatserna av utvärderingen sammanfattas här. En översiktlig beskrivning ges även av överenskommelsen för år 1999.

Den första Dagmaröverenskommelsen avsåg år 1985 och innebar då en övergång från prestationsrelaterade ersättningar till en fast ersättning per invånare. Ersättning per prestation ansågs stå i dålig överensstämmelse med hälso- och sjukvårdslagen som utgår ifrån att behovet av vård skall vara styrande vid resursfördelningen.

Vid sidan av den allmänna sjukvårdsersättningen har i alla överenskommelser funnits särskilda ersättningar vars syfte varit att underlätta utvecklingen av vissa prioriterade insatser enligt sjukvårdspolitiska målsättningar. Preciseringsen av villkoren för särskilda ersättningar (komponenter) har förändrats genom att tidigare komponenter successivt har integrerats i den allmänna ersättningen och nya har tillkommit.

Dagmaröverenskommelsen för åren 1985-86 innehöll komponenterna särskilda ersättningar för hemsjukvård, förebyggande insatser, tillhandahållande av hjälpmedel till handikappade, ambulanssjukvård samt sjukhusvård. För år 1997 formulerades komponenterna i termerna vårdgaranti, patientens möjlighet till delaktighet, nationella riktlinjer, kunskapsbaserad hälso- och sjukvård, verksamhetsutveckling samt informationsförsörjning.

Delar av de centrala institutens verksamheter som är kopplat till nationellt utvecklingsarbete har också i ökad omfattning finansierats via Dagmarmedel under 1990-talet. Det gäller Handikappinstitutet, Socialstyrelsen, SBU och Spri.

Omfattningen av Dagmarersättningen har förändrats. Under åren 1985-1992 gav ersättningen ett betydande tillskott till landstingens verksamheter. År 1992 var Dagmarmedlen totalt 15,4 miljarder kronor. För år 1999 var ersättningen 1,2 miljarder kronor vilket motsvarar endast ca 1 procent av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader. Den kraftiga minskningen beror på omläggningar av statsbidrags- och

utjämningsystem samt finansiering av Ädel-reformen. Förändringar har även gjorts av principerna för hur den allmänna ersättningen fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen.

Överenskommelsen för år 1999 lade huvudvikten vid en satsning på att ytterligare stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård bl.a. genom att öka vårdens tillgänglighet och patienternas inflytande och delaktighet. Inriktningen av satsningarna bygger på kommitténs förslag i delbetänkandet "Patienten har rätt" (SOU 1997:154). Satsningen skall gälla under två år. Vidare uppmärksammades de äldres behov i hälso- och sjukvården och särskilt läkartillgången i eget boende och i särskilda boendeformer m.m.

IHE har intervjuat ett antal aktörer från sjukvårdshuvudmännen och staten i syfte att värdera betydelsen av Dagmar. Enligt dessa intervjuer menar man att även om Dagmar i dag ger ett marginellt finansiellt bidrag kan den allmänna texten i överenskommelsen ge ytterligare legitimitet för en bestämd utveckling. Statens konkreta styrning är dock marginell utom i de fall där det finns specifika krav på huvudmännen eller en koppling mellan pengar och verksamhet. Det gäller t.ex. vårdgarantin, ersättning för rehabilitering av äldre och funktionshindrade (1995) samt ersättning för psykoterapeutisk verksamhet (1990-95).

Villkor för att överenskommelser mellan sjukvårdshuvudmännen och staten skall ha en påvisbar effekt är enligt IHE att:

1. frågeställningen skall ha stor aktualitet
2. det finns en samsyn mellan nationell nivå och huvudmannanivå om frågans betydelse
3. frågan anknyter till ett "tryck" från patienter och befolkning
4. frågeställning och lösning skall vara konkret, tydlig och enkel att kommunicera
5. det skall vara möjligt att mäta resultat och uppföljning skall ske
6. det skall finnas tydlig koppling med fördelning av pengar

Dagmaröverenskommelserna har således enligt IHE tydligast effekt om villkoren utformas så som sjukvårdshuvudmännen gillar minst dvs. med tydliga krav och med uppföljning av resultaten.

Den utvärdering av Dagmaröverenskommelserna som IHE (Anell, Svarvar, 1997) gjorde på utredningens uppdrag visar att överenskommelserna betraktas som en viktig bekräftelse på aktuell inriktning av hälso- och sjukvårdspolitiken. Enligt utvärderingen är det möjligt att överenskommelserna understödjer utvecklingen i viss riktning och att man därmed får större likhet mellan landstingen vad gäller utvecklingsinsatser.

6.5 Stimulansbidrag

Sedan mitten på 1980-talet har stimulansbidrag till landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet kanaliserats via Dagmaröverenskommelserna enligt ovanstående beskrivning. Det innebär att landstingen och staten har varit överens om vilka verksamheter som skulle stimuleras och också om storlek och utformning av stimulansbidragen. Vilka verksamheter som har stimulerats har varierat över tiden. Allmänt kan dock sägas att de öronmärkta bidragen har haft en marginell betydelse för landstingens totala ekonomi men kan ändå vara betydelsefulla för utvecklingen av den verksamhet som bidragen varit avsedda att stimulera.

Kommunerna blev sjukvårdshuvudmän först år 1992 i samband med att ansvaret för större delen av äldreården fördes över till kommunerna. Vissa mindre stimulansbidrag har funnits som riktar sig till kommunernas vård och omsorg även efter omläggningen av statsbidrag och utjämningsystemet år 1993. Kommunerna fick till exempel stimulansbidrag på närmare 3 miljarder kronor för att bygga ut gruppbofasta och alternativa boendeformer för äldre och handikappade samt viss ombyggnad av sjukhem i samband med Ädelreformen.

Handikappreformerna år 1994 innehöll riktade bidrag för habilitering och rehabilitering på 425 miljoner kronor per år under två år och 125 miljoner kronor under ett tredje år (1997) samt ett särskilt icke tidsbegränsat statsbidrag för tolktjänst. Stimulansbidragen som ingick psykiatrireformen uppgick under åren 1995-1997 till 1,1 miljarder kronor och avsåg framför allt utveckling av samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) innehåller bidrag till äldreforskningen, stimulans till utveckling och nytänkande inom äldreområdet, för till och ombyggnad av äldrebofasta samt särskilda utvecklingsmedel för att stödja anhöriga och andra närstående i äldreården.

Kommunerna har till skillnad från landstingen inte haft etablerade former för årliga diskussioner och överenskommelser med regeringen om åtgärder för att åstadkomma en önskad utveckling av vården. Diskussioner har dock förts och Svenska Kommunförbundet har som redan beskrivits tillsammans med Landstingsförbundet kommit överens med staten om åtaganden för att stärka utvecklingen av vård och omsorg.

6.6 Kommitténs överväganden

Staten har ett övergripande ansvar för samhälls ekonomin - kommuner och landsting är beroende av statsbidrag

Staten har som beskrivits tidigare ett övergripande ansvar för samhälls ekonomin vilket även innefattar villkoren för den kommunala ekonomin. Det har under kommitténs arbete upprepade gånger framkommit olika syn från staten respektive kommuner och landsting på det ekonomiska utfallet för sjukvårdshuvudmännen av olika former av restriktioner under 1990-talet genom t.ex. minskningar av statsbidrag eller skatteunderlag respektive effekterna av ökade statsbidrag för den kommunala ekonomin. Att belysa de komplexa sambanden mellan effekter av förändringar i sysselsättning, momsavgift för huvudmännen, egenavgifter m.m. har legat utanför vårt uppdrag med detta betänkande men har uppenbart påverkat både regeringens och kommuners och landstings analyser av den ekonomiska utvecklingen. *Erfarenheterna under 1990-talet visar enligt kommitténs mening på ett återkommande permanent behov att överlägga mellan regeringen, kommuner och landsting om villkoren för den kommunala ekonomin och om viktiga utvecklingsfrågor*

Kommittén gör bedömningen att staten under hela 2000-talets inledande decennier kommer att med statsbidrag behöva stödja kommuner och landsting. Kommunal- och landstingsskatten samt avgifter ger inte tillräckliga intäkter för att finansiera vård och omsorg. Kommuner och landsting är därför även i fortsättningen beroende av tillskott från staten. Nuvarande statsbidrag ligger i storleksordningen 15-20 procent av verksamhetens kostnader.

Grundprincipen är generella statsbidrag men det finns skäl att använda riktade statsbidrag för att stimulera viss önskad utveckling

Enligt kommitténs mening skall grundprincipen vara generella statsbidrag till kommuner och landsting. Dessa har ett eget ansvar för den kommunala ekonomin och skall därmed kunna göra prioriteringar mellan verksamheterna. Genom utjämningsystemet skall alla ges likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva sina verksamhet.

Det finns enligt kommitténs mening skäl att använda riktade statsbidrag för att stimulera viss verksamhet eller viss önskad utveckling av

vården. Utvärderingen av Dagmarmedlen visar enligt kommitténs mening på att riktade bidrag kan vara viktiga för att stimulera en önskad utveckling som staten och sjukvårdshuvudmannen är överens om. Användningen och utformningen av stimulansbidrag bör även i fortsättningen överenskommas mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Finansieringsprincipen skall iakttas

Kommittén vill framhålla vikten av att finansieringsprincipen iakttas. Denna innebär att om staten beslutar om åtgärder som direkt tar sikte på den lagreglerade och obligatoriska kommunala verksamheten och som innebär utökade åtaganden för kommuner och landsting skall de ekonomiska effekterna neutraliseras genom reglering av nivån på statsbidragen.

Staten måste ta större hänsyn till att landets kommuner och landsting har olika ekonomiska förutsättningar

De ekonomiska förutsättningarna för landets kommuner och landsting skiljer sig åt. I kommuner och landsting som har sin ekonomi i balans bidrar ökade statsbidrag till förbättrade möjligheter att utveckla och höja kvaliteten i skolan, vården och omsorgen. Många kommuner och landsting har emellertid svag ekonomi och svårigheter att uppfylla kraven på balans i ekonomin. En höjning av statsbidragen bidrar givetvis till förbättrade förutsättningar för den kommunala ekonomin även för dessa kommuner och landsting men det är inte säkert att de kan höja kvaliteten i sina verksamheter. Däremot kan bidragen motverka en ytterligare press på kostnadsnedskärningar i skola, vård och omsorg.

Kommittén anser att staten måste utveckla och förbättra sitt underlag för bedömning av de enskilda kommunernas och landstingens skilda förutsättningar vad gäller ekonomi, demografiska förhållanden, tillgången på vårdresurser m.m. Staten har uppgiften att följa hur vården utvecklas i olika delar av landet och utforma de ekonomiska styrmedlen så att de ekonomiska förutsättningarna blir sådana att enskilda sjukvårdshuvudmän kan erbjuda befolkningen den kvalitet i vård och omsorg, som den har rätt att förvänta sig. För att kunna fullgöra denna uppgift är staten beroende av underlag från kommuner och landsting om verksamhetens resultat och måluppfyllelse. *Kommittén anser att staten bör komma överens med kommuner och landsting om ett sådant kunskapsunderlag.*

Regelbundna överläggningar bör ske mellan staten och företrädare för kommuner och landsting om ekonomi och viktiga vårdfrågor

Regeringen har under 15 års tid haft etablerade former för överläggningar med landstingen genom Dagmaröverenskommelserna. Motsvarande diskussioner har inte förts med kommunerna. Kommunerna är i dag är stora sjukvårdshuvudmän. Det sker också en successiv ökning av kommunernas verksamheter dels genom ökningen av antalet äldre personer och dels genom att en allt större del av äldre vården utförs i de äldres bostäder.

Kommittén menar att det är angeläget att regeringen regelbundet överlägger med och träffar överenskommelser med företrädare för kommuner och landsting om ekonomiska förutsättningar för den kommunala verksamheten och om viktiga vårdfrågor. Dagmaröverenskommelserna bör ersättas av andra former för överenskommelser mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Det finns behov av mer långsiktiga överenskommelser om vårdens utveckling än vad Dagmaröverenskommelserna ger. Kommittén vill särskilt framhålla vikten av att kommunerna som idag har en omfattande hälso- och sjukvårdsverksamhet i fortsättningen deltar i sådana överenskommelser.

7 Styrning med information - kunskapsutveckling

Genom att ge möjlighet till ökad kunskap söker staten påverka aktörers handlande och därmed utvecklingen; det kan t.ex. gälla prioriteringar, arbetssätt, organisation och struktur. Staten gör detta bl.a. genom utbildning, forskning, utvecklingsprojekt, uppföljningar; genom att sprida forskningsrapporter, utredningar och kunskapsöversikter; genom råd och stöd av olika slag.

Styrning med information innefattar inte, som namnet kan antyda, enkelriktad kommunikation från staten. Det handlar oftare om att försöka öka kunskapen i samhället, om forskning och utveckling samt om att möjliggöra dialog och diskussion. Staten kan även använda styrmedlet i andra syften än att styra; för att göra medborgare delaktiga i skeenden, eller för att stärka känslan av sammanhang vid traumatiska händelser m.m.

Många aktiviteter syftar till att underlätta kunskapsbildande hos personal i hälso- och sjukvården. En ökad kunskap förutsätter att mottagaren tar till sig information med kritiska ögon och gör ett reflekterat ställningstagande; information i sig är inte kunskap. Kunskap finns inte utan att någon har tillägnat sig den.

Det ligger i ett demokratiskt och pluralistiskt samhälles natur att staten inte har något informationsmonopol; många andra aktörer bedriver en omfattande verksamhet i hälso- och sjukvårdsfrågor. Till dessa hör landsting och kommuner, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, handikapp- och pensionärsorganisationer, fackliga organisationer, yrkesföreningar m.fl. Dessutom tillkommer internationella aktörer; här har tillgängligheten genom mediautvecklingen ökat dramatiskt. Även utbudet av information från kommersiella aktörer ökar.

Hur man informerar är av stor betydelse. Det finns en skillnad i att själv få komma fram till en förändrad syn på verksamheten (och därmed ändra beteende) och att mer eller mindre tvingas in i ett synsätt. Det finns en skiljelinje mellan att övertyga och att övertala. "Att övertyga är att med rationella argument söka få en person att självständigt

byta uppfattning... Övertalning inrymmer alla medel och knep som är effektiva." (Petersson, Carlberg 1990, s.10). När staten genom information söker påverka hälso- och sjukvårdens aktörer är övertygelse den önskvärda formen.

7.1 Kunskap, handling och utveckling

Det finns olika sätt att se på kunskap. Ett traditionellt kunskapsbegrepp utgår från att kunskap är en objektiv produkt som man mekaniskt kan tillgodogöra sig, målet är att *återupprepa* det inlärdas stoffet. I nyare pedagogisk och psykologisk forskning är utgångspunkten en utvecklingsinriktad syn där kunskap beskrivs som en process som bygger på förståelse. Den ses också som situationsbunden och värdeberoende till skillnad från ett mer traditionellt synsätt där kunskap anses vara generell, objektiv och neutral.

I den moderna kunskapsbilden handlar kunskapsprocessen om utveckling. Den bygger på den kunskap och erfarenhet individen har och att individen själv aktivt måste söka och reflektera. Målet för detta är *förståelse* för innebörden. (Hedin & Svensson, red. 1997). Med detta perspektiv blir det naturligt att ta tillvara den kunskap och de erfarenheter som personalen har samt att se lärande och utveckling som en del av arbetet. Detta gäller såväl teoretisk som så kallad "tyst" kunskap (tacit knowledge, förtrogenhetskunskap, skicklighet). Det blir också lättare att låta de upplevelser, erfarenheter och kunskaper som patienter har bli en del av kunskapen i vårdssituationen.

Att genomföra förändringar och omsätta det nya i praktisk handling kräver att den berörda personalen är motiverad och vill ta del av nya rön eller delta i utvecklingsarbete.

Vilja och kunna är två grundläggande egenskaper för att över huvud taget arbeta med förändring och kompetensutveckling. Utan vilja kommer man ingenstans. Att inte kunna är dock något som går att göra någonting åt genom olika främjande åtgärder." (Hansson 1998, s. 309)

Först när personalen omsatt och bearbetat informationen till kunskap kan en ny handling ta vid. För att detta ska ske måste personalen både vilja och ha möjlighet att omvandla informationen. Ansvar för kunskapsbildning åligger varje yrkesgrupp. Det måste dock finnas förutsättningar för sökande, reflektion och ansvarstagande. Arbetsgivaren kan skapa dessa förutsättningar, inte minst viktigt är organisation samt

ledningens förhållningssätt. Hedin m.fl. menar att det krävs en växelverkan mellan reflektion och handling för att komma till praktiskt användbara kunskaper, samt att "Utöver reflektion och handling behövs också dialog och jämlika relationer, självförtroende och ansvarstagande." (Hedin & Svensson, red. 1997, s. 104)

Det är svårt att avläsa eller på ett objektivt sätt mäta om information verkligen medför att mottagaren ändrar sitt handlande eller sina attityder och hur detta i så fall går till. SBU har t.ex. genomfört ett antal utvärderingar av hur myndighetens information påverkat besluten i vården. SBU konstaterar att informationen troligen har haft effekt men att det är mycket svårt att isolera en typ av informationsverksamhet från andra i samhället pågående diskussioner (Malmqvist, 1998 stencil).

Kommittén har i tidigare sammanhang, vad gäller förskrivning av läkemedel konstaterat att "förutsättningar för följsamhet till riktlinjer är att förskrivarna aktivt deltar i framtagande av riktlinjerna och att man sedan arbetar med uppföljning, diskussioner och fortbildning" (SOU 1995:122, s. 249) Även andra studier har visat att bestående förändringar i vårdpersonalens handlande kan nås genom systematisk utbildning och utvecklingsarbete (se t.ex. Spri, 1998 och Wahlström, 1997). En förutsättning för ett ändrat handlande torde alltså vara en långsiktig verksamhet där de berörda på ett aktivt sätt, utifrån egna förutsättningar, deltar i utformandet samt implementeringen av information och kunskap.

Personalens insatser avgör i de allra flesta fall kvaliteten på hälso- och sjukvårdens insatser. De yrkesgrupper som arbetar i vården har mycket gemensamt, bl.a. torde det finnas en gemensam humanistisk värdegrund. Däremot är skillnaden stor ifråga om teoretisk skolning. Bland landstingens sjukvårdande personal hade 53 procent en högskoleutbildning 1997; inom kommunernas vård och omsorg var motsvarande siffra cirka 15 procent (Landstingsförbundet 1998, Svenska Kommunförbundet 1999). Statliga myndigheter och institutioner måste i sin styrning med information ta hänsyn till dessa skillnader. Ibland vänder sig informationen till en viss grupp, i andra frågor vänder den sig till samtliga yrkesgrupper och/eller till patienter.

7.2 Ökat utbud till allmänheten

Tillväxten av informationskällor har varit stor under 1900-talet. Media i olika former, och på senare tid inte minst den snabba utvecklingen av Internet, har inneburit att allmänheten har tillgång/tillträde till ett stort

utbud av information. T.ex. ökar antalet webbplatser med hälso- och vårdrelaterad information ständigt. Andelen svenskar som har tillgång till Internet stiger; under januari 1999 surfade 44 procent av svenska folket mellan 12 och 79 år på Internet. (Sifo Interactive Media 1999). Att det finns ett utbrett intresse för hälso- och sjukvårdsrelaterade nyheter märks även på kvällstidningarnas förstasidor och hälsobilagor. Inte sällan förekommer nyhetsstoff relaterat till hälsa och sjukvård.

Industrin har alltmer börjat marknadsföra sina produkter direkt till konsumenterna, bl.a. sedan TV-reklam för receptfria läkemedel blivit möjlig. På Internet har många läkemedelsföretag egna webbplatser med patientinformation. Information om receptbelagda läkemedel får inte spridas aktivt till allmänheten, den finns dock tillgänglig på Internet, om än riktad till förskrivare. Det finns i praktiken inget hinder för allmänheten att ta del av den. I en intervju i Läkemedelsvärlden påpekar Brink vid Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation att:

Internet visar på att dagens regler är ohållbara. Vi borde sluta reagera på att information till allmänheten förekommer och i stället fundera på hur informationen ser ut. (Läkemedelsvärlden 1999:1).

Människor både kan och vill klara sin egen hälsa och sjukdom. Intresset för, liksom möjligheterna till detta har ökat inte minst genom ökad kunskap kring faktorer som bidrar till ohälsa. Det ökande antalet alltmer potenta receptfria läkemedel bidrar till att möjlighet finns att vårda sig själv för symtom som förr krävde sjukvårdsinsats; som exempel kan nämnas långtidsverkande antacida och nikotinersättningspreparat som blivit receptfria under senare år. Utvecklingen inom egenvård har från vårdens sida gått från en syn på patienten som oförmögen att klara sig utan professionen till ett ökat förtroende för allmänhetens möjlighet att vårda sig själv (Marklund, hearing, januari 1999, bilaga 4).

Ett problem med den ökande informationsmängden är kvalitets-säkringen. Både hos allmänheten och inom vården behöver människor ha förmåga att avgöra sändarens trovärdighet och motiv. Medias, och informationens utveckling är en process som kan ses som något bra såväl som något problematiskt. I vårdsammanhang kan man konstatera att å ena sidan ökar patientens chans att ha förväntningar på samt kunskap och önskemål om behandling. Å andra sidan kan denna kunskap vara ryckt ur sitt sammanhang.

7.3 Statens information

Staten bedriver en omfattande informationsverksamhet med utgångspunkt i riksdags- och regeringsbeslut och genom de olika myndigheternas åtaganden. I det följande beskriver vi statens informationsverksamhet ur fyra perspektiv: målgrupper för information, avsändare av information, informationskanaler samt informationens innehåll.

Målgrupper

Målgrupper för statens information inom hälso- och sjukvården är främst alla de personer som arbetar i vården eller på annat sätt deltar i att utforma verksamheten, men även medborgare kan vara målgrupp. Informationen har traditionellt främst riktats till sjukvårdshuvudmännen som beslutsfattare och till medicinska yrkesgrupper, främst läkare (Garpenby och Carlsson, bilaga 6).

En hel del av statens information till *vårdens yrkesgrupper, sjukvårdshuvudmän och vårdproducenter* tas fram tillsammans med de berörda. Ofta är det en dialog mellan statens företrädare och de berörda snarare än en enkelriktad kommunikation som mynnar ut i den konkreta statliga informationen. Som exempel kan nämnas behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket, State of the art-dokument från Socialstyrelsen, utvecklingsprojekt inom Spri samt SBU:s olika publikationer.

Behovet och efterfrågan av kvalitetssäkrad information till *patienter och allmänhet* har ökat. I allt större utsträckning kan människor vårda sig själva. Vårdpersonalens attityder har också förändrats i en riktning där allmänheten tilltros förmåga att egenvårda sig. I och med denna utveckling finns ett behov av lättillgänglig rådgivning, inte minst då informationsmängden i samhället ökat och därmed behovet av anpassad och kvalitetssäkrad information.

Många statliga myndigheter har informationsaktiviteter riktade till patienter/medborgare. Apoteket AB svarar för en relativt omfattande information och rådgivning kring egenvård, användning och effekter av olika läkemedel; både muntligt och på Internet (www.apoteket.se). Folkhälsoinstitutet har en stor informationsverksamhet, t.ex. hälsoupplysning, som riktar sig direkt till medborgarna. Det finns också anpassade versioner av Socialstyrelsens och SBU:s dokument om medicinska metoder. Spri har tillsammans med Handikappinstitutet tagit fram en referensdatabas för patientinformation, *Patric*, som innehåller information om hälsa, sjukdomar, funktionshinder, behandlingsmetoder, läke-

medel och hjälpmedel (www.spri.se/spriline/infopat.htm). *InfoMedica* är en webbplats (www.infomedica.nu) där staten representeras av Apoteket AB. Denna utvecklas tillsammans med landstingen med syftet att erbjuda en producentobunden information om medicinska frågor till en bred allmänhet.

Avsändare

De olika myndigheterna har enligt sina instruktioner ett relativt omfattande åtagande att följa utvecklingen inom området, utvärdera verksamheter, svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling, ansvara för officiell statistik m.m. Riksdag, regering och myndigheter är avsändare i statens informationsspridning. En särställning intar universitet och högskolor som har ansvaret för att utbilda och bedriva forskning.

Här beskrivs kort några centrala myndigheters roll i att sprida information till hälso- och sjukvården. Utöver dessa finns flera myndigheter med mer begränsade uppdrag. Detta gäller inte minst de statliga kommittéer som arbetar under en begränsad tid med avgränsade arbetsuppgifter. Gränsdragningen mellan de olika myndigheternas informationsansvar är inte helt tydlig och viss överlappning förekommer. Vad gäller läkemedelsinformation konstateras detta i Läkemedelsdistributionsutredningens betänkande *Läkemedelsinformation för alla* (SOU 1998:41); även Garpenby och Carlsson menar att "Inom hälso- och sjukvårdens område uppträder staten i många olika skepnader [...] det är oklart hur de är koordinerade" (bilaga 6, avsnittet slutsatser).

Den myndighet inom hälso- och sjukvårdsområdet som kanske mest entydigt arbetar med information är *SBU - Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik*. SBU har enligt instruktionen (1996:608) till uppgift att utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. I uppgiften ingår även att sammanställa utvärderingarna på ett sätt som gör det möjligt för berörda att tillägna sig den kunskap som utvärderingarna resulterat i. Detta görs i form av rapporter avpassade för olika målgrupper.

Kriterier för vilka områden som väljs för utvärdering är att det måste finnas tillräckliga kunskaper om ämnet samt att det har stor betydelse för människors liv, hälsa och livskvalitet. I övrigt beaktas om området berör många människor eller riktar sig mot ett vanligt medicinskt hälsoproblem, om det har betydande ekonomiska konsekvenser,

omfattande etisk betydelse eller medför stora konsekvenser för vårdorganisation och personal.

SBU Alert är ett nationellt system för tidig utvärdering av nya medicinska metoder. I dessa sammanfattas kunskapsläget vad gäller nya metoder eller nya användningsområden för existerande metoder. Information sprids även genom konferenser och finns tillgänglig på webbplatsen www.sbu.se.

Bland *Socialstyrelsens* uppgifter ingår att följa utvecklingen, utvärdera verksamheter samt svara för kunskapsutveckling och -förmedling i vård och omsorg. Myndigheten publicerar ett stort antal rapporter, vilka publiceras i serier som; SoS-rapport, Meddelandeblad, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar (FU-serien), Aktiv uppföljning, EpC-rapport, MARS-rapport, CUS-skrift, RiskRonden och RiskRonden Special. Till detta kommer en mängd publikationer som ges ut vid sidan av serierna.

FU-serien innehåller analys av forskning och/eller insamlade empiriska data. ”Materialet skall visa tydliga resultat som kan användas för att förstå, förändra eller utveckla verksamheten...” (Socialstyrelsen 1998c)

I den medicinska faktadatabasen MARS sammanställer Socialstyrelsen kunskapsöversikter och dokumentation av god medicinsk praxis samt erbjuder en statistisk servicefunktion.

Socialstyrelsen ansvarar även för den officiella statistiken inom socialtjänst, hälsa och sjukdomar samt hälso- och sjukvård. Det görs bl.a. genom Epidemiologiskt Centrum (EpC). EpC rapporterar om utbredning och utveckling av befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala förhållanden, vårdutnyttjande och riskfaktorer för sjukdomar och sociala problem. Denna information är ett viktigt underlag för vårdpolitiken.

Delar av Socialstyrelsens informationsmaterial, inklusive MARS och EpC, finns tillgängligt på webbplatsen www.sos.se.

Folkhälsoinstitutet är ett nationellt organ med uppgift att förebygga sjukdomar och annan ohälsa och att främja en god hälsa för alla. Bland uppgifterna ingår att ”utveckla, ställa samman och sprida kunskap om och erfarenheter av åtgärder som har betydelse för att förbättra folkhälsan” (1996:614) Detta gör man bl.a. genom att ge ut tidskrifter, nyhetsbrev, rapporter samt genom konferenser och nätverk. Innehållet spänner från forskning, utveckling, policyfrågor till konkreta metoder för t.ex. allergianpassade miljöer, rökfri graviditet och skadeförebyggande insatser. Material finns även tillgängligt via Internet www.fhinst.se.

Läkemedelsverkets huvuduppgift är kontroll och tillsyn av läkemedel. I uppgiften ingår även att informera om läkemedel, t.ex. till hälso- och sjukvården. Förutom direkt information till förskrivare förser Läkemedelsverket de regionala läkemedels-kommittéerna med information och utbildningsmaterial. Verkets läkemedelsinformation finns att tillgå på Internet: www.mpa.se.

Apoteket AB ägs av staten. Mellan staten och Apoteket AB finns ett särskilt avtal som reglerar verksamheten. Där sägs bl. a. att bolaget skall svara för producentobunden information till enskilda konsumenter samt även erbjuda sådan information till hälso- och sjukvården. Apoteket är en av de större informationsgivarna, inte minst till allmänheten. Råd kring receptfri medicin, egenvård samt när man bör uppsöka sjukvården lämnas på webbplatsen www.apoteket.se.

Apoteket, och därmed staten, äger *Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE*. Institutet är ett icke vinstsyftande forsknings- och utredningsinstitut inom hälso- och sjukvårdsområdet. På webbplatsen www.ihe.se kan man läsa att IHE vill "...bidra till väl underbyggda beslut och en saklig och fördjupad debatt om hälso- och sjukvårdens utveckling." Institutet publicerar rapporter, ordnar konferenser m.m.

Spri, Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut, är en allmännyttig ideell förening med staten och Landstingsförbundet som medlemmar. Enligt stadgarna är Spris främsta uppgift att främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården i Sverige genom ett långsiktigt kvalificerat utvecklingsarbete. Institutet arbetar med att utveckla vårdens kvalitet, utarbeta metoder för effektivt resursutnyttjande och skapa förutsättningar för informationsutbyte. Spris biblioteks- och utredningsbank är nationellt ansvarsbibliotek för hälso- och sjukvården i Sverige och man har i samarbete med andra organisationer och myndigheter tagit fram ett antal databaser. www.spri.se är institutets webbplats genom vilken databaser som Patnix, Spriline, WHOLIS m.fl. kan nås. Staten och Landstingsförbundet har beslutat att Spris:s verksamhet skall upphöra den 31 december 1999.

Andra statliga aktörer är: *Statens institut för psykosocial medicin* som förmedlar kunskaper om psykosociala aspekter på hälso- och sjukdomsprocesser; *Smittskyddsinstitutet* som informerar om det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor; *Riksförsäkringsverket (RFV)* som tillsammans med försäkringskassorna administrerar socialförsäkringarna och svarar för huvuddelen av samhällets ekonomiska skyddsnät. RFV ger ut allmänna råd, samt är ansvarigt för statistik om och utvärdering av socialförsäkringen; flera *forskningsråd* har till uppgift att främja forskning och även att informera om forskningen inom vårdområdet (se kap. 9).

Sveriges Radio, Sveriges Television och Utbildningsradion är ägda av en fristående stiftelse, men tecknar avtal med och får anslag via staten. De har självständighet i programvalet och har tolkat sitt public service-uppdrag så att det innehåller en omfattande hälsoinformation till medborgarna. Genom program som Livslust och Ronden når man stora grupper med information som ofta behandlar förebyggande insatser och egenvård. Man för även en omfattande dialog med tittare/lyssnare. Inte minst genom nyhetsrapportering nås befolkningen av information kring vårdens organisering, funktion och kvalitet.

Kanaler

Information kan överföras på många olika sätt. Nedan följer några exempel på media som används från statens sida.

De statliga myndigheterna ger ut en mängd olika typer av *skriftlig information*. Det utkommer årligen ett stort antal rapporter, broschyrer och böcker; allt från rapporter med ett digert vetenskapligt material, till enklare broschyrer med ett budskap anpassat till allmänheten.

Muntlig information är en del av statens informationsgivning. Exempel på detta är konferenser, som de flesta av de statliga aktörerna anordnar, och apotekspersonalens möte med kunder. Vikten av att ha muntlig information har bl.a. uppmärksammats av SBU som för ändamålet har skapat ett nätverk av så kallade SBU-ambassadörer.

Alla myndigheter med anknytning till hälso- och sjukvården har information tillgänglig på *Internet*. Flera viktiga aktörer har samlat sig på webbplatsen Svenskt Medicinskt Fönster (www.smed.org) där man genom länkar har tillgång till all information som de medverkande lägger ut på sina egna webbplatser. De som idag nås härifrån är MFR, Landstingsförbundet, Läkemedelsverket, SBU, Spri och Socialstyrelsen.

Dessutom produceras information genom andra media; Folkhälsoinstitutet är en av de myndigheter som använt sig av *video, CD-ROM och DVD*. *Affischer och annonser* används också. *Radio och teve* är kanske de informationskanaler som har störst genomslag.

Hur människor får tillgång till informationen kan variera. Vissa kanaler är mer *uppsökande*; t. ex distribueras SBU:s tidning Vetenskap och Praxis som en inlaga i tidskrifterna Landstingsvärlden, Läkartidningen, Läkemedelsvärlden och Vårdfacket - tidningar riktade till professioner i vården, Spri distribuerar sin tidskrift Spri informerar till vårdenheter i kommuner och landsting, Apoteket lämnar ut egenproducerade behandlingsanvisningar till kunder som hämtar läkemedel på

recept och varje cigarettköpare i Sverige får ta del av Socialstyrelsens varningar på cigarettpaket.

Annan information finns *tillgänglig* för den som vill ha den, men ges inte aktivt ut till någon. Detta gäller många rapporter från myndigheter samt de databaser som numera finns på Internet. Se t. ex. om Spri och Socialstyrelsen i föregående avsnitt.

Det som ovan beskrivits kan tolkas som att staten på ett auktoritärt sätt *enkelriktat* förmedlar information. I praktiken är så gott som allt det som ovan betecknats som statens information ett resultat av en *dialog* mellan statens företrädare och yrkesgrupper, patientgrupper eller andra.

Exempelvis är SBU:s rapporter framtagna i samarbete med företrädare för respektive specialitet, de diskuteras i media (se t.ex. Läkartidningen nr 7, 11 och 12 1999) och förmedlas bl.a. genom SBU:s ambassadörer som för dialoger med vårdens personal. Andra exempel är Spri:s utvecklingsarbete som genomförs i samarbete med verksamma inom vård och folkhälsoarbete samt Apoteket AB:s temaår som genomförs i samarbete med patientföreningar. Folkhälsoinstitutet har utvecklat nätverk för sitt arbete, Socialstyrelsen har arbetsgrupper med representanter för professioner, huvudmän och patienter vid framtagandet av Nationella riktlinjer och ofta även vid framtagande av State of the Art - dokument.

Innehåll

Statens information om hälso- och sjukvård innehåller i stort sett alla aspekter på verksamheten. Det gäller medicinska metoder, patient-säkerhet, organisation, ekonomi m.m.

Det har skett en ökad betoning av att sjukvårdens verksamhet behöver baseras på vetenskapliga faktaunderlag, inte minst genom begreppet "evidence based medicine". Fokus för den internationella utvecklingen inom området är att kunna visa att nya och existerande *medicinska metoder* är till nytta för patienterna, samt att denna nytta har visats med vetenskapliga metoder. Nyttan av en behandling bör även stå i rimlig proportion till insatsen av resurser.

Grunden för en evidensbaserad sjukvård är god tillgång till information om effekter av och kostnader för olika vårdinsatser. *Vårdforskningen* spelar här en viktig roll. Den totala vetenskapliga produktionen i världen växer mycket snabbt. Delar av den forskning som publiceras har låg relevans eller har brister i uppläggning och kvalitet. Behovet av *kritiska granskningar* och sammanställningar av vetenskapliga resultat

har ökat med informationsmängden. Det är uppgifter som är resurskrävande och som alltså vinner på en samordning, nationellt och globalt. SBU är den myndighet som sammanställer och granskar befintliga forskningsresultat.

Spri och MFR genomför *konsensuskonferenser*. Syftet med konferenserna är att få en överblick över ett aktuellt medicinskt område där oenighet råder om diagnostik och/eller behandling, och på grundval av aktuell forskning och expertutlåtanden kunna utfärda en gemensam rekommendation (konsensus) från de experter som deltar. Rekommendationen kan gälla behandlingsmetoder, terapi m.m. Läkemedelsverket har liknande konferenser med expertpaneler angående läkemedelsterapier.

Staten har kommit överens med landstingen om att ta fram *nationella riktlinjer* för ett antal vanliga sjukdomar. Riktlinjerna utarbetas tillsammans med expertgrupper och bygger på State of the Art-dokument, SBU-rapport m.m. Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning av diabetes och kranskärlsjukdomar. Arbete pågår nu (1999) med att utarbeta riktlinjer för patienter med stroke, reumatoid artrit, höftfraktur, självmordsnära patienter samt patienter nyinsjuknade i psykos.

Socialstyrelsen har utvecklat den *medicinska faktadatabasen* MARS som förser sjukvårdens aktörer med medicinsk information. Syftet är bl.a. att bidra till en jämnare spridning av klinisk erfarenhet. I MARS ingår State of the Art-dokument och en statistisk servicefunktion som ger möjlighet att jämföra vårdutnyttjande och vårdproduktion. Uppgifterna bygger på bl.a. patientregistret och allmänt tillgängliga databaser om befolkningen. De nationella medicinska kvalitetsregistren ingår som viktiga delar i databasen.

Staten deltar i den vårdpolitiska debatten med *utredningar och underlag* av olika slag och har en viktig roll som informationsförmedlare i samband med reformer, utvärderingar och översikter av läget inom svensk hälso- och sjukvård. T.ex. har Socialstyrelsen uppdraget att utvärdera effekterna av de olika huvudmannaskapsreformer som genomförts under 1990-talet vad avser äldre- och handikappomsorgen, psykiatrin samt läkemedel. Utvärderingarna avser effekterna såväl vad gäller patientsäkerhet som ekonomi och organisation. Dessa utvärderingar har resulterat i ett flertal rapporter.

Utvecklingsarbete

Det bedrivs ett omfattande arbete med att utveckla vårdens olika verksamheter vilket kommuner och landsting som sjukvårdshuvudmän har huvudansvaret för. Statens roll är främst att bidra med underlag för utveckling av vården i form av metodutveckling, information om forskningsresultat, statistik m.m. så som beskrivits ovan. Staten är inte på något sätt ensam aktör. Här finns andra med omfattande verksamheter t.ex. Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet yrkesföreningar, patientföreningar, fackliga organisationer m.fl.

Andra viktiga aktörer på detta område är Spri och IHE som i olika projekt redovisat underlag för sjukvårdshuvudmännens utvecklingsarbete. Spri arbetar nära hälso- och sjukvården med olika projekt inom bl.a. mätning av vårdkvalitet, kvalitetsutveckling, kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning. Spri tillhandahåller, via sitt bibliotek, publikationer som är till nytta i vårdens utveckling. Även IHE genomför projekt inom områden som hälsoekonomi, kvalitet och organisation. Spris verksamhet kommer att upphöra fr.o.m. 1 januari år 2000.

Ett omfattande arbete för att åstadkomma möjligheter till verksamhetsuppföljning har initierats av Socialstyrelsen. Arbetet genomförs i samverkan med SBU, Spri, Landstingsförbundet m.fl. Syftet är att åstadkomma ett heltäckande system där varje enskild vårdenhet, eller verksamhet, ska kunna beskrivas och jämföras med andra vad gäller kostnader, prestationer och kvalitet (Socialstyrelsen, 1999c).

7.4 Utbildning

Utbildning av olika yrkesgrupper är en del av statens informationsstyrning mot hälso- och sjukvården. Staten har huvudansvaret för universitets- och högskoleutbildningarna. Landstingen har tidigare varit huvudmän för vårdhögskolorna, och finansierar fortfarande större delen av den utbildning som överförts till den statliga högskolan. Ansvar för gymnasieskolan åvilar kommunerna.

Inom *gymnasieskolan* finns 16 olika nationella program, samtliga om tre år. Det program som förbereder för verksamhet i vården är omvårdnadsprogrammet. Utbildningen är grund för yrken som undersköterska, skötare, vårdare m.fl.

Inom Kunskapslyftet - regeringens femåriga satsning på vuxenutbildning - bedrivs utbildning främst av vuxna arbetslösa. Kunskapslyftet vänder sig huvudsakligen till personer som behöver komplettera

sina kunskaper på gymnasial nivå. Inom Kunskapslyftet sker viss utbildning såväl till som från vårdområdet.

Det är varje *högskolas* styrelse som ansvarar för att högskolans uppgifter fullgörs, man har t.ex. ansvar för utbildningarnas dimensionering och innehåll.

Innehållet i vårdutbildningarna styrs genom *Högskoleförordningen* (1993:100), där de krav på kunskaper och färdigheter som krävs för examen anges. Staten har en viktig roll att underlätta lärande inom organisationen genom att i grund-, vidare- och fortbildning särskilt främja utvecklingen av eget kunskapssökande, kritiskt tänkande och ett vetenskapligt förhållningssätt till förebyggande, diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering. En mer indirekt styrning förekommer också genom Förordningen om yrkesverksamhet, se kapitel 6.

Kraven för yrkesexamen är av liknande karaktär för de flesta vårdyrken; man skall t.ex. självständigt kunna utöva yrket, ha förmåga till goda relationer med patienter och deras närstående, ha kännedom om samhällsförhållanden som påverkar människors hälsa samt kunna initiera och delta i förebyggande arbete. Exempel på andra krav är kunskaper om sjukvårdens ekonomi och organisation samt förmåga till lagarbete och samverkan.

7.5 Kommitténs överväganden

Information syftar till kunskapsutveckling

Information, utbildning, och alla former av kunskapsutveckling får en ökande betydelse som medel att påverka och styra hälso- och sjukvården. Staten vill genom sin styrning med information av olika slag ge möjligheter till kunskapsutveckling, och i förlängningen en förändring i beteendet, i hälso- och sjukvårdsfrågor. Informationen är inget självändamål utan är ett styrmedel för att närma sig de nationella målen. Det kan handla om kvalitet, effektiva metoder, riskfaktorer för sjukdom och skillnader mellan grupper. Statens styrning med information är omfattande, det är många statliga aktörer som arbetar med olika metoder, målgrupper och innehåll.

Att många verksamheter inom kunskaps- och informationsområdet vinner på en nationell samordning är enligt kommitténs mening inte motiv nog för att staten skall ta ansvaret för dem; det finns andra aktörer som också kan agera på det nationella planet. Statens ansvar är

relaterat till de nationella målen för hälso- och sjukvården, speciellt i de fall där avvikelserna från dessa befaras vara stora. Det finns en mängd andra informatörer som statens aktörer måste förhålla sig till. I vissa fall leder det till att staten kan avstå från att informera, informationen når ändå ut och staten behöver inte legitimera den. I andra fall är slutsatsen den motsatta: staten kan t.ex. informera som en motvikt till kommersiell information.

Översyn av statens styrning med information

För att på ett effektivt sätt arbeta mot de nationella målen behöver de statliga myndigheterna ha en tydlig strategi, dvs. en medveten och formulerad plan för hur informationen och kunskapsutvecklingen ska kunna bidra till en ökad måluppfyllelse samt hur uppföljning med återföring sker.

Eftersom hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet, med flera beslutsnivåer och där många olika yrkesgrupper är involverade blir informations-/kunskapsstyrning ett allt mer utnyttjat styrmedel. En samordning måste också ske av myndigheternas informationsinsatser till de olika målgrupperna. Såvitt kommittén kan bedöma saknas en sådan samordnad statlig informationsstrategi. *Regeringen bör enligt kommitténs mening initiera en särskild översyn av den statliga informationsstyrningen.* Den bör bl.a. beakta följande aspekter:

Informationsinsatser bör planeras och genomföras i dialog med berörda

Staten lägger liksom de flesta andra organisationer som arbetar med information stor vikt vid att ta fram en vederhäftig och genomarbetad information. De största svårigheterna ligger dock i att uppnå legitimitet samt motivation för dess mottagare så att informationen kan omvandlas till kunskap och bidra till förändringar. Avvägningen mellan informations- och utvecklingsansatser har betydelse för denna process. Det samma gäller målgruppernas möjligheter och miljö.

Informationsstyrning kräver långsiktighet. Grunden är att insatserna planeras och genomförs i dialog med berörda yrkesgrupper, patientgrupper, sjukvårdshuvudmän och/eller vårdproducenter. Dialogen kan i sig göra att styrmedlet samtidigt bidrar till utvecklingen av hälso- och sjukvården. Informationskanaler måste väljas utifrån de berörda så att tillgång till information säkras. De myndigheter som på olika sätt

medverkar i statens informationsstyrning bör även förvissa sig om att mottagaren förstår, litar på och ser syftet, med informationen; dvs. att hänsyn tas till insatsens legitimitet hos målgruppen.

Personalen skall ha möjligheter till utveckling och stimulans genom ökad kunskap

Det är de enskilda yrkesverksamma inom vården som har ansvaret för den egna kunskapen vilket även tidigare konstaterats av kommittén (SOU 1995:122, s.233). Möjligheter till utveckling och stimulans genom ökad kunskap är inte minst viktiga för personalens motivation och tillfredsställelse med arbetet. Staten kan bidra till detta genom att vårdens personal involveras i att utarbeta information, att den görs lätt tillgänglig, inte minst genom IT-teknik, och anpassad till respektive målgrupp. Vårdproducenten måste som arbetsgivare, se till att det finns resurser och utrymme i tid för personalen att delta i kunskapsbildningen och utvecklingen av det egna arbetet. Kommittén anser att lärande bör vara en viktig del av arbetet inom hälso- och sjukvården och att personalens medverkan i utveckling av ny kunskap bör stimuleras. Det finns ett betydande kapital i personalens erfarenheter som bör tas till vara.

Anpassning av information till olika målgruppers förutsättningar

Statens uppgift är även att se till att information finns tillgänglig samt förmedlas så att hänsyn tas till grupper som har olika typer av svårigheter; det kan gälla handikapp av olika slag eller språksvårigheter. Aktörerna inom området måste känna till de förutsättningar som olika grupper har att ta till sig information.

Informationsstyrning är långsiktig

Det är enligt kommitténs mening av vikt att man gör realistiska bedömningar av hur lång tid det tar att få genomslag i verksamheten av informationsstyrning. Mer forskning och erfarenheter från strukturerat utvecklingsarbete bör öka kunskapen om när effekter av olika informationsinsatser inom hälso- och sjukvården kan nås. I de fall snabba ekonomiska resultat krävs är dagens erfarenheter att hittillsvarande informationsstyrning inte varit tillräckligt framgångsrik. På

längre sikt är metoden sannolikt ööverträffad när det gäller en så kunskapsberoende verksamhet som hälso- och sjukvården.

Nationellt utvecklingsarbete

Kommittén konstaterar att det fortsatt kommer att finnas behov av nationellt samordnat, kvalificerat utvecklingsarbete bl.a. i syfte att skapa en gemensam grund för förändringar av vården där alla berörda parter deltar. Till viss del kan sådant arbete vila på de lokala FoU-centra, men då flera av dessa idag har svag struktur måste under ett uppbyggnadsskede olika centrala organisationer ta ansvar för att utvecklingsverksamhet stimuleras och genomförs.

8 Vårdforskning

Kommittén anser att det är angeläget att ha en bred ansats på begreppet vårdforskning mot bakgrund av att vården i sig är en mångfacetterad verksamhet. I en bilaga till kommitténs tidigare betänkande (SOU 1996:163, bilaga 12) förklaras begreppet vård som:

 sammanfattande benämning på de olika insatser som genomförs för att bota sjukdom och lindra lidande, insatser som var för sig och tillsammans bidrar till att fullgöra hälso- och sjukvårdens och den kommunala omsorgens uppgifter. Insatserna förutsätter olika typer av kunskaper och genomförs av representanterna för de olika professionerna.

Ett ytterligare motiv för en vid syn på vårdforskningen är att tvärvetenskaplig forskning om vården naturligt skall kunna ingå i vårdforskningsbegreppet.

I detta betänkande har vi, utifrån kommitténs direktiv, lagt tyngdpunkten på forskningen i vad vi har valt att benämna *de ”nya” vårdforskningsämnena*; dvs. den forskning som har sin grund i huvudsak omvårdnad, reproduktiv och perinatal omvårdnad, sjukgymnastik, arbetsterapi, biomedicinsk laboratorievetenskap samt området social omsorg. Dessa ämnen/områden fanns tidigare främst på de landstingsägda vårdhögskolorna.

Denna forskning har vuxit fram under 1980- och 90-talet och är relativt andra forskningsinriktningar att betrakta som ny. Benämningen den ”nya” vårdforskningen är att betrakta som ett tillfälligt begrepp. Även den kliniska medicinska forskningen och hälso- och sjukvårdsforskningen tas upp inom ramen för utredningen. Härutöver kommer också delar av forskningen inom äldreomsorg och handikappvetenskap att beröras.

Det finns flera motiv för att vårdforskningens olika inriktningar fördjupas liksom att en tvärvetenskaplig vårdforskning utvecklas. För såväl stat som landsting och kommuner är det angeläget att en allsidig vårdforskning bedrivs, att vårdforskningen ligger långt framme och att

forskningen behandlar vårdens olika verksamheter från såväl patient-, verksamhets- som samhällsperspektiv. Vårdforskningen har stor betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kvalitet t.ex. genom utveckling av nya metoder för omhändertagande och behandling som leder till en alltmer avancerad och kostnadseffektiv vård. Därtill kan tillgången på kompetent, kritiskt tänkande och delaktig personal säkras genom att olika yrkeskategorier deltar i forskningen samt att all personal ges möjligheter att ta del av forskningens resultat.

8.1 Ansvarsfördelning

En stor del av ansvaret för vårdforskningen är *statens*; som huvudman för universitet och högskolor samt som finansiär, bl. a. via forskningsråden. Forskarutbildning och forskning skall bedrivas inom de vetenskapsområden som riksdagen bestämmer. Dessa vetenskapsområden finns vid universiteten samt vid de högskolor som efter ansökan fått regeringens beslut att få ha ett eller flera vetenskapsområden. Det är sedan styrelsen för respektive universitet eller högskola som ansvarar för hur medlen inom de olika områdena skall användas, om inte regeringen beslutat om särskilda mål.

Högskolorna ansvarar för att vårdforskningen utvecklas och att en bra infrastruktur byggs upp som kan tillgodose krav på forskarutbildning och kvalificerad handledning även i de ”nya” vårdforskningsämnena.

Sjukvårdshuvudmännens ansvar för klinisk forskning är preciserat i *Hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763, 26 b §):

Landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Bestämmelsen grundar sig på kommitténs förslag i delbetänkandet ”Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete” (SOU 1994:132). I delbetänkandet gjorde kommittén bedömningen att forskning i prekliniska discipliner var ett renodlat statligt ansvar medan ansvaret för den kliniska forskningen var delat mellan staten, landstingen och kommunerna. Den patientnära kliniska forskningen var,

enligt kommittén, en gemensam angelägenhet medan den experimentella kliniska forskningen primärt var ett statligt ansvar.

I propositionen "Forskning och samhälle" (1996/97:5) betonades att "en ändring i hälso- och sjukvårdslagen behövs som klargör att landstingen har en rätt och ett ansvar att bedriva denna typ av forsknings- och utvecklingsarbete" och att en sådan ändring inte är att betrakta som ett nytt ansvar för landstingen utan något som bekräftar och lagfäster de förhållanden som råder. Mot bakgrund av att även kommunerna har ansvar för viss hälso- och sjukvård kom den slutliga bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen att inkludera såväl kommuner som landsting.

8.2 Utveckling av den "nya" vårdforskningen

Huvudämnena inom vård och omsorg har sitt historiska ursprung i yrkesverksamhet och yrkesinriktade utbildningsprogram. Framväxten av forskning inom vård och omsorg har vanligen gått via fördjupad yrkeskompetens och överbyggande kurser för tillträde till forskarutbildning.

Fackförbund och yrkesprofessionella sammanslutningar har haft stor betydelse för utvecklingen av denna forskning. Förutom att dessa fungerat som fora för diskussion har de drivit på utvecklingen genom att dela ut stipendier, kartlägga forskning eller genom att inrätta vetenskapliga råd eller sektioner. Dessutom publiceras forskningsresultat i vissa fackliga tidningar.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF) har i hög grad stimulerat *omvårdnadsforskningens* utveckling. Föreningen har genom stipendier tidigt givit svenska sjuksköterskor möjligheter att bedriva högre studier i omvårdnad vid universitet i USA (Heyman, 1995). Föreningen ger också bidrag till omvårdnadsforskning.

Genom att sjuksköterskorna under 1960- och 70-talet i allt högre utsträckning kom i kontakt med omvårdnadsforskning framförallt i USA och Storbritannien stimulerades sjuksköterskors och barnmorskors intresse för forskning. Vid denna tid knöts sjuksköterskor och barnmorskor, som avsåg att disputera, till såväl medicinska fakulteter som samhällsvetenskapliga fakulteter. Av de 65 avhandlingar som lades fram under åren 1974-1991 har de flesta lagts fram vid medicinsk fakultet (Heyman, 1995). Antalet avhandlingar som läggs fram inom omvårdnadsvetenskapen ökar snabbt och beräknas nu uppgå till totalt 200.

Andelen avhandlingar som läggs fram vid medicinsk fakultet har ökat under 90-talet.

I början på 80-talet utvecklades forskningsmiljöer inriktade på omvårdnadsforskning. Medicinska forskningsrådet (MFR) finansierade konferenser och seminarier inom området och fick därmed en legitimerande roll för den nya ämnesdisciplinen. Delegationen för social forskning, numera SFR, finansierade också omvårdnadsforskning fr.o.m. 1984/85. Den första institutionen för omvårdnadsforskning inrättades vid medicinsk fakultet i Umeå.

Ofta har studierna inom omvårdnadsforskningen varit inriktade på vårdtagaren, dennes omvårdnad, behandling och upplevelser. Studierna har främst gällt förhållandena i den slutna vården, det finns dock tecken på ett ökande intresse för patientens närstående och boendesituation. Endast några få avhandlingar har ett uttalat samhällsperspektiv.

De första två barnmorskorna disputerade 1982 och fram t.o.m. 1998 hade sammanlagt 25 avhandlingar i *reproduktiv och perinatal omvårdnad* lagts fram. Forskningen har bl.a. handlat om samspelet mellan mor och barn, vården av det nyfödda barnet, amning, tidig hemgång, ultraljudsundersökning under graviditeten, förlossningssmärta och sexuellt överförda sjukdomar.

Forskningen i *sjukgymnastik* handlar om utveckling och inläring av motorisk kontroll, utveckling och utvärdering av undersöknings- och behandlingsmetoder, handikapp- och livskvalitetsforskning. Vidare forskas om bedömnings- och mätinstrument, arbets- och belastningsrelaterade skador, dessutom förekommer utbildnings- och professionsforskning. Enligt en granskning av sjukgymnasters forskning under perioden 1977-97 (Ekdahl & Nilstun, 1998) rörde hälften av de 68 avhandlingar som då förelåg patienter med kronisk sjukdom.

Arbetsterapi som forskningsämne syftar till att förstå och förklara individens förmåga att utföra aktiviteter såväl vid hälsa som sjukdom. Forskningen i arbetsterapi har främst behandlat definitioner av arbetsterapi, olika kliniska interventioner samt studier av arbetsterapi som vetenskap. Den tillämpade forskningen främst i form av kliniska interventionsstudier har ökat i omfattning (Rinell Hermansson 1999).

Forskningen i *biomedicinsk laboratorievetenskap* bedrivs framförallt vid medicinsk fakultet. Utbildningen i ämnet är integrerad i institutioner med mycket olika inriktning; t.ex. vid Göteborgs universitet i sektionen för vårdvetenskap, i Malmö i området Hälsa och samhälle samt vid Uppsala universitet vid institutionen för biokemi och mikrobiologi. Forskningen, som är inriktad på laboratoriemetodik, omfattar allt från cellnivå till hela människan och har skett inom en mängd olika

forskarutbildningsämnen, t.ex. molekylärbiologi, immunologi, patologi, cytologi, transfusionsmedicin och fysiologi.

Sedan slutet av 80-talet har vård- och hälsohögskolorna försökt förtydliga innehållet i begreppet *social omsorg* som inte är något eget forskningsämne. För närvarande finns 13 disputerade i socialt arbete som har sin grund i utbildningen i social omsorg. Forskningen om social omsorg bedrivs i övrigt inom många olika discipliner.

Flera universitet och högskolor har via centrumbildningar samordnat forskningen i *handikappvetenskap*, som bedrivs inom olika fakulteter och discipliner. I dag finns fem professorer i skilda ämnen med anknytning till handikapp. Våren 1999 finns 8 doktorander inom området handikappvetenskap. Linköpings universitet satsar i särskilt hög grad på handikappforskning med en grupp forskarstuderande som kommer att bli de första i landet som disputerar i handikappvetenskap (SOU 1999:21).

Vad gäller *forskningen om äldreomsorg* har institutionerna för socialt arbete varit drivande. År 1974 inrättade regeringen *Delegationen för social forskning* som fick ansvar för den socialvetenskapliga äldreforskningen. I rapporten *Forskning om Äldre (DSF/FRN, 1989)* pekades på att äldreforskningen saknade en fast förankring inom universitets- och högskolevärlden. Mot bakgrund av utredningens förslag inrättades tre professorer med inriktning mot äldre under 1990-talet. Förutsättningarna för äldreomsorgsforskning kommer sannolikt att förbättras avsevärt genom de förstärkta resurser som nu tillförs forskningen om äldre, åldrande och vård samt omsorg av äldre och som kommer att administreras av SFR.

Vårdalsstiftelsen har, sedan den bildades 1994, haft en avgörande betydelse för den "nya" vårdforskningen. Stiftelsen som idag förfogar över ett stiftelsekapital på ca 750 miljoner kronor, har snabbt blivit den viktigaste finansiären och ger stöd till forskningsprojekt, genomför direkta satsningar på forskartjänster samt arrangerar konferenser och kurser.

Sammanfattningsvis kan sägas att stora förändringar har skett och fortfarande pågår inom både grundutbildning och forskarutbildning vad avser de "nya" vårdforskningsämnena. Utbildningarna har integrerats i statliga högskolor och universitet (se vidare nedan) vilket ger möjlighet till förbättrad kontakt mellan grundutbildning och forskarutbildning/forskning. Antalet disputerade personer inom den "nya" vårdforskningen har ökat snabbt under 1990-talet trots att det finns få professorer och docenter som kan handleda i de egna forskningsämnena.

En utförligare beskrivning av den ”nya” vårdforskningen finns i den kartläggning som Rinell Hermansson har utfört på kommitténs uppdrag (Rinell Hermansson 1999, bilaga 2).

8.3 Vårdhögskolornas utveckling

Högskolereformen år 1977 ledde till att flera utbildningar blev högskoleutbildningar. Utgångspunkterna för reformen var en vidgning av högskolebegreppet till att omfatta alla de utbildningar som tidigare betraktades som eftergymnasiala, men som inte alltid krävde genomgången gymnasieskola (prop. 1975:9). Syftet med reformen var att underlätta för individerna att få en översikt över utbildningsutbudet och att ge olika utbildningar en mer likartad värdering för att förbättra olika utbildningars kontakt och samspel med forskning och forskarutbildning.

Läsåret 1994/1995 fanns i Sverige totalt 26 landstingsägda vårdhögskolor, med utbildning på 53 orter, samt tre enskilda sjuksköterskeskolor i Stockholm. Vid denna tid skilde sig vårdhögskolorna från övrig universitetsutbildning i flera viktiga avseenden. De var inte knutna till forskningsorganisationer vid universiteten, vilket försvårade uppbyggnad av forskning och forskarutbildning inom utbildningarnas huvudämnen. Majoriteten av lärarna vid vårdhögskolorna hade hög pedagogisk kompetens men brister i ämnesfördjupning (SOU 1993:12).

Regeringen gav 1994 dåvarande Kanslersämbetet i uppdrag att utvärdera de s.k. medellånga vårdutbildningarna, dvs. dels utbildning vid vårdhögskolorna, dels sjukgymnastutbildning med statligt huvudmannskap. Syftet med utvärderingen var att få underlag för bedömningar av lärosätens rätt att utfärda examina. Utvärderingen omfattade sammanlagt 113 utbildningsprogram i landet inriktade på 12 skilda yrkes- eller högskoleexamina.

Högskoleverket föreslog inte några åtgärder ifråga om vårdhögskolornas rätt att utfärda examina utan menade att effekterna av de senaste årens utvecklingsinsatser borde avvaktas och utbildningarnas högskolemässighet och kvalitet återigen värderas inom en treårsperiod. Samtliga utbildningar var enligt utvärderingen yrkesrelevanta. Högskoleverket har nu påbörjat en uppföljande utvärdering av utbildningarna vilken planeras vara avslutad i december 1999.

I utvärderingen rekommenderades att vårdutbildningarna skulle samordnas i färre enheter, att tjänsteorganisatoriska lösningar borde eftersträvas som befrämjar integrationen mellan teori och praktik samt att utbildningarna skulle inordnas eller knytas till högskolor och

universitet där forskning och forskarutbildning bedrivs inom det aktuella ämnesområdet (Högskoleverket 1996:7 R).

Högskoleverkets utvärdering har fått till följd att vårdhögskolorna genom särskilda avtal med landstingen inordnats i eller knutits till statliga högskolor och universitet. Avtalen innebär att respektive högskola bedriver utbildning på uppdrag av berört landsting, som betalar för utbildningens genomförande. Landstingen står för ca 80 procent av kostnaderna för utbildningen. Denna integrering av vårdhögskolorna i de statliga högskolorna har gått mycket snabbt. Tio vårdhögskolor integrerades i den statliga högskolan under 1998. Fortfarande finns tre landstingsägda vårdhögskolor samt tre med enskilt huvudmannaskap (Högskoleverket 1999).

Figur 8-1. Vårdhögskolor och högskolor med utbildningar inom vård och omsorg efter huvudmän.

Vårdhögskolor med landsting som huvudmän

- Vårdhögskolan i Boden (integrering i Luleå tekniska universitet den 1 juli 1999)
- Hälsöhögskolan i Jönköping
- Hälsöhögskolan Väst i Vänersborg (förhandlingar pågår om integrering i Högskolan i Trollhättan/Uddevalla fr.o.m. 1 januari 2000)

Vårdhögskolor med enskilt huvudmannaskap

- Ersta Sköndal högskola
- Röda Korsets högskola
- Sophiahemmets sjuksköterskehögskola

Statliga högskolor med utbildningar inom vård och omsorg enligt avtal med resp. landsting (inom parentes anges datum för införlivande i högskola/universitet)

Uppsala universitet (1 januari 1998)	Högskolan i Borås (1 januari 1999)
Lunds universitet (1 april 1998)	Högskolan i Dalarna (1 januari 1999)
Göteborgs universitet (1 juli 1998)	Högskolan i Gävle (1 januari 1999)
Umeå universitet (1 januari 1998)	Högskolan i Halmstad (1 juli 1995)
Linköpings universitet (1 januari 1996)	Högskolan i Kalmar (1 januari 1998)
Karolinska institutet (1 januari 1998)	Högskolan i Karlskrona/Ronneby (1 januari 1999)
Karlstads universitet (1 juli 1998)	Högskolan i Kristianstad (1 januari 1999)
Växjö universitet (1 oktober 1998)	Högskolan i Skövde (1 januari 1999)
Örebro universitet (1 juli 1995)	Malmö högskola (1 juli 1998)
Stockholms universitet (1 januari 1998)	Mitthögskolan (1 juli 1995)
	Mälardalens högskola (1 juli 1995)

8.4 Den ”nya” vårdforskningens omfattning inom högskolorna

Nedan presenteras två kartläggningar av omfattningen av vårdforskning. Dels redovisas en inventering av doktorander och forskare vid *universitet* med vårdhögskoleutbildning som Vårdalstiftelsen genomförde 1998, dels en sammanställning av det totala antalet disputerade och docentkompetenta inom de olika *vårdforskningsämnena* som gjorts av Rinell Hermansson.

Vårdalstiftelsens inventering genomfördes på berörda universitet samt vid högskolorna i Växjö, Örebro samt Karlstad (som från och med 1999 är universitet). Utöver vad som redovisas i inventeringen finns flera disputerade och docentkompetenta o.s.v. inom högskolorna och bland anställda i vårdverksamheten.

Tabell 8-1 Antal registrerade doktorander samt antal disputerade lärare och docenter/professorer med vårdhögskoleutbildning år 1998. visar att det hösten 1998 fanns totalt 682 registrerade doktorander vid de aktuella högskolorna. Fördelningen på högskolor framgår av nedanstående tabell. Resultatet av inventeringen visar att infrastrukturen för den nya vårdforskningen är mest utvecklad vid Karolinska institutet samt vid Göteborgs respektive Lunds universitet (Vårdalstiftelsen 1998a).

Tabell 8-1 Antal registrerade doktorander samt antal disputerade lärare och docenter/professorer med vårdhögskoleutbildning år 1998.

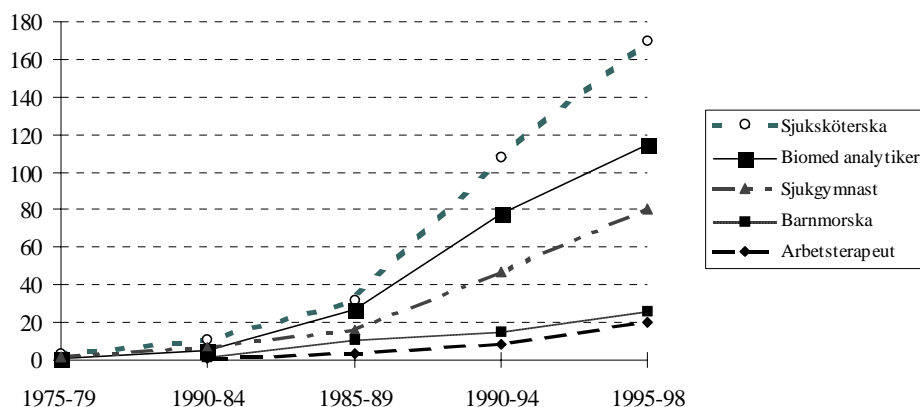
Universitet, högskola	Antal doktorander (Samhällsv. och medicinsk fakultet)	Antal disputerade lärare.	Antal docenter och professorer
Karolinska institutet	239	37	19
Göteborg	139	31	4
Lund	129	31	6
Umeå	65	16	9
Uppsala	56	15	4
Linköping	54	20	4
Högskolan i Örebro ¹	0	10	1
Högskolan i Växjö ¹	0	3	1
Högskolan i Karlstad ¹	0	5	1 ²
Summa	682	168	48

Källa: Vårdalstiftelsen 1998a.

¹) Högskolorna i Karlstad, Växjö och Örebro har hitintills saknat examensrätt i forskarutbildningen. Fr.o.m. år 1999 har dessa högskolor blivit universitet.

²) Kommer att tillträdas våren 1999.

Figur 8-2 Disputerade personer under åren 1975-1998 fördelade på yrken, kumulativ frekvens



I Rinell Hermanssons kartläggning av den ”nya” vårdforskningen (Rinell Hermansson, 1999) redovisas uppgifter om det totala antalet disputerade och docentkompetenta inom olika yrkesgrupper. Av Figur 8-2 framgår att den ”nya” vårdforskningen utvecklats snabbt under 90-talet.

Det finns (avser år 1998) 168 disputerade *sjuksköterskor*, varav ett tjugotal med docentkompetens. Vidare finns fem professorer i ämnet omvårdnad samtidigt som flera håller på att inrättas. För närvarande finns 250 registrerade doktorander i ämnena omvårdnad samt *perinatal och reproduktiv omvårdnad*. Det finns 25 disputerade barnmorskor varav åtta har docentkompetens. Det finns ännu ingen professor i ämnet.

I *sjukgymnastik* finns i dag en professor, ett 60-tal doktorander samt 78 disputerade (år 1998) varav sju har docentkompetens. Många av de som disputerat är lektorer inom sjukgymnastutbildningen, vilket innebär att många lärare i ämnet sjukgymnastik är forskarutbildade.

Den första *arbetsterapeuten* disputerade i Sverige 1982 och hittills har ett tjugotal arbetsterapeuter disputerat. I arbetsterapi finns ingen professor medan fem arbetsterapeuter är docentkompetenta.

Det finns inga professorer i *biomedicinsk laboratorievetenskap* men för närvarande håller två professorer på att inrättas, en på Karolinska institutet och en i Göteborg. Det finns vidare 21 docentkompetenta biomedicinska analytiker. Cirka 120 biomedicinska analytiker har disputerat.

Det finns för närvarande 13 disputerade i *socialt arbete* som har sin grund i utbildningen i social omsorg (Rinell Hermansson, 1999).

För samtliga inriktningar inom den ”nya” vårdforskningen gäller att de som disputerar har en genomsnittligt hög ålder. Rinell Hermansson visar i sin kartläggning av vårdforskningen att den genomsnittliga åldern vid disputation var högst bland barnmorskorna, 52 år, och lägst bland de biomedicinska analytikerna, 41 år. Vidare var medelåldern vid disputation 47 år för arbetsterapeuter, 46 år för sjukgymnaster och 48 år för sjuksköterskor. Problemet är att när de disputerade väl meriterat sig, uppnått positioner och kan fungera som handledare så har de inte mer än ett tiotal aktiva år kvar före pensioneringen.

8.5 Hälsa- och sjukvårdsforskning

Hälsa- och sjukvårdsforskning är ett tillämpat forskningsområde inriktat på att beskriva, analysera och värdera hälsa- och sjukvårdssystemets organisation, funktion och resultat. Inriktningen är till sin natur tvärvetenskaplig och förekommer inom en rad olika discipliner.

Hälsa- och sjukvårdsforskningen utvecklades på 1960-talet i anglosaxiska länder som ett särskilt forskningsområde benämnt Health Services Research. Motsvarande utveckling ägde rum i de nordiska länderna på 1970-talet. I Sverige bidrog MFR till utvecklingen, bl.a. inrättade rådet 1977 en enhet för hälsa- och sjukvårdsforskning och 1978 finansierade rådet en nordisk kommitté för hälsa- och sjukvårdsforskning. Den första professuren inrättades 1980 och ämnet finns nu företrätt vid flera medicinska fakulteter, oftast med anknytning till ämnet socialmedicin. Hälsa- och sjukvårdsforskning bedrivs idag vid samtliga universitet samt vid Karolinska institutet och Nordiska hälsa- och sjukvårdshögskolan i Göteborg. Lunds universitet har en storinstitution, med relativt omfattande resurser och flera professorer, förlagd till Malmö allmänna sjukhus. Särskilda centra för hälsa- och sjukvårdsforskning finns i Linköping och vid Handelshögskolan i Stockholm.

För hälsa- och sjukvårdsforskningen gäller i princip samma villkor som för annan forskning med mångvetenskaplig inriktning. Forskarna är knutna till ett visst forskningsämne men hämtar inspiration från eller samarbetar med forskare från en rad andra forskningsämnen. Hälsa- och sjukvårdsforskningen har hämtat kunskaper från epidemiologi, sociologi, ekonomi och organisationsforskning. I en ”yttre cirkel” anknyts också till etik, juridik, företagsekonomi och ledarskapsforskning.

Studier inom området kan t.ex. gälla möjligheten att mäta vårdbehov i befolkningen, vårdutnyttjandet i olika grupper och faktorer som påverkar detta samt fördelningen av sjukvårdens resurser. En viktig fråga är hälsa- och sjukvårdens effekter på folkhälsan. Utvärde-

ring av nya medicinska metoder och vårdorganisatoriska modeller är centrala uppgifter liksom jämförelser mellan olika länders sjukvårdssystem och sjukvårdskostnader.

8.6 Klinisk medicinsk forskning

Den kliniska medicinska forskningen i Sverige, som i huvudsak bedrivs av läkare, har haft en framgångsrik utveckling. En fördel är möjligheten i Sverige att följa patienterna under lång tid.

Den kliniska medicinska forskningen har under lång tid präglats av ett väl fungerande samspel mellan verksamhet och forskning. Detta har lett till att en stor andel av samtliga läkare i Sverige, ca 25 procent, har disputerat.

Läkemedelsindustrin bedriver i Sverige en omfattande forskning samt genomför ett stort antal kliniska prövningar av läkemedel. Man har också samarbete med forskargrupper på universiteten. Den forskning som bedrivs inom läkemedelsföretagen och på deras uppdrag kommer inte att tas upp inom ramen för utredningen.

Vid universitetssjukhusen kan tjänster för specialistutbildade läkare vara förenade med tjänst som professor eller lektor. Dessa kombinationstjänster består vanligen av en tredjedel forskning, en tredjedel undervisning och en tredjedel klinisk verksamhet (Forskningsberedningens skrift nr 3, 1996).

Det finns tecken som tyder på att den kliniska forskningen har minskat i omfattning. MFR har uppmärksammat denna utveckling och låtit en arbetsgrupp dokumentera och analysera den kliniska forskningens villkor. I MFR-rapporten anges den viktigaste orsaken till den kliniska forskningens minskade omfattning vara den hårdare ekonomiska styrningen av sjukvården inklusive införandet av nya ekonomiska styrsystem. Andra orsaker som anges är svårigheter att etablera en god forskningsmiljö på universitetssjukhusen, att forskningen ofta är splittrad på många och små projekt, ledningens bristande förståelse för forskningens villkor och ett otillräckligt patientunderlag för forskning vid universitetssjukhusen (Medicinska forskningsrådet 1998a). Sammantaget medverkar detta till att kliniskt verksam personal har svårt att sätta av tillräcklig, sammanhängande tid för fullföljandet av forskningsverksamheten. De medicinska fakulteterna har inte heller funnit nya former för att få tillräckliga patientunderlag när allt mer vård förläggs utanför sjukhusen

Inom den kliniska medicinska forskningen har de disputerade en medelålder, som kan innebära handledarbrist under 2000-talets första

decennier. Kliniska forskarstuderande är i medeltal 5 till 7 år äldre än prekliniska forskarstuderande. Uppgifter från Karolinska institutets kliniska institutioner visar att 1997 var den genomsnittliga åldern för doktorsexamen 41 år för män och 44 år för kvinnor.

För att lösa de problem som uppmärksammas föreslås i MFR:s rapport att kliniska forskningscentra inrättas och att hälso- och sjukvårdens chefer på divisions-, klinik- och vårdcentralsnivå bör ha egna forskningserfarenheter. Ytterligare förslag är att det ges möjligheter till sammanhängande forskningsperioder för kliniska forskare, att staten och sjukvårdshuvudmännen utvecklar former för hur ett vetenskapligt underlag för hälso- och sjukvården skall byggas upp och utnyttjas samt former för hur samverkan, bl.a. ifråga om finansiering, mellan stat och landsting kan ske inom universitetssjukhusen. Man pekar även på att det är angeläget att bygga upp forskningskompetens i landstingens primärvård och stärka formerna för forskningssamverkan inom olika vårdkedjor (Medicinska forskningsrådet 1998a).

Efter remissbehandling kommer MFR, tillsammans med olika intressenter, att bereda frågan om den framtida kliniska forskningens förutsättningar. En viktig del i detta är att överlappa den gräns som idag finns mellan preklinisk och klinisk forskning. Dagens medicinska forskning förutsätter närhet mellan den laborativa verksamheten och den forskning som sker i den kliniska verksamheten. På samma sätt kommer morgondagens hälso- och sjukvård att kräva att patientens bedömningar och reaktioner kan paras med effektiva diagnostiska och individuellt anpassade terapier.

8.7 Sjukvårdshuvudmännens FoU-enheter

Landstingens och kommunernas FoU-enheter bedriver tillämpad forskning, utbildning, utvecklingsarbete och utredningsverksamhet. I FoU-enheternas arbete deltar olika yrkesgrupper inom vården och/eller företrädare för olika forskningsdiscipliner. Av en begränsad undersökning genomförd av Spri (Lindmark, 1998b), vilken besvarades av 49 FoU-enheter⁹, framkom att tillämpad forskning är en viktig uppgift för enheterna. Antalet anställda varierade kraftigt; från 1 anställd person till 72.

⁹ Svarefrekvensen var låg; 23 procent besvarade enkäten. Enligt Spri har dock bortfallet överskattats, eftersom enkäten skickats ut i flera exemplar till ett antal av FoU-enheterna eller till "paraplyorganisationer".

Nedan återfinns en förteckning över FoU-enheter som Spri:s bibliotek tagit fram kombinerad med en förteckning från Socialstyrelsen över kommunala FoU-enheter. De på detta sätt kända enheterna uppgår till totalt 141 st; fördelningen på huvudmän framgår av tabell 9.2. Landstingens FoU-enheter är ofta specialiserade på ett visst verksamhetsområde. Fyra av dem är gemensamma för flera landsting. Inom kommunerna finns betydligt färre FoU-enheter, som också utmärks av att de hanterar forskning inom ett vidare fält. En av FoU-enheterna var gemensam för flera kommuner. Det är få FoU-enheter, 6 st, som har såväl landsting som kommuner som huvudmän. En del av enheterna är knutna till universitet/högskola eller är fristående enheter t.ex. som stiftelser.

Tabell 8-2 Antal FoU-enheter efter huvudmannaskap.

Huvudman	Antal FoU-enheter
Landsting	108
Kommun	27
Landsting + kommun(er)	6
TOTALT	141

Källa: Förteckningar från Spri och Socialstyrelsen

I Spris studie ingick även en beskrivning av FoU-enheternas verksamhetsinriktning. Bland de områden som nämndes fanns psykiatri, primärvård, äldreomsorg, annan somatisk vård samt vårdkedjor.

Tidigare har möjligheterna att få kvalificerade tjänster och möjligheter att göra karriär varit små för disputerade inom den ”nya” vårdforskningen. Under 90-talet har landstingen börjat tillsätta tjänster för disputerade i vårdverksamheten. I flera fall har särskilda vårdutvecklingsenheter inrättats, vilka då leds av disputerade vårdforskare. Sådana vårdutvecklingsenheter finns bl.a. i Region Skåne, på Huddinge sjukhus och på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Enheterna präglas av ett nära samarbete med såväl vårdenheter som högskola. För disputerade biomedicinska analytiker finns också särskilda tjänster med inriktning på forskning och utveckling, t.ex. i Östergötland.

8.8 Särskilda initiativ inom äldreområdet

Kommunerna tog över vårdverksamheter för äldre, handikappade och funktionshindrade i början på 90-talet. De kommunala vårdverksamheterna är ännu under utveckling; satsningarna på forskning och utveckling har hittills varit små. I begränsad utsträckning bedrivs idag

forskning om dessa verksamheters organisation och innehåll vid de kommunala FoU-enheterna samt inom högskolor och universitet.

I regeringens nationella handlingsplan för äldrepolitiken (prop 1997/1998:113) föreslogs bl.a. att forskning och utveckling inom äldreområdet skulle förstärkas. I enlighet med förslaget har särskilda initiativmedel, om 90 miljoner kronor årligen under tre år, avsatts för att stimulera utveckling och nytänkande inom äldreområdet. Socialdepartementet har under våren 1999 inbjudit kommuner och landsting att ansöka om bidrag för uppbyggnad och utveckling av regionala FoU-centra inom äldreområdet. Ansökan skall avse medel för tre års verksamhet under åren 1999-2001 och hälften av kostnaderna skall tillgodoses på annat sätt än genom statens bidrag. Vid bedömningen av ansökningarna kommer stor vikt att läggas vid centrets förutsättningar för långsiktig överlevnad samt att verksamheten planeras i samverkan mellan kommuner och landsting.

Ökade resurser har också tillförts äldreforskningen om 10 miljoner kronor år 1999, 20 miljoner kronor år 2000 och 30 miljoner kronor år 2001. Dessa medel kommer att administreras av SFR som föreslagit ett forskningsprogram om äldre och åldrande, vilket närmare redogörs för under avsnitt 9.3. Vidare genomförs satsningar på fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda som är ansvariga för äldrefrågor.

8.9 Vårdforskningen i ett internationellt perspektiv

Den "nya" vårdforskningen i Sverige har i internationell jämförelse utvecklats snabbt. Vårdutbildningarna i Sverige blev tidigt högskoleutbildningar, vilket de ännu inte är i många andra länder. De medicinska fakulteterna bjöd snabbt in de nya högskolestuderande att delta i forskningsverksamhet.

I Norge bedrivs sedan 1986 vårdutbildningarna i statlig regi och i början på 90-talet blev utbildningarna högskoleutbildningar. I Finland bedrivs vårdutbildningar vid yrkeshögskolor. I Danmark sker vårdutbildningarna helt utanför universitet och högskolor.

I USA påbörjades program för "nursing research" redan 1924. I nuläget finns forskarutbildning inom "nursing research" vid ett femtiotal institutioner. I Storbritannien påbörjades en utveckling av omvårdnadsforskningen under 50-talet och den första forskningsenheten "The Nursing Research Unit" grundades 1971 vid University of Edinburgh.

Den svenska *kliniska medicinska forskningen* har länge haft en stark ställning internationellt även om den under 90-talet minskat något i omfattning i förhållande till den prekliniska forskningen. Motsvarande har skett i en rad länder. I USA har detta uppmärksammats bl. a. i en rapport som tagits fram av National Institute of Health (NIH). Den kliniska medicinska forskningen har minskat i omfattning också i Storbritannien vilket anses bero på hårdare ekonomisk styrning av vården, ökande kostnader för klinisk forskning samt knappare resurser för undervisning. I Norge har problem i rekryteringen av kliniska medicinska forskare uppmärksammats (Medicinska forskningsrådet, 1998a).

Att den kliniska medicinska forskningen minskar kan bero på utvecklingen inom den medicinska forskningen totalt. Det finns idag behov av mycket nära samarbete mellan den grundläggande forskningen och den kliniska tillämpningen. Olika länders förmåga att finna en fungerande sådan samverkan kommer att starkt påverka framgångsmöjligheterna inom den medicinska forskningen totalt.

Hälso- och sjukvårdsforskningen har inte vuxit lika snabbt i Sverige som i USA och många av de europeiska länderna. Inflytandet från USA och England är starkt både vad gäller nomenklatur och formande av forskningsmiljöer. I USA avses med "Health Services Research" forskning om folkhälsa, medicinsk sociologi, hälsoekonomi och delar av statsvetenskapen. I USA bedrivs hälso- och sjukvårdsforskning vid Schools of Public Health, Schools of Public policy, vid medicinska fakulteter, inom fristående stiftelser och inom s.k. "Think Tanks". I Europa bedrivs hälso- och sjukvårdsforskning framförallt vid mångvetenskapliga fakultetsbildningar inom universiteten. I Europa spelar också offentligt finansierade nationella enheter, t.ex. myndigheter, ofta en viktig roll för hälso- och sjukvårdsforskningens utveckling.

Den *sociala omsorgsforskningen* bedrivs framförallt i de nordiska länderna samt i USA, där denna forskning i hög grad är inriktad på det frivilliga omsorgsarbetet.

8.10 Kommitténs överväganden

Vårdforskning vid högskolan

Behov av en allsidig vårdforskning

I Sverige sker en ur ett internationellt perspektiv relativt omfattande vårdforskning. *Kommittén kan konstatera att den "nya" vårdforskningen har haft en snabb utveckling under 1990-talet, inte minst tack vare Vårdalstiftelsen.* Den kliniska medicinska forskningen har under lång tid haft en stark ställning internationellt även om den under 90-talet minskat något i omfattning. *Kommittén finner det angeläget att det inledda arbetet inom MFR med att analysera orsaker till och effekter av en sådan förändring fullföljs, samt att MFR tillsammans med andra aktörer vidtar nödvändiga åtgärder.*

Kommittén vill framhålla vikten av att en allsidig forskning bedrivs inom hälso- och sjukvården. Vårdens effektivitet är beroende av att vårdpersonalen är kompetent inom sitt respektive ansvarsområde. Ur samhällets perspektiv är det önskvärt att all vårdforskning ges goda möjligheter till utveckling, för att vårdens olika delar skall fördjupa sin kunskapsgrund och effektivitet. En kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården, där verksamheten måste visa stor öppenhet för ny kunskap och vara flexibel i sin uppbyggnad, har behov av disputerad personal i ledande ställning, som kan utgöra en bas för det lokala utvecklingsarbetet.

Den "nya" vårdforskningen behöver stimuleras

Skilda delar av hälso- och sjukvården har hunnit olika långt i kunskapsuppbyggnad. Kommittén kan konstatera att det fortfarande finns behov att stärka basen för de yrken som är knutna till den "nya" vårdforskningen, vilket är skälet till att kommittén i dagsläget förordar en förstärkning av denna. På sikt är det angeläget att den "nya" vårdforskningens olika delar kan utveckla specialiserade baskunskaper, vilket även är en förutsättning för att en tvärvetenskaplig vårdforskning kan utvecklas där olika yrkesgrupper och huvudämnen kan bidra med sina särskilda perspektiv.

Delar av den ”nya” vårdforskningen är inriktad på patienternas situation och hur anpassning kan ske till sjukdom och handikapp. Sådan forskning är av central betydelse för långvarigt sjuka och funktionshindrade, vilket särskilt gäller de stora patientgrupper som utgörs av äldre. *Kommittén menar att forskning och utveckling om äldrevård, handikappvård och vård om psykiskt funktionshindrade bör stimuleras.* Ett stort ansvar vilar här på kommunerna som huvudmän för mycket av denna verksamhet. *Kommittén bedömer att en viktig punkt i de överläggningar som framgent bör ske mellan staten och huvudmännen bör omfatta överenskommelser om hur man gemensamt ska stärka forskningen.* För kommunerna gäller det att beakta forskningserfarenhet som merit i utformningen av verksamheten. Vad avser äldrevården stimuleras forsknings- och utvecklingsarbete under åren 1999 - 2001, som en del i den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, bl.a. genom SFR:s forskningsprogram och socialdepartementets stöd till regionala äldrecentra.

Vården är en verksamhet där ett stort antal yrkeskategorier samverkar. Forskningen bör spegla detta genom en tvärvetenskaplig inriktning.

Vårdforskningen bör koncentreras till ett begränsat antal forskningsmiljöer

Inom den ”nya” vårdforskningens samtliga inriktningar råder fortfarande brist på forskningsmiljöer av bredd och djup som kan erbjuda en ”kritisk massa” av forskning och kvalificerade handledare. *Delar av den ”nya” vårdforskningen, framförallt omvårdnadsforskningen, präglas av forskningsmiljöer av liten storlek spridda vid flera högskolor. Kommittén anser att detta innebär svårigheter för ämnet att få en stark utveckling.*

Uppbyggnad av goda forskningsmiljöer tar lång tid och kräver stort engagemang. *Kommittén anser att det i nuläget är angeläget att högskolan koncentrerar den ”nya” vårdforskningen till ett begränsat antal forskningsmiljöer för varje huvudämne.* En ökad samverkan mellan forskare, vilken kan ske i samlade forskningsmiljöer bidrar till en sammanhållen forskningsprofil och ger möjligheter till fördjupad kunskapsutveckling inom området. På längre sikt, när antalet handledarmeriterade forskare har ökat, bör forskningen bedrivas på flera platser.

Brist på handledare

Kommittén har konstaterat att antalet doktorander inom de ”nya” vårdforskningsämnena idag är mycket stort i förhållande till antalet handledare, ett faktum som bör uppmärksammas vid de universitet och högskolor där denna typ av forskning bedrivs.

Inom såväl den ”nya vårdforskningen” som den kliniska medicinska forskningen har de som disputerar en hög medelålder. Universitet och högskolor bör analysera orsakerna till detta samt vidta åtgärder så att yngre personer vill och kan söka sig till forskarutbildning och forskning inom vårdforskningens olika inriktningar.

Sjukvårdshuvudmännens FoU-arbete

Samverkan mellan landsting och kommuner

Landsting och kommuner har ansvar för att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete. Detta förtydligande av sjukvårdshuvudmännens ansvar infördes i hälso- och sjukvårdslagen, på förslag av kommittén (SOU 1994:132).

Kommuner och landsting bedriver utvecklingsverksamhet i varierande grad och former. Kommittén anser att detta arbete är mycket angeläget. Särskilt angeläget är det att utveckla vårdprocessen ur patientens perspektiv, vilket ställer krav på en utökad och fördjupad samverkan mellan kommuner och landsting såväl vad avser forskning som utvecklingsarbete. Utvecklingen av vården gynnas av att en tvärvetenskaplig forskning byggs upp med nära kopplingar till utvecklingsarbete.

Inrättande av gemensamma FoU-centra för landsting och kommuner bör stimuleras

Landstingen har inrättat ett stort antal FoU-enheter av varierande storlek som bedriver forsknings- och utvecklingsarbete. Några av enheterna finansieras gemensamt av flera landsting, ett fåtal av både kommuner och landsting men flertalet har endast ett landsting som huvudman. Många av FoU-enhetererna är specialiserade på t.ex. primärvård eller psykiatri.

I ett antal kommuner finns FoU-enheter som är inriktade på t.ex. äldreomsorg och individ- och familjeomsorg men antalet enheter är förhållandevis få. *Kommittén kan konstatera att det finns ett stort behov av patientnära forskning och utvecklingsarbete som är inriktad på den kommunala vården.* Kommunerna behöver öka sitt engagemang genom att tillsammans med andra kommuner och landsting delta i FoU-verksamhet med inriktning på kommunal vård och omsorg.

Ett sätt att i dagsläget bättre utnyttja de befintliga resurserna är att sjukvårdshuvudmännen samordnar sina insatser till för kommuner och landsting gemensamma FoU-centra. Detta skulle för landstingens del innebära färre enheter, medan det för kommunernas del torde innebära fler enheter än i dagsläget. Genom detta ökar förutsättningarna för FoU-centra att bedriva för landsting och kommuner gemensamt utvecklingsarbete. De kan därigenom även ges en samordnande roll och fungera som ett kvalificerat metodstöd till lokalt utvecklingsarbete i landsting och kommuner.

Dessa gemensamma FoU-centra skall ha nära koppling dels till verksamheterna genom att delta i angelägna utvecklingsprojekt, dels till universitet och högskolor i syfte att hålla en hög metodologisk och vetenskaplig kvalitet. En sådan koppling ger möjligheter till metodstöd i planering, genomförande och utvärdering av utvecklingsarbete i landsting och kommuner.

Socialdepartementet bidrar under perioden 1999- 2001 med medel för uppbyggnad och utveckling av regionala äldrecentra med förutsättningen att kommuner och landsting samverkar i sådana centra. Avsikten är att de enheter som kommittén här föreslår skall byggas upp efter liknande principer som äldrecentra. Om möjligt bör verksamheten samordnas.

Kommittén föreslår att staten tar initiativet till överenskommelser med kommuner och landsting om åtgärder för att stimulera inrättandet av för kommuner och landsting gemensamma FoU-centra för vården. Frågan om åtgärder bör tas upp i de överläggningar som kommittén föreslagit skall äga rum mellan företrädare för staten, kommuner och landsting om viktiga vård- och utvecklingsfrågor.

Tjänster för forskningsmeriterade

Utöver att kvalificerad forskarkompetens kan samlas inom FoU-centra är det till fördel att forskare finns anställda i vårdverksamheten. Inom landstingen finns sedan länge s.k. kombinationstjänster inom den kliniska medicinska forskningen; dvs. tjänster där innehavaren (främst

läkare) delar sin tid mellan arbete i verksamheten och forskning. *Kommittén rekommenderar landsting och kommuner att inrätta denna typ av kombinationstjänster för forskare även inom den "nya" vårdforskningen. Kommittén anser att en ökning av sådana tjänster är av stor betydelse för vårdforskningens utveckling.*

Kommittén vill peka på att det allmänt är önskvärt att fler forskningsmeriterade personer anställs i kommunernas och landstingens vårdverksamheter och att forskningserfarenheter räknas som merit.

Nationellt utvecklingsarbete

Staten har genom att delfinansiera Spri bidragit till landstingens utvecklingsarbete. (Se avsnitt 7.3.) Spri kommer nu att avvecklas och de fortsatta formerna för samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen och staten utreds (våren 1999). Kommittén har inte i uppdrag att föreslå hur en eventuell samverkan skulle kunna utformas men vill framhålla vikten av att både kommuner och landsting som sjukvårdshuvudmän deltar i ett eventuellt framtida samarbete med staten om utveckling av vården på såväl nationell som lokal/regional nivå.

9 Finansiering av vårdforskning

Vårdforskningens finansiärer är huvudsakligen staten och landstingen. Staten anvisar medel dels via fakultetsanslagen till forskningens infrastruktur i form av tjänster för forskare på olika nivåer, dels genom forskningsråden, framförallt MFR och SFR. Staten ger också vissa av sjukvårdshuvudmännen ersättning som kompensation för de kostnader som uppstår genom att läkares och tandläkares utbildning och forskning bedrivs inom sjukvårdshuvudmännens organisation (de s.k. ALF medlen). Andra viktiga finansiärer utgör forskningsstiftelserna, särskilt Vårdalstiftelsen och Stiftelsen för Kunskaps- och Kompetensutveckling (KK-stiftelsen). Vårdalstiftelsen är för närvarande den enda finansiären som särskilt syftar till att ge stöd till den ”nya” vårdforskningen. Även företag, icke vinstdrivande organisationer och EU:s forskningsprogram är realitvt stora finansiärer av vårdforskning.

Landstingen finansierar delar av den kliniska forskningen och den tillämpade forskning som sker vid FoU-enheter samt ger bidrag till annan vårdforskning t.ex. vid universitet och högskolor. Kommunerna finansierar en mindre del av den tillämpade forskning som sker vid FoU-enheter samt ger i en del fall bidrag till forskning, som bedrivs vid universitet och högskolor.

9.1 Forskning inom universitet och högskolor

Den forskning som bedrivs vid universitet och högskolor finansieras främst genom direkta statsanslag. SCB har för budgetåret 1995/96 gjort en kartläggning av forskningsfinansieringen vid universitet och högskolor. De totala kostnaderna för forskning inom medicin inklusive hälso- och sjukvård i samhället samt vårdvetenskap (d.v.s. den ”nya” vårdforskningen) uppgick då till 3 501 miljoner kronor. De direkta statsanslagen bidrog med cirka 60 procent eller 1 994 miljoner kronor varav fakultetsanslagen uppgick till 1 093 miljoner kronor. Forsknings-

råden bidrog med 370 miljoner kr, vilket då motsvarade cirka 10 procent. Andra stora finansiärer var svenska organisationer (289 miljoner kronor) samt svenska företag och affärsdrivande verk (177 miljoner kronor). Vid denna tid var kostnaderna för den vårdvetenskapliga forskningen vid universitet och högskolor små, totalt 39 miljoner kronor. Beloppet underskattades dock eftersom vårdhögskolorna även bedrivit forskning med andra medel än forskningsmedel (SCB 1997).

Även om forskning har varit ett prioriterat område har staten till följd av budgetsanering tvingats dra ner sina direkta anslag till forskning. De uteblivna anslagen förutsattes i stället kompenseras av de nyinrättade forskningsstiftelser som tillkommit av medel från de avskaffade löntagarfonderna. Vårdalstiftelsen är en av dessa.

Det är högskolornas ansvar att bygga upp en infrastruktur för forskning i de "nya" vårdforskningsämnena. De resurser för forskning som anslås till universitet och högskolor är indelade i fyra olika vetenskapsområden. Vårdforskningen, inklusive de nya vårdforskningsdisciplinerna, hör till det medicinska vetenskapsområdet, som inrymmer inomdisciplinär forskning inom farmaci, medicin och odontologi samt tvärvetenskaplig forskning och tillämpad forskning rörande hälsa, vård och omsorg.

I högskolelagen (1 Kap 3 §) föreskrivs att verksamheten skall bedrivas så att det finns ett nära samarbete mellan forskning och utbildning. För att stärka vårdhögskolornas forskningsanknytning beslutade regeringen att det fr.o.m. budgetåret 1992/93 skulle utgå en rörlig resurs för lärare vid de vårdhögskoleutbildningarna. Medlen var avsedda att användas av disputerade lärare för egen forskning men undantagsvis även för forskarutbildning av lärare.

9.2 ALF-avtalet

Staten är huvudman för den grundläggande utbildningen för läkare och tandläkare samt för den forskning och forskarutbildning som bedrivs inom det medicinska och odontologiska området. Den kliniska delen av läkar- och tandläkarutbildningen kan endast bedrivas där sjukvård eller tandvård bedrivs, dvs. inom sjukvården och folktandvården. Staten och berörda landsting respektive kommuner har därför slutit avtal om samverkan som innebär att statlig utbildning och forskning får ske inom respektive sjukvårds- och tandvårdsorganisation (ALF-avtalet). Avtalet innebär att statliga medel tillförs sjukvårdshuvudmännen vid de sex orter där universitetssjukhus finns för att ge ersättning för det

”intrång” som sker i hälso- och sjukvården genom undervisning och forskning.

ALF-avtalet (Avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning m.m.) trädde i kraft 1990 och har en uppsägningstid på fem år. Medlen går till respektive landsting som skall samverka och rådgöra i fördelningen av medel med respektive högskoleenhet. År 1998 uppgick ALF-anslaget vad avser medicinsk utbildning och forskning till 1481 miljoner kronor, vilket till sin större del avsåg ersättning för forskning.

Förhandlingar har under hösten 1998 förts mellan staten och Landstingsförbundet i syfte att modernisera avtalet och se över det aktuella fördelningssystemet. Förhandlingarna ledde emellertid inte fram till något nytt avtal. Staten sade upp avtalet i december 1998, med motiveringen att avtalet har blivit obsolet på vissa punkter och behöver skrivas om.

9.3 Forskningsråd m.fl.

Forskningsråden, forskningsstiftelserna och forskningsfonderna spelar en viktig roll i finansieringen av forskning och utveckling. Trots att dessa forskningsfinansiärers andel av finansieringen är relativt begränsad så spelar deras prioriteringar och riktlinjer för beviljning av medel stor roll för andra finansiärer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Medicinska forskningsrådet har sedan lång tid tillbaka en strategisk betydelse för vårdforskningen, inkluderat den ”nya” vårdforskningen. Tillkomsten av Vårdalstiftelsen har inneburit att denna stiftelse tagit många initiativ i syfte att stärka den ekonomiska basen för den ”nya” vårdforskningen.

I tabell 4 nedan ges en sammanställning av antal inkomna ansökningar samt beviljade medel under 1997 för vårdforskningens viktigare finansiärer. Vårdalstiftelsen stödjer klinisk forskning inom såväl medicin som den ”nya” vårdforskningen, hälso- och sjukvårdsforskning samt forskning om äldreomsorg. MFR:s stöd avser framför allt preklinisk medicinsk forskning och klinisk medicinsk forskning. SFR:s stöd avser grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsovetenskap. Cancerfondens och Barncancerfondens stöd går främst till preklinisk och klinisk medicinsk forskning.

Tabell 9-1 Forskningsfinansiärer inom vårdforskningen. Antal inkomna ansökningar samt miljoner kr som beviljades under 1997

Forskningsfinansiärer	Miljoner kr	Antal ansökningar
Vårdalstiftelsen	116	ca 1 000
MFR	348	2 600
SFR	85	334
Cancerfonden	245	1 235
Barncancerfonden	24	124
TOTALT	818	5 293

Källa: Verksamhetsberättelser och årsredovisningar för 1997.

SFR tillämpar ett tvåstegsförfarande. De inkomna ansökningarna avser för SFR inkomna skisser.

Utöver de forskningsfinansiärer med statlig anknytning som behandlas i detta sammanhang finns ytterligare ett antal finansiärer som har betydelse för vårdforskningen, men som inte har samma tyngd i sammanhanget. Dessa är t.ex. Rådet för arbetslivsforskning och Forskningsrådsnämnden, som båda stött vårdforskning, bl.a. med inriktning på vårdens organisation, kompetensutveckling och arbetsmiljön. Flera av handikapporganisationerna ger också stöd till vårdforskning, t.ex. Reumatikerförbundet. Det finns också ett antal fonder som ger stöd till vårdforskning; en av de större är Hjärt - Lungfonden.

Vårdalstiftelsen

Vårdalstiftelsen har enligt sina stadgar till uppgift att främja forskning och forskarutbildning inom vårdområdet samt forskning och forskarutbildning med inriktning på allergier. Forskningsstödet skall riktas såväl till grundforskning som till tillämpad forskning och särskilt till forskning som innebär gränsöverskridanden mellan olika discipliner. Stiftelsen skall särskilt beakta de forskningsbehov som den förändrade strukturen av vårdutbildningarna föranleder.

Stiftelsen skall enligt sina stadgar verka under en period av minst tio år. Styrelsen har nyligen beslutat att Vårdalstiftelsen skall verka i ett tjugoårsperspektiv.

Till Vårdalstiftelsen inkom under 1997 ett 1000-tal ansökningar, varav 698 avsåg ansökan om bidrag till vårdforskning. Stiftelsen beviljade under 1997 totalt 116 miljoner kronor varav 53 miljoner kronor för vårdforskning i form av projektanslag och kompetensutvecklingsmedel samt 63 miljoner kronor för allergiforskning. Stödet omfattade

en treårsperiod. Totalt beviljades 139 projektanslag inom vårdforskningsprogrammet, varav 55 anslag fördelades till personer med s.k. medellång vårdutbildning som grund och 47 anslag till personer med medicinsk utbildning.

Vårdalstiftelsen ger inom *vårdprogrammet* projekt-, program- och i särskilda fall planeringsanslag inom följande teman:

- klinisk/praktisk vårdforskning med inriktning mot kronisk sjukdom, äldrevård samt olikhet i hälsa, särskilt kvinnors hälsa
- hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning mot förändringar i arbetssätt, processer och strukturer samt utvärdering av dessa
- paradigmatveckling/teoribildning kring fenomen i samband med förändrad livssituation
- klinisk praktisk vård- och omsorgsforskning med inriktning mot äldre samt forskning om äldre och deras närstående vårdare

Inom *allergiforskningsprogrammet* finns ett tema:

- orsaker till och effekter av allergier och annan överkänslighet

Vårdalstiftelsen har tre vetenskapliga granskningsgrupper och en samordningsgrupp för vårdprogrammet samt två vetenskapliga granskningsgrupper och en samordningsgrupp för allergiprogrammet. Vid sammansättningen av granskningsgrupperna har eftersträvat en bred tvärvetenskaplig kompetens samt en jämn könsfördelning och geografisk spridning. Det finns god representation av forskare från såväl den ”nya” vårdforskningen som från den medicinska forskningen i granskningsgrupperna.

Vårdalstiftelsen har t.o.m. 1998 givit anslag för kompetens- och metodikutveckling inom vårdområdet i form av stipendier och forskarmånader. Under hösten 1998 beslutade Vårdalstiftelsen att istället genomföra systematiska satsningar på forskartjänster på längre sikt. Under en period på 2 till 4 år utgår särskilda medel för att stärka forskning och forskarutbildning inom arbetsterapi, biomedicinsk laboratorievetenskap, omvårdnad, perinatal och reproduktiv omvårdnad, sjukgymnastik samt socialt arbete med inriktning mot social omsorg. Vårdalstiftelsen syftar med denna satsning till att ge universitet och högskolor möjligheter att bygga upp en struktur för tjänster inom vårdforskning och forskarutbildning. Stiftelsen ser det som angeläget att medlen bl.a. används till kombinationstjänster för att få bättre anknytning mellan forskning och den kliniska vården och omsorgen.

Socialvetenskapliga forskningsrådet

SFR:s uppgift är att främja och stödja betydelsefull grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsovetenskap samt att informera om kunskapsläge och aktuell forskning. Forskningsstöd fördelas till åtta tillämpningsområden, bl.a. till äldre, handikapp och folkhälsa med hälso- och sjukvård. SFR är därmed en betydelsefull finansiär för forskningen om den sociala omsorgen. Vid rådet finns tre prioriteringskommittéer som bereder besluten om anslag. I prioriteringskommitté *Välfärd* behandlas projekt inom områdena allmän välfärdsforskning och socialpolitik samt internationell folkhälsovetenskap. Prioriteringskommittén *Folkhälsa* bereder projekt inom folkhälsovetenskap men också vissa projekt om äldre och om missbrukare. I prioriteringskommittén *Omsorg* behandlas projekt om socialtjänsten

Till SFR inkom 1997 totalt 334 projektskisser varav 123 gick vidare och fullständig ansökan begärdes in. Totalt beviljades 53 projektansökningar medel. Av de beviljade forskningsmedlen avsåg 9,5 miljoner kronor handikappområdet, 19 miljoner kronor folkhälsa med hälso- och sjukvård samt 9 miljoner kronor äldreområdet. SFR har behandlat projekt inom den nya vårdforskningen framförallt i prioriteringskommittéerna inriktade på forskning om folkhälsa respektive omsorg.

Äldreforskningen har i enlighet med regeringens handlingsplan för äldrepolitiken (prop 1997/98:113) förstärkts med 10 miljoner kronor för år 1999, 20 miljoner kr för år 2000 och 30 miljoner kr för år 2001. SFR kommer att administrera dessa medel och har utarbetat ett förslag till forskningsprogram om äldre och åldrande för den aktuella perioden. Det föreslagna forskningsprogrammet består dels av medel som utlyses, dels av satsningar på tre "riksforskningscentra" för äldreforskning. Därtill föreslår SFR att medel avsätts för en regelbundet återkommande levnadsnivåundersökning. Förslaget om riksforskningscentra innebär att staten åtar sig ett långsiktigt kostnadsansvar att driva särskilda nationella forskningscentra och att äldreforskningen därmed får en fast förankring inom universiteten.

Medicinska forskningsrådet

Medicinska forskningsrådet (MFR) tillkom 1945. Rådet har till uppgift att stödja medicinsk forskning, vilket också innefattar de farmaceutiska, odontologiska och veterinärmedicinska områdena.

Under 1997 behandlade MFR ca 2 600 ansökningar och beviljade 1400 bidrag till forskning. Rådet fördelade 348 miljoner kronor som bidrag till forskare och forskargrupper för en period om två till tre år. MFRs bidrag har framförallt avsett medicinsk forskning och till större delen preklinisk forskning. Under 90-talet har MFRs stöd till patient-nära klinisk forskning minskat i omfattning.

De forskningsområden som MFR ger mest omfattande stöd till är nervsystemet och dess sjukdomar, mikrobiologi och infektionssjukdomar samt diabetes, vilka tillsammans beviljades 100 miljoner kronor under 1997.

MFR behandlar ansökningar om stöd till bl.a. vårdforskning inom två av rådets 14 prioriteringskommittéer, nämligen kommittéerna för folkhälsovetenskap och för psykiatri. MFR har inte definierat den "nya" vårdforskningen som ett särskilt målområde och har fått relativt få ansökningar från forskare inom dessa områden.

Cancerfonden

1951 bildades Riksföreningen för kräftsjukdomarnas bekämpande, Cancerfonden. Cancerfonden är en ideell organisation med uppgifterna att stödja och samordna cancerforskning, att informera om cancer och att utveckla nya metoder i vården av cancersjuka.

Det totala antalet ansökningar som inkommer till Cancerfonden har ökat starkt under 90-talet, närmare bestämt med 70 procent sedan 1988.

Totalt inkom 1 235 ansökningar år 1997 ansökningar, varav 962 gällde nya projekt. Av de 962 nya projektansökningarna beviljades 45 procent medel. Cancerfondens forskningsnämnd delade 1997 ut 240 miljoner kronor, varav huvuddelen gick till projektstöd (84 procent) samt en viss del (12 procent) till personliga tjänster för forskare. Dessutom anslogs 4,6 miljoner kronor som fördelas till den Nordiska cancerunionens forskningsfond. Cancerfondens stöd gick 1997 till den övervägande delen, 57 procent, till projekt med grundforskningsinriktning; 43 procent gick till projekt med huvudsakligen klinisk inriktning. År 1997 fördelades 2,1 miljoner kronor av *prioriteringskommittén för Vårdforskning, beteendevetenskap, prevention*, vilken bedömer projekt inom den "nya" vårdforskningen.

Trots att projektansökningarna inom den "nya" vårdforskningen bedöms i en särskild kommitté har detta område haft svårt att komma igång, kommittén får betydligt färre ansökningar att bedöma än övriga kommittéer. Cancerfonden ger också stöd till vårdkvalitetsprojekt som

bedöms av en särskild prioriteringskommitté. Stöd ges även till forskartjänster.

Barncancerfonden

Barncancerfonden är en ideell organisation, som drivs gemensamt av landets sju barncancerföreningar. År 1982 delade fonden för första gången ut medel till forskningen, 100 000 kronor. Prioriterade områden är möjligheter att ställa tidig diagnos, individualisering i behandling och utveckling av psykosocial behandling och stöd.

År 1997 delades 24 miljoner kronor ut, varav 11 miljoner kronor gick till patientnära klinisk barnonkologisk forskning, varav två miljoner kronor avsåg rena omvårdnadsprojekt. Fonden ger också 3,9 miljoner kronor i stöd till tjänster.

Barncancerfonden får liksom Cancerfonden få ansökningar från forskare i de nya vårdforskningsämnenena. Barncancerfonden har inga prioriteringskommittéer utan ansökningarna handläggs av forskningsnämnden.

Barncancerfondens styrelse är starkt pådrivande för att öka omvårdnadsforskningen inom barncancerområdet och det har gjorts olika försök för att stimulera denna forskning. Trots detta har inte bidragen till omvårdnadsforskningen kunnat ökas, bl.a. beroende på att få ansökningar inkommer.

Forskningspolitisk proposition

I regeringens proposition om vissa forskningsfrågor (prop 1998/99:94) föreslås att en arbetsgrupp tillsätts med uppdraget att föreslå en ny myndighetsstruktur för forskningsfinansieringen. Utgångspunkter för uppdraget är bl.a. att medel ska fördelas med utgångspunkt i kvalitet och relevans, att samspelet mellan olika slag av forskning liksom mellan forskning och samhälle måste utvecklas samt att ansvarsfördelningen mellan olika myndigheter måste vara tydlig.

Bakgrunden till förslaget är Forskningspolitiska utredningen (Forskning 2000) som i sitt slutbetänkande (SOU 1998:128) konstaterade att dagens organisation för forskningsfinansiering på den nationella nivån är uppsplittrad och innebär en konstlad uppdelning mellan grundforskning och tillämpad forskning. Utredningen har inte föreslagit några omprövningar av forskningsstiftelsernas (däribland Vårdalstiftelsen) verksamhet.

Något konkret förslag om ny forskningsorganisation föreligger således inte i dagsläget.

9.4 Sjukvårdshuvudmännens finansiering

Det finns ingen aktuell statistik över satsningarna på forskning inom landsting och kommuner. SCBs senaste undersökningar av forskning och utveckling (FoU) inom kommuner och landsting avser förhållandena 1994. I dessa undersökningar görs inte någon uppdelning på kostnader för forskning respektive kostnader för utveckling.

För år 1994 redovisade SCB att *kommunerna* satsade 350 miljoner kronor på FoU varav 69 miljoner kronor användes för FoU inom vård och omsorg. FoU-kostnaderna utgjorde därmed 0,1 procent av kommunernas totala driftskostnader för vård och omsorg (SCB 1996a).

I *landstingen* uppskattades för år 1994 de totala driftskostnaderna för FoU till 1 800 miljoner kronor varav 83 procent avsåg hälso- och sjukvården dvs. ca 1 545 miljoner kronor. Därtill kom investeringar för FoU på 100 miljoner kronor. De sammanlagda FoU-kostnaderna utgjorde därmed 1,9 procent av hälso- och sjukvårdens externa kostnader. Universitetssjukhusen och regionsjukhusen står för runt 60 procent av FoU-kostnaderna i landstingen (SCB 1996b). Driftskostnaderna för vårdhögskolornas FoU ingick inte i dessa beräkningar.

Kommittén skrev i sitt delbetänkande (SOU 1994:132) att landstingen bör tydliggöra resursutrymmet för forskning och utveckling i sina budgetbeslut och i redovisningar. En tanke bakom preciseringen av landstingens och kommunernas ansvar för kliniskt forskningsarbete i hälso- och sjukvårdslagen var att öka medvetenheten om vilka satsningar som görs på forskning och utveckling inom hälso- och sjukvården. Kommittén ansåg att ”det finns stora fördelar med att tydliggöra vilka resurser som kan användas för FoU och hitta nya former för fördelningen av dessa eftersom det skapar bättre förutsättningar för styrning och uppföljning av resultat och resultat användning” (SOU:1994:132).

Det kan dock konstateras att det fortfarande inom de flesta landsting och kommuner saknas kunskap om hur mycket medel som satsas på forskning och utveckling. Flera landsting arbetar för att uppnå ökad kunskap om de egna satsningarna på FoU. T.ex. har projekt för att reda ut hur mycket som satsas på FoU bedrivits i Uppsala och i Skåne.

I Region Skåne har införts ett system för särfinansiering och uppföljning av forskning, utveckling och undervisning (FoUU). Genom detta kan de olika anslagsdelarna för FoUU separeras ifrån sjukvårdens

kliniska verksamheter. I regionen har vidare införts ett nytt system för fördelningen av ALF-medlen, som innebär att den medicinska fakulteten ansvarar för prioritering av de ALF-medel som sjukvårdshuvudmännen och Medicinska fakulteten har kommit överens om skall användas för utbildning och klinisk forskning (ALF-medelhantering under 1999 i region Skåne, 1998).

Inom ramen för samverkan i sjukvårdsregionerna har gemensam finansiering av FoU genomförts under den senare delen av 90- talet. De sex sjukvårdsregionernas gemensamma finansiering av FoU-projekt var år 1998 totalt 103,55 miljoner kronor. Medlen fördelar sig på följande sätt mellan de sex sjukvårdsregionerna:

Tabell 9-2 Gemensamma FoU-medel i sjukvårdsregionerna år 1998

Regioner	Miljoner kr
Norra regionen	2,2
Uppsala - Örebro	0,4
Stockholm ^a	28
Västra regionen	20
Sydöstra regionen	20
Södra regionen	33
Totalt	103,55

Källa: Kommunalförbundet, Västra Götaland.

^{a)} Uppgifterna för Stockholmsregionen avser endast Stockholms läns landsting.

Enligt uppgifter från samverkansnämnderna delas större delen av medlen, efter ansökan, ut till anställda i landstingen för att bedriva olika FoU-projekt. I vissa regioner är det ett krav att ett projekts medarbetare skall komma från flera olika landsting. Syftet är att stimulera gemensamt forskningssamarbete inom regionen. Tanken är också att forskningssamarbetet skall leda till effektivare användning av tillgängliga FoU-resurser och en fördjupad FoU-dialog. Vidare eftersträvas snabbare kunskapsöverföring och bättre samverkan samt högre kvalitet i vården.

9.5 Kommitténs överväganden

Forskningsfinansiärerna bör stimulera den ”nya” vårdforskningen

Den ”nya” vårdforskningen har utvecklats snabbt, men har ännu inte fått ett tillräckligt antal erfarna forskare och doktorander, för att garantera framväxt av en vetenskapligt grundad kunskap för vården.

Vårdalstiftelsen är den enda forskningsfinansiär med statlig anknytning som i större omfattning stödjer den ”nya” vårdforskningen. Utöver stöd till forskningsprojekt inom vårdforskningens område gör också stiftelsen omfattande satsningar på forskartjänster bl.a. kombinations-tjänster. Vårdalstiftelsen har funnit lämpliga former för stöd till den ”nya” vårdforskningen, varför det är av stor betydelse att stiftelsen kan finnas kvar på längre sikt.

Kommittén anser det angeläget att även andra forskningsråd och finansiärer t.ex. Medicinska forskningsrådet (MFR), Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR), Cancerfonden och Barncancerfonden tydligt uttalar att även de stödjer den ”nya” vårdforskningen. Kommittén anser att forskningsfinansiärerna även på andra sätt bör kunna ta initiativ till att stimulera en god forskning inom forskningsfältet. Representanter för den ”nya” vårdforskningen bör t.ex. finnas i finansiärernas olika prioriteringskommittéer som bedömer forskningsansökningar m.m.

Enligt kommitténs mening är det angeläget att fler tjänster inrättas för de som disputerat, t.ex. genom att högskolan prioriterar den ”nya” vårdforskningen. Sådana prioriteringar kan förstärkas genom medel från forskningsråd.

Under de närmaste åren kommer äldreforskningen att gynnas av vissa resursförstärkningar. Det är angeläget att den ”nya” vårdforskningen inryms i dessa satsningar och att SFR som administrerar resursförstärkningarna i sitt program tydligt inkluderar aspekter som rör de äldres omvårdnad, rehabilitering m.m.

Åtgärder för att stärka den kliniska medicinska forskningen bör vidtas

Det finns tecken på att den kliniska medicinska forskningen har minskat i omfattning, bl.a. beroende på hårdare ekonomisk styrning av sjukvården och bristande förståelse för forskning. Denna forskning är

en viktig del av vårdforskningen som har stor betydelse för utvecklingen av vården. Både sjukvårdshuvudmännen och staten har intresse av och ansvar för att den kliniskt medicinska forskningen bedrivs. Utvecklingen av vården är beroende av att en allsidig klinisk forskning bedrivs som omfattar både den mer traditionellt medicinska forskningen och den ”nya” vårdforskningen. *Det är enligt kommitténs mening angeläget att den nedåtgående trenden på omfattningen av klinisk medicinsk forskning hejdas.*

Forskningsfinansiering av landsting och kommuner på regional nivå

Landstingen och kommunerna ansvarar för att det inom vårdverksamheterna sker en utveckling som leder till en effektiv vård av hög kvalitet. En av förutsättningarna är att det bedrivs forskning som täcker vårdens olika uppgifter och problemområden. Det är sjukvårdshuvudmännens ansvar att sådan forskning bedrivs.

Landstingen har inlett ett forskningssamarbete på regional nivå bland annat genom att anslå gemensamma medel i forskningsrådsliknande former som kan sökas för forsknings- och utvecklingsarbete av landstingsanställda. Kommittén anser att detta samarbete över landstingsgränserna är betydelsefullt. *Kommittén rekommenderar att också kommunerna bereds tillfälle att delta i denna form av samarbete, som då bör avse forskning och utveckling inom både landstingens och kommunernas vårdverksamheter.*

Sjukvårdshuvudmännen bör särredovisa kostnader för FoU

Landstingen och kommunerna har ännu inte funnit bra modeller för att redovisa kostnaderna för den forskning och utveckling som bedrivs. *Det är enligt kommitténs mening önskvärt att landsting och kommuner utvecklar kostnadsredovisningen så att det blir möjligt att särskilja kostnaderna för forskning, utveckling och klinisk utbildning.* Huvudmännen har ansvar för att FoU-resurser avsätts i en omfattning som överensstämmer med verksamhetens resursförbrukning och behov av ständig utveckling.

10 Organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården

När HSU 2000 startade år 1992 var uppdraget bl.a. att överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på en övergripande samhällsnivå (dir. 1992:30). Kommitténs överväganden och förslag skulle grundas på de tre modellerna; reformerad landstingsmodell, primärvårdsstyrd vård och obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Efter valet och regeringsskiftet 1994 beslutades om att kommitténs arbete skall utgå från dagens finansieringssystem och med landsting och kommuner som sjukvårdshuvudmän (dir.1994:152).

Även om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering inte har förändrats i grunden har hela 1990-talet kännetecknats av reformer. Både staten och sjukvårdshuvudmännen har använt sig av organisationsförändringar i syfte att effektivisera vården.

Sverige har fått 289 nya sjukvårdshuvudmän genom att kommunerna i Ädel-, handikapp- och psykiatireformerna fick ansvaret för en omfattande vårdverksamhet som tidigare varit landstingens ansvar. Landstingen tar nu successivt över ett kostnadsansvar för läkemedel som omfattar minst 15 procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård. En husläkarreform påbörjades den 1 januari 1994 men togs tillbaka och genomfördes aldrig i hela landet även om landstingen fortfarande tillämpar flera av de principer som ingick i reformen.

Dessutom har landstingen ändrat styrningen av vården mer eller mindre radikalt. 1990-talet var den tidsålder då landstingen och även kommunerna införde nya organisatoriska och administrativa modeller som med konkurrens och ekonomiska incitament skulle få vården att utnyttja resurserna mer effektivt. Samtidigt fick kommuner och landsting krav på sig att minska kostnaderna bl.a. i och med den försämrade ekonomin.

Kommittén har uppdragit åt tre forskargrupper att kommentera genomförda, dokumenterade utvärderingar av landstingens och kommunernas förändrade styrformer av vården. De tre perspektiven är eko-

nomi och effektivitet, arbetsmiljö samt demokrati. Forskarnas rapporter finns i sin helhet i bilaga 1 till detta betänkande.

10.1 Ädelreformen

Ädel, som reformen har kommit att kallas, innebar att kommunerna tog över en stor del av ansvaret för äldreomsorgen från landstingen den 1 januari 1992. Reformens främsta syfte var att samordna samhällets insatser för äldre med målet att åstadkomma ett mer sammanhållet ansvar och en bättre vård ur ett helhetsperspektiv (prop. 1987/88:176).

Bakgrunden till reformen var att landstingens och kommunernas delade ansvar för äldreomsorgen upplevdes som problematisk på flera sätt (Ds 1989:27). Genom att lägga huvudansvaret för äldreomsorgen hos en huvudman ville man åstadkomma en effektivare verksamhet.

Reformen innebar bl.a. att kommunerna övertog ansvaret för sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård från landstingen. Man fick även betalningsansvar för motsvarande insatser som tillhandahölls av landsting eller annan vårdgivare. Kommunerna skulle även inrätta, och ansvara för hälso- och sjukvård inom särskilda boendeformer för service och omvårdnad både för äldre personer och för yngre med funktionshinder. Ansvaret omfattade även dagverksamheter. Läkarsatser undantogs. En sjuksköterska med medicinskt ansvar (s.k. MAS) skulle finnas för varje verksamhetsområde som kommunen definierar. Vidare kunde landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende till kommunen om kommunen och landstinget var överens att så skulle ske. Kommunen och landstinget kunde också komma överens om att kommunen skulle ta över ansvaret för hela primärvården på försök under fem år från år 1992.

Socialstyrelsen har haft uppdraget att följa och utvärdera Ädelreformen. I slutrapporten (Socialstyrelsen 1996) konstaterar man att den tydligaste effekten av reformen varit minskningen av antalet vårdplatser såväl inom akutsjukvården som geriatriken, detta till följd av att kommunerna mycket snabbt övertog de så kallade medicinskt färdigbehandlade patienterna till andra vårdformer. Samtidigt konstaterar man att patienternas vårdtyngd i kommunernas särskilda boendeformer har ökat betydligt vilket bl.a. innebär krav på medicinska insatser och rehabilitering som kommunerna inte haft beredskap för. Även om tillkomsten av medicinskt ansvariga sjuksköterskor ökat medvetenheten om medicinska kvalitetskrav finns brister i det medicinska omhändertagandet bl.a. på grund av låg läkarmedverkan. Antalet bostäder i

särskilda boendeformer har ökat betydligt, inte minst gruppboenden för senildementa.

Socialstyrelsen betonar att förutsättningarna för äldreomsorgen har förändrats sedan Ädelreformen genomfördes (Socialstyrelsen 1998d). Detta har bl.a. inneburit att insatserna inom hemtjänsten koncentreras till de äldsta och mest hjälpbehövande medan allt färre äldre får hjälp med service och hushållsgöromål. Man ser också problem med avgifterna för vård och omsorg, ett system som förändrades i och med Ädelreformen. I många fall har de boende inte en skälig levnadsnivå efter betalning av skatt, hyra samt kostnader för sjukvård och äldreomsorg.

Socialstyrelsen gjorde 1996, trots påtalade brister, en positiv samlad bedömning av reformens effekter:

Ädelreformen har skapat möjligheter att lösa många av de problem som tidigare kännetecknade vården och omsorgen om de äldre. [...] Viktiga framgångar har varit ... en påtaglig kompetensökning bland vårdpersonalen och en förbättrad uppföljning av kvaliteten i vården genom den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Överhuvudtaget har Ädelreformen skapat förutsättningar för en fortsatt utveckling av vården och omsorgen om de äldre (Socialstyrelsen 1996, s. 18).

Kommunal primärvård

I samband med Ädelreformen startade en försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för primärvården. Syftet var att ge möjlighet till helhetsbedömningar. Försöken var tänkt att pågå mellan 1992 och 1996, men har förlängts till utgången av år 1999. Sju kommuner och motsvarande landsting har ingått under olika lång tid, nu finns bara tre kommuner kvar i försöksverksamheten.

Socialstyrelsen, som har utvärderat försöken, skriver i sin slutrapport (Socialstyrelsen 1998b) att man inte funnit några generaliserbara effekter. Såväl försöks- som kontrollkommuner uppvisade stora variationer, som var svåra att entydigt koppla till huvudmannaskap. Man underströk även att det var angeläget att tillvarata de erfarenheter som gjorts under försöken.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har i en gemensam skrivelse till regeringen föreslaget att kommuner och landsting skall ges vidgade möjligheter att samverka. Bland annat föreslås lagändringar som gör det möjligt för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd samt att bedriva verksamheter åt varandra på entreprenad utan skifte av huvudmannaskap

Regeringen har aviserat att en utredning skall tillsättas med uppgiften att kartlägga och analysera de problem som i dag finns vid samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunens vård och omsorg på områden där det finns behov och intresse av att samverka samt även lämna förslag till lösningar.

10.2 Handikappreformen

Handikappreformen innebar att kommuner och landsting fick ett större och förändrat ansvar för insatser till personer med funktionshinder. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) syftade till att personer med omfattande funktionshinder skall kunna leva som alla andra. Dessutom skedde förändringar i Socialtjänstlagen (1980:620) och Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Förutom den nya och ändrade lagstiftningen tillkom statliga stimulansbidrag till kommunerna.

Bakgrunden till reformen var att omfattande brister fanns i stödet till funktionshindrade, vilket konstaterats av Handikapputredningen (SOU 1991:46). Dessutom fanns stora variationer i stödet mellan landsting och kommuner och mellan olika grupper av funktionshindrade.

Målet för insatserna enligt LSS skall vara att *främja människors jämlikhet i levnadsvillkoren och fulla delaktighet i samhällslivet*. Verksamheten skall vara grundad på *respekt för den enskildes självbestämmande och integritet*.

LSS och LASS ger funktionshindrade personer rätt till stöd för den dagliga livsföringen framför allt från kommunerna. Landstingen fick utökade åtaganden för rådgivning, annat personligt stöd samt tolktjänst. De grupper som får stöd enligt lagarna är utvecklingsstörda personer, personer med autism, personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder samt personer med andra varaktiga funktionshinder som inte beror på normalt åldrande men som är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen.

Reformen innebar också en avveckling av vårdhem och specialsjukhus för utvecklingsstörda.

Socialstyrelsen har följt upp och utvärderat handikappreformen. I slutrapporten (Socialstyrelsen 1997) drar Socialstyrelsen bl.a. följande slutsatser:

- Personlig assistans har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för en majoritet av de som beviljats insatsen.

- Personer med funktionshinder - särskilt de med psykiska funktionshinder - har lägre standard och sämre förutsättningar än befolkningen i övrigt vad gäller ekonomi, bostad, arbete, fritid och sociala relationer.
- Insatserna för personer med utvecklingsstörning tenderar att minska samtidigt som deras behov av stöd ökar. De som har flyttat från vårdhem har fått det bättre.

Man pekar även på bristande samverkan och samordning av olika insatser samt att domstolsutslag inte verkställs av huvudmännen. Knappt hälften så många som beräknades vid reformen har i dag LSS-insatser.

I reformen ingick även stimulansbidrag för att utveckla habilitering och rehabilitering. Detta ledde till att nya arbetsformer tagits fram som bl.a. lett till ett vidare samarbete och större medverkan från patienter och anhöriga (Socialstyrelsen 1998e). Stimulansmedlen höll dock inte hela vägen: Det sista året, 1997, reducerades det med 300 miljoner.

Socialstyrelsens sammanfattande bedömning i slutrapporten är att:

Inom vissa områden har uppnåtts positiva resultat och stor uppmärksamhet och kunskapsutveckling om funktionshindrades levnadsförhållanden sker för närvarande. Inom vissa områden har dock ingen utveckling ännu skett (Socialstyrelsen 1997a, s. 7).

Bemötandeutredningen (SOU 1999:21) har haft i uppgift att utreda bemötandet av personer med funktionshinder kan också sägas vara en utvärdering av hur målen i handikappreformen har uppnåtts. Utredaren (s. 11) sammanfattar bemötandet av personer med funktionshinder:

Jag måste tyvärr konstatera att det finns stora brister i bemötandet av personer med funktionshinder. Många känner sig kränkta, kontrollerade och ifrågasatta.[...]Det finns en otydlighet i det politiska budskapet som hur samhället ser på människor med funktionshinder och hur samhället behandlar och tillfredsställer de behov av stöd, service och tillgänglighet som många personer med funktionshinder har.[...] Klyftan mellan ideal och realiteter visar sig särskilt tydligt i frågan om domstolstrots.

Utredningen förslår vidare nio olika ”vägar” som tillsammans syftar till att förbättra situationen. De nio vägarna är:

- 1 Lagfäst rätten till delaktighet
- 2 Sätt stopp för domstolstrotset
- 3 Skapa klarhet kring ”Råd och stöd”
- 4 Vidga rätten till tillgänglig samhällsinformation

- 5 Inför en funktion för hantering av synpunkter och kritik på bemötandet
- 6 Utveckla brukarstödscentra
- 7 Öka bemötandekompetensen
- 8 Stärk handikappforskningen
- 9 Gissla fördomen!

10.3 Psykiatrireformen

Psykiatrireformen kan betraktas som ett komplement till Ädel- och handikappreformerna; insatserna för psykiskt störda skall följa den ansvarsfördelning som tidigare gjorts för de äldre och funktionshindrade (prop. 1993/94:218). Reformen innebar att kommunerna gavs huvudansvaret för samordningen av insatser riktade till psykiskt störda. Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar kompletterades med vissa bestämmelser som ger kommunerna ett obligatoriskt betalningsansvar för vissa psykiskt långtidssjuka. Genom reformen överfördes i genomsnitt 15 procent av psykiatrins resurser till kommunerna.

Bakgrunden var att många psykiskt störda personer var beroende av stöd från olika myndigheter och organ samtidigt. Oklara ansvarsgränser mellan främst kommun och landsting gjorde att ett samlat stöd inte kom till stånd, vilket påvisades av Psykiatriutredningen (SOU 1992:73).

Syftet med reformen var att förbättra de psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Reformen innebar krav på ökade samhällsinsatser för personer med psykiska funktionshinder vad gäller boende, sysselsättning, fritid, arbete, rehabilitering, social gemenskap samt vård och omsorg. En del i reformen var stimulansbidrag för att utveckla den aktuella vården.

När Socialstyrelsen utvärderat Psykiatrireformens första tusen dagar (Socialstyrelsen 1998a) konstaterades att flertalet kommuner, 85 procent, hade inventerat behovet av insatser. Inventeringen visade att behovet av stödinsatser för arbete, daglig sysselsättning, sociala kontakter och fritid var stora samt att psykiskt funktionshindrade behövde ett mer flexibelt, individuellt och inte tidsbundet stöd som kan mobiliseras när akuta behov uppstår. Man påpekade även att psykiskt funktionshindrade i praktiken står utanför LSS. Socialstyrelsen menade att en fortsatt utveckling behövs på flera punkter bl.a. anhörigstöd.

I slutrapporten från utvärderingen (Socialstyrelsen 1999e) konstateras att ett antal olika aktiviteter inom området varit framgångsrika och i vissa fall lett till ett minskat behov av slutenvård. Utvärderingen visar dock att det fortfarande finns brister; bl.a. saknar många vård-

tagare daglig sysselsättning; den enskildes inflytande över boende m.m. är inte tillräckligt; resurserna för rehabilitering av psykiskt sjuka tycks minska och tillgången till sjukvård måste bättre kunna säkerställas.

10.4 Läkemedelsreformen

Kommittén har haft uppdraget att utreda förutsättningarna för att föra över kostnadsansvaret för läkemedel till sjukvårdshuvudmännen från den allmänna sjukförsäkringen, samt att göra en samlad översyn av läkemedelsförmånen och högkostnadsskyddet. Detta uppdrag redovisades i delbetänkandet *Reform på recept* (SOU 1995:122). Kommitténs förslag utmynnade i Läkemedelsreformen som har genomförts i två steg. Fr.o.m. år 1997 infördes en ny läkemedelsförmån för patienter i öppen vård och med början år 1998 övertas kostnadsansvaret för förmånen successivt av landstingen.

Bakgrunden till reformen var den snabba utvecklingen av kostnader för läkemedel, som medfört att läkemedel tagit i anspråk en allt större andel av de totala sjukvårdskostnaderna. Den främsta orsaken är att nya och dyrare läkemedel förskrivs i allt större utsträckning. Kommittén har tidigare konstaterat att detta i och för sig kan innebära vinster; dels ekonomiska om läkemedlet leder till snabbare tillfrisknande eller ersätter dyrare terapier, dels i form av ökad livskvalitet.

Genom att överföra ansvaret för läkemedel även inom den öppna vården till *landstingen* skulle det bli möjligt att göra avvägningar mellan läkemedelsbehandling och andra insatser utifrån den enskilda patientens behov. Före reformen kunde läkemedel i öppen vård betraktas som en fri nytthet, sedd ur sjukvårdens perspektiv. Staten betalade notan på löpande räkning och läkemedelsbehandling var ”gratisbehandling” för landstingen; det fanns inga incitament för kostnadskontroll. Med det totala kostnadsansvar som landstingen nu får för hälso- och sjukvård *inklusive läkemedel* måste alltså kostnad och effekt av läkemedel alltid vägas mot kostnader och effekter av andra insatser.

Det tidigare förmånssystemet ansågs i sig vara kostnadsdrivande. Det nya förmånssystemet konstruerades för att göra patienten uppmärksam på de faktiska kostnaderna. Särskild hänsyn togs till de som har störst behov av att få läkemedel subventionerade vilket innebar: ”...att personer som har låga faktiska kostnader för läkemedel får betala en större andel av kostnaden för sina läkemedel själva och därmed lämna ett större bidrag till finansieringen av läkemedelsförmånen.” (SOU 1995:122 s. 23). Högkostnadsskyddet för läkemedel skildes också från högskostnadsskyddet inom den öppna hälso- och sjukvården.

För *patienten* innebar reformen att de samlade utgifterna för läkemedel m.m. under en tolv månadersperiod uppgick till högst 1300 kronor. Vissa undantag finns i lag och förordning¹⁰ samt kan beslutas av enskilda landsting. Undantagen kan t.ex. medge lägre utgifter eller undanta vissa läkemedel. Läkemedelsreformen innebar också att vissa läkemedel som tidigare var kostnadsfria inte längre är det.

Utgifterna fördelade sig mellan landsting och patient enligt en "trappa" där *patienten* betalar hela kostnaden upp till 400 kronor, halva kostnaden mellan 400 och 1200 kr (dvs. för patienten 400 kr), 25 procent mellan 1200 och 2800 kr (dvs. för patienten 400 kr), och 10 procent mellan 2800 och 3800 kr (dvs. för patienten 100 kronor). Förmånen administreras av Apoteket AB som i sin tur begär ersättning av respektive landsting.

Landstingen fick som nämnts hela kostnadsansvaret för läkemedel dvs. även för den öppna vårdens läkemedelskostnader. Genom ett system med specialdestinerat statsbidrag med en s.k. vinst- förlustfördelningsmodell får landstingen kompensation för kostnaden. Tidigast år 2001 är en övergång till ett mer generellt system planerat.

Reformen utvärderas för närvarande av Socialstyrelsen. Hittills har framkommit att 8 procent av hushållen under år 1997 av ekonomiska skäl avstod från att köpa läkemedel de fått utskrivna på recept. Om denna siffra är högre än före reformen är oklart då inga liknande studier genomförts före år 1997 (Socialstyrelsen 1998e).

Före reformens genomförande steg kostnaderna för läkemedel med i genomsnitt 12 procent per år. Kostnaderna för läkemedel fortsätter att stiga efter reformen men med hur mycket är av flera skäl oklart. Dels är innehållet i läkemedelsförmånen ändrat och dels har läkemedelsförsäljningen varit låg år 1997 till följd av den stora hamstringsvågen som föregick reformen år 1996 (se nedan).

Kostnadsökningen år 1998 verkar ha skett i samma takt som före reformen. År 1997 stod patienterna själva för ca 25 procent av läkemedelskostnaden och år 1998 hade andelen sjunkit med några procent. Orsaken är att ett större antal frikort än väntat har utfärdats. Konsekvensen blir ökade kostnader för stat/landsting.

I reformen ingick att landstingens läkemedelskommittéer fick ett större ansvar. Kommittéerna har dock haft en relativt kort tid på sig att påverka förskrivningen inom det egna landstinget. Det är alltså ännu för tidigt att avgöra vilken effekt de på sikt kan ha på läkemedels-

¹⁰ Lag 1996:1150 om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. respektive förordning 1996:1294 om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m.

kostnaderna. Man har idag inte heller tillgång till kunskap runt förskrivningen då receptregistret inte är i fullt bruk.

Det har förekommit olika tolkningar vad gäller rätten att utan subvention förskriva läkemedel som omfattas av subventionssystemet. Många har tolkat detta som omöjligt, en tolkning som inneburit merkostnader. Socialstyrelsen har meddelat (Socialstyrelsen 1999d) att förskrivning utan subvention inte bara är möjlig, utan påbjuden i de fall då syftet med förskrivningen är annat än att påvisa, lindra, bota sjukdom eller symtom på sjukdom eller i likartat syfte. Ingen förändring skedde alltså på denna punkt i och med reformen; det fanns heller inget förslag från kommittén om en sådan ändring.

Mot bakgrund av den situation som uppkommit biföll riksdagen 199-05-19 en hemställan från socialutskottet med innebörden att frågan om subvention fullständigt, och med förtur, måste klarläggas.

Tempot har varit högt uppdrivet i samtliga led i beslutsprocessen från utredning till proposition och riksdagsbeslut i läkemedelsreformen. Riksdagsbeslutet fattades i slutet av november 1996; det nya förmånssystemet trädde i kraft 1 januari 1997, dvs. drygt en månad senare. Reformen föregicks av en massiv mediabevakning och inte alltid med korrekt information. Såväl reformen i sig som den upphaussade mediatäckningen ledde till en omfattande hamstringsvåg under tiden mellan beslut och införande.

Även för närvarande pågår en snabb förändringsprocess. Med anledning av den fortsatt höga kostnadsökningstakten har Regeringen den 31 mars i år, föreslagit att högkostnadsskyddet förändras så att patientens andel höjs till 1 800 kronor, dvs. trappan börjar gälla först efter 900 kronor (prop. 1998/99:106). Riksdagen fattade beslut den 19 maj med införande från den 1 juni.

Regeringen skriver (prop. 1998/99:106) att den förändring man nu gör inom det rådande systemet bör följas av en utredning för att göra en ny översyn av läkemedelsförmånen.

Den ökade kostnaden för läkemedel belastar inte bara stat och landsting. Även den enskilde patienten har fått en betydande kostnadsökning, inte minst genom att taket för den del av avgifter/pris som inte täcks av högkostnadsskydd höjdes i och med att läkemedelsdel och vårddel separerades i samband med läkemedelsreformen. I anslutning till den nu föreslagna höjningen av patientens egen del sker en höjning av pensionstillskottet, inga andra grupper kompenseras.

Kommittén har tidigare uttalat att man bedömer att ”ytterligare kostnadsöverföringar från det offentliga till de enskilda medborgarna skulle medföra allvarliga risker för att människor avstår från sjukvård

och läkemedel av ekonomiska skäl" (SOU 1996:163, s.314) En bedömning som kvarstår.

10.5 Finsam och Socsam

För att värdera om samordning mellan verksamheter inom socialsektorn kunde leda till vinster för samhället och den enskilde startade försöket med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring, *Finsam*. Försöket pågick under perioden 1993-1997. Det innebar att sjukvård och försäkringskassa inom fem försöksområden hade ett gemensamt ansvar för kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning. Man hade även möjlighet att disponera en del av sjukförsäkringspengarna för sjukvårdsinsatser.

Viktiga delar i *Finsam* var det gemensamma kostnadsansvaret, flexibel användning av medel i socialförsäkringen och ett ekonomiskt utfall, som parterna hade ansvar för att täcka eller fick ta del av.

Försöket med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och socialförsäkring, *Socsam*, påbörjades år 1994 i Stenungsunds kommun, nya försöksområden har tillkommit successivt. Verksamheten omfattar i dag åtta områden och ska avslutas år 2001. De tre huvudmännen bildar ett politiskt ledningsorgan som har till uppgift att besluta om mål och riktlinjer, planera, upphandla samt finansiera verksamheter.

Socialstyrelsen har även utvärderat *Finsam* och *Socsam*. Undersökningar visar att *Finsam* har medfört en besparing i socialförsäkringen om cirka 200 miljoner under perioden 1993-1996. Ohälsotalet minskade med 2,5 dagar i försöksområdena (perioden 1992-1995) medan det under samma period ökade i riket med 2,1 dagar. Vad gäller *Socsam* visar preliminära resultat på effekter hos utvalda målgrupper (Socialstyrelsen 1998).

Det kan konstateras att parterna själva fått tillgodoräkna sig sparade medel och att detta kan vara en av drivkrafterna bakom de lyckade resultaten i dessa försök med nya roller och gränser.

10.6 Husläkarreformen

Husläkarreformen innebar att alla invånare i Sverige skulle få möjlighet att själva välja allmänläkare. Motivet för reformen var att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i den öppna vården. Reformen påbörjades den 1 januari 1994 och skulle vara fullt genomförd vid ut-

gången av 1995. Förutsättningarna för husläkarna angavs i en särskild lag om husläkare (1993:588).

Tanken var att husläkaren skulle ha ett tydligt och preciserat ansvar för de personer som valt honom/henne till husläkare. Uppgifterna som husläkaren skulle ansvara för föreslogs i propositionen (1992/93:160) omfatta mottagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser samt samverka med andra service- och vårdgivare. Husläkaren skulle dessutom medverka till att den egna verksamheten kunde följas upp och utvärderas samt rapportera om lokala hälsoproblem. Huvuddelen av ersättningen för husläkarverksamheten skulle utgöras av en fast ersättning avpassad efter ålder per individ som var ansluten till husläkaren. I övrigt finansierades verksamheten av patientavgifter eller besöksersättningar.

Lagen upphävdes den 1 januari 1996. Motivet för riksdagens ställningstagande var att husläkarsystemet minskade den enskildes valfrihet och att varje landsting måste ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar; detaljeringsgraden i husläkarlagen antogs inverka menligt på möjligheterna att utforma primärvården utifrån befolkningens önskemål och behov samt utifrån lokala förutsättningar (prop.1994/95:195).

Huvudmotiven bakom reformen, dvs. tanken om en fast, kontinuerlig läkare har dock fått starkt genomslag både i ändrad lagstiftning och genom att begreppet husläkare lever kvar såväl i människors medvetande som i många sjukvårdshuvudmäns organisation av primärvården. När husläkarlagen avskaffades infördes en ny bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen som innebar att patienten skall kunna välja en fast läkarkontakt i primärvården.

10.7 Nya styrmodeller i landstingen under 1990-talet

Kommuner och landsting har under senare delen av 1980-talet och under 1990-talet genomfört förändringar av den interna styrningen av hälso- och sjukvården. Detta är inget unikt för Sverige. I många länder har man försökt förändra relationerna mellan olika aktörer: medborgare/patienter, finansärer samt vårdproducenter; framförallt var organisationsförändringarna i Storbritannien en inspirationskälla för Sverige. I Sverige har de nya styrmodellerna i kommuner och landsting bl.a. kommit att betecknas som beställar/utförar- eller köp/sälj-modeller.

Redan före införandet av beställar/utförar-modeller hade den ekonomiska styrningen förändrats i landsting och kommuner genom decentralisering av ekonomiansvar och resultatansvar, ofta med förebilder i den privata företagsvärlden. En av drivkrafterna för förändringarna var den ekonomiska stagnation som den svenska ekonomin upplevde i början på 1990-talet, vilket framtvängde prioriteringar i en större omfattning än vad som tidigare behövts.

Syften med de nya modellerna har framför allt varit :

- att öka effektiviteten
- en ökad tillgänglighet till sjukvård
- att stärka demokratin genom valfrihet för patienten och tydligare mandat för politiker
- att en större andel av vården skall utföras inom primärvården och en mindre del på sjukhusen.

Det kan inte uteslutas att en drivkraft var att visa upp organisationen som handlingskraftig och modern, speciellt mot bakgrund av att sjukvården före förändringarna utsatts för kritik för låg effektivitet (Törnqvist 1999).

De nya styrformerna kännetecknas av att de skiljer på å ena sidan producenter/utförare och å andra sidan beställare/finansiär inom sjukvården. Ekonomiska incitament (bl.a. för att öka den ekonomiska medvetenheten) och konkurrens, men också större krav på sjukvården att redovisa sina resultat har varit inslag i styrmodellerna. De har genomförts på olika sätt i olika landsting. Enligt Törnqvist kan två typer identifieras där den ena rör landstings- och den andra distrikts-nivån.

På landstingsnivå har modellerna inneburit inrättandet av beställarfunktioner som har till uppgift att köpa vård från olika vårdgivare utifrån befolkningens förväntade behov. Gemensamma drag har varit:

- kontraktstyrning, dvs. tidsbegränsade avtal skrivs med producenter
- konkurrensutsättning, inte sällan i syfte att uppmuntra alternativa ägar- och driftsformer, samt
- koncentration, dvs. att politikerna koncentrerar sig på övergripande styrning, uppföljning och kvalitetskontroll.

Med en utformning på distriktsnivå har kliniker fått budgetansvar för att i sin tur köpa varor och tjänster från serviceenheter.

Flertalet landsting och kommuner har i någon form prövat eller infört någon typ av beställar/utförar modell; dock i olika grad och under olika lång tid. Anslagsfinansiering eller liknande har återinförts för vissa verksamheter, speciellt sådana som visat sig vara klart olämpliga att driva under beställar/utförar-styre t.ex. intensivvårdsverksamhet och akutmottagningar.

10.8 Utvärdering av de nya styrformerna

Kommittén har gett tre forskargrupper i uppdrag att ur olika perspektiv kommentera genomförda utvärderingar av effekterna av landstingens och kommunernas förändrade styrformer av vården. De tre perspektiven är:

- ekonomi, effektivitet och produktivitet
- arbetsmiljö
- demokrati

Forskarnas rapporter återfinns i detta betänkandes bilaga 1. Det ekonomiska perspektivet har behandlats av civilekonomen Helene Törnqvist, arbetsmiljö av docent Rolf Å Gustafsson och med. dr., leg psykologen Inga-Lill Petterson samt demokrati av fil. mag. Cecilia Eriksson och universitetslektorn Erik Amnå.

En gemensam slutsats av forskarna är att det råder en brist på utvärderingar av god kvalitet som direkt fokuserar på de ändrade styrformerna. Bl.a. har inga mätningar gjorts före reformerna vilket gör före-efter jämförelser omöjliga. Till detta kommer att många andra förändringar skett som påverkat alla landsting, t.ex. ekonomiska neddragningar, teknisk och medicinsk utveckling, huvudmannaskapsreformer m.m. Det är således svårt att isolera effekterna av nya styrmodeller från effekterna av andra förändringar inom hälso- och sjukvården.

De nya styrmodellerna har genomförts på delvis olika sätt i olika landsting och de har dessutom förändrats under resans gång, vilket ytterligare bidrar till svårigheterna att utvärdera. De utvärderingar som genomförts har i huvudsak begränsats till att belysa kostnads- och effektivitetsaspekter, vilket inneburit att viktiga aspekter på organisationsförändringarna saknas, t.ex. konsekvenser för personalens arbetsmiljö.

Ekonomi/produktivitet/effektivitet

De kanske mest uttalade syftet med att införa beställar/utförar-modellen var att öka produktivitet och effektivitet inom sjukvården. Törnqvist konstaterar att produktiviteten ökade såväl inom de landsting som införde beställar/utförar-modeller som inom landsting och delar av landsting som inte infört modellerna. Orsaker kan vara andra reformer, en allmänt ökande medvetenhet om den ansträngda ekonomin och en potentiell risk/chans att systemet även skulle införas där. Som

bakgrund till detta kan konstateras att produktiviteten inom sjukvården *minskade* under 1970- och 1980-talen (Törnqvist, bilaga 1).

Mätningar av produktivitet, och i ännu högre grad effektivitet, är på flera punkter svår genomförda. I detta fall finns frågetecken bl.a. vad gäller rapporteringen av prestationer, speciellt inom beställar/utförarlandsting: "...om man inför ersättning per prestation, så har man gett sjukvården ökade incitament att vara *mer noggrann med registrering* [...] vilket också kan förväntas ge en viss överskattning av prestationsvolymsökningar" (s. 26). Det är också oklart om det är samma kvalitet som mäts före och efter förändringen av styrform.

Huruvida effektiviteten ökat är oklart då inga studier gjorts av detta. En sådan mätning ställer krav på att utfallet av prestationen mäts vilket är svårare än att mäta prestationerna i sig.

Gustafsson (bilaga 1) konstaterar att svenska och engelska undersökningar pekar på att de administrativa kostnaderna ökat i samband med införande av beställar/utförar-modeller. Det är emellertid svårt att visa huruvida denna ökning har bidragit till besparingar inom andra områden.

Törnqvist konstaterar att parallella, strukturella förändringar genomfördes vid tiden för introduktionen av nya styrformer vilket medför att:

Det är omöjligt att avgränsa de olika förändringarnas effekter och därför mycket svårt att fastställa vad landstingens nya ekonomiska styrformer har haft för påverkan på vårdens inriktning. (Bilaga 1, Törnqvist, avsnitt 1.5)

Det kan konstateras att de nya styrsystemen har lett till ökad medvetenhet om såväl ekonomi som kvalitet bland hälso- och sjukvårdens personal. Det har dock inte påvisats om detta i sin tur lett till påverkan på ekonomi och/eller kvalitet.

En komplikation i sammanhanget är att parallellt med att de nya styrsystemen infördes fick patienter större möjlighet att välja vårdgivare. Beställarna, som ju ska tolka medborgarnas behov och beställa vård utifrån detta, kan inte styra patienten som kan välja en vårdgivare som inte beställaren har avtal med. Likaledes har vårdgivaren stort inflytande då det ofta är läkare (eller andra) som ansvarar för bedömningen av huruvida ett vårdbehov föreligger. Dessa båda förhållanden gör att det kan vara svårt att bibehålla kostnadskontrollen på det sätt som var tänkt när de nya styrsystemen infördes.

Arbetsmiljö

Vårdens arbetsmiljö har endast i undantagsfall behandlats i samband med utvärderingar av de nya styrformerna under 1990-talet (Gustafsson, bilaga 1), vilket naturligtvis gör det svårt att utreda huruvida någon påverkan har skett. Detta faktum föreligger trots att en förbättrad arbetsmiljö emellanåt uppgetts som ett av skälen till byte av styrform.

Gustafsson och Petterson har därför, förutom litteraturstudier, gjort en analys av Statistiska Centralbyråns Arbetskraftsundersökningar utifrån den aktuella frågeställningen (bilaga 1). Denna analys tyder på att det finns två faktorer där personal inom beställar/utförar-landsting¹¹ har haft en upplevelse av arbetsmiljön som skiljer sig från landsting med traditionella styrsystem, nämligen lägre upplevelse av frihet i arbetet och möjligheter till inflytande.

Samma analys visar dock att all vårdpersonal, oavsett styrmodell, oftare upplever sitt arbete som påfrestande, en högre arbetsbelastning och en mer ökande arbetstakt än vad andra yrkesgrupper gör. Trenden är dessutom negativ under 1990-talet. Däremot upplever personalen inom vården i större utsträckning att deras arbete är meningsfullt än vad personer med andra yrken gör.¹²

Petterson (bilaga 1) refererar Karaseks modell för en god arbetsmiljö som visar att en hög arbetsbelastning i kombination med liten möjlighet till påverkan är en riskfaktor vad gäller de anställdas hälsa. Petterson konstaterar att:

Förändringstakten har varit alltför hög och befogenheter har inte ökat i takt med ansvar... Att inflytandet minskat i takt med att arbetsbelastning och krav ökat bör uppmärksammas som en riskfaktor för ohälsa och utbrändhet hos personalen (ibid. s. 33).

Med en hög och ökande ohälsa bland sjukvårdspersonal följer en minskad attraktivitet för dessa yrken. Det är således av vikt för en framtida god hälso- och sjukvård att arbetsmiljöfrågorna uppmärksammas, inte minst för att underlätta rekrytering till utbildningar och arbete inom sektorn.

Slutligen uppmärksammar Gustafsson och Petterson:

¹¹ I den redovisade undersökningen representerade av Stockholm, men resultatet är detsamma om tre andra landsting som uttalat infört beställar/utförar modeller tas med.

¹² Se även diskussionen i bilaga 1, avsnitt 4.3 kring instrumentell kontra expressiv inställning till arbete.

...det ekonomiska och sociala risktagande, som är förknippat med att genomföra organisationsförändringar inom vården utan tillräcklig lyhördhet för de upplevelser av meningsfullhet, som ett vårdarbete uppenbarligen kan innebära i gynnsamma fall och som är en förutsättning för god vårdkvalitet.

Demokrati

I litteraturgenomgången ur demokratiaspekt konstaterar Eriksson att det överhuvudtaget finns lite forskning som anlägger dessa aspekter på landstingspolitiken och än mindre som är relaterat till styrformerna (Eriksson, bilaga 1). De undersökningar som genomförts visar att det finns ett starkt stöd för en offentligt finansierad, och producerad sjukvård. Medborgarna har ett stort förtroende för sjukvården.

I sin analys av styrformernas effekter skiljer Eriksson på den lilla och den stora demokratin. "Den lilla demokratin handlar främst om människors vardagssammanhang, medan den stora demokratin berör möjligheterna att påverka samhällsutvecklingen i en vidare mening" (ibid s. 150) Med denna uppdelning visar Eriksson att demokratin kan sägas ha såväl stärkts som försvagats i och med införandet av nya styrformer. I den lilla demokratin, för medborgaren *som patient*, har inflytandet stärkts, inte minst till följd av den ökade valfriheten, även om här finns regionala skillnader. Eriksson påpekar dock att valfrihetssystemet liksom andra system kräver "...att det finns någon (t.ex. politiker) som aktivt tar parti för dem som inte har förmåga att utnyttja fördelarna..." (ibid s. 151f).

I den "stora demokratin" har inflytandet minskat. *De folkvalda landstingspolitikerna* kan sägas ha fått mindre makt, då de i viss mån frånträtt det direkta inflytandet över verksamheten. Makten har förskjutits till verksamhetsföreträdare och tjänstemän. Det finns dock studier som visar på att denna förskjutning kan ha skett oberoende av styrform.

De nya styrformerna har dock inneburit att "...politikernas möjligheter att göra direkta prioriteringar begränsats" (ibid. s. 189f) eftersom kontraktsformen gör att politikerna under löpande kontraktstid inte kan (eller bör) gå in och ändra i upprättade avtal. Det är alltså först när nya kontrakt ska skrivas som politikerna kan omprioritera. Eriksson konstaterar också att det har skett en maktförskjutning inom politikerkåren till förmån för heltidspolitiker.

10.9 Kommitténs överväganden

Effekterna av de många reformerna och organisationsförändringarna under 90-talet är svåra att mäta

Under 1990-talet har ett stort antal reformer och organisationsförändringar genomförts såväl nationellt som hos sjukvårdshuvudmännen. Det har alltså varit vanligt att försöka lösa vissa av vårdens problem, eller med andra ord styra den, genom att på olika sätt förändra den yttre organisationen.

Att så många förändringar har gjorts samtidigt, och på olika plan, har lett till svårigheter vad gäller att skilja de olika förändringarnas effekter från varandra. Inte minst utvärderingarna av de olika reformerna/styrmodellerna har påvisat detta. *Kommittén kan konstatera att det är omöjligt att isolera effekterna av reformer och organisationsförändringar från andra förändringar i samhället.* Framför allt har den presade samhällsekonomi med all säkerhet haft större inverkan på vårdens utveckling bland annat genom att skapa en medvetenhet om resursernas begränsning och behovet av prioriteringar mellan verksamheter samt genom att tvinga fram besparingar.

Det har också funnits svårigheter i samarbetet mellan de olika sjukvårdshuvudmännen. Ansvarsgränser har flyttats och det har tagit tid att hitta de nya rollerna samt att bygga upp de verksamheter som krävts.

Av försöken med Finsam och Socsam framgår att andra försök med nya roller och gränser visat på vissa positiva effekter möjligen beroende på att parterna själva fått tillgodogöra sig eventuella besparingar.

Patientperspektivet har stärkts

En i kommitténs ögon positiv utveckling har varit att patientperspektivet har stärkts under 1990-talet. Patientens valfrihet och rätt till god service och delaktighet i vården osv. har varit motiv för flera förändringar både i samband med reformerna och även på annat sätt. Man kan tala om en förändrad värdering från vårdens sida. På senare år har även de anhörigas situation och medverkan betonats på liknande sätt.

Utvecklingen av vården bör ske med långsiktighet och bred medverkan av berörd personal

Det finns tydliga tecken på att den stora reformaktiviteten och krav på kostnadsminskningar har medfört en trötthet hos vårdens personal som torde motverka reformernas syfte; inte minst har brister funnits vad gäller delaktigheten. Att ändra en verksamhet kräver engagemang för att genomförandet ska bli effektivt och leda till reella förändringar. *Som kommittén tidigare påpekat måste personalen ha tid för reflektion för att utveckla sin kompetens.*

Kommitténs slutsats är att utvecklingen av vården framöver bör ske med en långsiktig strategi och med en bred medverkan och delaktighet av vårdens alla personalkategorier. Kommittén vill framhålla att vårdutveckling och organisationsförändringar är en del av vårdens vardag.

Förändringar måste till om organisation och arbetsmetoder hindrar att nya medicinska rön kan tas tillvara och praktiskt omsättas på ett effektivt sätt. Ekonomin kommer även i framtiden vara knapp för sjukvårdshuvudmännen med fortsatta krav på att effektivisera och prioritera för att möta nya krav på vårdinsatser.

Förändringar behöver förankras hos medborgarna

Det är dock angeläget att undvika de många, tröttande tvära omkastningar i förändringarnas inriktning som förekommit under 1990-talet. Medborgarna har med stor sannolikhet känt sig vilsna då nödvändigheten av förändringar inte alltid klart tydliggjorts. Det är inte lätt att följa med och veta vad som gäller, t.ex. var man vänder sig för att få vård eller vad man ska betala för sina läkemedel. För såväl personal, patienter, anhöriga som medborgare gäller att förändringar, för att få legitimitet, behöver förankras. Att känna till och förstå motiven bakom och målen med reformer samt vara delaktig i uppföljningen har betydelse för genomförandet och hur man ser på detsamma.

Formerna för medverkan kan skilja sig mellan olika grupper. För medborgarna kan t.ex. olika typer av medborgarutvärderingar, råd och studiecirkel vara vägar till delaktighet.

Kommittén bedömer att utvecklingen av hälso- och sjukvårdens organisation nu i huvudsak bör ske med initiativ på det lokala planet. De stora landsövergripande reformerna inom vårdens område bör följas av olika, lokalt anpassade, modeller för organisering av hälso- och sjukvård. Ett utökat samarbete mellan de olika huvudmännen samt mellan vårdgivare är troligen avgörande för att hälso- och sjukvården i

framtiden ska vara effektiv och ha möjlighet att se patienters och medborgares hela situation, både vad gäller hälsa och sjukdom.

Statens roll blir att sätta upp mål, följa och värdera utvecklingen

Statens roll blir att sätta upp nationella mål, följa och värdera att utvecklingen sker i enlighet med dessa. *Kommittén vill framhålla att det är viktigt att staten kontinuerligt följer vårdens utveckling på det nationella planet, och att denna innefattar olika aktörers, framförallt patienters, perspektiv.* Det är också angeläget att detta genomförs av företrädare för olika forskningsämnen och -traditioner samt att resultaten återförs till verksamheten.

Referenser

- 1998/99:SoU3. Stärkt patientinflytande m.m.
ALF-medelshantering under 1999 i region Skåne. Skrivelse 1998-09-14, FoUU-kansliet.
- Andersson, Åke, Fürth, Thomas & Ingvar Holmberg, 1997. 70-talister - om värderingar förr, nu och i framtiden. Stockholm: Natur och Kultur
- Anell, Anders & Patrick Svarvar, 1997. "Statlig styrning av hälso- och sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen" i Bilaga 2-6, SOU 1999:66.
- Arvidsson, Göran & Bengt Jönsson. 1997. Politik och marknad i framtidens sjukvård. Stockholm: SNS Förlag.
- Arvidsson, Göran. 1995. Regulation of planned markets in health care. Stockholm: SNS.
- Barncancerfonden, 1997. Verksamhetsberättelse, Bilaga till Barn och cancer nr 1, mars 1998.
- Bemelmans-Videc, Marie-Louise, Ray C. Rist, Evert Vedung, red. 1998. Carrots, sticks & sermons: policy instruments & their evaluation. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.
- Berg, Sören & Caj Skoglund. 1998. De kommande årens frågor - En intervjustudie om de närmaste årens nyckelfrågor för hälso- och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Birgersson, Bengt Owe & Jörgen Westerståhl. 1989. Den svenska folkstyrelsen. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Brorström, Björn. 1994. Ekonomi och styrning i sjukvårdsorganisationer. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Cancerfonden, 1998. Verksamhetsberättelse 1997. Stockholm.
- Carlsson, Per. 1995. "Inledning" i Den planerade marknaden - om nya styrformer i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens rapport 1995:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Dir. 1992:30. Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation.
- Dir. 1994:152. Tilläggsdirektiv till Kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation.

- Dir. 1995:93. Kommission om den statliga förvaltningens uppgifter och organisation.
- Dir. 1995:118. Parlamentarisk kommitté med uppgift att följa upp och utveckla det nya utjämningsystemet för kommuner och landsting.
- Dir. 1995:158. Nationella folkhälsomål.
- Dir. 1997:81. Minskad statlig reglering av och effektivare tillsyn över kommunal verksamhet.
- Dir. 1997:89. Tilläggsdirektiv till Nationella folkhälsokommittén.
- Dir. 1997:111. Boendebegreppet i de särskilda boendeformerna för äldre samt avgifterna för sådant boende och deras effekter.
- Dir. 1997:135. Delegation för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Ds. 1989:27. Ansvar för äldreomsorgen: rapport från Äldredelegationen.
- Ds. 1997:4. Strategi för Sveriges EG-arbete i frågor som gäller folkhälsa och hälso- och sjukvård.
- Ds. 1998:43. Myndigheternas föreskrifter - Handbok i författningsskrivning.
- DSF; FRN 1989. Forskning om äldre. Förslag från FRNs och DSFs utredningsgrupp inom äldreforskningsområdet. Rapport 89:5, Stockholm.
- Ekdahl, Charlotte & Tore Nilstun, 1998. Paradigms in physiotherapy research: An analysis of 68 Swedish doctoral dissertations. *Physiotherapy, theory and practice*. 14:139 -169.
- Enberg, Johanna, Kälvmemark, Sofia & Ann-Sofie Ohlander 1998. Den bästa generationen? - Erfarenheter hos svenskar födda 1965-1974. Stockholm: Rabén Prisma.
- Eriksson, Cecilia, 1999. "Hur gick det med medborgarstyret i 1990-talets sjukvård. En litteraturöversikt." i *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården. - vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Bilaga 1, SOU 1999:66.
- Forskningsberedningens skrift nr 3, 1996. En analys av medicinsk forskningsprioritering. Stellan Welin och Anders Persson.
- Forskningsprogram om äldre och åldrande. Förslag från en arbetsgrupp. Socialvetenskapliga forskningsrådet, Stencil, Mats Thorslund och Kristina Jennbert. Stockholm 1998.
- Förslag till riksdagen 1994/95:RR9. Riksdagens revisorers förslag angående tillsyn - innebörd och tillämpning.
- Garpenby, Peter & Per Carlsson, 1999. "Mot bättre vetande: Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården" i Bilaga 2-6, SOU 1999:66.

- Gramner, Camilla & Catrine Oscarsson, Eurofutures AB, 1999. "Referat från hearing om statlig styrning av hälso- och sjukvården." i Bilaga 2-6, SOU 1999:66.
- Gustafsson, Rolf. Å., 1999. "Den nya ekonomistyrningen och arbetsmiljön." i De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården. - vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? Bilaga 1, SOU 1999:66.
- Gustafsson, Rolf. Å. & Inga-Lill Petterson, 1999. "En empirisk jämförelse mellan landsting med olika styrmodeller." i De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården. - vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? Bilaga 1, SOU 1999:66.
- Hansson, Henrik 1998. Kollektiv kompetens. Göteborg: Bokförlaget BAS.
- Hedin, Anna & Lennart Svensson (red.), 1997. Nycklar till kunskap. Lund: Studentlitteratur.
- Heyman, Ingrid. 1995. Gånge hatt till... Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige - sjuksköterskors avhandlingar 1974 - 1991. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd 1999. Årsredovisning för år 1998. Stencil. Stockholm.
- Högskoleverket 1996:7 R. Vårdutbildningar i högskolan - en utvärdering. Stockholm.
- Högskoleverket 1997:2 R. Högskoleutbildningar inom vård och omsorg - en utredning. Stockholm.
- Högskoleverket 1998:9 R. Magister- och kandidatexamen i huvudämnen inom vård och omsorg.
- Högskoleverket 1999. Stencil över vårdhögskolor uppdelade efter huvudmannaskap.
- IHE webbplats <http://www.ihe.se>
- Industriförbundet 1997. En ny strategi för sjukvården - en industriell tillväxtpotential
- Inglehart, Ronald, 1977. The Silent Revolution. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Inrikesdepartementet, Landstingsförbundet samt Svenska Kommunförbundet, 1996. Nytt utjämningsystem. Stockholm: Kommentus förlag.
- Landstingsförbundet, 1998a. Bokslutsstatistik 1997. Stockholm.
- Landstingsförbundet, 1998b. Landstingens ekonomi - december 98. Stockholm.
- Landstingsförbundet, 1998c. Vården En framtidsbransch. Stockholm.
- Landstingsvärlden, 1999, nr 4:12-14, "Om fel ben amputeras..."

- Lindmark, Jan, 1998 a. Enhetsvis redovisning av projekt och diskussionsfrågor. Stencil. FoU-forum i Stockholm 22 - 23 oktober 1998. Stockholm:Spri.
- Lindmark, Jan, 1998 b. Sammanställning av enkät till landstings- och/eller kommunanknutna FoU-enheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.. Stencil. FoU-forum i Stockholm 22 - 23 oktober 1998. Stockholm: Spri.
- Lundberg, Olle, 1998. "Om ohälsans ojämlika fördelning i dagens Sverige" i En god hälsa - ett socialt privilegium?. Stockholm: Nationella Folkhälsokommittén.
- Lundquist, Lennart, 1992. Förvaltning, stat och samhälle. Lund: Studentlitteratur.
- Läkartidningen, 1999, nr 7, 11 och 12.
- Läkemedelsvärlden, 1999, nr 1.
- Malmquist, Jörgen, 1998. SBU:s genomslag i hälso- och sjukvården. Sammanställning av utvärderingsrapporter, Stencil. Stockholm: SBU.
- Medicinska forskningsrådet, 1998a. Den kliniska forskningens kris och pris - rapport 1998-5. Stockholm:MFR.
- Medicinska forskningsrådet, 1998b. Årsredovisning 1997. Stockholm: MFR.
- Nationalencyklopedin. 1998. Höganäs: Bra böcker.
- Hermansson, Alice Rinell, 1993. Omvårdnadsforskningen i Sverige. En lägesrapport. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.
- Hermansson, Alice Rinell, 1999. "Kartläggning av vårdforskningen under perioden 1977 - 1988" i Bilaga 2-6, SOU 1999:66.
- Petersson, Olof & Ingrid Carlberg, 1990. Makten över tanken. Stockholm: Carlssons förlag
- Petersson, Olof & Donald Söderlind, 1993. Förvaltningspolitik. Stockholm: Fritzes.
- Petersson, Olof, 1993. Svensk politik. Stockholm: Fritzes.
- Petterson, Inga-Lill, 1999. Vårdens arbetsmiljöer under 1990-talet - en översikt över genomförda studier. Bilaga 1, SOU 1999:66.
- Petterson, Thorleif, 1992. "Välfärd, värderingsförändringar och folk-rörelseengagemang" i Axelson, Sigbert & Thorleif Petterson, Mot denna framtid. Stockholm: Carlssons förlag
- Prop. 1975:9. Om reformering av högskoleutbildningen
- Prop. 1981/82:97. Om hälso- och sjukvårdslag m.m.
- Prop. 1984/85:176. Med förslag till lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.
- Prop. 1984/85:181. Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.

- Prop. 1987/88:176. Om äldreomsorgen inför 90-talet.
- Prop. 1990/91:14. Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.
- Prop. 1991/92:150. 1992 års ekonomiska vårproposition.
- Prop. 1992/93:160. Om husläkare m.m.
- Prop. 1993/94:218. Psykiskt stördas villkor.
- Prop. 1994/95:195. Primärvård, privata vårdgivare m.m.
- Prop. 1995/96:64. Ett nytt utjämningsystem för kommuner och landsting m.m.
- Prop. 1995/96:176. Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.
- Prop. 1996/97:5. Forskning och samhälle.
- Prop. 1996/97:36. Den regionala samhällsorganisationen.
- Prop. 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Prop. 1996/97:150. 1997 års ekonomiska vårproposition.
- Prop. 1997/98:1. Budgetproposition för 1998.
- Prop. 1997/98:109. Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
- Prop. 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.
- Prop. 1997/98:189. Patientens ställning.
- Prop. 1998/99:1. Budgetproposition för 1999.
- Prop. 1998/99:4. Stärkt patientinflytande.
- Prop. 1998/99:106. Vissa ändringar i läkemedelsförmånen m.m.
- Reg.besl. A98/1640/A. Uppdrag till en kommission för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn.
- Ringqvist, Margareta. 1996. Om den offentliga sektorn - Vad den ger och vad den tar. Stockholm: Fritzes.
- Rombach, B & K. Sahlin-Andersson (red). 1995. Från sanningssökande till styrmedel. Stockholm: Nerenius & Santerius Förlag AB.
- Rothstein, Bo. 1994. Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik. Stockholm: SNS Förlag.
- RRV 1996:10, Statlig tillsyn - ett förvaltningspolitiskt styrmedel. Stockholm: Riksrevisionsverket.
- RRV 1998:14, Konsekvensutredningar, föreskrifter och den regulativa nivån - en kartläggning. Stockholm: Riksrevisionsverket.
- RÅ (Regeringsrättens årsbok) 1994.
- SCB, 1996a. Forskning och utveckling inom kommuner 1994. PM.
- SCB, 1996b. Forskning och utveckling inom landstingen 1994. PM.
- SCB, 1997. Forskning och utveckling inom universitets- och högskolesektorn 1995/96. Statistiska meddelanden U13 SM 9702. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1998. Kommunernas finanser 1997. Räkenskapssammandrag för kommuner. Örebro: Statistiska Centralbyrån.

- SCB, 1998. Nationalräkenskaperna 1997. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1999a. Befolkningsframskrivning 1998-2050. Information om 1998 års befolkningsframskrivning; excelfil från SCB:s webbplats; (<http://www.scb.se/scbswe/borhtm/borbealla.xls>).
- SCB, 1999b. Trender och prognoser '98. Befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på 2015. Örebro: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1999c. Statistisk årsbok för Sverige 1999. Stockholm: Norstedts.
- Sifo Interactive Medias webbplats <http://www.sifointeractive.com/index2.html>
- SOSFS (Socialstyrelsens författningssamling).
- Socialstyrelsen 1996. 1996:2, Ädelreformen - Slutrapport. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1997a. Handikappreformen - Slutrapport 1997:4. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1997b. Årsredovisning. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1998a. Beslut om direktiv för översyn av Socialstyrelsens arbete med riktlinjer, rekommendationer och annan vägledning vid sidan av föreskrifter och allmänna råd, Dnr. 00-12444/1998. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1998b. Försök med kommunal primärvård 1992-1998, Slutrapport 1998:5. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1998c. Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1998. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1998d. Reformens första tusen dagar - Årsrapport för psykiatrireformen, 1998:4, Stockholm.
- Socialstyrelsen 1998e. Sjukvården i Sverige 1998. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1998f. Yttrande över betänkandet Minska regleringen av kommuner och landsting (SOU 1998:105), Dnr In 98/1953/KL. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1998g. Är läkemedlen för dyra för hushållen? Stockholm.
- Socialstyrelsen 1999a. FoU-miljöer och ekonomiskt stöd. Stencil 99-02-19. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1999b. Årsredovisning för år 1998. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1999c. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården - förutsättningar och konsekvenser. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1999d. Meddelandeblad nr 4/99, Högskostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. Stockholm.
- Socialstyrelsen 1999e. Valfärd eller valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Stockholm
- Socialstyrelsens webbplats 990303: www.sos.se/sos/omsos/uppgift.htm

- Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU24. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.
- Socialvetenskapliga forskningsrådet. Årsredovisning 1997. Stockholm 1998.
- SOU 1979:78. Mål och medel för hälso- och sjukvården.
- SOU 1991:46. Handikapp, välfärd, rättvisa.
- SOU 1992:73. Välfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda.
- SOU 1993:12. Vårdhögskolor - Kvalitet. Utveckling. Huvudmannaskap
- SOU 1994:132. Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete.
- SOU 1996:55. Sverige, framtiden och mångfalden: slutbetänkande från Invandrapolitiska kommittén.
- SOU 1995:122. Reform på recept.
- SOU 1996:129. Den kommunala självstyrelsen och grundlagen.
- SOU 1996:133. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor.
- SOU 1996:163. Behov och resurser i vården - en analys.
- SOU 1997:57. I medborgarens tjänst - En samlad förvaltningspolitik för staten.
- SOU 1997:119. En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet.
- SOU 1997:154. Patienten har rätt.
- SOU 1997:170. Bemötandet av äldre.
- SOU 1998: 41. Läkemedelsinformation för alla.
- SOU 1998:43. Hur skall Sverige må bättre?: första steget mot nationella folkhälsomål.
- SOU 1998:105. Minska regleringen av kommuner och landsting.
- SOU 1998:128. Forskningspolitik.
- SOU 1998:151. Kostnadsutjämning för kommuner och landsting.
- SOU 1999:21. Lindqvists nia - nio vägar att utveckla bemötandet.
- Spri, 1998. Att påverka praxis: klinisk kemi i primärvården rapport; 461. Stockholm: Spri.
- Spri, 1999. www.spri.se/biblioteket/adresser/Fou.htm
- Statskontoret 1998:8. Statens tillsyn över verksamhet i landsting och kommuner. Stockholm.
- Statsliggaren för år 1998.
- Svensk Författningssamling (SFS)
- Svenska Kommunförbundet, 1991. Ädelboken - Om kommunernas nya ansvar för boende och vård. Stockholm: Kommentus förlag.
- Svenska Kommunförbundet, 1998. En samlad lag om vård och omsorg? - Ett diskussionsunderlag. Stockholm: Kommentus förlag.

- Svenska Kommunförbundet, 1999a. Personal och kompetens i förändring. Stockholm: Kommentus förlag.
- Svenska Kommunförbundet, 1999b. Vår Framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet. Stockholm: Kommentus förlag.
- Törnqvist, Helene, 1999. "Nya ekonomiska styrformer - bakgrund, utformning och effekter" i De nya storsystemen inom hälso- och sjukvården. - vad händer med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? Bilaga 1, SOU 1999:66.
- Undervisning & forskning vid Region Skånes universitetssjukhus 1998. OH-bild, FoUU-enheten, Region Skåne.
- Vedung, Evert. 1998. Utvärdering i politik och förvaltning. Lund: Studentlitteratur.
- Vårdalstiftelsen, 1998a. Uppgifter om registrerade doktorander, lärare och docenter och professorer med medellång vårdutbildning, Stencil. Stockholm.
- Vårdalstiftelsen, 1998b. Verksamhetsberättelse 1997. Stockholm.
- Wahlström, Rolf, 1997. Bridging the gap between guidelines and clinical practice: an educational intervention in primary care. Stockholm: Karolinska institutet.
- Wallskär, Helene. 1999. "Referat från hearing om vårdforskning, november 1998." Bilaga 2-6, SOU 1999:66.
- Wigzell, Kerstin, 1998. "Hur kan Socialstyrelsens verksamhet bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling?", Vård, 4:4-8. Stockholm: Forskningsnämnd vård och Spri.
- Åström, Lissie, 1986. I kvinnoled. Om kvinnors liv genom tre generationer. Lund: Liber.
- Åström, Lissie, 1990. Fäder och söner. Bland svenska män i tre generationer. Stockholm: Carlsson.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av Leif Carlson (m)

Det föreliggande betänkandet uppfyller inte berättigade önskemål på en fri och övergripande analys av angelägna problem som sammanhänger med styrningen av sjukvården. Detta beror huvudsakligen på tilläggsdirektiven. Kommitténs förslag blir därför tämligen uddlösa och bidrar endast marginellt till att anvisa lösningar på de svåra problem vården har och står inför i framtiden.

Hindrande direktiv

Regeringens tilläggsdirektiv till utredningen låser kommittén vid att utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. Direktiven reser, enligt min mening, onödiga hinder för att diskutera sådana förhållanden som enligt många är avgörande för sjukvårdens framtid såsom politikernas roll, personalens arbetsmiljö och inflytande i vid bemärkelse liksom ledarskapet i vården. Dagens svenska vårdssystem är starkt politikerstyrd med ty åtföljande lösningar, oklara mål och detaljstyrning. Frågor som rör den dåliga tillgängligheten, den dåliga personaltillfredsställelsen och det bristande ledarskapet är intimt förknippade med den rådande politiska styrningen i den planekonomi den svenska sjukvården utgör.

Tilläggsdirektiven inskränkte på samma sätt och av samma skäl kommitténs möjligheter till analys och förslag i SOU 1996:163 "Behov och resurser i vården". Direktiven medförde även att betänkandet "Patienten har rätt" SOU 1997:154 i sina förslag mer kom att präglas av omsorgen om huvudmännens rätt och monopolföreträden än av vilja att ge verkliga rättigheter åt patienten.

Kommittén har p.g.a. de snäva direktiven inte kunnat komma med några längre gående förslag och inte kunnat ta upp till diskussion en genomgripande ändring av dagens strukturer, vilket jag beklagar.

De nationella målen, landstingen och likvärdig vård

Till att börja med konstaterar kommittén att tillämpningen av de nationella målen kommer att skilja sig åt mellan sjukvårdshuvudmännen. Man gör det med den i och för sig riktiga förklaringen att det ligger i den kommunala självstyrelsens natur och att det är en konsekvens av att olika landsting har skilda ekonomiska och demografiska förhållanden. Direktiven hindrar att detta konstaterande lett till en analys av lämpligheten av landstingsfinansiering.

Det är min uppfattning att landstingen saknar det nödvändiga helhetsperspektivet när det gäller samhällsekonomin. De kan därför inte göra riktiga bedömningar när det gäller sjukvårdskostnadernas alternativkostnader då de inte kan göra avvägningar mot andra uppkommande utgiftskrav. Det finns följaktligen inga incitament att väga vård och läkemedelskostnader mot sjukskrivning, sjukpension och produktionsbortfall. Systemet suboptimerar samhällets resurser.

De olikheter i vårdutbudet som föreligger mellan olika landsdelar och som kommittén påtalar beror också på att landstingen är för små för att kunna balansera variationer i skatteunderlaget med vårdbehoven. Det mycket komplicerade och långt ifrån helt effektiva utjämningsystemet kan uppenbarligen inte skapa tillräckligt rättvisa förhållanden.

Kommittén borde också haft möjlighet att utifrån vad som skulle vara möjligt med andra finansieringsformer och produktionsformer och utifrån prioriteringsbeslutet analysera vad som är samhällets åtagande och vad därför patienten bör ha rätt att fodra oavsett var han bor. Nu kan problemet bara nämnas med ett konstaterande att huvudmännen har olika ekonomiska förutsättningar.

Det hade fört debatten framåt om direktiven tillåtit en analys av om en nationell finansiering och ett nationellt åtagande med möjlighet på lokalnivå till olika organisations- och produktionsformer, på ett bättre sätt kunnat garantera en vård på lika villkor. Kommittén visar att det knappast går att förena landstingens krav att fritt få utforma vården efter egna förutsättningar med kravet på en över hela landet likvärdig vård. Trots insiktsfulla resonemang så prioriterar kommittén liksom i "Patienten har rätt" det kommunala självstyret före patientens berättigade krav på en rättvis vård.

Decentraliserad vård

Kommittén konstaterar vidare att en verksamhet som utförs så decentraliserat som hälso- och sjukvård bäst styrs och organiseras lokalt. Direktiven hindrar kommittén gå vidare och påvisa att detta ingalunda måste innebära att den nuvarande decentraliseringen till landstingspolitiker är att föredra vare sig ur vårdens eller patientens synpunkt. Mindre bindande direktiv hade här gjort det möjligt att diskutera andra organisationsformer som uppbyggande av de regionala monopolerna med dess negativa effekter på personaltillfredsställelse och ledarskap.

Det stora krav på att utveckla vården som hälso- och sjukvårdens personal enligt kommittén har på sig kan inte enligt min mening mötas inom nuvarande planekonomiska verksamhetsform. En decentralisering till professionellt ledda enheter i ökad konkurrens och där patienten istället för att vara en kostnad är en resursbärare, d.v.s. pengarna följer patientens val, skulle betyda mycket för att stärka patientens inflytande över vården. Samtidigt skulle en arbetsmarknad med mångfald öppnas där personalen på ett helt annat sätt skulle få inflytande, arbetstillfredsställelse och möjligheter till kreativa insatser.

Med en sådan annorlunda organisationsform kan den politiska rollen att sätta mål och tilldela resurser samt kontrollera hur väl målen uppnås enligt min mening åstadkommas på ett mindre konfliktfyllt sätt än i dagens organisationsform. I denna upplever politikerna sig som i första hand producentföreträdare och är som sådana i hög grad exekutivt verksamma på ett för vårdverksamheten störande sätt. En betydligt tydligare och transparantare styrning av vården skulle kunna uppnås och det hade varit värdefullt om kommittén hade kunnat analysera andra modeller.

Huvudmännens samarbete och förändringstrött personal

Erfarenheten visar också att ett utökad samarbete mellan huvudmännen är mycket svårt att uppnå. Detta beror på att nuvarande finansieringsform och organisationsform prioriterar omsorgen om den egna budgeten framför sjukvårdens, patientens och samhällsekonomiska behov av sammanhängande vårdkedjor där såväl direkta kostnader för vården som sjukskrivnings-, sjukpensionerings- och rehabiliteringskostnader vägs in.

Svensk sjukvård behöver genomgripande förändringar men som kommittén konstaterar finns idag en förändringsobenägenhet. Detta

beror på att landstingspolitiker och administrativa tjänstemän går in i detaljstyrning av vården med förändringar fram och tillbaka utan att förankra förändringsbehovet hos vare sig vårdens personal eller allmänheten. En lättförståelig förändringströtthet har insmugit sig just när behovet av förändringar är uppenbart. Det är allvarligt om förändringströtthet hindrar nödvändiga förändringar. Om dagens organisation hindrar effektivt resursutnyttjande, utveckling av nya metoder och nya arbetssätt måste genomgripande organisationsförändringar helt uppenbart genomföras. Medborgarna måste informeras om behovet och nödvändigheten av förändringar. Idag bibringas medborgarna den felaktiga föreställningen att anslås bara mer skattemedel behövs inga förändringar. Denna föreställning är skadlig för vården men har på grund av direktiven, inte kunnat bemötas så kraftfullt som det enligt min mening vore nödvändigt att göra.

En obligatorisk hälsoförsäkring

Mindre bindande direktiv vad gäller landstingens framtida ställning och uppgifter hade gjort det möjligt att diskutera avskaffandet av dagens monopolsystem vars följderna så uppenbart är bristande konkurrens med ineffektivitet som följd, bristande samordning, dålig personaltillfredsställelse, avsaknad av en fungerande arbetsmarknad liksom allt större regionala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet. Det hade också gjort det möjligt att diskutera en för framtiden nödvändig separation av finansiering och produktion.

Enligt min mening kan många av dagens problem inklusive styrningen av vården lösas genom en obligatorisk hälsoförsäkring så som den föreslagits av moderata samlingspartiet. Försäkringen skall med andra ord omfatta alla medborgare, oavsett betalningsförmåga och hälsotillstånd. Alla människor skall vara anslutna till valfri försäkringskassa eller motsvarande, som skall administrera försäkringen. Ingen får avvisas. En stor fördel med en sådan hälsoförsäkring är att pengarna följer patienterna. Då kan makten verkligen förskjutas från politiker till patienter och vi får en vård med patienten i centrum.

Hälsoförsäkringen bör, som vi ser det, omfatta det som i dag inryms i ersättning till sjukvårdshuvudmännen, ersättningen för läkemedel samt den del av sjukpenningförsäkringen och förtidspensionerna som avser rehabilitering. Försäkringsavgiften för den enskilde fastställs av riksdagen, liksom omfattningen av åtagandet. Avgiften tas ut proportionellt, utan inkomsttak. Försäkringskassorna tilldelas medel ur

dessa avgifter, med avdrag för de delar som finansierar det statliga sjukvårdsansvaret.

I en obligatorisk hälsoförsäkring tydliggörs de idag diffusa och oklara gränserna för samhällets vårdåtagande såväl när det gäller förmåner och begränsningar som när det gäller vilka rättigheter som medborgaren kan utkräva. Likaså klargörs politikernas roll och styrningen blir tydlig. Kvalitetsuppföljning, tillsyn, ackreditering och legitimering sköts av ett fristående institut som kan brytas ut ur den nuvarande Socialstyrelsen.

En grundläggande offentlig finansiering föreligger med produktion i mångfald och i konkurrens där man genom ett därav följande bättre resursutnyttjande kan erbjuda mer än vad man förmår idag. Samtidigt kan möjligheter öppnas att låta medborgarna själva avgöra om de vill genom egna prioriteringar betala för lågt prioriterade sjukvårdstjänster, t. ex genom gradvis ökad egenbetalning för dessa i linje med de förslag den nya norska prioriteringsutredningen fört fram eller genom någon form av tilläggsförsäkringar. Det skulle skapa förutsättningar för en bättre vård för alla samtidigt som det ger medborgarna möjligheten att i större grad själva bestämma över hur de i övrigt vill använda sina pengar.

En fungerande arbetsmarknad med många arbetsgivare, större möjligheter till hög personaltillfredsställelse samt politiker vars insats koncentreras till att ange mål för verksamheten, resurstilldelning och kontroll av måluppfyllelse skapas med en sådan organisation. Det är min uppfattning att förslaget skulle lösa många av vårdens problem och att utredningen hade varit betjänt av att haft möjlighet att diskutera ett sådant alternativ till landstingens roll som finansiär och tillhandahållare av vård.

Socialstyrelsens roll

Jag delar kommitténs uppfattning att Socialstyrelsens verksamhet bör ses över då det måste anses principiellt felaktigt att samma myndighet både utvecklar och fastställer kriterier för god vård och ger råd och stöd om dessa och samtidigt utövar tillsyn över verksamheterna. Det är dock enligt min mening viktigt att fastslå att detta inte får innebära att den nationella tillsynen försvagas utan fastmer skall den stärkas. Genom att Socialstyrelsen kan koncentrera sig på kvalitetsuppbyggande verksamhet som råd och utarbetande av kriterier för god vård kan detta arbete intensifieras samtidigt som en fristående statlig myndighet eller nationellt organ kraftfullare kan utöva tillsyn över all

verksamhet, stå för kvalitetsuppföljning och sköta ackrediterings- och legitimeringsfrågor.

Statlig kunskapsstyrning och vårdforskning

Sjukvården är i stor utsträckning kunskapsstyrd och kommittén borde kraftfullare betonat vikten av att staten utvecklar en sammanhållen strategi för hur kunskapsspridning bäst sker. Likaså vill jag understryka att kommitténs stöd till den ”nya vårdforskningen” inte innebär att resurser till detta får tas från den redan kraftigt åderlåtna kliniska forskningen.

Särskilt yttrande av Rolf Olsson (v)

Kommittén har i detta slutbetänkande bland annat pekat på och analyserat pågående förändringar inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för kommittéarbetet är målen för svensk hälso- och sjukvård, främst formulerade i HSL 2 §, där nyckelorden är god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I kapitel 3 behandlas en mängd olika intressenters perspektiv på hälso- och sjukvården. Det finns anledning att kommentera några av de överväganden som görs.

Det har under senare år skett en tydlig tillväxt av nya privata vårdproducenter och nya driftformer inom vården. Kommittén kommenterar detta med att det ökar patientens valfrihet, men medför också större skillnader i vårdens utförande och innehåll. Jag menar att det är nödvändigt med förnyade driftsformer som motverkar stelbenta och föråldrade hierarkier och som bättre tar tillvara det stora engagemang och de djupa kunskaper som finns hos olika personalgrupper. Jag menar dock att dessa nya driftsformer, där såväl patienter som personal ska kunna ges ett större inflytande över vården, ska kunna växa fram i den offentliga vården. Det är politikernas och beslutsfattaress ansvar att stimulera framväxt av nya driftsformer och ta tillvara de idéer som redan idag finns i många personalgrupper.

Det är svårt att se att den pågående framväxten av stora privata vårdproducenter, som ser vården som en marknad, utgör en garant för att bättre klara de utmaningar svensk hälso- och sjukvård står inför. Ska vi leva upp till de nationella målen om god vård på lika villkor för hela befolkningen är det nödvändigt att vården också i fortsättningen i huvudsak utförs av personal inom den offentligt drivna sjukvården. Det hindrar inte att privata och kooperativa driftsformer kan uppmuntras,

när de utgör komplement till den offentliga vården. Det kan enligt vår mening fungera på ett mycket bra och effektivt sätt.

Det är obestridligt så att hälso- och sjukvården är en mycket mångfacetterad och komplicerad verksamhet som ständigt undergår förändring och utveckling till följd av forskning, men också till följd av samhälls- och befolkningsförändringar. Vårdkostnaderna tenderar att öka, prioriterade grupper måste garanteras en högkvalitativ vård och behovet av en samhällelig satsning på förebyggande sjukvård och folkhälsoarbete är i detta perspektiv mycket viktigt. Det gör det nödvändigt för stat, landsting och kommuner att ha tydliga styr- och påverkansmöjligheter och jag är av den bestämda uppfattningen att detta effektivast sker om vården bedrivs i offentlig regi. Det finns betydande risker att en privatisering av vården i själva verket blir dyrare av att kostnadskontrollen försvåras genom uppträdandet av alla entreprenörer. Administrationskostnader ökar när priser ska sättas och upphandling ske av alla tjänster. I något led ska också verksamheten generera vinst åt ägarna, vilket kan innebära antingen fördyringar eller rationalisering av främst personal.

Det är enligt min mening nödvändigt att satsa mer resurser på vården framöver. Den uppfattningen möter motstånd från de som nu gärna vill se framväxten av en betydande privat vårdproduktion. Det förekommer uppfattningar att den privata vårdproduktionen automatiskt medför en tydlig effektivisering och ett frigörande av resurser. Sådana resonemang finner inte stöd i t ex internationella jämförelser. Svensk sjukvård uppvisar fortfarande en jämförelsevis god effektivitet och kvalitet. För att i grunden kunna komma till rätta med sjukvårdens problem vill jag hävda nödvändigheten av att satsa mer resurser på den offentligt drivna hälso- och sjukvården, om vi ska kunna leva upp till de nationella målen om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Särskilt yttrande av Sverker Ågren (kd)

Kommittén har på ett förtjänstfullt sätt belyst ett stort antal faktorer som avgör villkoren för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling. Den breda enighet som funnits i kommittén under den tid jag deltagit i arbetet, är värdefull för att skapa långsiktiga och stabila förhållanden för hela vårdsektorn. Det finns, som kommittén skriver, ett fortsatt behov av en samlad nationell diskussion om hälso- och sjukvårdens utveckling och villkor.

Resurs- och finansieringsfrågorna

Men enligt min mening har direktiven snävat av möjligheterna att utreda en av de allra viktigaste frågorna för vården, nämligen dess finansiering. Mot bakgrund av de kraftiga besparingar som skett under 1990-talet, inte minst närmast efter kommitténs tidigare betänkande *Behov och resurser i vården - en analys*, SOU 1996:163, är det min bedömning att finansieringsproblemen tilltagit. Staten har undandragit huvudmännen beskattningsunderlag. Statsbidragen har under samma tid ökat, men om det kompenserat bortfallet av intäkter råder det olika uppfattning om.

Balansen mellan de olika åtgärdernas effekter är svår att exakt bedöma. Någon enighet har inte uppnåtts vare sig bland ledamöterna eller bland kommitténs experter på denna punkt. Det skulle varit värdefullt om vi kunnat nå en gemensam ståndpunkt i denna fråga. Min och flera andras bedömning är att kommunsektorn går försvagad ur förändringen.

Vårdens behov i första hand

Vid fördelning av offentliga resurser mellan olika sektorer sker prioriteringar. Hälso- och sjukvård bör enligt min och Kristdemokraternas mening inta en särställning vid den fördelningen. Det kan t.ex. ske genom att som nationellt mål lägga fast att en viss andel av BNP ska tillföras hälso- och sjukvården. När den svenska ekonomin nu växer, måste det vara en angelägen uppgift att rusta upp vården, minska köer, ge de svårt sjuka och gamla en värdig vård. Trots att måttet andel av BNP kan synas vara trubbigt, skulle det öka möjligheterna att fokusera den allmänna debatten på finansieringsfrågan.

Behovet av ökade resurser är i dagsläget mycket påtagligt; enbart landstingssektorn lider av underskott i år på drygt 2 miljarder för att nå balansmålet år 2000. Alternativet - kostnadsreduceringar i den storleken - skulle allvarligt skada vårdens kvaliteten och skapa otrygghet hos allmänheten. Valrörelsen 1998 präglades av att flertalet partier lovade satsa på vården och det glömmes inte väljarna.

Jag ser det som en framgång att kommittén tydligt tar ställning **för** att resursbehovet generellt måste lösas genom förstärkt finansiering:

"Kommitténs bedömer att det behövs ytterligare resurser till vård och omsorg för att möta ökande behov och önskemål om förbättrad kvalitet. En del av dessa resurskrav kan tillfredsställas genom omprioriteringar och ökad samordning. De ökade ekonomiska kraven måste i

övrigt, enligt kommitténs bedömning, uppfyllas i den takt som samhällsekonomin medger.” (sid. 45)

Hur och när detta kan uppfyllas är en nationell prioriteringsfråga. Här följer kommittén upp såväl sitt eget betänkande 1996:163 som Prioriteringsutredningens arbete. Kommittén skriver: ”När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna tydliga.” (sid. 53). Denna diskussion bör givetvis föras med ett brett samhällsekonomiskt perspektiv.

Kommunala olikheter och utjämningsystemet

Kommittén har i flera avsnitt mycket tydligt uttryckt som sin bedömning att staten måste utveckla och förbättra sitt underlag för bedömning av kommuner och landstings enskilda förutsättningar. Jag välkomnar en sådan utveckling, då skillnaderna är betydande. Vi har idag ett statsbidrags- och utjämningsystem av intäkter och kostnader som infördes 1993 för kommunerna och tre år senare för landstingen. Den ordningen föregicks av olika statliga system för utjämning och bidrag. Samtidigt som vår kommitté nu lämnar sitt slutbetänkande behandlar Riksdagen en proposition från Regeringen om förändringar av nuvarande system.

Enligt min mening utgör kommitténs slutsatser i kapitel 6 i allt väsentligt en stark argumentation för att utjämningen åter bör bli en statlig angelägenhet. Problemen med nuvarande system har bland annat sin grund i de stora skillnaderna vi fått i landet avseende ekonomisk och demografisk utveckling. Att söka lösa detta genom att utjämna detta inom kommunsektorn är inte längre hållbart.

Vårdforskningen

Vårdforskningen har fått stort utrymme i betänkandet och jag anser att förslagen som lämnas ger den kommunala hälso- och sjukvården möjligheter att utvecklas positivt. Genom att en ökande andel av vården och omsorgen om de äldre sker i kommunerna, är det mycket betydelsefullt. Kommitténs direktiv har förhindrat oss att föreslå tillskott av resurser till den nya vårdforskningen, t.ex. via stimulansbidrag. Det är även här viktigt att kunna tillföra resurser, inte endast omfördela.

Läkemedelsförmånen

Patientens ställning i vården har stärkts under 90-talet, bland annat på förslag i tidigare betänkanden från kommittén. Den utvecklingen måste vårdas med omsorg.

Jag har hävdats att de återkommande höjningarna av egenavgiften i läkemedelsförmånen verkar i motsatt riktning. Möjligheterna att välja mellan olika behandlingsformer begränsas. Till exempel kan en patient dels avstå behandlingar och läkemedel, dels påverkas att välja sådana som medför täta vårdkontakter hellre än en dyr läkemedelsbehandling. Det kan bli följderna av att högkostnadsskyddet för besök i vården är så mycket lägre än för läkemedel. Jag vill stryka under vad kommittén skriver på sid. 173 under rubriken Läkemedelsreformen.

”Kommittén har tidigare uttalat att man bedömer att *ytterligare kostnadsöverföringar från det offentliga till de enskilda medborgarna skulle medföra allvarliga risker för att människor avstår från sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl* (SOU 1996:163). En bedömning som kvarstår.”

Detta är en angelägen kommentar som förtjänar att uppmärksammas i det fortsatta arbetet med läkemedelsförmånens utformning.

Särskilt yttrande av experten Gert Alaby

Jag vill redovisa avvikande uppfattning i tre frågor. Det gäller utredningens syn på formen standardisering, inriktningen av FoU samt organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården.

Standardisering

Standardisering bör användas inom områden där det är av stor vikt att en enhetlig praxis kommer till stånd. Områden som är väl motiverade är hälso- och sjukvårdsinformatik och medicintekniska produkter, där också metoden tillämpas idag. Jag är mycket tveksam till att använda standardisering i ett ”betydligt bredare sammanhang” som utredningen förordar, exv ifråga om regler för upphandling, kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning.

Utredningen blandar på ett olyckligt sätt samman formerna för den statliga styrningen med utvecklingen av praxis inom hälso- och sjukvårdsområdet. Jag delar utredningens syn att Socialstyrelsens normering bör bli mer restriktiv och tydlig. Men jag kan inte ansluta mig till

bedömningen att den statliga styrningen inom vissa områden skulle kunna ersättas av ett standardiseringsförfarande på europainivå. Ett sådant förfarande kan svårligen förankras hos alla berörda och göras ändamålsenligt med de vitt skilda förutsättningar som gäller.

Jag förordar således en restriktiv statlig styrning och ett standardiseringsförfarande som begränsas till områden där enhetlig praxis är av stor betydelse. Min utgångspunkt är att personalen inom hälso- och sjukvården samt förtroendevalda på kommunal nivå, i dialog med patienterna, bör ges största möjliga beslutsutrymme. Utredningens bedömningar riskerar att leda till att regelstyrning från nationell nivå ersätts med standardisering av en verksamhet som alltid måste bygga på unika möten mellan människor och formas av lokala förutsättningar.

Utvecklingsstöd

Tvärvetenskaplig forskning

Jag vill understryka vikten av att vårdforskningen ges en tvärvetenskaplig inriktning. Det är också utredningens mening. Trots detta uppehåller sig utredningen i sina förslag nästan enbart vid utvecklingen av forskningen inom omvårdnad. Direktivens begränsning i denna del är beklaglig.

För att allsidigt belysa hälso- och sjukvården, sjukdomars utveckling, behandling och omvårdnad är det angeläget att flera vetenskaper ges förutsättningar att bidra med sina kunskaper och metoder. Det är ofta i mötet mellan olika perspektiv som nydanande kunskap utvecklas. Därför är det angeläget att även samhälls- och beteendevetenskaplig forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet ges tillräckligt stöd.

Inom utredningens uppdrag ligger att överväga hur ämnet social omsorg kan utvecklas. Jag beklagar att utredningen inte tillräckligt uppmärksammat detta. Det är mycket angeläget att kunskapsområdet gerontologiskt socialt arbete utvecklas. Åtgärder bör skyndsamt vidtas för att utveckla vidare- och forskarutbildning samt tillämpad forskning inom området. Den knytning av utbildningen till socialhögskolorna som inlets bör fullföljas vid samtliga utbildningsorter.

Former för tvärvetenskaplig tillämpad forskning där såväl socialtjänstens personal som hälso- och sjukvårdens deltar borde ha lagts fram av utredningen.

Utvecklingsstöd

Utredningen föreslår att de utvecklingsenheter som nu finns koncentreras. Jag vill framhålla vikten av att stödet till praktiskt utvecklingsarbete med stöd av tillämpad forskning förstärks. Det innebär att fler FoU enheter bör etableras. En sådan process pågår också. Denna utveckling är ett gemensamt intresse för staten och huvudmännen. Staten bör genom bidrag till basfinansiering bidra till att fler FoU enheter kommer till stånd.

Från kommunalt perspektiv är det naturligt att FoU enheter tillskapas med lokal förankring och att dessa får skiftande avgränsning och inriktning. Utformningen av utvecklingsstödet måste ske i dialog mellan deltagande kommuner, landsting och högskolor. Erfarenheter visar att närhet till de kommuner som skall betjäna ofta är betydelsefull. Jag vill därför understryka vikten av att ytterligare statliga medel ställs till förfogande för att stimulera utvecklingen av ytterligare FoU enheter, snarare än att nuvarande resurser koncentreras till färre enheter.

Mina överväganden utgår från behovet av praktiskt utvecklingsarbete med nära anknytning till tillämpad forskning. Utredningens resonemang om att främja tvärvetenskapliga centra för den reguljära tillämpade forskningen delar jag.

Organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården

Utredningen behandlar frågorna om organisationsutvecklingen inom hälso- och sjukvården mycket kortfattat. Med hänsyn till de stora förändringar som ägt rum under 1990-talet hade det varit önskvärt med en betydligt mer utförlig genomgång av erfarenheterna. Jag anser att det material som utredningen nu lägger fram inte kan läggas till grund för de slutsatser som utredningen drar.

Jag vänder mig mot de kategoriska bedömningarna att tiden för nationella förändringar i uppgiftsfördelningen mellan kommunala självstyrelseorgan är förbi. Utvärderingarna av såväl Ädel- som psykiatrireformen visar tydligt att det finns kvarstående brister i uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting. Utvecklingen av behandlingsmetoder, förändrade synsätt och ny teknik kommer med säkerhet att aktualisera nya organisationsförändringar inom vården och omsorgen. För att kunna genomföra önskvärda förändringar krävs ibland åtgärder på statlig nivå.

Jag vill nämna två exempel på områden där det är motiverat med förändringar på nationell nivå:

Ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende ligger i hälften av länen på kommunerna och i den andra hälften på landstingen. Socialstyrelsen har i sin utvärdering av Ädelreformen redovisat flera fördelar med ett sammanhållet kommunalt ansvar för hemtjänst och hemsjukvård. Styrelsen förordade också att regeringen borde ta initiativ till ett sådant sammanhållet ansvar. Trots att rättsliga förutsättningar föreligger för kommuner och landsting att komma överens om att tillskapa en sammanhållen hemvård har detta inte skett mer än undantagsvis efter Ädelreformens genomförande. De redovisade förhållandena tyder på att det ibland kan vara ändamålsenligt med nationella beslut om uppgiftsfördelningen mellan landsting och kommun.

Utredningen har under avsnittet "kommunal primärvård" redovisat den skrivelse som Kommun- och Landstingsförbunden tillställt regeringen för att öppna nya möjligheter till samordnad ledning och styrning av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Jag vill understryka att denna framställan inte enbart rör primärvård, utan all hälso- och sjukvård och socialtjänst som bedrivs av kommuner och landsting. Framställan avser att kommuner och landsting skall ges möjlighet att ändra huvudmannskapet sig emellan i de fall de är överens om det. Härigenom skulle lokala förutsättningar kunna läggas till grund för hur uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen ordnas. Framställan avser även att möjligheter bör skapas för att bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst i en för huvudmännen gemensam nämnd samt för en huvudman att driva verksamhet på uppdrag från den andre. Jag välkomnar att denna fråga nu skall utredas i särskild ordning.

Särskilt yttrande av experterna Anders Milton och Karin Olsson

Översyn av socialstyrelsens ansvarsområden

Kommittén är tveksam till Socialstyrelsens "dubbla roller" som både tillsynsmyndighet och rådgivande myndighet och föreslår att en organisationsöversyn genomförs. Vi ser tvärtom dessa funktioner som intimt förknippade med varandra och att det just är det nära samspelet i en sammanhållen myndighet som garanterar kvaliteten i verksamheten.

Socialstyrelsens rådgivningsfunktion har mycket att lära av de erfarenheter som erhålls i tillsynsverksamheten. I tillsynsverksamheten prövas föreskrifter och allmänna råd mot den praktiska verkligheten. På motsvarande sätt kräver en framgångsrik tillsynsverksamhet att personalen har nära tillgång till den generella kunskap och de resomang som ligger i styrelsens föreskrifter och rekommendationer.

En framgångsrik verksamhetstillsyn innehåller alltid ett stort mått av rådgivning och stöd. En strikt uppdelning av ansvaret för kontroll och rådgivning tenderar att bli konstlad och kan snabbt försämra personalens engagemang i arbetet.

Om Socialstyrelsen enbart skulle bli rådgivande försvagas också statens möjligheter att tillförsäkra alla medborgare en likvärdig vård och omsorg. Inte minst tack vare tillsynsansvaret och sanktionsmöjligheterna tar huvudmännen socialstyrelsens föreskrifter och rekommendationer på allvar.

Statlig kunskapsstyrning

Statens möjligheter att främja och styra hälso- och sjukvårdens utveckling med informations- och utbildningsinsatser är stor. Den medicinska kunskapens snabba utveckling öppnar ständigt för nya vård- och behandlingsmöjligheter. Sjukvården är i hög utsträckning kunskapsstyrd. Genom en snabb spridning av bättre kunskapsunderlag till sjukvårdens beslutsfattare kan vården effektiviseras. Enligt vår mening saknar staten i dag en sammanhållen strategi för hur denna kunskaps-spridning skall gå till. Ett viktigt inslag i en sådan strategi måste vara att skapa form och struktur för personalens fortbildning och kompetensutveckling. På detta område skulle ett större statligt engagemang kunna spela en viktig roll. Kommittén borde enligt vår mening ha tagit mer fasta på de slutsatser som dras i bilaga 6 och som just behandlar statens roll vid kunskapsstyrning.

Särskilt yttrande av sakkunliga Ingrid Petersson

Kommittén pekar i betänkandet på att Socialstyrelsen har dels en normerande roll, dels en tillsynsroll. Detta skapar enligt kommitténs mening i längden en otydlighet för verksamheterna. Mot denna bakgrund föreslår kommittén att Socialstyrelsens verksamhet ses över med syftet att belysa tillsynsverksamhetens organisation. I detta sam-

manhang ska enligt kommitténs mening även prövas om länsstyrelsernas och Socialstyrelsens tillsynsverksamheter ska bilda en ny myndighet som bedriver tillsyn på hela vårdens område.

Medborgarna ska kunna lita på att huvudmännen följer de lagar och bestämmelser som reglerar hälso- och sjukvården och att vården ges i enlighet med vetenskap och beprövad verksamhet. Den statliga tillsynen har här en mycket viktig roll dels för att skapa tilltro till systemet, dels för att förebygga att patientsäkerheten åsidosätts och om så sker påtala detta och kräva förändring. Tillsynen spelar också en viktig roll för att identifiera otydligheter i regelverket och behov av ytterligare informatio eller utbildning.

Det finns således enligt min mening ett starkt samband mellan normeringen (dvs. att utforma och förmedla regelverket) inom ett område och tillsynen (dvs. att tillse att regelverket följs). De erfarenheter som vinnas i tillsynsprocessen är ett viktigt underlag för den fortsatta normeringen liksom resultaten från olika uppföljnings- och utvärderingsaktiviteter. På motsvarande sätt vinner tillsynen på att det inom myndigheten finns god kännedom om regelverket och hur detta bör tolkas. Genom att inom samma myndighet ha ansvar för såväl normering som tillsyn och uppföljning och utvärdering kan en gedigen kunskap byggas upp och utvecklas. Denna kunskap är en förutsättning för att få respekt hos medborgarna, vårdens finansärer och producenter och de som är verksamma i vården.

Kommittén har valt att inte belysa dessa samband vilket jag tycker är olyckligt särskilt som frågan om relationen mellan normering och tillsyn har bäring också på andra områden exempelvis socialförsäkringen. Mot denna bakgrund ställer jag mig tveksam till den föreslagna översynen med de kostnader och den osäkerhet som denna kan förväntas att ge upphov till.

Särskilt yttrande av sakkunniga Nina Rehnqvist

Kommittén föreslår att Socialstyrelsens verksamhet ses över med syftet att belysa tillsynsverksamhetens funktion.

Jag konstaterar att analysen av och motiven för en så resurskrävande översyn i stort sett saknas.

Kommittén föreslår också att ett standardiseringsförfarande används som alternativ till regler och rekommendationer. Jag delar uppfattningen att den förankring som sker när standardisering används som metod är nödvändig. Ett sådant förankringsförfarande sker redan idag

när Socialstyrelsen utarbetar t.ex. nationella riktlinjer och andra rekommendationer. Skäl att införa ytterligare ett begrepp är därför oklara.

Kommittédirektiv

Tilläggsdirektiv till Kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation

Dir. 1994:152

Beslut vid regeringssammanträde den 22 december 1994.

1 Sammanfattning av uppdraget

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) skall enligt sina nuvarande direktiv dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs arbete bör nu slutföras med ändrade direktiv.

Kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård.

Kommittén skall bl.a. överväga

- åtgärder som kan vidtas för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården,
- hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2010 och särskilt beakta den demografiska utvecklingens betydelse för de äldres behov av hälso- och sjukvård,
- formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument,
- erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen,
- kostnadsansvaret för läkemedel m.m. i öppenvård,
- läkemedelsförmånen inklusive nuvarande högkostnadsskydd för sjukvård i öppenvård och läkemedel,

- hur hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete skall definieras och därav följande ansvars- och uppgiftsfördelning mellan stat, landsting och kommuner samt
- ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering av vårdforskning samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling.

2 Bakgrund

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU2000) skall enligt sina nuvarande direktiv (Dir. 1992:30) dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården skall finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs överväganden skall grundas på en analys och värdering av i första hand tre finansierings- och organisationsmodeller; reformerad landstingsmodell, primärvårdsstyrd vård och obligatorisk sjukvårdsförsäkring.

I uppdraget ingår också frågor som rör patientavgifter och högkostnads skydd samt kostnadsansvaret för läkemedel i öppenvård.

I en expertrapport till kommittén (SOU 1993:38) utvecklas och analyseras de tre finansierings- och organisationsmodellerna. Modellen med obligatorisk sjukvårdsförsäkring har därefter vidareutvecklats i ytterligare en expertrapport (SOU 1994:95).

Socialdemokraternas och vänsterpartiets ledamöter entledigades på egen begäran från kommittén i januari 1994. I samband med detta förlängdes kommitténs arbete i förhållande till direktiven som angav att arbetet skulle ha slutförts senast den 1 mars 1994.

Kommittén har under våren 1994 avlämnat följande expert-rapporter: Teknologi och vårdkonsumtion inom sluten somatisk kort-tidsvård 1981-2001 (SOU 1994:86), En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi (SOU 1994:95) samt Sjukvårdsreformer i andra länder (SOU 1994:115). Kommittén har i samarbete med Spri publicerat rapporten Svenska hälso- och sjukvårdsreformer i ett internationellt perspektiv - Rapport från en hearing om tre modeller för hälso- och sjukvårdsreform (Spri rapport 379). Spri har vidare på uppdrag av kommittén utarbetat rapporten Mått och steg för ett bättre resurs-utnyttjande i vården (Spri rapport 374). I september 1994 avlämnade kommittén delbetänkandet Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete (SOU 1994:132).

Kommitténs uppdrag bör nu slutföras med ändrade direktiv.

3 Uppdraget

3.1 Allmänna utgångspunkter

Hälso- och sjukvården är av grundläggande betydelse för välfärden och människors trygghet. Principerna om en solidariskt finansierad och rättvist fördelad hälso- och sjukvård är centrala inslag i den generella välfärdspolitiken och måste hävdas även i ekonomiskt kärva tider. Det skall vara en självklarhet för varje individ att det finns en hälso- och sjukvård av god kvalitet och att den som är sjuk skall få den vård och omsorg han eller hon behöver oberoende av sin egen ekonomi. Patientavgifterna bör vara så låga att de inte leder till att sjuka människor avstår från att uppsöka sjukvården. Hälso- och sjukvården har också ett befolkningsinriktat ansvar att förebygga ohälsa och handikapp. Dessa grundläggande förutsättningar för hälso- och sjukvårdspolitiken har ett brett parlamentariskt stöd och är starkt förankrade i den svenska befolkningen.

De finansieringsalternativ som anges i de nuvarande direktiven till HSU 2000 är skatter, socialavgifter eller obligatoriska försäkringspremier som tas ut efter betalningsförmåga och oberoende av risk för den enskilde. Egentliga försäkringspremier utesluts i och med att betalningen skall ske oberoende av risk. De expertrapporter om hälso- och sjukvårdsreformer i andra länder som har tagits fram på kommitténs uppdrag ger inga belägg för att Sverige skulle ha något att vinna på att överge skattefinansieringen. Tvärtom tyder de internationella erfarenheterna på att de skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystemen fungerar bättre i fördelningspolitiskt avseende än de försäkringsfinansierade systemen. Detta är ett starkt motiv för att slå vakt om skattefinansieringen.

Det har inte heller framkommit några bärande motiv för att frångå det svenska systemet med regionala och lokala självstyrelseorgan som ansvariga för finansieringen och tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Kommuner och landsting har skapats för att finansiera och tillhandahålla den verksamhet som ligger närmast människorna och där kraven på insyn, påverkan och delaktighet är särskilt stora. Syftet är att på demokratins och solidaritetens grund bidra till rättvisa och jämlikhet i levnadsvillkor. Det innebär ett särskilt ansvar för utsatta grupper som barn, gamla, sjuka och handikappade. En viktig orsak är att någon rättvisa inte är given när det gäller hälsans fördelning mellan olika individer och grupper. Till detta kommer att ju mer omfattande och

angelägna vårdbehov som uppkommer, desto sämre är möjligheterna i regel för den enskilde att på egen hand hävda sina intressen.

Svenskarnas hälsa är i ett internationellt perspektiv mycket god även om det under senare år finns tecken på ökade skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Hälso- och sjukvården har haft en märkbar betydelse för den allmänna förbättringen av hälsoläget hos befolkningen även om det i första hand är välfärdsutvecklingen generellt som ligger bakom de stora förbättringarna i folkhälsan. Hälso- och sjukvårdens insatser leder till att många lever längre och har bättre funktionsförmåga. Jämförelser av s.k. åtgärdbar dödlighet, dvs. död på grund av orsaker som hälso- och sjukvården anses kunna påverka, visar att dödligheten oftast är ca 30-50 procent lägre i Sverige än i andra europeiska länder. Den åtgärdbara dödligheten i vårt land har dessutom stadigt minskat under de senaste två decennierna. Studier av vårdutnyttjandet i olika socioekonomiska grupper visar på små skillnader när man tar hänsyn till dödlighet och sjuklighet. De personer som bör ha störst behov av vård, de långvarigt sjuka, får mer vård än andra grupper. En rapport från Socialstyrelsen visar emellertid oroande tecken på att en ökande andel av befolkningen som anser sig ha behov av vård inte söker sig till sjukvården. Framför allt gäller detta i arbetargrupper. Den svenska sjukvården är emellertid rättvist fördelad vid en internationell jämförelse.

Svensk hälso- och sjukvård hävdar sig således väl internationellt när det gäller hög medicinsk kvalitet och rättvis fördelning av vården efter behov. Utvecklingen under senare år visar dessutom att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet haft stor förmåga både att anpassa hälso- och sjukvårdsutgifterna till den samhällsekonomiska utvecklingen och att effektivisera verksamheten. Under samma period har kostnaderna i vissa försäkringsfinansierade system i andra länder ökat snabbare än den totala samhällsekonomin. Därtill kommer att de administrativa kostnaderna är låga, vilket innebär att resurserna huvudsakligen används till direkt hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvården har påtagliga samband med socialförsäkringarna och socialtjänsten. Genom Ädelreformen har uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting inom vård och omsorg förändrats. Omsorgerna om utvecklingsstörda m.fl. flyttas nu över från landsting till kommuner. Även inom stödet till människor med psykiska störningar förändras uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting.

På fem orter i landet bedrivs försök med kommunalt ansvar för primärvården. För närvarande bedrivs försök med finansiell samordning dels mellan försäkringskassa och hälso- och sjukvården, dels

mellan dessa båda och socialtjänsten. Regeringen anser att resultatet av de pågående utvärderingarna av dessa försök bör avvaktas innan ställning tas till frågor som rör huvudmannaskap.

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. De mycket gamla blir fler. Den medicinska forskningen skapar nya möjligheter att behandla sjukdomar, särskilt i den växande gruppen äldre, samtidigt som de samhällsekonomiska restriktionerna har blivit allt mer uppenbara. Detta ställer höga krav på fortsatta åtgärder för att öka kostnadseffektiviteten liksom på den politiska processen när det gäller att åstadkomma folklig förankring för de grundläggande prioriteringarna. Kraven skärps också på en öppen dialog mellan politiker, administratörer och de som arbetar i hälso- och sjukvården i syfte att utveckla verksamheten och hushålla med begränsade resurser. Enligt regeringen skapar dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvården goda förutsättningar att tillgodse krav på såväl kostnadskontroll och kostnadseffektivitet som demokratisk styrning, insyn och kontroll. Regeringen anser således att det finns behov av regionala självstyrelseorgan för hälso- och sjukvården även i fortsättningen samt att primärkommunerna som nu bör vara huvudmän för en del av hälso- och sjukvården.

Kommitténs fortsatta arbete skall ha följande utgångspunkter och inriktning.

Kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. Kommittén skall ta del av de förslag om den offentliga verksamhetens uppbyggnad och indelning på regional nivå som Regionberedningen (C 1992:06) kommer att redovisa i sitt slutbetänkande i början av år 1995. I det sammanhanget bör särskilt uppmärksammas att den geografiska indelningen på regional nivå är utformad så att kraven på en hög kvalitet i vården, en effektiv resursanvändning och medborgarnas möjlighet att påverka verksamheten genom den demokratiska processen tillgodoses.

En annan utgångspunkt skall vara att systemet är förenligt med sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar för vården enligt hälso- och sjukvårdslagen och ge möjligheter att styra sjukvårdens kostnadsutveckling. Som ett led i detta har finansieringsansvaret för ersättningarna till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster förts över till sjukvårdshuvudmännen från år 1994. I ett nästa steg bör sjukvårdshuvudmännen ges ett samlat kostnadsansvar för läkemedel. I anslutning till detta finns det skäl att göra en översyn av det samlade förmånsystemet för läkemedel och se över utformningen av högkostnads-skyddet.

Den kommunala sektorn är av grundläggande betydelse för välfärd, samhällsekonomi och tillväxt. Staten har ett ansvar för att sektorn tillförsäkras rimliga ekonomiska och planeringsmässiga förutsättningar, vilket bl.a. kan ske genom ett långsiktigt stabilt bidrags- och utjämningsystem. Staten har vidare det övergripande ansvaret för den offentliga verksamheten och samhällsekonomin och måste ha instrument till sitt förfogande för att kunna styra med hänsyn till detta ansvar.

Patienten har under senare år fått en starkare ställning i hälso- och sjukvården, bl.a. genom att möjligheterna att välja vårdgivare har ökat. Steget till ett mera allmänt patientinflytande är dock ännu långt, inte minst i fråga om möjligheterna för patienten att själv medverka i val av behandlingsmetod då det medicinska beslutsfattandet erbjuder alternativ. Patientens ställning bör stärkas, bl.a. i detta hänseende.

Sociala och ekonomiska villkor, arbetsmiljö och levnadsvanor har avgörande betydelse för den framtida hälsoutvecklingen. Socialstyrelsen konstaterar i sin senaste folkhälsorapport att den pågående samhällsutvecklingen kan leda till ökade socioekonomiska skillnader i hälsa. Statens politik påverkar hälsan på en rad områden. Staten måste därför ta ett ökat ansvar när det gäller att ge förutsättningar för en god hälsa. Hälso- och sjukvårdens kunskaper och erfarenheter har också stor betydelse för det förebyggande arbetet. Dess roll på folkhälsoområdet behöver förtydligas och förstärkas.

Svensk medicinsk forskning har länge haft en internationellt sett framskjuten position. Sverige har därmed lämnat väsentliga bidrag till den medicinska utvecklingen. Det är av yttersta vikt att denna position kan bibehållas. Att förebygga, bota eller lindra sjukdom kräver emellertid inte enbart medicinska kunskaper utan också kunskaper inom omvårdnad, habilitering och rehabilitering. Även om vårdforskningen ligger väl framme inom vissa områden vid en internationell jämförelse så är den inte på långt när lika utvecklad, etablerad och accepterad som den medicinska forskningen. Det finns därför skäl att intensifiera insatserna inom vårdforskningen samt även i övrigt främja utvecklingen inom omvårdnadsområdet i syfte att uppnå bästa möjliga patientnytta till minsta möjliga kostnad.

3.2 Patientens ställning i hälso- och sjukvården

Ett centralt mål för reformsträvandena i den svenska hälso- och sjukvården under senare år har varit att stärka patientens ställning, bl.a. genom att ge individen ökade möjligheter att välja vårdgivare inom

t.ex. primärvård och olika typer av specialistvård liksom att välja sjukhus vid slutna vård. Åtgärder har också vidtagits för att öka vårdens tillgänglighet, bl.a. vårdgarantiåtagandena. Denna utveckling skall bl.a. ses mot bakgrund av den värderingsförskjutning som skett, framför allt bland efterkrigstidens generationer, som ställer större krav på inflytande och möjligheter att påverka sin situation än vad som tidigare varit vanligt. Möjligheten att välja vårdgivare är en viktig aspekt av patientinflytandet. En väl så viktig - men hittills inte lika uppmärksam - aspekt på patientinflytandet är möjligheterna för patienten att själv medverka i val av behandlingsmetod då det medicinska beslutfattandet erbjuder alternativ.

Under senare år har ambitionen att ge god information ökat i vården och patienterna har i ökad utsträckning önskat bli delaktiga i det medicinska beslutfattandet och i den dagliga omvårdnaden. Steget till ett mera allmänt patientinflytande är dock ännu långt.

Kommittén bör överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att brygga över det underläge som patienten naturligen befinner sig i gentemot hälso- och sjukvården. Kommittén skall bl.a. redovisa förslag till förbättringar som gör det möjligt att nå patienten med balanserad information om sjukdomen och att medverka i valet av behandling. Vidare bör övervägas om det finns skäl att vidta särskilda åtgärder för att ge stöd till patienter för vilka valet av behandling har stor betydelse för framtida livskvalitet. Det kan t.ex. gälla valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar och där vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger precisa svar. Här bör särskilt behovet av systematiska uppföljningar, som kan bilda underlag för informationsspridning till patienter om effekter och risker, uppmärksammas. Vidare bör prövas hur patientens egna erfarenheter och resurser bättre kan tas till vara i vården och rehabiliteringen. Kommittén bör också överväga vilka åtgärder som kan vidtas av staten t.ex. genom lagstiftning och tillsyn, sjukvårdshuvudmännen respektive vårdgivaren för att stärka patientens ställning.

3.3 Hälso- och sjukvårdens resursbehov

Under de senaste åren har kommuner och landsting bedrivit ett framgångsrikt arbete för att öka produktiviteten och effektiviteten i verksamheten. Det arbetet måste drivas vidare för att medborgarnas behov av vård och omsorg skall kunna tillgodoses på bästa sätt. Det krävs ett kontinuerligt förändringsarbete för att anpassa hälso- och sjukvården till nya tider, förändrade behov och andra förutsättningar.

Det är för närvarande utomordentligt svårt att bedöma möjligheterna att ytterligare öka produktiviteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Utvecklingen under de senaste åren skall bl.a. ses mot bakgrund av att produktivitetens utvecklingen under 1970- och 1980-talet var negativ. Det har således funnits utrymme för en betydande engångsökning av produktiviteten. Det är knappast realistiskt att anta att produktiviteten kan öka i samma takt under återstoden av 1990-talet utan man får räkna med en långsammare utveckling.

Till bilden hör också att möjligheterna att rationalisera verksamheten varierar inom olika delar av hälso- och sjukvården. Potentialen för fortsatta produktivitetsoökningar torde vara mindre inom omvårdnadsintensiva områden som internmedicinsk korttidsvård, geriatrik och kommunal sjukvård än inom kirurgi, där nya medicinska metoder möjliggör en fortsatt utveckling mot kortare vårdtider och övergång till dagkirurgi. Socialstyrelsen framhöll t.ex. i en rapport till regeringen i maj 1994 att omfattningen av och takten i ytterligare rationaliseringar vid medicinklinikerna samt den kommunala äldreomsorgen och sjukvården nog måste övervägas om den medicinska och omvårdnads-mässiga kvaliteten skall kunna upprätthållas.

Kommittén skall mot den bakgrunden analysera och bedöma de krav på resurser som framför allt den demografiska utvecklingen i kombination med medicinteknisk utveckling kan komma att ställa på hälso- och sjukvården under perioden fram till år 2010. Tyngdpunkten bör ligga på en bedömning av resurskraven med hänsyn till att utvecklingen mot en ökad andel äldre över 80 år, den grupp som främst ställer krav på samhällets vård och omsorg, kommer att fortgå under överskådlig tid enligt SCB:s prognoser. Kommittén bör i det sammanhanget särskilt beakta omvårdnads- arbetets betydelse för kvaliteten. Vidare bör be-lysas hur samordningen mellan landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård kan förbättras och utvecklas samt hur de brister i den medicinska kvaliteten som finns i den kommunala sjukvården kan åtgärdas. Därvid bör kommittén bl.a. ta del av Socialstyrelsens uppföljning av Ädelreformen.

Det bör här även framhållas betydelsen av effektiva sjukvårds- insatser för att begränsa sjukfrånvaron för personer i yrkesverksam ålder, bl.a. för att motverka ökade samhällsekonomiska kostnader i form av sjukpenning och minskad produktion. Kommittén bör överväga hur sådana sektorsövergripande samhällsekonomiska bedömningar kan integreras i sjukvårdsplaneringen.

Kommittén skall vidare beakta de beslut om det samhälls- ekonomiska utrymmet för skattefinansierad kommunal verksamhet som riksdagen fattar våren 1995.

3.4 Statlig styrning

De instrument som staten förfogar över för att styra utvecklingen inom hälso- och sjukvården är i första hand finansiella styrinstrument, lagstiftning, tillsyn, tillståndsgivning, sanktioner m.m. Staten har vidare ansvaret för merparten av forskningen och betydande delar av utbildningen. Uppföljning och utvärdering är andra instrument för den statliga styrningen och kan ses som stöd för och komplement till den övriga styrningen.

Flera av de nämnda styrinstrumenten övervägs för närvarande i regeringskansliet.

Beredningen för statsbidrag och utjämning inom kommunsektorn har nyligen avlämnat sitt slutbetänkande Utjämning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting (SOU 1994:144). I betänkandet lämnas förslag till ett nytt statsbidrags- och utjämningsystem för kommuner och landsting. Det föreslagna systemet innebär bl.a. en förstärkning av statens möjligheter att styra det skattefinansierade utrymmet för kommunsektorn. Samtidigt frånhänder sig staten i allt väsentligt finansiella instrument för att påverka/styra den kommunala sektorns prioriteringar och utformning av verksamheten eftersom statsbidragen i huvudsak förutsätts vara generella. Enligt beredningen kan det i vissa lägen finnas skäl att använda en mindre del av bidragen i styrande syfte. Systemet har därför utformats så att det finns en flexibilitet i detta hänseende, dvs. systemet kan samtidigt rymma både kommunal självständighet och möjlighet till viss statlig styrning.

Frågor som rör tillsyn m.m. kommer att behandlas i en proposition om verksamhetstillsyn inom hälso- och sjukvården som regeringen avser att lämna till riksdagen i början av år 1995. Därutöver kommer att staten ha ett särskilt ansvar för att hälso- och sjukvården skall fungera även i kriser och krig.

Kommittén bör göra en samlad bedömning av vilka krav som utvecklingen kan komma att ställa på den statliga styrningen inom sektorn i framtiden och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument i relation till de nationella hälso- och sjukvårdsvårdspolitiska målen.

3.5 Sjukvårdshuvudmännens styrsystem och organisation

Det svenska sjukvårdssystemet har genom landstingen och kommunerna en unik möjlighet att parallellt pröva olika modeller och system,

något som också framhålls i de nuvarande direktiven. Denna möjlighet har i hög grad utnyttjats under de senaste åren. Kommittén har studerat erfarenheterna av nya former för styrning och organisation både i den svenska hälso- och sjukvården och i ett antal OECD-länder. Flertalet av dessa reformer är av så sent datum både i vårt land och i andra länder att det är svårt dra några säkra slutsatser om resultatet. Därtill kommer att det är svårt att veta vilka effekter som kan hänföras till de nya styr-systemen eftersom sektorn under samma period i hög grad påverkats både av ekonomiska restriktioner och andra reformer, t.ex. Ädelreformen och husläkarreformen.

Kommittén bör mot den bakgrunden så långt möjligt göra en samlad bedömning av erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation som tillämpas i den svenska hälso- och sjukvården. Jämförelser bör därvid göras mellan landsting och kommuner som tillämpar nya former för styrning och organisation och traditionellt styrda huvudmän. Vidare bör kommittén i relevanta delar bedöma vilka lärdomar i fråga om styrning och organisation som kan dras av reformarbetet i de studerade OECD-länderna.

3.6 Kostnadsansvaret för läkemedel i öppen vård

Läkemedel ingår som en resurs i den samlade hälso- och sjukvården och kan vara såväl komplement som alternativ till andra sjukvårdande insatser. Detta starka samband mellan läkemedel och annan sjukvård är ett bärande motiv för att ge sjukvårdshuvudmännen ett samlat kostnadsansvar för läkemedel och övrig hälso- och sjukvård. Härigenom torde man skapa goda förutsättningar för att läkemedelsbehandling och andra sjukvårdande insatser vägs mot varandra på likvärdiga villkor och därmed till en bättre avvägning mellan olika behandlingsformer. Därtill kommer att om läkemedelskostnadernas utveckling skall kunna dämpas, krävs ett ökat kostnadsmedvetande hos förskrivarna. Här torde ett system som bygger på att sjukvårdshuvudmännen har det samlade kostnadsansvaret för läkemedel innebära bättre förutsättningar för att åstadkomma detta jämfört med nuvarande system. I sammanhanget har bl.a. läkemedelskommittéerna en viktig funktion. Mot denna bakgrund skall kommittén i sitt fortsatta arbete utreda och lämna förslag om en ändrad fördelning i fråga om kostnadsansvaret för läkemedelsförmänen.

Kommitténs överväganden och förslag skall ha sin utgångspunkt i att sjukvårdshuvudmännen bör överta kostnadsansvaret för läkemedlen i den öppna vården från den allmänna sjukförsäkringen. Förändringen

skall omfatta hela förmånssystemet för läkemedel, dvs. även förbrukningsartiklar och speciallivsmedel.

Kommittén bör vidare överväga formerna för den ekonomiska regleringen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen vid ett överförande av kostnadsansvaret. Principerna för fördelningen av det ekonomiska utrymmet mellan sjukvårdshuvudmännen bör också övervägas. Strävan bör därvid vara att finna kriterier för fördelningen som så långt möjligt tar hänsyn till de skilda faktiska läkemedelsbehov som möjligen kan föreligga hos de olika huvudmännen.

Prissättningen av de läkemedel och övriga produkter som ingår i den allmänna läkemedelsförsäkringen bör prövas. I prövningen ingår att utvärdera vilka effekter som nuvarande system med Riksförsäkringsverket som ansvarig prissättare haft. Av finansiella hänsyn är det viktigt att bedöma prissättningen för läkemedel i öppen och sluten vård ur ett helhetsperspektiv. Det finns dock mycket som talar för att det av rättviseskäl bör vara en statlig uppgift att prissätta de läkemedel som omfattas av subventionering även i fortsättningen. Kommittén bör också beakta att det kan vara mer rationellt att bygga upp den speciella kompetens som krävs för ändamålet på central nivå jämfört med ett decentraliserat system för prispförhandlingar och prissättning. Kommittén bör vidare överväga om det är ändamålsenligt att ge staten ett samlat ansvar för prissättning även för övriga produkter som omfattas av förmånssystemet. Kommittén bör vidare överväga vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att stärka läkemedelskommittéernas inflytande. I det sammanhanget bör särskilt uppmärksammas möjligheterna att erbjuda de privatpraktiserande läkarna möjlighet att medverka i arbetet med att ta fram kommittéernas rekommendationer. Frågan om hur uppföljningen av förskrivningarna och de kostnader dessa genererar kan förbättras såväl i den offentligt som privat bedrivna hälso- och sjukvården bör också övervägas.

3.7 Läkemedelsförmånen inklusive högkostnadsskyddet

Kommittén bör vidare göra en översyn av utformningen av förmånssystemet för läkemedel, som även fortsättningsvis bör vara statligt reglerat. I det sammanhanget bör beaktas den av Merkostnadskommittén genomförda översynen av bl.a. läkemedelsförmånen. Utredningen lämnade i sitt slutbetänkande (SOU 1992:129) flera alternativa möjligheter till förändringar av förmånssystemet som bör övervägas. En utgångspunkt bör därvid vara att förmånssystemet för läkemedel bör refor-

meras för att skapa större enhetlighet och rättvisa mellan olika patientgrupper som har betydande kostnader för sjukvård och läkemedel.

Kommittén bör redovisa ett huvudalternativ som bygger på att de nu kostnads fria läkemedlen och förbrukningsartiklarna görs prisnedsatta och förs in i ett högkostnadsskydd. I anslutning härtill bör kommittén göra en bedömning av om en sådan förändring kan behöva kompletteras med någon annan åtgärd inom socialförsäkringssystemet för dem som har livslånga sjukdomstillstånd och betydande merkostnader. Med hänsyn till det statsfinansiella läget krävs att kommittén redovisar förslag som inte ökar de offentliga utgifterna eller minskar statsinkomsterna. Kommittén skall också uppmärksamma eventuella effekter på vårdens kvalitet av förändrade förskrivningsmönster.

Kommittén bör vidare pröva vilka förändringar av högkostnadsskyddet som behöver vidtas med hänsyn till det ovan nämnda huvudalternativet där de kostnadsfria läkemedlen och förbrukningsartiklarna förs in i systemet med prisnedsättning. En utgångspunkt skall vara att högkostnadsskyddet även i fortsättningen är statligt reglerat. Med hänsyn till att kommitténs förslag skall utgå från att sjukvårdshuvudmännen har ett samlat kostnadsansvar för läkemedel och övrig hälso- och sjukvård bör huvudmännen ges rätt att kunna besluta om en lägre nivå på egenkostnadstaket inom högkostnadsskyddet än den av riksdagen beslutade högsta nivån.

Kommittén bör redovisa ett huvudalternativ som bygger på att patientavgifterna för öppenvårdsbesök, förskrivna prisnedsatta läkemedel, förbrukningsartiklar och speciallivsmedel inordnas i ett samlat högkostnadsskydd. Vidare bör övervägas om även sjukresorna kan inordnas i detta högkostnadsskydd.

Högkostnadsskyddet kan utformas efter mönster av det nuvarande systemet, dvs. att hel kostnadsfrihet uppnås när egenavgifterna för den försäkrades sammanlagda kostnader överstiger ett visst bestämt belopp inom en tolv månadersperiod. Alternativ som bör övervägas är införande av flera nivåer i högkostnadsskyddet, t.ex. så att en viss avtrapning av den enskildes avgifter sker när egenavgifterna passerar ett visst belopp upp till en ny gräns efter vilken fullständig kostnadsfrihet gäller.

Kommittén bör även pröva möjligheterna att utforma ett system, där den enskildes kostnader sprids jämnare över tolv månadersperioden. Merkostnadskommittén berörde frågan om införande av ett periodiserat högkostnadsskydd för sjukvård och medicin baserat på 30 alternativt 90 dagar. Den lämnade dock inget förslag om ett sådant bl.a. med hänsyn till att frågan bedömdes ligga utanför kommitténs uppdrag.

Kommittén bör vid sina överväganden om högkostnadsskyddet ta del av det förslag som Utredningen (S 1993:13) om avgifter inom handikappområdet kommer att redovisa i början av år 1995.

3.8 Folkhälsoarbetet

Socialstyrelsen belyser i rapporten Landstingens folkhälsoansvar (1994:6) en rad brister inom folkhälsoområdet. Bl.a. konstateras att landstingen på flera håll saknar fastlagda mål, övergripande strategier och konkreta handlingsprogram för den samhällsmedicinska verksamheten och folkhälsoarbetet. Styrelsen noterar vidare bl.a. att det finns oklarheter i uppfattningen om vad som är landstingets, kommunernas respektive forskningens ansvar på folkhälsoområdet och påtalar behovet av att fastslå de olika samhällssektorernas och aktörernas ansvar på ett tydligare sätt. Kommittén skall - bl.a. mot bakgrund av de problem som redovisas i den ovan nämnda rapporten - analysera uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner när det gäller folkhälsoarbete samt hur samverkan mellan de olika aktörerna kan förbättras. Vidare bör kommittén belysa hur de olika organisations- och styrsystem som sjukvårdshuvudmännen utvecklar påverkar förutsättningarna för folkhälsoarbetet. Kommittén skall slutligen överväga om det finns behov av att precisera kommunernas och landstingens folkhälsoansvar i hälso- och sjukvårdslagen.

3.9 Kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete

HSU 2000 har, som framgått tidigare, avlämnat ett delbetänkande (SOU 1994:32) som preciserar landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvårdssektorn. Frågan om primärkommunernas ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete behandlas inte i delbetänkandet. Däremot framgår att kommittén i sitt fortsatta arbete avser att överväga om det finns behov av en lagändring som preciserar primärkommunernas ansvar för patientnära forskning inom de delar av hälso- och sjukvården som de är huvudmän för. Det forskningsområde som är aktuellt i detta sammanhang torde i första hand vara vårdforskning, dvs. forskning med inriktning på omvårdnad, habilitering, rehabilitering, m.m.

Vårdforskningen i den svenska hälso- och sjukvården har nyligen kartlagts på uppdrag av Medicinska forskningsrådet (MFR) och Landstingsförbundet. Vidare har Statens beredning för utvärdering av medi-

cinsk metodik (SBU) nyligen gett ut en rapport om behov av utvärdering inom sjuksköterskans område, som bl.a. innehåller förslag till studier och utvärderingar inom omvårdnadsområdet. Av de två först nämnda studierna framkommer bl.a. att landstingen har spelat en viktig roll för omvårdnadsforskningens utveckling, bl.a. som dominerande forskningsfinansiärer inom området. Andra finansiärer är forskningsråden, främst MFR samt Landstingsförbundet. Genom beslut av riksdagen våren 1994 har ytterligare en forskningsfinansiär tillkommit; Stiftelsen för vård- och allergiforskning som tillförts kapital från de tidigare löntagarfonderna.

Det finns inga studier som belyser hur kommunerna ser på sitt ansvar för vårdforskning efter Ädelreformen. Det samma gäller i fråga om psykiskt långtidssjuka som kommunerna får ett lagstadgat ansvar för fr.o.m. den 1 januari 1995.

Kommittén skall i sitt fortsatta arbete ge en bred belysning av vårdforskningens läge, finansiering och organisation i den svenska hälso- och sjukvården. De ovan nämnda studierna torde begränsa behovet av egna kartläggningar. Kommittén bör däremot belysa Ädelreformens och den senaste psykiatrireformens konsekvenser för utvecklingen inom vårdforskningen och den kliniskamedicinska forskningen och därvid särskilt uppmärksamma primärkommunernas engagemang på området.

Kommittén skall vidare överväga ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansieringen av vårdforskning och i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling. I det sammanhanget bör beaktas bl.a. behovet av att forskning och utveckling inom området får en starkare förankring i vård och vårdutbildning samtidigt som dess samband med övrig forskning inom högskolan stärks. Behovet av regional och nationell samordning bör också övervägas.

3.10 Övrigt

För kommitténs arbete gäller kommittédirektiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), att beakta EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir. 1988:43), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124).

Utredningens arbete skall redovisas etappvis i form av delbetänkanden. Ett första betänkande i fråga om kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen, förmånssystemet för läkemedel och högkostnadsskyddet

skall redovisas senast den 31 maj 1995. Arbetet skall bedrivas så att det är slutfört i sin helhet senast den 30 juni 1996.

(Socialdepartementet)