

Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem

– en kartläggning

*Delbetänkande av Statens vård- och
omsorgsutredning*

Stockholm 2011



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2011:65

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23632-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 27 januari 2011 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över de statliga delarna av vård- och omsorgssystemet.

Tidigare VD:n för Apoteket AB, Stefan Carlsson, förordnades att vara särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 24 mars ämnesråden Per Aldskogius, Maria Renström, Mats Nilsson samt kanslirådet Pontus Johansson. Den 30 mars förordnades som experter i utredningen handläggaren Åsa Himmelsköld vid SKL, direktören i Stockholms stad Carina Lundberg Udelepp, hälso- och sjukvårdsdirektören i Landstinget Östergötland Lena Lundgren samt verkställande direktören för Aleris Stanley Brodén.

Huvudsekreterare har från den 1 mars varit Anders Åhlund. Sekreterare i utredningen har från den 1 mars varit Sören Berg och Hanna André. Sedan den 1 maj 2011 har utredaren i Statskontoret Maria Karanta deltagit i utredningens arbete som s.k. stabsbiträde.

Stefan Carlsson har varit ensam utredningsman och svarar ensam för innehållet i betänkandet. Experterna och sakkunniga har emellertid deltagit i arbetet i sådan utsträckning att det är befogat att använda vi-form i betänkandet. Det hindrar inte att skilda uppfattningar kan finnas.

Stockholm i oktober 2011

Stefan Carlsson

/Anders Åhlund
Sören Berg
Hanna André

Innehåll

Sammanfattning	9
Summary	15
1 Inledning	21
1.1 I medborgarnas tjänst	21
1.2 Grunderna för vården och omsorgen i Sverige	22
1.3 En vård och omsorg som är jämlik och inriktad på att främja hälsa och förebygga sjukdom	23
1.4 Ett komplext system.....	26
1.5 Vårt arbetssätt	27
1.6 Strukturen i detta betänkande.....	30
2 Vård- och omsorgssystemet ur olika aktörers perspektiv	33
2.1 Vård och omsorg har starka band, men samtidigt olika förutsättningar	33
2.2 Den offentliga finansieringen står inför stora utmaningar.....	35
2.3 Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver få ökad kraft.....	41
2.4 Den ökade mångfalden bland utförarna förändrar förutsättningarna.....	44
2.5 Tillsyn och tillståndsgivning får nya förutsättningar.....	49

2.6	Brukarna och patienterna blir en viktigare kraft i verksamhetsutvecklingen – och förändrar förutsättningarna för övriga aktörer	52
2.7	Vård och omsorg på lika villkor – allt fler frågor kräver nationell samordning.....	55
2.8	Kunskapsstyrning är ett utvecklingsområde med stora förbättringsmöjligheter.....	58
2.9	Internationaliseringen får allt större betydelse.....	63
2.10	Behov av vidareutveckling när det gäller ledarskap och professionell utveckling	65
3	Regeringens styrning av vården och omsorgen	67
3.1	En beskrivning av styrkedjan.....	67
3.2	Myndighetsstruktur och uppgifter.....	69
3.3	Strategier, samordnare och överenskommelser.....	83
4	Bedömningar inför det fortsatta utredningsarbetet.....	93
4.1	Långsiktiga förutsättningar som skapar förändringstryck.....	93
4.2	Den lokala och regionala styrningen kommer att verka i ett nytt sammanhang.....	95
4.3	Områden som vi kommer att arbeta vidare med.....	98
4.4	Genomgripande översyn av arbetsformer och myndighetsstruktur.....	104

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv.....	105
Bilaga 2 Uppdraget och utredningens arbetsätt.....	117
Bilaga 3 Myndighetsstruktur	123
Bilaga 4 Regeringsuppdrag till myndigheterna.....	141
Bilaga 5 Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting	151

Sammanfattning

Genomgripande översyn av arbetsformer och myndighetsstruktur

Statens vård- och omsorgsutredning har i uppdrag att stödja utvecklingen av vård- och omsorgssystemet genom att göra statens roll och styrning mer tydlig, ändamålsenlig och effektiv. Fokus i detta delbetänkande är de frågor som vården och omsorgen behöver kunna hantera på 10–15 års sikt, och vilken roll staten bör ta i dessa frågor.

Utifrån en analys av dagens situation och framtidens utmaningar lyfter vi fram några frågor som vi kommer att fokusera i vårt fortsatta arbete. Det handlar om områden där staten på olika sätt behöver utveckla sin roll och styrning i relation till en förändrad omvärld. I det fortsatta arbetet kan fler frågor aktualiseras.

Sammantaget innebär våra bedömningar att vi ser ett behov av en genomgripande översyn av statens sätt att styra och stödja vård- och omsorgssystemet. Detta innebär bland annat att myndighetsstrukturen behöver omprövas. Ansvarsfördelningen behöver förtydligas, arbetssätten moderniseras och ledar- och medarbetarskapet vidareutvecklas. Eftersom en del av problemen i den nuvarande statliga styrningen beror på att det finns överlappningar mellan myndigheter med likartade uppgifter, bedömer vi att en effektivare statlig styrning kan uppnås utan resursförstärkningar.

Långsiktiga förutsättningar som skapar förändringstryck

Vi bedömer att fem faktorer har särskilt stor betydelse för vården och omsorgen. Detta förändringstryck innebär att både verksamheterna och statens styrning av och roll i systemet behöver utvecklas. Dessa faktorer skapar nya förutsättningar för den stat-

liga styrningen, men även för lokal och regional politisk styrning. För kommuner och landsting är det en stor utmaning att förnya den lokala och regionala vård- och omsorgspolitiken utifrån dessa nya förutsättningar.

1. Resursutmaningen

Både den demografiska utvecklingen och de ökade möjligheterna att erbjuda vård och omsorg av hög kvalitet, innebär utmaningar för den offentliga finansieringen. Effektiviseringar och en aktiv prioriteringsdiskussion krävs inom många områden. I detta sammanhang aktualiseras diskussionen om likvärdig vård och, ytterst, vad medborgarna har rätt att kräva av den offentligt finansierade vården och omsorgen.

2. Internationaliseringen

Den ökade internationella rörligheten skapar nya förutsättningar för vården och omsorgen. Kunskaper och erfarenheter sprids snabbare och både patienter, brukare och professionella rör sig allt mer över nationsgränserna. De internationella regelverken blir också allt mer betydelsefulla på allt fler områden. Även företagen inom vård- och omsorgssektorn internationaliseras.

3. Kunskaps- och IT-utvecklingen

En förutsättning för kunskapsstyrning är tillgång till på aktuella och jämförbara data. IT-utvecklingen ger ökade möjligheter både till kunskapsspridning, -utveckling och förenklad administration. Samtidigt uppstår delvis nya frågor, bland annat när det gäller balansgången mellan personlig integritet och effektiv informationshantering.

4. Patienter och brukare kan och vill ha mer makt över sin egen vård och omsorg

Vi ser en långsiktig utveckling i riktning mot att patienter och brukare både vill ha och kommer att kunna hantera större egen makt. Mycket talar för att denna förändring kommer att vara en av vård- och omsorgssektorns största utmaningar och förändringskrafter. Skillnaderna är dock stora. Olika patient- och brukargrupper har olika behov och intressen. Olika politiska värderingar har också stor betydelse.

5. Ökad mångfald i produktion och finansiering

Trots att skillnaderna inom landet är mycket stora, ser vi att andelen offentligt finansierad vård och omsorg som drivs i fristående former ökar. Men reglering, styrning, verksamhetsutveckling och tillsyn har inte anpassats i tillräcklig utsträckning.

Även regleringen som omfattar de delar av vården och omsorgen som finansieras helt privat kan behöva anpassas och utvecklas.

Fokus i vårt fortsatta utredningsarbete

I utredningens fortsatta arbete kommer vi att försöka ge förslag till hur staten ska kunna förändra sin roll och styrning för att möta de förändringar som vi har beskrivit.

Samordning för vård och omsorg på lika villkor

I vårt arbete har vi sett hur behoven av mer nationell samordning för lika villkor vuxit på senare tid, både inom vården och omsorgen. Ett av skälen till att diskussionen om lika villkor fått ökad kraft är den ökade tillgången på information om utbud, avgifter och resultat. Ett annat skäl är den ökade valfriheten och mångfalden inom vården och omsorgen. Rörligheten och internationaliseringen bidrar också, liksom den ekonomiska utmaning som vården och omsorgen står inför.

Bättre stöd till patienters och brukares inflytande

Patienter, brukare och anhöriga som kan och vill bestämma mer över sin vård och omsorg behöver information och stöd. Kommuner och landsting har ett grundläggande ansvar för stödet till patienter, brukare och anhöriga, men många typer av informationskällor och IT-system behöver utvecklas i nationell samverkan.

Samordning för kvalitet och effektivitet

Sverige är ett litet land sett till invånarantalet men stort till ytan. Vi anser att mer nationell samordning krävs för att klara några av vårdens och omsorgens utmaningar framöver.

De möjligheter och problem som uppstår som en följd av IT-utvecklingen kräver tydligare regelverk, mer kompatibla och användarvänliga system, samt samordnade system för kontinuerligt lärande och utveckling, allt med bibehållen respekt för den personliga integriteten.

På vissa områden behövs också nationell arbetsfördelning, främst för att koncentrera sällan förekommande verksamhet som kräver specifik kompetens. Inom sjukvården finns idag ett system för att hantera så kallad Rikssjukvård, och kanske skulle likartade arbetssätt behövas för flera verksamhetsområden.

Vidareutveckling av kunskapsstyrningen

När det gäller kunskapsstyrning är det vår ambition att lägga förslag som bidrar till att göra processerna med att ta fram kunskapsunderlag snabbare och mer samordnade, och resultaten mer lättillgängliga för användaren. Inom vården och delvis inom omsorgen görs redan mycket, men vi slås ändå av mängden önskemål om förbättringar. Processerna måste gå snabbare och mer utifrån mottagarnas perspektiv. I vår kartläggning har vi sett att flera myndigheter har överlappande uppgifter. Resultaten måste dessutom bli mer lättillgängliga för användarna. Utöver detta är det viktigt att inse kunskapsstyrningens begränsningar. Komplexa verksamheter kan bara delvis värderas och styras med hjälp av nyckeltal och strikta riktlinjer.

Mer kraft behövs i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Det finns en stor enighet om vikten av ett sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetssätt inom vården och omsorgen och om att genomslaget behöver öka. I första hand handlar det om att detta synsätt mer måste integreras i vårdens och omsorgens löpande arbete och kunskapsutveckling. Det är också i denna del vi kommer att fokusera vårt fortsatta arbete. Om möjligt, kommer vi också att ge förslag till hur det övergripande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet kan ges bättre förutsättningar.

Mer samordnad hantering av de formella styrmedlen

Verksamheterna inom vården och omsorgen möter staten i olika sammanhang och vid många olika tillfällen. Det handlar om tillsyn, föreskrifter, tillstånd etc. Vi noterar brister i dessa delar när det gäller samordning, tempo, tydlighet, flexibilitet och service. Här har vi ambitionen att förslå en mer samlad hantering.

Vidareutvecklade arenor för gemensamt utvecklingsarbete

Det behövs långsiktigt hållbara arbetsformer för ett brett gemensamt utvecklingsarbete inom vården och omsorgen i Sverige, där staten kan bidra med exempelvis kunskapsunderlag, metodstöd, stöd till genomförande och politiska förslag från den nationella nivån. De positiva erfarenheterna från samverkan mellan Socialdepartementet och SKL behöver tas tillvara, men ansvarsfördelningen bör förtydligas och myndigheterna komma in i arbetet på ett bättre sätt.

Resursutmaningen kräver beredskap för att hantera prioriteringar, avgränsningar och strategiska satsningar

Staten behöver ha bättre kapacitet att följa och hantera den resursutmaning som framtiden bär med sig när det gäller vården och omsorgen. Staten behöver både kontinuerligt säkerställa en helhetsbild över vårdens och omsorgens samlade resursbehov, och kunna föra en diskussion om prioriteringar och om innehållet i det offentliga åtagandet.

Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar

De förändringar som vi sett och som påverkar vården och omsorgen i ett framtidsperspektiv, kräver en ny slags ledare. Ett förändringsledarskap krävs som ger medarbetare större möjligheter att utvecklas kontinuerligt. Verksamheterna och deras medarbetare behöver större utrymme för innovation och egna initiativ. Medarbetarna behöver också förutsättningar för att ta större eget ansvar och för att kunna fatta egna beslut i det löpande arbetet. Verksamheternas ledarskap är i grunden ett ansvar för huvudmännen och de producenter de anlitar, men staten har en viktig roll tex. genom att erbjuda fler och vidareutvecklade utbildningar om ledarskap och organisation inom vård och omsorg. Staten behöver också bli bättre på att säkerställa att universitetet och högskolorna möter de generella utbildningsbehov som finns i sektorn.

Regeringens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk

I dag styr regeringen vård- och omsorgssektorn med många och täta initiativ. Uppdrag till myndigheterna, överenskommelser, strategier och handlingsplaner förekommer i stor omfattning. Vi anser att genomslagskraften för de politiska prioriteringar som görs på nationell nivå kan öka med större långsiktighet, uthållighet och mer samlade strategiska beslut. Kraften att ta emot uppdrag och andra initiativ från regeringen, är antagligen som störst när det finns utrymme för planering och koordinering med det egeninitierade arbetet i myndigheter, kommuner och landsting.

Summary

Comprehensive review of working methods and agency structures

The Government's Inquiry on the Health Care and Social Services has been assigned the task of developing the health care and social services system by reviewing the role of the state and its governance. The focus of this interim report are the issues that the health care and social services need to be able to deal with in a ten- to fifteen-year perspective, and the role that the state should play in these issues.

Based on an analysis of the situation and challenges of today, we highlight some of the issues that we will be focusing upon in our further work. These involve areas in which the state, in various ways, needs to develop its role and governance in relation to changes in the world around us. In our further work, several more questions may be brought to the fore.

Our assessments has led us to see a need for a comprehensive review of the way in which the state governs and supports the health care and social services system. This means, among other things, that the structure of agencies needs to be re-examined. The division of responsibilities needs to be clarified, working procedures to be modernised, and management and staff skills to be further developed. Since some of the problems in the present state governance are due to the fact that there are overlaps between agencies with similar duties, we consider that more effective state governance can be achieved without additional resources.

Long-term conditions that create forces for change

We consider that five factors are of particular importance for the health care and social services. These forces for change mean that both the services themselves, and the governance and role of the state in the system, need to be developed. These factors also create new conditions for state governance, but also for local and regional political governance. For municipalities and county councils, it will be a challenge to renew local and regional health care and social services policies, based on these new conditions.

1. The resources challenge

Both demographic developments and increased opportunities for offering high-quality health care and social services entail challenges for public funding. Measures to increase efficiency and an active discussion on priorities are needed in many areas. In connection with this, the discussion on equal health care and, ultimately, what citizens are entitled to demand of publicly-funded health care and social services is brought to the fore.

2. Internationalisation

Increased international mobility also creates new conditions for the health care and social services. Knowledge and experience are spread more rapidly; both patients, users and professionals are increasingly moving across national borders. The international regulatory framework is also becoming increasingly important in a growing number of areas. Companies within the health care and social services sector are also becoming internationalised.

3. Knowledge and IT developments

A fundamental condition for the governance of knowledge is access to up-to-date, comparable data. IT developments provide increased opportunities, both for disseminating and developing knowledge, and for simplifying administration. At the same time, partially new issues arise, such as those related to striking a balance between personal integrity and effective information management.

4. Patients and users can, and want to have more power over their own health care and social services

We see a long-term development towards patients and users both wanting, and being able to deal with, greater power of their own. There is much to indicate that this change will be one of the greatest challenges and forces for change facing the health care and social services sector. The differences are, however, considerable. Different groups of patients and users have different needs and interests. Different political values are also important.

5. Greater diversity in production and funding

Despite the fact that the differences within the country are large, we see that the proportion of publicly-funded health care and social services operated in independent forms is growing, but the necessary conditions in terms of regulatory frameworks, governance, operational development and supervision have not been adapted to a sufficient extent.

Regulation that includes the sectors of the health care and social services that are entirely privately-funded may also need to be adapted and developed.

The focus of the Inquiry's further work

In the Inquiry's further work we will try to make suggestions for ways in which the state can govern and support the health care and social services to deal with the changes that we have described.

Coordination for health care and social services on equal terms

In our work, we have seen how needs for more national coordination to ensure equal terms have been growing in recent years, within both the health care system and the social services. One of the reasons for the more intensive discussion on equal terms is greater access to information on the range of services, fees and results. Another reason is the greater freedom of choice and diversity within the health care and social services. Mobility and internationalisation are also contributory factors, as is the financial challenge facing the health care and social services.

Better support for patient- and user-empowerment

As patients, users and relatives will take more active part, they will also need better support to make choices and participate in different ways. Municipalities and County Councils are responsible for information and guidance to their citizens, but many of the databases and IT-systems has to be developed in national cooperation.

Coordination for quality and efficiency

Sweden is a comparatively small country in terms of population size, but is large in terms of its area. We consider that more national coordination is required in order to deal with some of the challenges facing the health care and social services in the future.

The opportunities and problems arising as a result of IT developments require clearer regulatory frameworks and more compatible, user-friendly and coordinated systems for continuous learning and development, all of which must be achieved while maintaining respect for personal integrity.

In some areas, a national division of responsibilities is needed, primarily to concentrate infrequent services that require specific skills. Within health care, a system exists today for dealing with what is known as National Specialised Medical Care, and similar working procedures may perhaps need to be developed for more areas of activities.

Further development of knowledge governance

When it comes to knowledge governance, our efforts will include trying to produce proposals that will contribute to ensuring that processes for obtaining knowledge bases are faster and more coordinated, and the results are more easily accessible for the user. Much is already being done within health care, and partially within the social services, but there are numbers of wishes for improvement. Processes must be speeded up, and be based more on the perspectives of the recipients. In our survey, we have seen that several agencies have overlapping tasks. Results must also be more easily accessible for the users. Apart from this, it is important to realise the limitations of knowledge governance. Complex activities

can only be partially evaluated and governed using key indicators and strict guidelines.

More energy needed for health-promoting and preventive work

There is great consensus on the importance of disease-preventive and health-promoting methods within the health care and social services and on the need for their impact to increase. This is primarily a matter of ensuring that a preventive and health-promoting approach becomes more integrated into the daily work and knowledge development of the health care and social services. We will be focusing on this aspect in our further work. If possible, we will also present proposals on how better conditions could be created for overall health-promoting and disease-preventive work.

More coordinated use of the formal policy levers

Activities within the health care and social services sector meet the state in various contexts and on many different occasions. They involve supervision, regulations, permits, etc. We note that there are shortfalls in these aspects, with regard to their coordination, speed, clarity, flexibility and service. We will try to suggest a more coherent model.

More developed arenas for joint development efforts

Long-term, sustainable working methods are needed for broad, joint development efforts within the health care and social services in Sweden, where the state contribution could include, for example, knowledge bases, methods support, support for implementation and political proposals from the national level. The positive experiences gained from the collaboration between the Ministry of Health and Social Affairs and the Swedish Association of Local Authorities and Regions needs to be made use of, but the division of responsibilities should be clarified and the integration of government agencies into this work improved.

The resources challenge requires a preparedness for dealing with priorities, delimitations and strategic initiatives

The state needs to improve its capacity to monitor and deal with the resources challenge that it will face in the future with regard to the health care and social services. The state needs both to continually ensure that it has an overview of all the resources needed by the health care and social services, and to be able to hold a discussion on the priorities and contents of the public commitment.

Management and staff skills are key issues in meeting the sector's challenges

The changes that we have seen and that affect the health care and social services in a future perspective require a new type of management. A management for change is required that provides staff with greater skills for continuous development. Services and their staff need greater scope for innovation and initiatives. Staff also need the conditions for taking greater responsibility of their own, and for being able to make their own decisions in their day-to-day work. This is basically a responsibility of the local authorities and county councils and the producers they engage, but the state has an important role to play, by, for example, offering a greater number of more advanced courses on management and organisation within the health care and social services. The state also needs to become better at ensuring that universities and other higher education institutions meet the general educational needs existing in the sector.

The Government's control needs to become more long-term and strategic

Today, the Government governs the health care and social services sector by frequent initiatives. Assignments to government agencies, agreements, strategies and action plans are widely used. We consider that the impact of the political priorities made at national level can increase with a more long-term approach and sustainability, and more cohesive strategic decisions. The capacity to receive assignments and other initiatives from Government is probably greatest when there is scope for planning and coordination with work initiated within government agencies, county councils and local authorities.

1 Inledning

1.1 I medborgarnas tjänst

Syftet med vår utredning är att stödja utvecklingen av vård- och omsorgssystemet genom att göra statens roll och styrning mer tydlig, ändamålsenlig och effektiv. I direktiven uttrycks det som att utredningen ska:

...se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.¹

Vården och omsorgen i Sverige ska möta medborgarnas olika behov och önskemål. Det sätt på vilket vården och omsorgen fungerar och utvecklas i relation till dessa behov och önskemål är avgörande för både effektiviteten, rättssäkerheten och den demokratiska legitimiteten.

Medborgarnas behov och önskemål är skiftande och föränderliga över tid och rum, exempelvis beroende på ålder, generation och kultur. I alla delar av samhället finns också personer med särskilt stort behov av stöd och hjälp. Den offentliga förvaltningens uppgift är bland annat att garantera alla medborgares möjligheter att förverkliga sin unika potential.^{2,3} Den offentliga förvaltningen ska också säkerställa att våra grundläggande behov av välfärd är tillgodosedda. Omsorgen verkar i detta sammanhang för att stödja människors delaktighet och aktiva deltagande i samhället genom att främja ekonomisk och social trygghet. Vårdens målsättning är en

¹ Dir. 2011:4 *Översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet.*

² Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.*

³ När vi i delbetänkandet refererar till den offentliga förvaltningen avser vi staten, kommuner och landsting.

god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, med respekt för varje människas eget värde.⁴

1.2 Grunderna för vården och omsorgen i Sverige

För vården och omsorgen i Sverige finns två viktiga regelverk som bildar ett fundament för hela det komplexa system som vård- och omsorgssystemet är: Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och Socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen är ramlagar, med övergripande mål för vården och omsorgen. Med utgångspunkt från dessa ska huvudmännen kommuner och landsting, utforma insatserna efter lokala och regionala behov. I Hälso- och sjukvårdslagen anges vad sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda befolkningen. I Socialtjänstlagen anges både rättigheter, skyldigheter och mål för verksamheten, vilket ger andra möjligheter till överklagande, samtidigt som domstolarnas tolkning av gällande lagstiftning och praxis har en mer framträdande roll.⁵ Utöver ramlagstiftningen i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen, finns många andra författningar som preciserar hanteringen av olika frågor, tex. kring kommunernas och landstingens skyldigheter, professionens skyldigheter och patientens inflytande. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:383, LSS) är en av de lagar som särskilt kan nämnas. Lagen ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor. Över tid har även ramlagstiftningen kompletterats med nya paragrafer som preciserar innebörden. EU-samarbetet är också en viktig grund för vården och omsorgen i Sverige, genom att mycket av den nya lagstiftning som införs är direkta anpassningar till bindande direktiv på EU-nivå. Vid sidan av lagstiftningen finns olika typer av politiska beslut för områdena, på nationell, regional och lokal nivå.

Riksdagen har i grundlagen beslutat att vård- och omsorgsområdet bäst utvecklas i ett decentraliserat system där kommuner och landsting beslutar om och genomför verksamheten.⁶ Genomgående i vårt betänkande gäller att begreppet landsting även

⁴ Socialtjänstlagen (2001:453, SoL) 1 kap 1§, Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) 2§.

⁵ Se tex. kommentarer i prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten*, prop. 2005/06:73 *Nationell samordning av rikssjukvården*, prop 2008/09:160 *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*

⁶ RF 1 kap 1, 7 §§, 14 kap. 1–6 §§ samt 2 kap 1 § KL.

inbegriper regioner. Principen om kommunalt självstyre skapar såväl möjligheter som utmaningar i systemet. Självstyret syftar till att möjliggöra innovativa och effektiva lösningar och stärka den lokala demokratiska nivån, genom att besluten fattas så nära medborgarna som möjligt. Samtidigt ska principen om allas likhet inför lagen och möjligheter till en jämlik vård och omsorg tillgodoses, utifrån de gemensamma mål som riksdagen ställt sig bakom i den nationella lagstiftningen.

1.3 En vård och omsorg som är jämlik och inriktad på att främja hälsa och förebygga sjukdom

Både hälsa och jämlikhet är viktiga delar i ett medborgarinriktat vård- och omsorgssystem. Bristande jämlikhet i vården och omsorgen, där grupper av medborgare behandlas sämre än andra, undergräver systemets legitimitet och trovärdighet. Även ambitionen om vård och omsorg som främjar hälsa och förebygger sjukdom är viktig för systemets långsiktiga överlevnad och för att medborgarnas tillit till vården och omsorgen ska bestå. En förbättrad folkhälsa och minskad förekomst av sjuklighet kan både minska lidande för enskilda och spara resurser i samhället.

Förutsättningarna för en jämlik vård och omsorg för hela befolkningen

Levnadsvillkoren i Sverige är i huvudsak goda. Sett till den allmänna utvecklingen har hälsan förbättrats under många årtionden, medellivslängden ökat och hälsoproblemen minskat över tid. Det hänger samman med ökade ekonomiska resurser, höjd utbildningsnivå, bättre sjukvård och omsorg och ökade kunskaper om hur man kan främja hälsa och förebygga ohälsa.

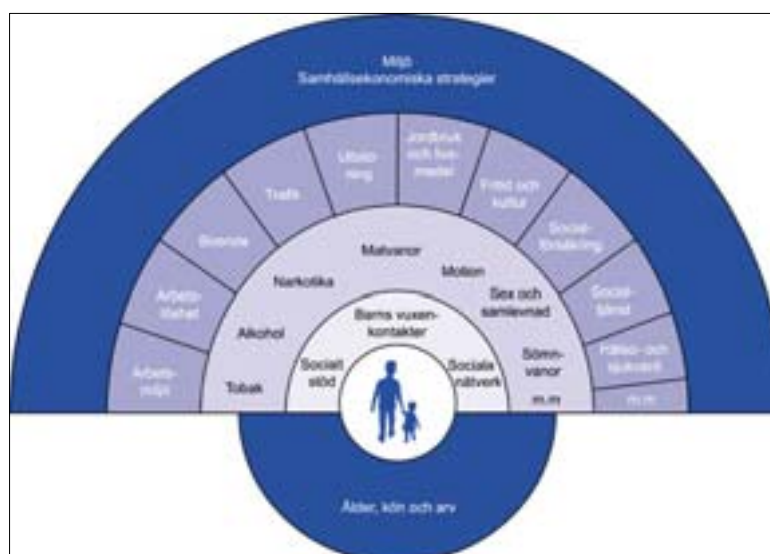
Samtidigt vet vi att det finns systematiska och långsiktiga skillnader i livslängd och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män. Även var i landet man lever spelar roll för hälsoutvecklingen. Det finns också skillnader i den självupplevda hälsan mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Till detta ska läggas att den psykiska hälsan hos skolungdomar och unga vuxna blivit

sämre. Vi vet också att vården och omsorgens förmåga att behandla och bemöta medborgare jämlikt brister på olika områden.⁷

Förutsättningarna för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet

Folkhälsoarbetets struktur och organisering präglas i dag av en bred ansats. Styrningen och ansvarsfördelningen på detta område bygger på att samhället som helhet – inte bara vård- och omsorgssektorn – har ett ansvar för människors hälsa. Ansatsen innebär att den nationella politiken och styrningen inriktas mot flera övergripande samhällsliga förutsättningar som har betydelse för folkhälsan.

Figur 1.1 Faktorer som påverkar folkhälsan



Källa: G Dahlgren och M Whitehead

⁷ Se tex. Socialstyrelsen (2011) *Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*, Statens folkhälsoinstitut (2010:16) *Folkhälsopolitisk rapport 2010*, Socialstyrelsen (2010) *Alljämt ojämlikt – Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*, SKL (2009) *Vård på (o)lika villkor*, Socialstyrelsen (2008) *Mot en mer jämställd vård och socialtjänst – Uppföljning av jämställdheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst*, Prop. 2010/11:1 *Budgetpropositionen för 2011*.

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.⁸

Till det övergripande målet hör elva målområden som benämns centrala bestämningsfaktorer för hälsan:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barn och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

För att nå det övergripande målet med hjälp av arbete med de 11 tillhörande bestämningsfaktorerna krävs ett sektorsövergripande arbetssätt och en bred samverkan mellan berörda aktörer. Statens folkhälsoinstitut, har ett särskilt ansvar att följa upp och utvärdera folkhälsans utveckling och åtgärder inom folkhälsoområdet. Statens folkhälsoinstitut Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen fungerar som nationella kunskapscentrum på området.⁹ Utöver dessa tre myndigheter, har ett stort antal statliga myndigheter uppdrag att rapportera om vidtagna åtgärder inom folkhälsoområdet och att leverera relevant statistik.¹⁰ Den större delen av det

⁸ Prop. 2007/08:110, 2002/03:35, bet. 2002/03:35:SoU7, rskr. 2002/03:145.

⁹ Arbetet för att främja hälsa och förebygga sjukdom sker med många olika verktyg och genom flera olika myndigheter. Förutom uppföljning, utvärdering och kunskapsutveckling sker också tillsyn, kontroll och bevakning. För en mer fördjupad redovisning av myndighetsuppgifterna för FHI, SMI och SoS, se kap 3.

¹⁰ Dessa myndigheter är: Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Myndigheten för handikapolitisk samordning, Jordbruksverket, Statens kulturråd, Livsmedelsverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Statens skolverk, Statistiska centralbyrån, Strålsäkerhetsmyndigheten samt Ungdomsstyrelsen. Källa: FHI 2010:16, *Folkhälsopolitisk rapport 2010*.

praktiska folkhälsoarbetet genomförs dock på regional och lokal nivå.¹¹

I vårt uppdrag ligger fokus på hur staten bättre kan stödja ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt. Många är berörda: dels de statliga myndigheterna inom området, landsting och kommuner, men också andra aktörer såsom privata producenter, ideella organisationer och andra.

1.4 Ett komplext system

Vård- och omsorgssystemet är ett komplext system med många olika intressenter, beslutsnivåer, inneboende logiker, traditioner och hierarkier. Systemet utvecklas och styrs genom flera olika processer och skeenden. Flöden av ny kunskap, nya förväntningar, behov och impulser från omvärlden och styrsignaler från olika nivåer sker både uppåt, nedåt och horisontellt, och under olika former. Starka professioner och organisationskulturer påverkar också komplexiteten.

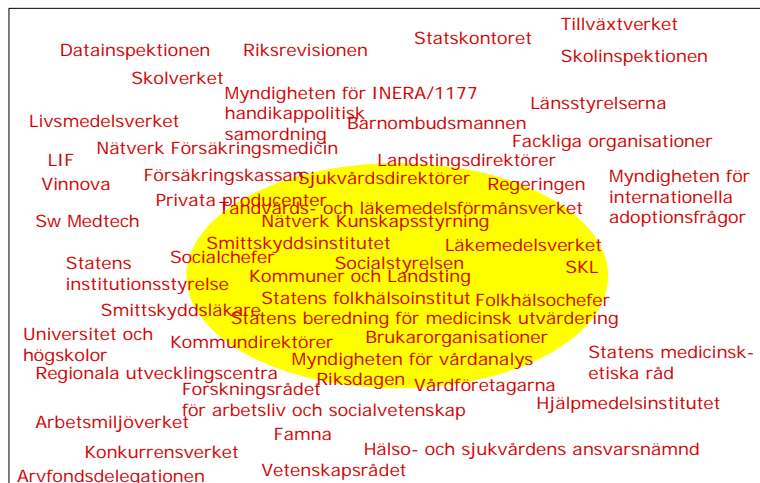
Ett system med så många aktörer kräver konsekvens i hanteringen, strategier, planering och långsiktighet för att få ut det bästa möjliga med insatta resurser. Denna långsiktighet måste bygga på god systemförståelse och insikt om att hela vård- och omsorgsområdet ska utvecklas utifrån ett demokratiskt beslutsfattande.

Eftersom vården och omsorgen finansieras och drivs på många olika sätt, är det svårt att ge någon exakt bild av verksamheternas omfattning. Sammantaget handlar det om verksamheter som kostar omkring en sjättedel av BNP.¹²

¹¹ Prop. 2010/11:1 *Budgetpropositionen för år 2011*

¹² Kostnaderna för hälso- och sjukvården låg år 2009 på 309 miljarder kronor, varav landstingens kostnader var 220 miljarder, kommunernas 24,7 miljarder, statens 7 miljarder och den privata sektorns kostnader 57,3 miljarder kronor. Kostnaderna för omsorgen kan beräknas på olika sätt, där ett mått är kommunernas kostnader för äldre-, funktionshinderomsorg samt individ- och familjeomsorg, som år 2010 uppgick till 161 miljarder kronor, enligt Statistiska centralbyråns beräkningar. Till dessa summor kan läggas exempelvis statens insatser inom omsorgsområdet, investeringar i forskning om vård och omsorg samt olika insatser för att främja ohälsa och förebygga sjukdom. Kostnaderna för dessa insatser är svårare att beräkna, bland annat eftersom de är spridda på många aktörer.

Figur 1.2 Illustration över aktörer i vård- och omsorgssystemet



Figurkommentar: Mängden aktörer i vård- och omsorgssystemet är stor. De aktörer som finns med i bilden berörs i olika utsträckning, på olika sätt och olika mycket, men samtliga har en eller flera kopplingar till systemet.

1.5 Vårt arbetssätt

Direktiven lyfter fram både frågan om styrningen, myndighetsstrukturen och vård- och omsorgssystemets hela funktionalitet. Vårt uppdrag är därmed mer vittomspännande än en renodlad organisationsöversyn. Det handlar både om att se hur strukturerna är uppbyggda och om att analysera samspelet och processerna som sker i strukturerna och som påverkar och styr hela systemet. Våra förslag bör handla både om hur den statliga styrningen av systemet ska ske och om vem som ska göra vad. Målet är att medborgarna ska få ut mer av vård- och omsorgssystemet.

När det gäller verksamhetsområden är vår avgränsning fortfarande preliminär, men vi ser i första hand på de områden som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen: hälso- och sjukvård, socialtjänst (individ- och familjeomsorg samt ungdoms- och missbruksvård), äldreomsorg, frågor med koppling till funktionshinder och personer med funktionshinder, barnrättsfrågor, folkhälsofrågor samt forskningsfrågor i de delar som berör vård- och omsorgssystemet.

De statliga myndigheter som har någon koppling till vården och omsorgen är många. De myndigheter som har en avgörande roll utifrån de frågeställningar som vårt uppdrag har, är å andra sidan

färre. Med hänsyn till vårt breda uppdrag kommer vi att låta vår avgränsning följa av de huvudsakliga behov och utmaningar som vi ser att sektorn har att möta framgent. Inför vårt slutbetänkande kommer vi att behöva bli tydligare i våra avgränsningar, men än så länge har vi sett öppenheten som en fördel.

Statsförvaltningens roll i fokus

Ansvar för vård och omsorg vilar i huvudsak på kommuner och landsting, som i sin tur kan överlåta åt andra producenter att bedriva verksamheten. Det innebär att statens roll i systemet är nära kopplad till kommuner och landsting och övriga producenter. Det innebär också att den styrning som riksdag och regering utövar i vård- och omsorgssystemet, får konsekvenser inte bara för de statliga myndigheterna, utan framför allt för huvudmän och producenter, både privata och offentliga. Statens samlade insatser i form av stöd och styrning ska syfta till att ge kommuner, landsting, utförare och enskilda yrkesutövare så bra förutsättningar som möjligt att åstadkomma en god vård och omsorg för befolkningen.

Statens roll och styrning ur två perspektiv

Vår ambition utifrån dessa förutsättningar är att belysa statens roll och styrning ur två perspektiv. Dels att beskriva hur staten styr och agerar i systemet, dels att beskriva hur den del av statsförvaltningen som verkar inom vården och omsorgen är organiserad.

På detta sätt ger vi inte bara en strukturell bild av staten, utan även en funktionell och processuell bild av staten och statens roll och styrning i ett föränderligt system. Syftet är att öppna för en diskussion om vilken roll staten tar sig i dag och bör ta sig i framtiden, i relation till huvudmännen och andra aktörer när det gäller vården och omsorgen. Vårt uppdrag utgår ifrån att ansvarsfördelningen mellan staten och landsting och kommuner ligger fast, men vi för resonemang kring hur staten fungerar och bör fungera i relation till huvudmännen och andra aktörer.

Metodval

Den korta utredningstiden gör det nödvändigt att bygga våra analyser och förslag på den kunskap som redan finns hos systemets olika aktörer. Tack vare att så mycket redan är utrett och analyserat ur flera olika perspektiv, har vi prioriterat arbetet med att fånga upp dessa kunskaper.

Vi har inlett vårt arbete med en översiktlig analys av hur vården och omsorgen fungerar i dag och vilka utmaningar systemet står inför under de närmaste 10–15 åren. I enlighet med våra direktiv har vi kartlagt de berörda myndigheternas strukturer och arbetsuppgifter. Dessutom har vi genomfört över 100 intervjuer och möten med personer som arbetar med vård och omsorg inom kommuner, landsting (både politiker och tjänstemän), fackliga organisationer, patient- och brukarorganisationer, SKL, myndighetsledningar, privata vårdgivare, utredare, forskare mfl. Som ett komplement till dessa intervjuer har vi tagit del av material som anknyter till utredningens frågeställningar.

Vägledande bedömningar redan i delbetänkandet

Vår ambition är att på basis av delbetänkandet få till stånd en diskussion om hur statens roll och den statliga styrningen av vården och omsorgen i Sverige behöver utvecklas framöver. På detta sätt får vi en bättre grund för kommande förslag. Denna ambition innebär att vi ansett det värdefullt att redan i delbetänkandet peka ut några av de frågor som kommer att vara bärande i arbetet framöver, trots att direktiven inte kräver någon sådan redovisning.

Utredningens tack

Vi vill tacka alla de personer som vi fått intervjua inom ramen för detta kartläggningsarbete. De har, utifrån sina olika roller i och utanför vård- och omsorgssystemet, hjälpt oss att teckna en bred bild över de möjligheter och problem som systemet har att möta på längre sikt.

I vårt arbete med uppdraget har SKL bistått på många sätt, både i diskussioner och möten och genom konkret underlag till utredningen. Detta stöd har varit viktigt för vår förståelse för vård- och

omsorgssystemet ur ett kommunalt och landstingskommunalt perspektiv.

Vi har valt att knyta en mer avgränsad del av myndigheterna och organisationerna inom vård- och omsorgssystemet till vårt arbete i form av en referensgrupp.¹³ Samtliga dessa myndigheter och organisationer är knutna till Socialdepartementet. Gruppen har bistått i arbetet både genom att delta aktivt i dialoger och diskussioner med utredningen, samt genom att formulera sina bilder av hur ett framtida vård- och omsorgssystem bör fungera och se ut, utifrån de utmaningar som väntar. Gruppen har getts möjlighet att faktagranska beskrivningen av myndigheterna.

Vi vill tacka alla för den tid vi fått ta i anspråk för att lära och förstå hur staten uppfattas, men också för att ta del av tankar på hur det kan förbättras.

1.6 Strukturen i detta betänkande

Kapitel 2 tecknar en bild av vård- och omsorgssystemet och myndigheterna i systemet, så som det ser ut för de aktörer som vi samtalat med. Fokus ligger på sektorns långsiktiga utmaningar och vad de kan betyda för statens roll och styrning.

Kapitel 3 fokuserar på ansvarsfördelningen inom staten och de olika roller som staten har i dag. Vi beskriver myndigheternas strukturer, uppgifter och arbetssätt. Vi tar även upp samspelet mellan myndigheterna och regeringen och regeringens olika styrmedel.

I kapitel 4 gör vi våra bedömningar. Med utgångspunkt från iakttagelserna i kapitel 2 och 3 pekar vi ut frågor som vi kommer att ta med oss i det fortsatta utredningsarbetet.

Bilaga 1 innehåller våra direktiv.

Bilaga 2 innehåller en beskrivning av utredningens arbetssätt.

Bilaga 3 innehåller en beskrivning av rådande ansvars- och uppgiftsfördelning hos de 16 myndigheterna och organisationerna som vi granskat särskilt, samt en beskrivning över den senaste tidens förändringar i myndighetsstrukturen.

¹³ De myndigheter och organisationer som på detta sätt bidragit till utredningen i en referensgrupp är: Barnombudsmannen, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, Försäkringskassan (tandvårdsdelen), Hjälpmedelsinstitutet, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Läkemedelsverket, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, Myndigheten för vårdanalys, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Statens institutionsstyrelse, Statens medicinsk-etiska råd och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Bilaga 4 innehåller en sammanställning över nya regeringsuppdrag per år 2000–2011 till myndigheterna Statens folkhälsoinstitut, Läkemedelsverket, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket mellan år 2000 och 2011. I bilagan finns också en särskild sammanställning av uppdrag inom kunskapsområdet till dessa sex myndigheter.

Bilaga 5 innehåller en sammanställning över gällande överenskommelser mellan Socialdepartementet och SKL.

2 Vård- och omsorgssystemet ur olika aktörers perspektiv

Kapitlet beskriver och sammanfattar olika aktörers syn på vård- och omsorgssystemet. Vi har bett personer som från olika utgångspunkter har kunskap och erfarenhet om vård- och omsorgssystemet att ge oss sina bilder av sektorns utmaningar, i dag och på 10–15 års sikt, och hur dessa utmaningar påverkar statens roll och styrning.¹ Våra frågor har varit öppet formulerade och intervjupersonerna har själva kunnat välja vilka aspekter de velat ta upp. I den här sammanställningen grupperar vi det vi hört kring teman som många lyft fram, eller teman som vi av andra skäl ser som intressanta. I de fall det är möjligt och relevant anger vi varifrån synpunkterna kommer, men i andra fall refererar vi intervjupersoners personliga reflektioner.

Synpunkterna ger inte grund för några slutliga bedömningar, men de hjälper oss att välja fokus för det fortsatta utredningsarbetet.

Flera av de enskilda frågeställningar som vi fångat upp ligger utanför utredningens uppdrag, men de är ändå viktiga genom att de beskriver utmaningar och frågor som staten behöver förhålla sig till och ha kapacitet att hantera.

2.1 Vård och omsorg har starka band, men samtidigt olika förutsättningar

Utredningsdirektivet beskriver ambitionerna för vård och omsorg på samma sätt. Många individer behöver insatser från både vården och omsorgen. Staten och huvudmännen har en stark ambition att förbättra och utveckla samordningen av dessa områden. De senaste

¹ Se bilaga 2 om utredningens arbetssätt.

årens reformer och åtgärder har på olika sätt strävat mot ökad integration mellan dessa verksamhetsområden. Kommuner och landsting har till exempel på olika sätt stimulerats till, och av egen kraft drivit, ökad samverkan mellan vård och omsorg. Tillsynsansvaret för omsorg har 2010 överförts från länsstyrelserna till SoS² och integrerats med myndighetens tillsyn av hälso- och sjukvård. SoS organisation har förändrats med inriktning på ökad integration. Även inom det centrala området ”kunskapsstyrning”³ riktas de flesta framtidsinriktade initiativ på relativt lika villkor till både vård- och omsorgssektorn.

Förståelse för vårdens och omsorgens olika förutsättningar är en viktig utgångspunkt för att nå den eftersträvarvärda integrationen.

Sjukvården verkar i en nationell och ofta även internationell miljö

Sjukvården verkar i en nationell – ofta även internationell – miljö med starka professioner och starka akademiska kopplingar. Vissa yrkesgrupper har genom sin legitimation ett självständigt professionellt ansvar. Flera av yrkesgrupperna, särskilt läkarna, rör sig under sin utbildning och sitt yrkesliv mellan olika arbetsplatser, orter och länder. Naturvetenskaplig kunskap har en central roll. Kunskapsutveckling och kunskapsspridning sker i tätt nationellt och även internationellt utbyte. Den nationella nivån, i form av myndigheter, professionella sammanslutningar, facktidskrifter etc. är i hög grad närvarande i vardagsarbetet.

Omsorgen verkar lokalt

Omsorgen har mer lokal förankring. Här finns ofta starka band till övriga kommunala verksamheter och till det lokala politiska beslutsfattandet. Det finns även på andra sätt täta kontakter och samarbete med näringslivet. Å andra sidan är de akademiska kopplingarna mindre starka än inom sjukvården. Riktlinjer och statlig tillsyn är betydelsefullt – och flera personer vi mött säger att de gärna skulle ha mer stöd från den nationella nivån, men kom-

² Socialstyrelsen.

³ Se avsnitt 2.8.

munerna är vana att klara sig själva och anpassa verksamheterna efter lokala förutsättningar. Den nationella nivån är inte lika närvarande i det vardagliga arbetet som den är inom sjukvården, men ytterst styrs omsorgen av rättighetslagstiftning med möjlighet till överklagande i domstol.

Förståelse för skillnaderna underlättar samspelet

Bilden är naturligtvis förenklad. Både vård och omsorg omfattar många olika typer av verksamheter med olika förutsättningar. Många insatser görs också för att integrera vård och omsorg och t.ex. den kommunala vården delar många kännetecken med omsorgen.

2.2 Den offentliga finansieringen står inför stora utmaningar

I Sverige finns en bred politisk enighet om att vård och omsorg ska bygga på offentlig finansiering. Men verkligheten uppvisar många varianter.

Positiva förändringar medför finansiella utmaningar

Många av de personer vi talat med lyfter fram att finansieringen av vården och omsorgen står inför stora utmaningar och behov av prioriteringar och avgränsningar. I grunden handlar det om en positiv utveckling där medellivslängden ökar, där vården kan erbjuda hjälp och behandling för allt fler problem och där förväntningarna på omsorgernas kvalitet ökar. Utmaningen ligger i att verksamheterna ska finansieras gemensamt, så att alla kan få vård och omsorg på lika villkor efter behov.

Socialdepartementets beräkningar av kommande resursbehov

Socialdepartementet presenterade i juni 2010 en rapport som med hjälp av en simuleringsmodell försöker kvantifiera utmaningens storlek i olika scenarier.⁴

⁴ Socialdepartementet (2010) *Den ljusnande framtid är vård - Delresultat från LEV-projektet*.

Grovt sett bedömer författarna att den riktigt stora finansiella utmaningen ligger i den medicintekniska utvecklingen som ger ökande möjligheter att bota och behandla, i kombination med patienternas och brukarnas ökande förväntningar. De kommer också fram till att det viktigaste för att klara finansieringen är ökad produktivitet och effektivitet tillsammans med en god samhällsekonomisk utveckling. En utveckling med bättre folkhälsa där den ökande livslängden leder till att fler friska år läggs till livet kan likaså minska behovet av ökade resurser framöver jämfört med om det blir sjuka år som läggs till vid livets slut. Med hänsyn till den demografiska utvecklingen kommer ökningen av resursbehovet att vara större i äldreomsorgen än inom sjukvården.

I det ekonomiskt mest lätthanterliga scenariot ligger vård- och omsorgssektorns andel av den totala samhälls ekonomin kvar på ungefär samma nivå som i dag ända fram till år 2050. Då förlängs livslängden med huvudsakligen friska år och den nya tekniken bidrar till successivt höjd produktivitet och effektivitet, utan att förväntningarna höjs på något radikalt sätt.

Med simuleringens antaganden om ökade förväntningar stiger istället vård- och omsorgssektorns samlade andel av BNP från dagens cirka 13 procent till över 16 procent år 2050. Kostnadsökningarna blir särskilt stora om vi lever längre med stora vård- och omsorgsbehov. Sådana scenarier är naturligtvis svårare att hantera inom en offentlig finansiering. Författarna pekar också på att en stor del av den framtida utmaningen handlar om att kunna rekrytera tillräckligt mycket personal med rätt kompetens, oavsett om finansieringen går att hantera. Rekryteringsproblemet kan bli särskilt stort i de mer glest befolkade delarna av landet.

Andra beräkningar och bedömningar

År 2009 gav SKL⁵:s programberedning för välfärdsfinansiering ut en analytisk intervjustudie, där man diskuterar liknande frågor.⁶ Där diskuteras även olika möjligheter till en mer blandad finansiering.

⁵ Sveriges Kommuner och Landsting.

⁶ SKL/Per Borg (2009) *Tjugo samtal om välfärdens finansiering*.

Flera liknande bedömningar och beräkningar om utmaningarna för den offentliga finansieringen har gjorts tidigare. Flera av dessa har presenterat mer dramatiska slutsatser.⁷

Särskilda utmaningar

Vid sidan av dessa generella trendframskrivningar och resonemang, lyfter några av intervjupersonerna upp ett par exempel på utmaningar som kan komma att få särskild betydelse.

Statens och kommunernas kostnader för assistansersättningar har ökat mycket snabbt under senare år, omfattningen har gått från ungefär 400 000 timmar per år 1994 till ungefär det femdubbla år 2010. Kostnaden uppgick till cirka 22 miljarder kronor år 2010, och den tycks fortsätta att öka.⁸ På detta område förs också en diskussion om kostnadsansvaret mellan staten och kommunerna.⁹

Ökad antibiotikaresistens medför ökad risk för spridning av infektionssjukdomar som inte längre kan botas som hittills. I huvudsak är detta ett allvarligt medicinskt och humanitärt problem, men även de ekonomiska konsekvenserna kan bli stora.¹⁰

Hittillsvarande sätt att hantera frågan

Denna typ av utmaningar för finansieringssystemet är inte nya. De har funnits och diskuterats under många år, och det har också vidtagits olika åtgärder för att hantera dem. Fram till 1980-talet framför allt genom ett utökat skatteuttag, och därefter genom omfördelningar inom den offentliga sektorn, återhållen lönebildning etc.

I många fall har det även handlat om effektiviseringar som möjliggjorts av nya kunskaper, nya läkemedel, ny utrustning och vida-reutvecklade arbetssätt. T.ex. har vårdtiderna på sjukhus kunnat förkortas kraftigt på sätt som ofta varit till fördel både för patienter

⁷ SOU 2008:105 *Långtidsutredningen*, SNS (2010) *Välfärdsrapport 2010 – vårdens utmaningar*, Stockholms läns landsting (2011) *Framtidens hälso- och sjukvård – slutrapport från projektet framtidens hälso- och sjukvård*.

⁸ Statskontoret (2011:16) *Försäkringskassans handläggning av assistansersättning*. Riksrevisionen (2004:7) *Personlig assistans till funktionshindrade*.

⁹ SKL yttrande 2011-06-07 *LSS-utjämnningen och SoL-insatser för funktionshindrade* (SKL:s dnr. 11/27/18), Dir 2011:26 *Utredning om åtgärder mot fusk, oegentligheter och överutnyttjande av den statliga assistansersättningen*.

¹⁰ Se www.strama.se/dyn//,12,11,36.html och www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/antibiotikaresistens/

och ekonomi. Allt större del av äldre vården innebär också omsorg i hemmet i stället för institutionsboende, även här ofta till fördel både för brukare och ekonomi. Många inom verksamheterna anser dock att några av dessa förändringar drivits för långt, så att de medfört försämringar för brukare, patienter och personal.

Det finns också exempel på åtgärder som modifierat det offentliga finansieringsansvaret:

Den så kallade Ädelreformen 1992 innebar bland annat att stora delar av den långtidssjukvård som drevs med sjukvårdens begränsade patientavgifter överfördes till äldreboende med enskild betalning av hyra och hemtjänst i botten.

Den offentliga finansieringen omfattar inte all legitimerad personal. Sedan länge bedriver bland annat många psykologer och sjukgymnaster verksamhet som helt eller delvis betalas av den enskilda patienten. Naprapater och kiropraktorer¹¹ ingår i mycket begränsad omfattning i den offentliga finansieringen. Tandvård för vuxna har bara begränsade inslag av offentlig finansiering.¹² Synkorrigerande hjälpmedel som glasögon och kontaktlinser bekostas i stort sett helt privat. Några pekar också på att vissa läkemedel, t.ex. mot allergi, mer än tidigare säljs utan recept mot helt privat betalning.

Inom omsorgerna är det etablerat med egenavgifter för t.ex. hjälp i hemmet. Det finns nationella bestämmelser om förbehållsbelopp och avgiftstak. Insatser enligt LSS¹³ är avgiftsfria.

Både inom vården och omsorgen finns det också särskilda insatser som på olika sätt helt eller delvis betalas direkt av brukaren. Det gäller bland annat hjälpmedel, men även insatser som t.ex. assisterad befruktning.¹⁴

Å andra har den offentliga finansieringen successivt stärkts genom att de nationellt fastställda nivåerna för högkostnadsskydd haft samma nominella belopp ända sedan år 1999 när det gäller receptbelagda läkemedel respektive år 1997 när det gäller den öppna sjukvården. I budgetpropositionen för 2012 lägger regeringen dock fram förslag till höjningar av nivåerna.¹⁵

¹¹ Naprapater och kiropraktorer blev legitimerade yrkesgrupper 1994.

¹² Folk tandvården drivs av landstingen, men vuxentandvården bekostas i huvudsak av den enskilde patienten med bidrag från staten/försäkringskassan.

¹³ Lagen (1993:383, LSS) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

¹⁴ Det finns stora skillnader mellan landstingens regler när det gäller assisterad befruktning, sterilisering på icke medicinska grunder och en del andra insatser. Se t.ex. promemoria framtagen av SKL och presenterad för SKL:s sjukvårdsdelegation juni 2010.

¹⁵ Från 1800 kr till 2200 kr för receptbelagda läkemedel och från 900 kr till 1100 kr för den öppna sjukvården.

Möjligheterna till skattereduktion för hushållsnära tjänster har också medfört att fler brukare utan kontakt med kommunen, kan köpa sådana tjänster som tidigare nästan enbart tillhandahållits som kommunala omsorgstjänster.

Möjligheterna till öppna prioriteringar

På nationell nivå har, TLV,^{16, 17} sedan 2002 uppdraget att för tandvård och läkemedel fastställa vad som ska ingå i den offentliga finansieringen och vilka priser som ska gälla.¹⁸

Möjligheterna, fördelarna och nackdelarna med öppna och tydliga prioriteringar av vad som ingår i det offentliga åtagandet har diskuterats under ganska många år, både i Sverige och andra länder. Sedan år 2001 har Prioriteringscentrum¹⁹ vid Linköpings universitet i uppdrag att vara ett nationellt kunskapscentrum för dessa frågor, och flera olika regionala projekt har genomförts/pågår. Prioriteringscentrum har för närvarande ett uppdrag från SoS, LV²⁰, TLV och SBU²¹, att undersöka möjligheterna att utveckla former för liknande avgränsningsbeslut för fler behandlingsinsatser än enbart läkemedelsbehandling och tandvård. Uppdraget rapporteras under hösten 2011.²²

Kompletterande finansieringslösningar

I samband med resonemangen om ökade förväntningar finns frågor om kompletterande finansieringslösningar, där de som kan och vill betala extra köper tjänster, kvalitet och service utöver vad den offentliga finansieringen erbjuder, antingen direkt eller via speciella försäkringar.

¹⁶ Fram till år 2008 Läkemedelsförmånsnämnden, LFN. LFN's uppdrag var att besluta om subvention av läkemedel. Från 2008 ingår också tandvård på liknande sätt.

¹⁷ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

¹⁸ Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

¹⁹ Se www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum

²⁰ Läkemedelsverket

²¹ Statens beredning för medicinsk utvärdering.

²² *Avtal mellan Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), Institutionen för Medicin och hälsa (IMH) vid Linköpings universitet. Se också CMT Rapport 2010:1 Nationellt system för utvärdering, prioritering och införande beslut av icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier – en förstudie.*

Utvecklingen reser också frågor kring i vilken mån och på vilka villkor offentligt finansierade vård- och omsorgsverksamheter ska kunna erbjuda tilläggstjänster. Principerna är inte tydliga i dag.

Det uppstår dessutom frågor om hur den helt privat finansierade vården och omsorgen ska regleras. Frågan har aktualiserats bland annat i anslutning till riskfyllda ingrepp som kan förekomma inom det kosmetiska området. Sådan helt privatfinansierad verksamhet har varit relativt ovanlig i Sverige och det finns därför mindre regleringar på det området än många andra länder.

Samband mellan vård och socialförsäkring

Vårdens och omsorgens finansieringsfrågor har vissa kopplingar till de frågor som hanteras av Socialförsäkringsutredningen.²³

En idé som framförts av FK²⁴, är att en del av sjukskrivningarna skulle kunna hanteras och ansvaras för direkt av vårdgivaren. Vid avgränsade sjukdomstillstånd skulle sjukskrivningen kunna ses som en del av rehabiliteringen och som en integrerad del av vården. När en sjukfrånvaro ingår som en relativt standardiserad del i ett behandlingsprogram, t.ex. ett antal dagars/veckors återhämtning efter en operation, är tanken att detta skulle kunna beslutas utan administrativ omväg via FK. Genom att i sådana fall låta sjukskrivningsbeslutet tas direkt av läkaren/behandlaren, skulle förenklingar kunna uppnås.

Fortsatt analys och stärkt handlingsberedskap behövs

Frageställningarna om vårdens och omsorgens finansiering är komplexa och intervjupersonerna har olika bilder av utmaningens karaktär. Nästan alla betonar dock att staten behöver stärka sin kunskap om hur vården och omsorgen utvecklas i sin helhet och vilka utmaningar och möjligheter som växer fram.

Skatteutjämningsystemet behöver beaktas i sammanhanget. I de samtal där det berörts, har det lyfts fram som mycket betydelsefullt för att skapa likvärdiga förhållanden för landets olika kommuner och landsting.²⁵

²³ Dir. 2010:48 *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*.

²⁴ Försäkringskassan.

²⁵ SOU 2011:59 *Spara i goda tider - för en stabil kommunal verksamhet*.

2.3 Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver få ökad kraft

Utredningsdirektivet betonar betydelsen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i vården och omsorgen. Det ligger i linje med den breda politiska enighet som finns i Sverige om att detta arbete är viktigt och bör vidareutvecklas. Hälsa är ett viktigt mål i sig, men också en förutsättning för att de framtida vård- och omsorgskostnaderna ska kunna hållas på rimlig nivå. Samtidigt säger många att de goda ambitionerna får alltför lite praktiskt genomslag.

Förebyggande arbete inom vård och omsorg

Både inom vården och omsorgen finns mycket att vinna på ökade insatser för att främja hälsa och att förebygga sjukdom. Bland dem vi talat med, kan många ge exempel på insatser och nya sätt att arbeta som skulle kunna ge stora effekter både för enskilda medborgare och för samhället som helhet. Några exempel:

- om ”riskpatienter” kunde identifieras i ett tidigare skede...
- om äldre kunde komma ut i ett mer aktivt och socialt liv innan de blir sjuka...
- om äldre kunde stimuleras att äta bättre...
- om patienterna fick välja ett icke-behandlingsalternativ...
- om äldre fick möjligheter till rutinmässiga hälsokontroller och samtal, gärna integrerade i sin vanliga vårdkontakt...
- om vi kunde stärka stödet till dem med störst behov, i de mest utsatta grupperna eller områdena...
- om vi samverkade mer mellan vården, skolan och socialtjänsten...

Många pekar på den otillräckliga helhetssynen och samordningen när det gäller människor med stora stödbehov. I stället för att hantera exempelvis besvär och oro i ett tidigt skede, väntar vården och omsorgen tills det blir nödvändigt med akuta insatser. Problemen har uppmärksammats i många år, men bristerna uppfattas fortfarande som stora.

En av primärvårdens grundtankar är att ”husläkaren” ska vara en långsiktig kontaktpunkt som erbjuder helhetssyn, kontinuitet och förebyggande insatser, samtidigt som hon/han är en vägledare i hela vårdssystemet. Detta fungerar på en del håll, men alltför ofta kan den enskilde patienten inte erbjudas tillräcklig tid, kontinuitet

och samordnat stöd. Kopplingarna till omsorgerna är också ofta utvecklade.

I dag finns flera andra initiativ, både inom vården och omsorgen. Några exempel: Västerbottens läns landsting erbjuder t.ex. hälsosamtal med ambitionen att erbjuda individuellt anpassade råd till personer som har eller kan tänkas få större stödbehov.²⁶ Stockholms läns landsting har i samarbete med landstinget Östergötland inlett en satsning för att nå patienter med potentiellt stora vårdbehov, och erbjuda fortlöpande telefonkontakt med en sjuksköterska.²⁷ Region Skåne gör en långsiktig satsning för att ge det hälsofrämjande och förebyggande arbetet en mer etablerad plats i hälso- och sjukvårdens löpande arbete.²⁸

Många kommuner arbetar också förebyggande utan att det alltid kallas för folkhälsoinsatser, t.ex. genom satsningar inom förskolan, skolan, idrotten, kultursektorn med mera. Kommunernas mycket breda verksamhetsfält gör att folkhälsoinsatserna ibland har svårt att bli tydliga.

Det finns också exempel på statliga satsningar som genom stöd från FHI²⁹ till landstingen fått genomslag, t.ex. fysisk aktivitet på recept och det tobaksförebyggande arbetet med rökslutarstöd. Dessa exempel kan kompletteras med etablerade insatser som haft och fortfarande har stor betydelse för folkhälsan, t.ex. vaccinationsprogrammen, den allmänna tandvården till barn och unga, mödra- och barnhälsovården och stödet till gravida. Lagstiftningen om rökförbud på offentliga platser, restauranger m.m. 2005 har också haft stor betydelse.

Trots att det görs mycket både på statlig, kommunal och landstingsnivå, pekar många på svårigheter i att orientera vården och omsorgen till ett mer förebyggande perspektiv. En av svårigheterna handlar om att mäta effekterna av det som görs. Orsakssambanden är ofta svåra att härleda. En del av initiativen är också förenade med stora kostnader, och vinsterna kommer många gånger först på sikt och någon annanstans än hos den som genomfört och bekostat insatsen.

²⁶ VHU, *Västerbottens hälsoundersökning*. Undersökningen erbjuds till de som under året fyllt 40, 50 eller 60 år.

²⁷ Satsningen går under benämningen "vårdcoaches" och har tidigare kallats "aktiv hälsostyrning".

²⁸ Region Skåne, avdelningen för hälso- och sjukvård. *Uppföljningsrapport 2010-10-26*.

²⁹ Statens folkhälsoinstitut.

Incitament som inte når ut

Flera av dem som arbetar med hälsofrämjande och förebyggande insatser i kommuner och landsting uppfattar det som att de förebyggande insatserna är de som först får stryka på foten i besparingstider. Några nämner också att ersättningssystemen har stor betydelse och pekar på att verksamheterna sällan får betalt för preventiva insatser. Den så kallade ”kapiteringsersättning” som landstingen på olika sätt använder som betalningsgrund för primärvården är avsedd att stimulera just förebyggande insatser. Genom att verksamheten får en årlig ersättning för sina anslutna patienter, även när de inte behöver någon vård, ska det bli lönsamt att satsa på förebyggande insatser som håller patienterna friska. Denna betalningsmodell har tillämpats på olika sätt både i Sverige och andra länder under många år, men det är inte alltid den logiken når ut och fungerar.

Det förebyggande arbetet behöver mer operativt stöd

Alla landsting och många kommuner har medarbetare med särskilt ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete. Övergripande policys eller planer för detta arbete finns nästan överallt, men kopplingarna till det löpande arbetet är inte alltid så utvecklade.

Flera efterlyser bättre nationellt stöd, t. ex. i form av gemensamma indikatorer för att mäta hälsoläge och resultat av olika insatser, evidensbaserat kunskapsstöd om metoder som fungerar och utprovade modeller för hälsokonsekvensbedömningar i samband med olika beslut. FHI har ett samlat ansvar för att följa upp och utvärdera folkhälsans utveckling och åtgärder inom folkhälsoområdet, men kan inte alltid ge det praktiska stöd som efterfrågas. Många uppfattar FHI:s arbete som alltför åtskilt från vården och omsorgen. I och med att vissa insatser sker via länsstyrelserna, blir det också regionala skillnader i hur det fungerar i praktiken. Flera uttrycker också att flytten av FHI från Stockholm till Östersund medfört att kompetens och etablerade samarbetsformer försvunnit utan att ännu fullt ut ha ersatts. Placeringen i Östersund har också medfört vissa svårigheter för samverkan.

Flera talar om att det skulle underlätta med en tydligare ansvarsfördelning, mellan kommuner och landsting, mellan huvud-

männen och staten och även mellan statens myndigheter. En sådan tydligare ansvarsfördelning skulle underlätta det praktiska arbetet, och även göra det lättare för staten att följa utvecklingen, ge riktlinjer och utöva tillsyn.

2.4 Den ökade mångfalden bland utförarna förändrar förutsättningarna

En successiv utveckling mot allt fler utförare som är fristående från kommuner och landsting

Kommuner och landsting har tidigare drivit nästan all den vård och omsorg de ansvarar för i egen regi. Entreprenadformen har tillämpats inom enstaka områden, som t.ex. hem för vård och boende och assistansverksamheter.

Under de senaste decennierna har det blivit vanligare att driften av offentligt finansierad vård och omsorg sköts av fristående företag eller organisationer. I en del kommuner drivs stora delar av den offentligt finansierade äldreomsorgen av sådana utförare. På liknande sätt har flera landsting lagt ut driftsansvaret för stora delar av primärvården, men även delar av den specialiserade vården. Nästan alla vi talat med ser en långsiktig trend mot en ökad andel av utlagt produktionsansvar, men skillnaderna mellan olika kommuner och landsting är stora, och utvecklingen går olika fort. För närvarande är trenden tydligast i storstadsområdena. Hastigheten i utvecklingen har till stor del varit beroende av om det finns en lokal producentmarknad. Inte sällan har personalövertaganden startat processen mot en alternativ drift av verksamheten. Ett ytterligare skäl till att takten är olika är politiska beslut i kommuner och landsting.

Landstingens köp av verksamhet som andel av den totala nettokostnaden ökade något mellan 2006 och 2010, från 18 procent till 21 procent. Privata leverantörers andel ökade från 11 till 13 procent. Av primärvårdens totala nettokostnader år 2010 avsåg 30 procent köpt verksamhet från privata leverantörer, motsvarande uppgift för år 2006 var drygt 20 procent. Primärvårdens kostnader för köp av verksamhet från privata leverantörer steg från sex miljarder kronor år 2006 till drygt tio miljarder år 2010. Antalet vårdcentraler i privat regi ökade från cirka 300 år 2006 till cirka 500 år 2010. Landstingens köp av verksamhet inom specialiserad somatisk vård

har också ökat under perioden, men fortfarande är det för denna vårdform vanligast med offentliga leverantörer.³⁰

Även kommunernas köp av verksamhet ökade mellan 2006 och 2010, från ca 13 procent av de totala kostnaderna till ca 17 procent. Köp av privata utförare ökade något, från 11 till drygt 14 procent av de totala kostnaderna. Kommunernas kostnader för köp av verksamhet från privata aktörer inom vård- och omsorgssektorn steg från 19 miljarder kronor år 2006 till 29 miljarder kronor år 2010.³¹

Olika former för relationen mellan uppdragsgivare och fristående utförare

Upphandlade entreprenader med tidsbegränsade kontrakt är en vanlig form. Sedan år 2009 ger LOV³² också kommuner och landsting möjlighet att formulera de krav som ska gälla, för att sedan låta resurserna följa brukarnas respektive patienternas val.

Vid sidan av dessa fristående verksamheter som styrs av kommuner och landsting, finns det sedan länge också privatläkare och sjukgymnaster vars verksamhet regleras av ett statligt regelverk, där landstingen har betalningsansvar och vissa möjligheter att påverka etableringar och samarbetsformer.³³ Staten driver också genom SiS³⁴ ett antal institutioner för tvångsomhändertagna ungdomar.³⁵

Det ökade inslaget av privata företag, varav några relativt stora koncerner, innebär att en ny typ av aktörer – med nya förutsättningar, behov och drivkrafter – får ökad betydelse.

Användningen av fristående företag eller organisationer ändrar inte huvudmännens ansvar för vården och omsorgen, men förutsättningarna för styrningen förändras både för kommunerna landstingen och för staten.³⁶

³⁰ Källa: SKL och SCB.

³¹ Källa: SKL och SCB.

³² Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

³³ Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

³⁴ Statens Institutionsstyrelse.

³⁵ SiS ansvarar för tvångsvård av ungdomar och vuxna missbrukare. Myndigheten bildades 1993 genom att huvudmannskapet fördes över från kommuner och landsting till staten enligt prop. 1992/93:61 om *ändrat huvudmannskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård*.

³⁶ Se t.ex. SKL (2011) *Offentlig och privat driven verksamhet – vilka legala skillnader finns?*

Uppgifter som riskerar att falla mellan stolarna

De vård- och omsorgsenheter som kommuner och landsting driver i egen regi har ofta breda uppdrag där alla delar inte är specifikt beskrivna eller finansierade. T.ex. kan det handla om att erbjuda utbildningsplatser, att bedriva allmänpreventivt arbete i närområdet, att medverka i forskning, att delta i gemensamt utvecklingsarbete och att leverera statistik och andra uppgifter om verksamheten. Ofta förväntas verksamheterna i egen regi också dela ansvaret för särskilt resurskrävande brukare eller patienter och för hantering av personalomställningar.

När verksamheter ska drivas i fristående form, krävs särskild uppmärksamhet på denna typ av frågor. Vilka uppgifter ska läggas in i de grundläggande uppdragen? Vilka uppgifter ska ligga separat eller hanteras på annat sätt? I huvudsak är detta frågor för kommunerna och landstingen, men flera lyfter fram att det också är viktigt att staten tillsammans med huvudmännen bevakar att inte forskning, utbildning, innovation och annat som har nationellt intresse faller mellan stolarna.

Kommuner och landsting har dubbla roller

Jävsproblem

När kommuner och landsting är både uppdragsgivare och dominerande producenter uppstår oklarheter i vissa sammanhang.

I kommuner och landsting betonar många att det ingår i deras grunduppdrag att förse medborgarna med relevant och saklig information om den vård och omsorg som bedrivs, samt att följa upp, kontrollera och säkra insyn i samtliga verksamheter, oavsett utförare.

Företrädare för privata utförare inom vården och omsorgen ser dock problem med att jämförelser och information till brukare och patienter hanteras av en organisation som har särskilda band till de offentliga producenterna. De pekar också på att det uppstår en jävsproblematik när kommuner och landsting ska granska och jämföra kvalitet och ekonomi hos både egna och fristående producenter. Att den dominerande producenten sätter standards och värderar även de fristående producenterna leder till att det blir svårt att utmana etablerade traditioner och introducera nya sätt att tänka och arbeta, säger de. Samtidigt tonar de delvis ner den praktiska

betydelsen av detta problem och uttrycker respekt för hur SKL arbetar med t.ex. Öppna jämförelser.

Olika villkor för olika driftsformer

Vi har fått ta del av exempel på hur både offentligt drivna och fristående verksamheter uppfattar sig som missgynnade av uppdragsgivarna; egenregin genom att vara kringgärdad av fler regler och informella förväntningar, och de fristående genom att inte få tillgång till samma kringresurser, ekonomiska uppbackning och stabilitet. Andra skillnader kan handla om sådant som regler för pensionsavsättningar och möjligheter att balansera över- eller underskott över årsskiften. Några pekar också på att upphandlingsprocesserna ibland leder till att politikerna ger de fristående producentererna mer uppmärksamhet än verksamheterna som drivs i egen regi.

Några landsting och kommuner hanterar frågan genom att skapa politiska, ekonomiska och organisatoriska gränser mellan beställare och produktionsansvariga. Men det finns kritiker som inte tycker att alla dessa uppdelningar är konsekventa och fullt genomförda.

Samtidigt pekar andra på att skillnaderna mellan offentligt och privat driven verksamhet numera är ganska små, och att en del av de upplevda orättvisorna kan handla om otillräcklig kunskap om varandras villkor. När resonemangen förs lite längre säger flera att en del skillnader mellan olika driftsformer kan vara ofrånkomliga, men att det är viktigt att dessa skillnader tydliggörs, förklaras och hanteras på ett öppet och tydligt sätt.

SKL:s roll i överenskommelser med regeringen

På nationell nivå är SKL en intresse- och arbetsgivarorganisation för kommuner och landsting, både i deras roll som uppdragsgivare och som producenter. På arbetsgivarområdet har SKL mandat att sluta avtal på kommunernas och landstingens vägnar, men på övriga områden kan SKL inte fatta beslut eller ingå avtal som är bindande för sina medlemmar. Ändå ökar antalet överenskommelser mellan

Socialdepartementet och SKL, ofta i kombination med särskild statlig finansiering.³⁷

Inom Socialdepartementet och SKL är bedömningen att detta på många sätt har varit framgångsrikt och lett till konkreta resultat, bland annat när det gäller tillgängligheten i vården. Samspelet mellan regeringen och SKL har stärkts.

Från företrädare för kommuner och landsting har vi hört positiva kommentarer, både om den konkreta betydelsen av de satsningar som extrapengarna haft och det principiella värdet av ett ömsesidigt och lyhört samarbete med staten. Samtidigt uttrycker flera kritik mot alltför många, kortsiktiga och detaljerade projekt-satsningar. Det stora antalet projekt ger ryckighet och skapar svårigheter, både i inledningen när pengar ska sökas och personer anställas, och vid avslutningen när de statliga stöden ska avvecklas. Företrädare från kommuner och landsting efterlyser mer långsiktighet och tydligare förutsättningar för hela den aktuella projektperioden.

Några privata producenter har synpunkter på att SKL ingår överenskommelser om utvecklingsmedel samtidigt som kommuner och landsting är både finansiärer, beställare och ägare till en stor del av produktionen. De exemplifierar med ”kömiljarden³⁸”, där de menar att delar av dessa inte kommer de privata producenterna till del, trots att SKL:s bild är att pengarna hanteras av landstingens beställare, som har likvärdiga relationer både med egna och fristående producenter.

Erfarenheten är att styrformen haft övergripande konsekvenser som kan få stor betydelse på längre sikt:

- Regeringen har snabbt och tydligt kunnat omsätta en del politiska ambitioner i praktisk verksamhet.
- SKL har fått en roll som förhandlingspart med regeringen och stärkt sin initiativkraft. Bland annat har SKL på några angelägna områden, t.ex. kömiljarden, psykiatri- och äldreområdet, lyckats argumentera för resursöverföringar från den nationella nivån till de regionala och lokala nivåerna.
- Samtidigt har SKL fått en roll som riskerar att skapa konflikt med rollen som medlemsorganisation och företrädare för självständiga medlemmar. Flera företrädare för kommuner och

³⁷ Se kapitel 3 och bilaga 5.

³⁸ Se kapitel 3 och bilaga 5.

landsting talar om otydlighet och risker i att deras organisation börjar likna en statlig myndighet.

2.5 Tillsyn och tillståndsgivning får nya förutsättningar

Tillsynen samlad hos Socialstyrelsen

En viktig förändring av tillsynen skedde 1 januari 2010, då länsstyrelsernas tillsyns- och tillståndsverksamhet enligt Socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) fördes över till SoS, och samordnades med myndighetens tillsyn av hälso- och sjukvården. Även SiS:s tillsyn av institutionsvården lyftes in i SoS. I regeringens proposition beskrivs reformen som en tvåstegsraket, där en renodlad tillsynsmyndighet bildas i steg två, genom att den samlade tillsynsverksamheten bryts ut från SoS.³⁹ Statskontoret har i uppdrag att genom en utvärdering ge underlag till beslut om det ska bildas en renodlad tillsynsmyndighet.⁴⁰

Motiven för förändringen var i korthet att länsstyrelsernas tillsyn var för svag, för begränsad, att brister inte följdes upp och att tillsynen var för olika över landet. Problemen förklarades bland annat med bristen på en central funktion med uppgift att se till att tillsynsuppdraget hanterades enhetligt över landet. En annan förklaring som lyftes fram var att länsstyrelserna som fristående myndigheter gjorde olika prioriteringar. Samarbetet mellan de olika länsstyrelserna bedömdes dessutom som begränsat. Regeringen ansåg att möjligheten till samarbete mellan tillsynen över socialtjänsten inklusive LSS och tillsynen över hälso- och sjukvården begränsades av att respektive tillsynsmyndighet prioriterade olika.

Andra brister som föranledde förändringen var dålig öppenhet i länsstyrelsernas tillsyn, samt regeringens svårigheter att styra över 21 fristående länsstyrelserns tillsyn.

³⁹ Prop. 2008/09:160, *En samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.

⁴⁰ Utvärderingen ska redovisas senast 31 mars 2013.

Olika synsätt på kopplingen mellan utvecklingsstöd och tillsyn

På principiell nivå finns en diskussion om i vilket organisatoriskt sammanhang tillsynen bör finnas. Ett synsätt som förts fram är att tillsynen är en viktig del i ett "hjul" av verksamhetsutveckling, där tillsynens resultat bör leda fram till nya kunskaper, som i sin tur kan bilda grund för exempelvis nya föreskrifter och praxis, som sedan följs upp vid ny tillsyn osv. Ett annat och motsatt synsätt är att det måste finnas en tydlig åtskillnad mellan regelgivning, tillsyn och utvecklingsstöd, så att tydlighet och opartiskhet säkerställs. Med detta synsätt betonas de olika roller eller rationaliteter som de olika aktiviteterna har. Tillsynen kräver integritet, tydlighet och likabehandling gentemot tillsynsobjektet. Arbetet med att ta fram föreskrifter bör med detta synsätt hållas isär från tillsynsuppdraget. Insatser som utvecklingsstöd och framtagande av rekommendationer däremot kan vara mer anpassade efter lokala förutsättningar och öppna för justeringar i efterhand.

Tillsynens grund

Personer med bakgrund i kommuner, landsting och regioner diskuterar också vad tillsynen bör grundas på. Lagar och föreskrifter är en given grund. När det gäller "mjukare" mål, riktlinjer och utvecklingsambitioner, finns det både fördelar och nackdelar att använda dem. Å ena sidan är det viktigt att även detta följs, å andra sidan kan det bli oklart vad som är bindande och vad som kan tolkas lokalt.

Flera pekar också på att det är problematiskt när tillsyn och detaljstyrning sker utifrån process- och strukturvariabler, i stället för utifrån resultat. När myndigheter som SoS och AV⁴¹ utfärdar detaljerade regler om "strukturmått" som bemanning, lokalytor, standardutrustning etc. så minskar möjligheterna och resurserna för att hitta innovativa och anpassade lösningar som skulle kunna vara bättre för brukaren och patienten.

En annan fråga gäller balansen mellan system och personligt ansvar. En del av tillsynen riktar sig direkt mot legitimerade yrkesutövare eller enskilda verksamhetschefer. Här har det skett en successiv förskjutning, med mer betoning av systemtillsyn och mindre fokus på personligt ansvar. De flesta ser positivt på systeminrikt-

⁴¹ Arbetsmiljöverket.

ningen, men det finns också några som ser risker i att det individuella ansvaret nu tunnas ut alltför mycket.

Kritik mot tillsynens nuvarande former

I våra samtal om tillsynens praktiska sätt att fungera, är det främst två myndigheter som nämns: SoS och AV. Många verksamma inom vården och omsorgen, både från den offentliga och den privata sidan, anser att tillsynen och tillståndsgivningen kan bli betydligt tydligare och snabbare än vad den är idag, och även att återkopplingen på genomförd tillsyn kan bli bättre och snabbare. Många, särskilt inom omsorgen, upplever förhållningssättet inom tillsynen som alltför ensidigt kritiskt, utan dialog om hur det borde fungera istället.

En del i kommunala verksamheter anser att problemen delvis är en följd av tillsynsreformen och samordningen med SoS övriga tillsyn. De tycker att sammanslagningen skapat minskad lyhörddhet gentemot tillsynsobjekten. Några säger samtidigt att den tillsyn som tidigare utövades av länsstyrelserna var alltför olik över landet. Några anser också att länsstyrelsernas tillsyn ibland byggde på alltför täta band mellan tillsynsobjekten och de som utövade tillsyn.

Mångfalden förändrar förutsättningarna

Uppdelningen mellan beställare och producenter gör att det kan uppstå problem när det inte är tydligt vilket ansvar som vilar på den kommun eller det landsting som lägger ut uppdraget och vilket ansvar som ligger på den enskilde producenten.

Vi har också mött exempel där kraven ändrats när en verksamhet övergått från offentlig till fristående drift. I några fall har t.ex. lokaler som accepterats så länge ett boende drivits av kommunen dömts ut när en entreprenör tagit över. Här efterlyses ökad tydlighet och enhetlighet både från SoS och AV. Från den medicintekniska branschen beskrivs man likartad problematik i anslutning till godkännande av teknisk utrustning. Regelverket är i princip detsamma oavsett om utrustningen köpts in som produkt från ett företag eller om den konstruerats av personalen på t.ex. en sjukhusavdelning, men tillsynen sker på olika sätt och villkor.

Kommersiellt producerad utrustning hanteras enligt de europeiska reglerna för CE-märkning, medan SoS utövar tillsyn över lokalt framtagna apparater, dataprogram och liknande. I praktiken betyder detta att det kan bli stora skillnader mellan de krav som ställs på de verksamheter och produkter som köps in, respektive dem som drivs eller produceras i egen regi – utan att detta varit avsikten.

Ett annat problem är att en del fristående producenter upplever att de myndigheter som svarar för tillståndsgivning och tillsyn inte förstår företagets villkor. Reglerna upplevs som oklara och handläggningstiderna som långa, vilket skapar svårigheter särskilt för mindre företag. Utan att göra avkall på kvalitetskraven borde denna myndighetsutövning kunna präglas av mer ”servicekultur”. Kompetensmässigt skulle det vara naturligt och fördelaktigt att en del av medarbetarna på myndigheterna hade erfarenhet även från privatdriven verksamhet, anser de.

2.6 Brukarna och patienterna blir en viktigare kraft i verksamhetsutvecklingen – och förändrar förutsättningarna för övriga aktörer

Nationella och internationella beslut om inflytande och valfrihet

Inom hälso- och sjukvården har det under senare år genomförts flera åtgärder för att stärka patientens ställning. Den 1 juli 2010 trädde exempelvis ändringar i Hälso- och sjukvårdslagen i kraft som bl.a. innebar att vårdgarantin reglerades i lag och inte endast är en överenskommelse mellan staten och SKL. Vidare stärktes patientens ställning genom att hälso- och sjukvårdens skyldighet att medverka till att patienten kan få en förnyad medicinsk bedömning utökades.

Vidare har regeringen 2011 tillsatt en särskild utredare som bl.a. ska föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas. Utredaren ska bland annat föreslå hur patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för vårdgarantin och det fria vårdvalet och hur berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning. Utredaren ska också lämna förslag till en ny patientlagstiftning där bestämmelser med betydelse för patientens ställning samlas.⁴²

⁴² Dir 2011:25 *Stärkt ställning för patienten genom en ny lagstiftning.*

Inom socialtjänsten och verksamheter som regleras av LSS har det under senare år genomförts flera åtgärder för att stärka den enskildes rättsäkerhet och efterlevnaden av lagarna. För att undvika att människor blir utan hjälp p.g.a. tvister mellan kommuner gäller fr.o.m. 1 maj 2011 nya regler för vilken kommun som ska ha ansvar för stöd och hjälp i olika situationer. Anmälningsskyldigheten inom socialtjänsten och LSS-verksamheter (Lex Sarah) vid missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden har vidare fr.o.m. den 1 juli 2011 utvidgats till att omfatta hela socialtjänsten, inklusive verksamhet vid SiS. En nationell värdegrund för äldreomsorgen togs in i socialtjänstlagen den 1 januari 2011 samtidigt som det infördes en bestämmelse som ger äldre personer ökat inflytande över hur insatser ska ges.

Landstingsförbundet och sedermera SKL har också rekommenderat sin medlemmar att besluta om medborgarens rätt att välja vårdgivare, även när man vill välja en vårdgivare som finns i ett annat landstingsområde än det man själv bor i. Motsvarande beslut togs också sedan i många landsting.

Inom omsorgsverksamheterna har vissa kommuner gått långt i att erbjuda sina medborgare valfrihet mellan olika boenden och leverantörer av service.

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är ett alternativ till lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och kan fr.o.m. januari 2009 tillämpas för att upphandla tjänster inom bland annat omsorgs- och stödverksamheten för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt för hälso- och sjukvårdstjänster. Sedan 1 januari 2010 är det obligatoriskt för alla landsting och regioner att ha ett valfrihetssystem enligt LOV i primärvården. För kommunerna är det däremot än så länge frivilligt att tillämpa lagen inom socialtjänstens område. Syftet med LOV är att öka valmöjligheterna för patienter och brukare och på det sättet öka kvalitet och effektivitet genom konkurrens mellan vårdgivare.⁴³

Europaparlamentet och Europeiska unionens råd antog den 9 mars 2011 direktivet 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Bakgrunden till direktivet är ett antal domar i EU-domstolen som slagit fast att sjukvård, oavsett hur den är finansierad och organiserad, omfattas av fördraget om Europeiska unionens funktionssätts regler om fri rörlighet för tjänster. Patienter har därför rätt till

⁴³ Prop. (2008/09:29) Lag om valfrihetssystem.

ersättning från sitt hemland för vård utförd i andra EU-länder på samma villkor som gäller för vård i hemlandet. Senast den 25 oktober 2013 ska direktivet vara infört i lagstiftningen.

Patient- och brukarmakt handlar om inflytande i flera former

Ett stort antal studier och rapporter pekar på att framtidens patienter och brukare kommer att vilja och kunna besluta mycket mer själva. De flesta av dem vi talat med beskriver en tydlig trend i riktning mot att patienter och brukare är mer medvetna och kunliga och får ökad vilja och förmåga att styra den vård och omsorg de får. Även deras praktiska möjligheter att påverka ökar, trots att den konkreta utvecklingen inte alltid går lika fort som de politiska ambitionerna och formella regelverken ger en bild av. Viktiga grupper inom omsorgen och vården har också begränsade möjligheter att bedöma skillnader och välja, eller vill inte välja alls – och deras intressen måste också bevakas.

Valfrihet kan vara ett viktigt verktyg för inflytande, men bland andra patient- och brukarorganisationerna pekar på att det är viktigt även med förbättrad dialog, ökade möjligheter att komma åt information och om att bli tillfrågad i olika sammanhang. Skillnaderna är stora mellan olika kommuner och landsting. Det finns skillnader mellan storstäder och landsbygd, mellan stora och små landsting respektive kommuner och även skillnader som beror på politisk majoritet.

Mer handlingskraftiga brukare/patienter kan förändra balansen mellan lokala, regionala och nationella beslut

Flera av dem vi talat med pekar på att patienternas och brukarnas starkare roll också kan komma att påverka balansen mellan lokala, regionala och nationella beslut.

Inför den ökade möjligheten att välja kommer blickarna att riktas mot alternativen. Vad går det att kräva? Vad erbjuds på andra håll? Kraven på vård på "lika villkor" kan bli starkare. Flera patient- och brukarorganisationer lyfter redan i dag fram krav på mer enhetlighet i utbud, kvalitet och avgifter.

Särskilt fristående producenter tar upp frågan om nationellt utvecklingsarbete för att ta fram enhetliga kravprofiler och regel-

verk, eftersom det är svårt för dem att förhålla sig till hundratals olika krav från olika kommuner och landsting, där skillnaderna bara i enstaka fall baseras på unika förutsättningar och önskemål.

2.7 Vård och omsorg på lika villkor – allt fler frågor kräver nationell samordning

Vård och omsorg på lika villkor

Nästan alla vi talat med pekar på att kraven på likvärdig vård och omsorg ökar. Välinformerade medborgare ställer ökade krav på likvärdighet över landet.

Några av dem vi talat med bedömer att de reella skillnaderna ökat på en del områden, och minskat på andra. De ökade skillnaderna kan t.ex. bero på att vissa landsting och kommuner har valt att erbjuda mer omfattande stöd och insatser, medan minskade skillnader kan uppstå på områden där bl.a. Öppna jämförelser medför ”ensning”. En reflektion som framförts är att kunskap om skillnader i vissa fall kan öka ojämlikheten, eftersom grupper med bättre kännedom om var kvaliteten är högst, har större möjligheter att välja denna vård och omsorg.

Vi har inte kunnat se något tydligt svar på i vilka avseenden olikheterna i utbud och kvalitet för patienter och brukare har ökat och i vilka avseenden de har minskat, men den allt mer omfattande informationen gör att de skillnader som finns blir synliga på ett sätt som de inte varit tidigare.

Organisation och arbetssätt behöver anpassas till lokala förutsättningar, men många talar om att medborgarna förväntar sig betydligt mer lika villkor i vårdens och omsorgernas innehåll än vad som finns i dag. Flera av dem vi talat med har tankar om att det kommer att behövas någon nationell instans som definierar den vård och omsorg medborgarna har rätt att kräva.

Samordning för effektivitet

Behovet av nationell samordning ökar även av effektivitetsskäl.

Nästan alla vi talat med är tydliga med att gemensamma satsningar inom IT-området är nödvändiga av flera skäl. Dels handlar det om att få fram kompatibla IT-system och enhetliga lösningar

för terminologi, regelverk, integritetsfrågor och liknande. Dels är det en resursfråga, för att mobilisera resurser till de investeringar som behövs och för att begränsa de kommande driftskostnaderna.

Flera bedömer också att det på vissa områden behövs arbetsfördelning på nationell nivå. Vissa verksamheter inom sjukvården koncentreras redan i dag för att garantera hög kvalitet. När det gäller högspecialiserad sjukvård finns det redan etablerade former för det nationella beslutsfattande som krävs.⁴⁴

Gemensam kunskapsutveckling

Nästan alla vi pratat med verkar överens om att de grundläggande kunskapsunderlagen bör tas fram genom nationellt samarbete baserad på internationell kunskap, för både vården och omsorgen.⁴⁵

Det lokala och regionala perspektivet behöver vidareutvecklas med utgångspunkt från de nya förutsättningarna

Det finns också områden där utvecklingen går mot ett mer decentraliserat arbete och beslutsfattande.

De ökade inslagen av valfrihet innebär att en del beslut som tidigare togs på politisk nivå nu förs ut till patienter och brukare.

I samband med att verksamheter läggs ut på entreprenad flyttas också verksamhetsbeslut ut till utförarna.

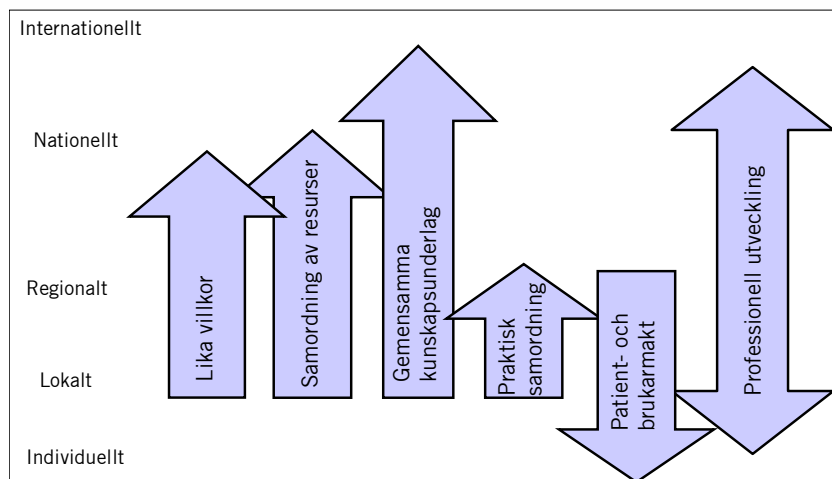
Främst företrädare för professionerna talar också om att det är viktigt att de får och tar ökat ansvar för verksamhetsutvecklingen på alla nivåer. Den kompetens som finns hos yrkesutövarna behöver tillvaratas bättre, och både organisationsstrukturerna och ledarskapet behöver stimulera detta.

Det är också viktigt att samarbetet mellan det lokala, regionala och nationella utvecklingsarbetet vidareutvecklas. En stor del av det arbete som görs på nationell nivå bygger redan i dag på medverkan av lokalt och regionalt verksamma experter – och det arbetssättet måste fortsätta, säger många företrädare för professionerna.

⁴⁴ Prop. 2005/06:73 *Nationell samordning av rikssjukvården*.

⁴⁵ Se avsnitt 2.8

Figur 2.1 Frågor förskjuts mellan nivåer



Nationell samordning är mer än statlig styrning

Nationell samordning är mer än statlig styrning. Under de senare åren har en stor del av de nationella samordningsbehoven hanterats genom ökat samarbete mellan kommuner och landsting. I flera fall handlar det om tjänstemanna- och expertsamverkan, utan omedelbar koppling till den lokala och regionala politiken, t. ex. i nätverken för socialchefer och hälso- och sjukvårdsdirektörer. SKL är ofta en samlingspunkt, men det finns också nätverk och organisationer med andra förankringspunkter, t. ex. hos de professionella sammanslutningarna. I flera fall arbetar dessa olika nätverk också tillsammans med de berörda myndigheterna.⁴⁶

Inom SKL sker också en politisk samordning, där förtroendevalda från kommuner och landsting fortlöpande fattar beslut om inriktning, utveckling och resurssamordning inom sektorn.

Många av dem vi talat med framhåller att denna samordning genom frivilligt samarbete är viktig och måste vidareutvecklas, men att staten också måste ta en tydligare roll i samordningen. Bland annat nämns att fler samordningsprocesser kring exempelvis terminologi, IT-lösningar och rapporteringssystem, måste kunna leda fram till tydliga beslut på nationell nivå.

⁴⁶ T.ex. Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning, NSK

2.8 Kunskapsstyrning är ett utvecklingsområde med stora förbättringsmöjligheter

Kunskapsstyrning (knowledge management), är det mest använda arbetsnamnet på en internationellt framväxande utvecklingsmetod, inte minst inom hälso- och sjukvården. Evidensbaserad medicin⁴⁷ i vården, föreskrifter om god vård och Evidensbaserad praktik⁴⁸ inom omsorgerna beskriver ungefär samma ambition. Styrning sker genom att alla ansvariga och berörda medarbetare ges tillgång till bästa möjliga kunskap, och genom att sedan följa upp vilka resultat som nås. Det handlar både om att välja rätt metod i varje enskilt fall och om att bygga bra helheter och system. På detta sätt kan vården och omsorgen bli mer jämlik, samtidigt som resultaten blir bättre och säkerheten och kvalitén för patienterna och brukarna höjs.

Kunskap som grund både för löpande effektiviseringar och för prioriteringsbeslut

Med ny kunskap som underlag kan vården och omsorgen både effektiviseras och bli bättre. Eftersom misstag och olämpliga metoder kostar, innebär höjd kvalitet ofta även lägre kostnader. Genom uppföljningen av resultat uppnås ett fortlöpande lärande och ett systematiskt förbättringsarbete. När politiken engagerar sig för denna typ av kunskapsstyrning bygger det på bedömningen att detta är en bra utvecklingsväg. Vissa kommuner och landsting fattar beslut om att tillämpa en specifik metod för arbetet med kunskapsstyrning och effektivitet, men det innebär i sig ingen styrning av själva verksamhetsinnehållet i någon specifik politiskt fastställd riktning.

I andra fall visar kunskapsunderlag att det finns möjlighet att nå bättre resultat genom att välja metoder som kräver mer resurser, t.ex. i form av mer personalintensiva insatser, dyrare läkemedel eller dyrare apparatur. Här leder processen fram till någon form av prioriteringsbeslut, som tas av berörda chefer eller av politiker (t.ex. i budgetbeslut) på lokal, regional eller nationell nivå. I dessa fall leder processen fram till en styrning även av själva verksamhetsinriktningen.

⁴⁷ Se SBU:s hemsida

⁴⁸ SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* och S2011/986/FST.

Flera aktörer på den nationella nivån

Flera aktörer är involverade på den nationella nivån.⁴⁹

SKL ger olika typer av stöd, bland annat genom att hålla ihop arbetet med Öppna jämförelser tillsammans med Socialstyrelsen.

SBU tar fram kunskapsunderlag för vården där myndigheten redovisar fakta utan att ge egna rekommendationer och bidrar med underlag till arbetet med riktlinjer. Metodens huvuddrag är att samla in alla tillgängliga studier inom ett område (många gånger internationellt) för att sedan bedöma deras bevisvärde och väga samman deras resultat.

FHI, LV, TLV och SMI⁵⁰ producerar kunskapsunderlag och riktlinjer inom sina områden. SoS ger ut samlade nationella riktlinjer inom olika områden.

Kunskapsstyrningen utifrån mottagarnas perspektiv

Generellt sett är landstingens politiska ledningar och professionerna positiva till satsningarna på ökad kunskapsstyrning. De värdesätter nationellt enhetliga kunskapsunderlag och ser positivt på den ökade användningen av öppna jämförelser. Alla landsting deltar på olika sätt, både genom olika former av praktiskt arbete på hemmaplan, och genom att ”tillhandahålla” experter som driver och medverkar i det nationella utvecklingsarbetet.

När det gäller kunskapsstyrning ser personer verksamma i landstingen statens och myndigheternas arbete som viktiga stödresurser snarare än som övervakare med styrfunktioner. De anser att det finns ett huvudsakligen bra samspel mellan experterna på nationell, regional och lokal nivå, samtidigt som många av de experter som deltar i arbetet med att ta fram kunskapsunderlag riskerar att bli en flaskhals, eftersom de efterfrågas av flera av de statliga myndigheterna parallellt.

Den principiella invändning som framförs, bland annat från en del läkare, handlar om att det ibland dras alltför stora slutsatser av begränsade data. Verksamheterna är komplexa och de insamlade uppgifterna ger ingen balanserad helhetsbild. Verktyg som tagits fram för att få svar på specifika professionella frågor förvandlas till styrverktyg som kan leda fel. Riskerna uppfattas som särskilt stora

⁴⁹ Se också Kap.3.

⁵⁰ Smittskyddsinstitutet.

när data från kvalitetsregister läggs till grund för ekonomisk ersättning eller generella slutsatser. Många yrkesverksamma, både inom vården och omsorgen, pekar också på problem med att en allt större del av arbetstiden åtgår till olika typer av registrering och annat administrativt arbete.⁵¹ Det finns också de som pekar på att den här sortens styrning kan leda till missivisande rapportering.

Vidareutveckling av kunskapsstyrningen

Det finns flera olika önskemål om vidareutveckling av kunskapsstyrningen.

Många inom landsting och kommuner anser att de olika kunskapsunderlag som tas fram bör ha en gemensam avsändare. De yrkesverksamma och förtroendevalda som ska använda kunskaperna bör kunna få koncisa, lättillgängliga och avstämda information om hur kunskapsläget ser ut och vad det innebär för det praktiska arbetet. Eventuella motsägelser och tolkningsskillnader bör vara utredda innan informationen sprids. I dag har staten, många gånger genom sina myndigheter, flera och i sämsta fall motsägelsefulla avsändare.

Informationen bör på ett enhetligt sätt göras tillgänglig så nära verksamheterna och användarna som möjligt, helst i deras egna successivt alltmer IT-baserade beslutsstöd.⁵² Fortlöpande uppdatering bör vara en löpande rutin. Antalet tryckta rapporter bör kunna minska påtagligt.

Inte minst när kunskapsläget är osäkert är det viktigt med lättillgänglig information: Finns det beprövad erfarenhet som ska följas tills vidare? Finns det metoder som man vet ska undvikas? Finns det kompetenscentra dit det går att vända sig med frågor? Finns det studier på gång som kommer att ge bättre kunskapsstöd inom den närmaste framtiden?

Mottagarna anser också att processerna för att ta fram kunskapsunderlag behöver bli snabbare och effektivare. Uppdelningen mellan SBU:s kunskapsunderlag och de riktlinjer som övriga myndigheter sedan tar fram är kanske inte längre nödvändig. När kunskapsunderlagen redan i sig är lättillgängliga bör de kunna användas direkt, utan ytterligare bearbetning. Såväl myndighetsföreträdare som personer i kommuner och landsting pekar på att verksamhe-

⁵¹ Se också t. ex. Stråvan efter transparens, Levay och Waks, SNS 2006

⁵² Ett exempel är viss.nu, där Stockholms läns landsting samlar beslutsstöd för primärvården.

terna behöver utveckla sitt arbete för att säkerställa att kunskapsstyrningen blir en mer naturlig del av huvudmännens ordinarie ledningsstöd och ledningssystem.

Kommunernas och omsorgens kunskapsstyrning behöver utvecklas med utgångspunkt från egna förutsättningar

Inom kommunerna och omsorgsområdet är arbetet med riktlinjer och kunskapsstyrning ännu inte lika etablerat som inom sjukvården. Regeringen, SoS och SKL har tagit flera initiativ, men det finns ännu inte lika etablerade arbetsformer.⁵³ Det grundläggande synsättet är detsamma som inom sjukvården, och de flesta företrädare för omsorgen är också överens om att det finns mycket att lära av erfarenheterna därifrån. Samtidigt framhåller många att det är viktigt att ha respekt för att förutsättningarna är annorlunda. T.ex. betonas att kunskapsutvecklingen har andra förutsättningar när det mesta som görs handlar om mänskligt samspel snarare än ”tekniska” åtgärder som användning av läkemedel eller kirurgiska ingrepp. ”Dubbelblindtester⁵⁴” som ger hög säkerhet kan inte tillämpas på samma sätt inom omsorgen inom som vården. Beprövad erfarenhet måste fortsätta att användas så länge inget bättre underlag finns. Verksamhetens behov måste formulera frågorna, även när det saknas metoder för att finna säkra svar. En del av dem vi talat med, även från fackligt håll, säger samtidigt att forskning och vetenskaplig metodik skulle kunna användas i mycket högre utsträckning än den gör i dag.

Ibland problem med kostnadsdrivande riktlinjer

En kritik som framförts från huvudmännens sida är att riktlinjer, och ibland även resultat av tillsyn, många gånger är kostnadsdrivande. Kraven på huvudmännen höjs, utan att resurser tillförs eller att resursfrågan ens diskuteras.

En del företrädare för kommuner pekar också på att lagstiftningens krav på likabehandling, exempelvis genom FK och AF⁵⁵,

⁵³ Rapport SKL och SoS (2011) *På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen.*

⁵⁴ I en dubbelblindstudie är såväl försöksperson/patient som forskare/försöksledare ovetande om vilka försökspersoner som får den ena eller andra behandlingen.

⁵⁵ Arbetsförmedlingen.

medför att myndigheter i sitt samarbete med kommunerna är hårt styrda av regelverken och att de ibland kan dra sig ur ett samarbete med hänvisning till att de inte har mandat, eller att deras resurser inte längre räcker.

Kunskapsstyrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Kunskapsstyrningen inom det förebyggande arbetet står många gånger inför samma problematik och utmaningar som inom omsorgen. Flera anser att alltför få insatser i dag baseras på vetenskaplig evidens och att arbetet med riktlinjer inom det förebyggande området är ganska outvecklat. På många sätt är det svårare att få fram evidens inom området, inte minst därför att många av insatserna för att främja hälsa och förebygga ohälsa inte ger resultat förrän efter längre tid. FHI och SBU har intensifierat sitt samarbete för att finna vägar framåt. Regeringen har också givit dessa myndigheter i uppdrag att utreda vilket evidensgraderingssystem som bör gälla för bedömning av insatser inom folkhälsoområdet.⁵⁶

Särlagstiftningen om kunskapsstyrning inom läkemedelsområdet ifrågasätts

Flera landstingsföreträdare ifrågasätter den specifika lagreglering som i dag finns om kunskapsstyrning inom läkemedelsområdet.⁵⁷ Läkemedelskommittéerna har haft mycket stor betydelse för att få till stånd en mer rationell läkemedelsanvändning. I många avseenden har de varit föregångare till den nu breddade synen på kunskapsstyrning, och deras erfarenheter är därmed en bra grund för ett fortsatt och breddat arbete med lokal och regional utveckling och spridning av kunskap. En bedömning är att det nu är läge att öppna för breddade angreppssätt som integrerar olika behandlingsformer och som underlättar framväxt av samordnade riktlinjer för hela landet.

⁵⁶ Regeringsbeslut 2011-05-19, S2011/5141/FS (delvis).

⁵⁷ Lag (1996:157) om läkemedelskommittéer.

”Mottagarkapacitet” är en nyckelfråga

Både när det gäller vård och omsorg finns det en bred medvetenhet från nästan alla aktörer om att utvecklingsbehoven inte bara finns på den nationella nivån. Kapaciteten att ta emot och hantera nya kunskaper måste också byggas upp och förbättras lokalt och regionalt. Trots att det begrepp som många använder är ”mottagarkapacitet” lyfter flera fram att uppgiften handlar om mer än passivt mottagande av kunskap som andra producerat. Det handlar om att skapa ett brett och dubbelriktat lärande.

Arbetet med att utveckla mottagarkapacitet pågår och flera pekar på vikten av att ”kunskapsmottagandet” blir en integrerad del i verksamhetsstödet, både regionalt och lokalt.

2.9 Internationaliseringen får allt större betydelse

Kunskapsutbytet blir allt mer internationellt

Vissa delar av omsorgsverksamheten, t.ex. missbrukarvården och stödet till personer med psykiska funktionshinder är påverkade av internationella förebilder och kontakter.

Den medicinska vetenskapen är nästan helt globaliserad. Många av hälso- och sjukvårdens experter har egna internationella kontakter och nätverk. SBU är sedan länge en stark internationell aktör i att hämta hem, värdera och sprida kunskaper för hälso- och sjukvården. Även myndigheter som SoS, SMI, LV och FHI arbetar aktivt med internationellt kunskapsutbyte.

Ökat beroende av internationella regelverk

Även lagregleringen blir alltmer internationell.

T.ex. är godkännandeprocessen för läkemedel och medicinska produkter integrerad i EU-samarbetet. LV är en stark aktör på den öppna europeiska marknaden och TLV har kontakter med andra länders organ för prissättning och liknande reglering. Även på smittskyddsområdet finns många internationella kopplingar.

Dessutom får EU:s konkurrenslagstiftning ökad betydelse när verksamheter inom vård och omsorg läggs ut på entreprenad.

Vidare antog Europaparlamentet och Europeiska unionens råd den 9 mars 2011 direktivet 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.⁵⁸

Fler internationella aktörer

Det finns växande möjligheter till gränsöverskridande vård och omsorg t.ex. i form av att omsorg erbjuds i andra länder, att svensk sjukvård tar emot utländska patienter för att bredda sitt patientunderlag, att svenskt kunnande inom vård och omsorg exporteras och att utländska företag vill etablera sig i Sverige. På alla dessa områden är principerna och regelverken än så länge outvecklade.

Rörliga patienter och rörlig personal

Allt fler människor kommer antagligen att under sitt liv bo och arbeta i flera länder framöver. Bara det faktum att det går att söka vård i andra länder kommer att öka kraven på tydligare regler.

Här finns i dag ett regelverk där staten genom FK – inte landstingen eller kommunerna – har en roll i sjukvårdsfinansieringen så snart det handlar om svenska patienter som får vård utomlands eller andra EU-medborgare som får sjukvård i Sverige.⁵⁹

För högspecialiserad sjukvårdspersonal finns det redan i dag en betydande internationell rörlighet som kräver vidareutvecklade former för synkronisering av utbildningar, validering av yrkeskompetenser etc.

Olika uppfattningar om hur fort utvecklingen går

En del av dem vi talat med beskriver internationaliseringen som en snabb process som inom en snar framtid kommer att ge både vård och omsorg nya förutsättningar. Andra bedömer att utvecklingen kommer att vara långsammare.

⁵⁸ Direktivet ska vara infört i lagstiftningen senast den 25 oktober 2013.

⁵⁹ Se t.ex. SKL:s hemsida. Handbok, *Vård av personer från andra länder* och http://www.skl.se/vi_arbetar_med/eu/eu_paverkar/eu-halsa www.socialstyrelsen.se/regelverk/eg-direktiv

2.10 Behov av vidareutveckling när det gäller ledarskap och professionell utveckling

Ledarskapsfrågorna har en nyckelroll

Vård och omsorg är komplexa verksamheter där det är helt avgörande att ledarskapet fungerar och att professionerna känner engagemang, inte bara för det egna dagliga arbetet, utan också för den övergripande utvecklingen. Formella regler och politiska beslut och riktlinjer är betydelsefulla, men de kan inte ersätta det personliga engagemanget och omdömet. Flera påtalar att den formella styrningen bara är en begränsad del av det som påverkar vad som sker i praktiken.

Utbildningarna behöver anpassas bättre till behov och efterfrågan

Flera personer från den kommunala sektorn lyfter fram behovet av ökade satsningar på ledarskapsutbildning inom omsorgssektorn.⁶⁰ Utöver detta efterfrågas också ett större utbud av särskilda vidareutbildningar för chefer och blivande chefer inom omsorgen och inom vården.

Vad gäller vårdutbildningarna och kompetensförsörjningen framför både fackliga företrädare och myndighetsföreträdare att staten har ett ansvar. Många av dem vi talat med anser att verksamheternas efterfrågan och behov måste uppmärksammas bättre från universitet och högskolor.

Förtroende, tillit och samarbete behöver stärkas

Många talar också om att vård- och omsorgssystemet skulle behöva präglas av mer förtroende, tillit och samarbete mellan de olika aktörerna.

I både kommuner och landsting finns en påtaglig ”projekttrötthet”, där huvudmännen upplever att i sig goda initiativ från både myndigheter och andra nationella aktörer sker med för korta tidsperspektiv och för små möjligheter att kopplas till det löpande arbetet.

⁶⁰ SOS (2011) *Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorg*.

Flera professionella grupper står också lite vid sidan av det övergripande utvecklingsarbetet. Flera talar om att det är särskilt viktigt att fler av läkarna får möjlighet och är beredda att ta ansvar för verksamhetsutvecklingen som helhet. Samtidigt betonas vikten av tvärprofessionellt arbete, där alla yrkesgrupper bidrar efter förmåga.

3 Regeringens styrning av vården och omsorgen

I detta kapitel beskriver vi hur regeringen styr vård- och omsorgssystemet, direkt och genom sina myndigheter. Perspektivet i detta kapitel är regeringens och myndigheternas, och därmed snävare än den bild av statens roll i vård- och omsorgssystemet som redovisas i kapitel 2.

3.1 En beskrivning av styrkedjan

Statens styrning av vård- och omsorgssystemet kan beskrivas ur många olika perspektiv. Det formella perspektivet beskriver systemet som en kedja, där riksdagens lagstiftning är grunden. Via lagstiftningen formulerar riksdagen gränserna och åtagandet för det kommunala självstyret, genom att ange de gemensamma målsättningar som ska gälla all vård och omsorg i Sverige. Lagstiftningen är det grundläggande styrmedlet med bindande konsekvenser både för kommuner, landsting och myndigheter.

Med EU-medlemskapet gör sig också den europeiska dimensionen påmind i lagstiftningssammanhang. Mycket av den nya lagstiftning som införs är direkta anpassningar till bindande direktiv på EU-nivå.

Regeringen kan själv precisera styrningen genom att besluta om föreskrifter, under beteckningen förordningar. I förordningarna reglerar regeringen bland annat beslut om ansvar och uppgifter för de statliga myndigheterna (förordningar med instruktion). Förordningar kan också användas för att styra huvudmännens ansvar på olika områden, under förutsättning att det finns ett bemyndigande för regeringen från riksdagen. Av Regeringsformen följer annars att åligganden för kommuner och landsting ska ske genom

lagstiftning. En föreskrift är bindande, kan utgöra grund för tillsyn, och kan också meddelas genom en lag eller förordning.

De statliga myndigheterna ansvarar inom sina verksamhetsområden för att gällande lagstiftning följs.¹ Regeringens ambition med styrningen av statsförvaltningen är att den ska vara tydlig, inriktad mot verksamheten, verksamhetsanpassad och medborgarorienterad. Regeringen skriver:

Tydlig innebär bl.a. att myndighetens uppdrag preciseras genom att uppgifter, regler och i förekommande fall mål och prioriteringar anges. Mål och uppgifter till myndigheterna formuleras så att respektive myndighet själv råder över eller har rimliga möjligheter att genom olika åtgärder kunna utföra uppdraget på ett tillfredsställande sätt.²

Regeringens mer direkta styrning av myndigheterna sker via deras instruktioner, och kompletteras med årliga regleringsbrev, där medelsfördelningen till respektive myndighet sker. Till detta kan regeringen när som helst besluta om särskilda uppdrag till myndigheterna. Till regeringens styrverktyg kan vidare nämnas utnämningmakten samt möjligheten att styra genom kontakter och dialog med myndigheterna, genom uttalanden och genom särskilda överenskommelser.

Ny lagstiftning

Socialdepartementet har under 2000-talet tagit fram i genomsnitt ett 20-tal propositioner per år. Antalet propositioner är något större inför riksdagsvalen men variationerna mellan åren är ändå relativt små. Flertalet propositioner har resulterat i att Riksdagen har beslutat om nya eller förändrade lagar. Den nya lagstiftningen har i många fall syftat till att precisera och förtydliga den övergripande ramlagstiftningen i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. I båda ramlagarna har detaljeringsnivån och mängden paragrafer ökat successivt.

¹ Myndighetsförordning (2007:515).

² Prop. 2009/10:175, *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

Myndigheternas styrmedel

Även myndigheterna har olika styrmedel till sitt förfogande, för att åstadkomma utveckling inom de områden där de är verksamma. Regeringen kan bemyndiga en myndighet rätten att meddela bindande föreskrifter och utöva tillsyn. Allmänna råd, där även nationella riktlinjer ingår, kan myndigheterna däremot utfärda utan stöd av något bemyndigande från regeringen, men det sker ofta genom uppdrag i instruktionen. Allmänna råd kan rikta sig både till enskilda och till t.ex. kommuner och landsting. Myndigheternas styrning sker genom delegation från och i en lydnadsrelation till regeringen, förutom i de fall som avser tillämpning av lag och myndighetsutövning mot enskild.³

Myndigheterna kan också påverka verksamheterna genom t.ex. uppföljning, samordning, kunskapsutveckling och -spridning, information, egna förslag till regeringen, uppföljning, utvärdering, dialog och samspel med huvudmännen och regeringen.

Också kommunerna har föreskriftsrätt och utövar tillsyn på olika områden, till exempel om lokalt miljö- och hälsoskyddsarbete.

3.2 Myndighetsstruktur och uppgifter

Som vi beskrivit i kapitel 1 har vi valt att låta följande 16 myndigheter och organisationer ingå i vår kartläggning av det statliga vård- och omsorgssystemet. Denna grupp har även bistått oss i vårt utredningsarbete genom att myndighetscheferna (eller motsvarande) ingår i en referensgrupp.

1. Barnombudsmannen
2. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)
3. Försäkringskassan (tandvårdsdelen)
4. Hjälpmedelsinstitutet (HI)
5. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
6. Läkemedelsverket (LV)
7. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)

³ RF 11 kap 7 §.

8. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)
9. Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys)
10. Smittskyddsinstitutet (SMI)
11. Socialstyrelsen (SoS)
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
13. Statens folkhälsoinstitut (FHI)
14. Statens institutionsstyrelse (SIS)
15. Statens medicinsketiska råd (SMER)
16. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Sammanfattningsvis har myndigheterna/organisationerna följande uppgifter i sina instruktioner.⁴

- De flesta myndigheterna har till uppgift att ta fram och sprida kunskap. Sju myndigheter verkar inom närliggande och ibland samma områden: FHI, LV, Vårdanalys, SMI, SoS, SBU och TLV.
- Fem myndigheter har tillsynsuppgifter inom olika områden. FHI (alkohol-, narkotika-, tobak, hälsofarliga varor), LV (läkemedel och andra produkter som står läkemedel nära), MIA (internationella adoptioner), SoS (hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel), TLV (apoteksmarknadens aktörer bland annat avseende reglerna för utbyte av läkemedel på apotek).
- Fyra myndigheter arbetar med regelgivning: FHI (föreskriftsrätt avseende sina tillsynsområden), LV (svara för föreskrifter och allmänna råd), SoS (ansvara för föreskrifter och allmänna råd), TLV (svara för föreskrifter och allmänna råd).
- Två myndigheter, LV och SMI, ska bedriva egen forskning.
- Sju myndigheter har forskningsanknutna uppgifter, FAS (främja och stödja), Handisam (initiera), FK (stödja), SMI (stödja),

⁴ Alla har inte instruktioner: Barnombudsmannens uppgifter regleras i lag. Hjälpmedelsinstitutet är ingen myndighet utan en ideell förening med staten och SKL som huvudmän. Institutets uppgifter regleras i lag om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter. SMER är formellt en kommitté under Socialdepartementet, inrättandet av rådet beskrivs i ett regeringsbeslut.

SBU (vetenskapligt utvärdera), SoS (följa, verka för), SMER (informations- och åsiktsutbyte om medicinsk-etiska frågor).

- Några myndigheter har så kallade ”främjandeuppgifter”, främst Handisam (genomförande av handikappolitiken), Barnombudsmannen (företråda barn och ungdomars intressen i enlighet med barnkonventionen), FHI (främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador) och SMI avseende HIV-prevention (främja ideella organisationers verksamhet) och antibiotikaresistens (främja tvärsektorielt arbete, samt främja insatser på lokal och regional nivå).
- SIS ansvarar för behandlingshem och är den enda myndigheten som bedriver vård- och omsorgsverksamhet i egen regi.

Bland förändringar i myndighetsstruktur och uppgifter de senaste åren kan särskilt nämnas:

- SoS fick den 1 januari 2011 ansvar för hanteringen av patientklagomål från HSAN. HSAN prövar nu endast behörighetsfrågor avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Från den 1 juli 2011 är HSAN en nämndmyndighet⁵. Kammarkollegiet sköter handläggning och administration åt ansvarsnämnden.
- Vårdanalys bildades den 1 januari 2011 med övergripande uppgift att ur ett patient-, brukar och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvård, tandvård samt gränssnittet mellan vård och omsorg.
- Ansvaret för tillsyn över socialtjänsten och tillsyn enligt LSS fördes från länsstyrelserna till SoS den 1 januari 2010. Omkring hälften av de anställda i SoS, omkring 500 personer, arbetar med tillsyn.
- Ombildning av SMI 2010: Bredare och mer folkhälsoinriktat uppdrag med tonvikt på kunskapsuppbyggnad och kunskapsstyrning, stora delar av forskningen överfördes till Karolinska Institutet, uppgifter som rör hiv/aids-prevention m.m. överfördes från SoS till SMI.

⁵ Nämndmyndighet är en av de tre ledningsformer för myndigheter som regleras i myndighetsförordningen (2007:515, 2 §). Nämndens ledamöter som kollektiv är chef för myndigheten. De flesta nämndmyndigheter är mycket små. Många av dem saknar egen personal. Källa: SOU 2008:118, *Slutbetänkande från 2006 års förvaltningskommitté*.

- Bredare uppdrag för TLV från år 2008 (tidigare Läkemedelsförmånsnämnden) i och med det reformerade statliga tandvårdsstödet och från år 2009 i och med omregleringen av apoteksmarknaden.
- Omlokalisering av FHI till Östersund år 2005. I stort sett alla medarbetare nyrekryterades.

Myndigheternas och organisationernas uppgifter och ansvarsområden beskrivs närmare i bilaga 3.

Antal anställda och resurser

I tabell 3.1 nedan redovisas medelantalet anställda och förbrukade medel i dessa myndigheter/organisationer år 2010.

Tandvårdsdelen utgör bara utgör ca tre procent (206 miljoner kronor) av Försäkringskassans totala anslagsfinansierade förvaltningskostnader. Vi har därför valt att inte ta med Försäkringskassan i tabellen.

SiS, som är den enda myndighet som bedriver egen vård- och omsorgsverksamhet, har 60 procent av antalet anställda och använder 45 procent av de totala intäkterna (en tredjedel av anslagen) för dessa myndigheter. SiS tillhör vårdens och omsorgens utförare och skiljer sig därmed från de övriga myndigheterna.

Om SiS inte räknas med är SoS i särklass störst med nästan hälften av de anställda och 40 procent av de totala intäkterna (57 procent av anslagen).

Tabell 3.1 Anställda och intäkter år 2010

	Medelantal anställda	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr
SIS	3 354	772 570	1 390 300	2 162 870
SoS	959	925 992	148 898	1 074 890
LV	610		612 525 ¹	612 525
SMI	324	202 265	129 453	331 718
FHI	172	178 610	25 144	203 754
Hjälpmedelinstitutet	76	50 876	48 876	99 752
TLV	56	87 667	1 734	89 401
SBU	48	56 248	14 845	71 093
HSAN	33	29 354	2 898	32 252
Handisam	27	19 976	23 299	43 275
FAS	22	33 229	1 769	34 998
BO	20	17 901	5 461	23 362
MIA	11	12 037	280	12 317
Vårdanalys ²				
SMER ³				
Totalt	5 712	2 386 725	2 405 482	4 792 207

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

1 Läkemedelsverket finansieras till 85 procent genom avgifter och till 15 procent genom bidrag.

2 Vårdanalys har 18 miljoner kronor i anslag i regleringsbrevet för år 2011.

3. SMER: Rådet har tre anställda. Det består av ordföranden, åtta ledamöter och tolv sakkunniga. Medlen för år 2011 är 3,3 miljoner kronor.

Myndigheternas kompetensförsörjning och effektivitetsarbete

Enligt direktiven ska vi beskriva myndigheternas kompetensförsörjning och hur de arbetar med att utveckla kvalitet och effektivitet. Beskrivningarna baseras på de senaste årsredovisningarna och på underlag som myndigheterna tagit fram inom ramen för vår utredning.

Vi har även tagit del av tolv myndigheters senaste medarbetarundersökningar och/eller arbetsmiljöundersökningar. Bland resultaten kan särskilt nämnas att förtroendet för myndighetsledningarna ofta är lågt, att de flesta medarbetare anser att deras arbete är meningsfullt och att ledarskap pekas ut som förbättringsområde i flera myndigheter.

Olika utmaningar avseende kompetensförsörjning

Förestående pensionsavgångar (eller generationsväxling) har betydelse för myndigheternas arbete med kompetensförsörjning. Denna faktor nämns explicit av exempelvis FAS, Försäkringskassan LV och MIA. I övrigt har myndigheterna delvis olika utmaningar: Flera myndigheter, LV, SBU och SoS, tar upp svårigheten att rekrytera klinisk kompetens, särskilt läkare. Även svårigheten att rekrytera andra externa experter lyfts fram av flera myndigheter. Mer specifika utmaningar har FHI och SMI.

FHI:s omlokalisering till Östersund innebär att i stort sett hela personalen nyrekryterades. Trots att personalförsörjningen nu har stabiliserats har myndigheten svårt att rekrytera relevant kompetens, exempelvis hälsoekonomer, forskarutbildade med erfarenhet av praktisk forskning och jurister med folkhälsokompetens. Myndigheten är till del beroende av konsulter och inlånad personal. Personalen har generellt sett högre utbildningsnivå men mindre yrkeserfarenhet än före omlokaliseringen.

SMI:s nya uppdrag innebär att kompetens avseende hiv-prevention och sexuell hälsa överförs från SoS. Samtidigt har dock uppsägningar samt överföring av personal till Karolinska institutet i samband med ombildningen inneburit att viss kompetens förlorats.

Några myndigheter, till exempel LV, SoS och SiS, har eller planerar strategiska kompetensförsörjningsplaner. Mer konkret ser exempelvis FHI behov av flexibla anställningsformer och av att anlita experter utanför organisationen, MIA strävar efter att anställa yngre personer för att säkerställa erfarenhetsöverföring och SMI har en tematiskt upplagd organisation för att behålla attraktionskraften för specialister.

Uppföljningen av kostnader, kvalitet och effektivitet varierar

Flera av myndigheterna håller på att utveckla sina interna processer, ofta med fokus på verksamhetsplanering, uppföljning och kvalitetsarbete. Flera beskriver ett visions-, mål- och värdegrundsarbete. Det finns en ambition hos de flesta myndigheterna att följa upp kostnader per prestation men flera pekar på fortsatta utvecklingsbehov i detta avseende. Alla myndigheterna redovisar inte i dagsläget indikatorer som återspeglar myndighetens effektivitet eller kvalitet i olika avseenden. Försäkringskassan har system för sådana

mätningar. För tandvårdsstödet har ett serviceåtagande införts med servicenivåer och öppettider för IT-tjänster och support. Ett annat exempel är SiS som har infört ett kvalitetssystem med uppföljning av olika tjänster. SBU har i sin senaste årsredovisning uppgift om de totala kostnaderna per projekt och exempel på hur praxis har förändrats i hälso- och sjukvården som följd av SBU-projekt. I några myndigheters årsredovisningar beskrivs myndighetens inre arbete mycket sparsamt eller inte alls.

Omorganisationer i flera myndigheter

Några av myndigheterna har det senaste året genomfört omorganisationer i syfte att nå en högre effektivitet och/eller kvalitet, exempelvis SoS, FAS, SMI och TLV.

SoS införde den 1 januari 2010 en processbaserad organisation med utgångspunkt i de instruktionsenliga uppgifterna kunskapsgivning, regelgivning och tillsyn. Syftet med den nya organisationen är att skapa förutsättningar för integrering av myndighetens arbete med hälso- och sjukvård och socialtjänst genom att använda de olika styrmedlen effektivt. Statskontoret bedömer i en myndighetsanalys av SoS att de olika styrmedlen ännu inte samverkar effektivt. Arbetet med intern styrning och uppföljning är på rätt väg men behöver utvecklas ytterligare.⁶ Statskontoret har även haft i regeringsuppdrag att göra en myndighetsanalys av TLV. Statskontoret konstaterar att fler uppgifter och större organisation har ställt krav på anpassningar och att dessa skapat goda förutsättningar för TLV att nå sina mål. Den genomsnittliga tiden för att handlägga ett ärende om vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånerna har dock successivt blivit allt längre.⁷

Instruktionerna har fått en mer central roll

Myndigheternas grundläggande uppgifter regleras i instruktionen, som beslutas av regeringen i förordningsform och gäller tills vidare. Instruktionen är också basen för myndigheternas årliga redovisning.⁸ Instruktionernas roll i den statliga styrningen har utvecklats på senare år, bl. a. för att åstadkomma en mer verksamhetsanpassad

⁶ Statskontoret 2011:8, *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen*.

⁷ Statskontoret 2011:19, *Myndighetsanalys av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket*.

⁸ Förordning (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag.

och långsiktig, strategiskt inriktad styrning.⁹ Regeringens ambition är att den årliga styrningen av myndigheterna i högre grad ska inriktas på verksamhetens resultat utifrån det instruktionsenliga uppdraget. Instruktionen och de uppgifter som anges i denna bör vara basen för den löpande styrningen och återrapporteringen. Instruktionerna är därför en viktig utgångspunkt i den kartläggning vi gjort av förekomsten av överlapp mellan myndigheterna. I vår kartläggning av myndigheternas instruktioner har vi noterat att flera myndigheter har liknande uppgifter inom samma områden.

Överlappning i uppgifter

Myndigheterna/organisationerna i vård- och omsorgssystemet verkar inom en rad olika områden: barn, folkhälsa, funktionshinder, hälso- och sjukvård, läkemedel, omsorg, smittskydd och tandvård. Dessa områden överlappar i flera fall varandra. Flera av myndigheterna verkar inom samma områden. Några aktörer har dock bara uppgifter inom ett specifikt område, exempelvis Handisam och Hjälpmedelsinstitutet inom funktionshindersonrådet.

Uppgifter i myndigheternas instruktioner är av olika karaktär. Alla myndigheterna har flera olika uppgifter och flera av myndigheterna har likartade uppgifter inom samma områden. Uppgifterna kan delas in följande kategorier:

⁹ Prop. 2008/09:1, Budgetpropositionen för 2009.

Tablå 3.2 Kategorisering av uppgifterna i myndigheterna instruktioner

1.	Främjandeuppgifter:
	företräda/driva på/verka för
2.	Kunskap/riktlinjer
	utreda/analysera/följa upp/effektivitetsgranska/utvärdera
	kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning
	utforma riktlinjer
	metodutveckling
	ansvara för register och statistik
	ensa begrepp
3.	Regelgivning
4.	Tillsyn/kontroll/tillstånd¹
	tillsyn
	ge tillstånd
	kontrollera
5.	Besluta/handlägga statsbidrag
6.	Förhandla
7.	Samordna/sektorsansvar
8.	EU- och internationellt arbete
9.	Upphandla²
10.	Bedriva forskning
11.	Forskningsanknutna uppgifter
	främja o stödja forskning/fördela medel till forskning
	bedöma kvalitet och nytta av forskning
	utreda forskningsbehov
	samordna forskning/ställa samman o sprida forskning
	följa forskning

1. I denna grupp ingår uppgifter att pröva frågor enligt lagrum, exempelvis HSAN:s uppgifter att pröva frågor enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

2. Upphandla för andras räkning, exempelvis Handisams uppgift att upphandla vissa varor och tjänster på tillgänglighetsområdet.

I tablå 3.3 redovisas exempel på överlappningar i instruktionerna vi funnit avseende samma slags uppgifter inom samma område. Alla exempel finns inom kunskapsområdet.

Tablå 3.3 Exempel på överlappningar på instruktionsnivå

	Följa upp/analysera	Utvärdera	Kunskapsspridning /styrning/riktlinjer	Metod-utveckling
Folkhälsa	FHI, Vårdanalys, SoS, SMI ¹	FHI, Vårdanalys, SoS, SBU, SMI	FHI, SoS, SBU, SMI	
Hälso- och sjukvård	Vårdanalys, SoS	Vårdanalys, SoS, SBU	SoS, SBU, FHI	
Omsorg/socialtjänst	Vårdanalys ² , SoS	Vårdanalys, SoS		
Läkemedel	LV, TLV, SoS	TLV, LV, SBU, SoS	TLV, LV, SBU, SoS	
Smittskydd	SMI, FHI ³		SMI, SoS	SMI, SoS

Källa: Myndigheternas instruktioner

¹ SMI:s uppgifter breddade till ett mer folkhälsoinriktat arbete

² Vårdanalys ska följa upp verksamheter i gränssnittet mellan vård och omsorg.

³ Ingår delvis i FHI:s uppdrag kring folkhälsopolitisk uppföljning genom målområdet "skydd mot smittspridning".

Överlappningar i praktiken

Vi har i kartläggningen identifierat exempel på vad överlappningarna instruktionerna kan leda till i praktiken. Dessa exempel redovisas i tablå 3.4. Viktigt är dock att påpeka att denna lista inte är heltäckande utan visar ett antal exempel på överlappningar.

Tablå 3.4 Exempel på överlappningar i praktiken

FHI och SMI: kunskapsspridning om sexuellt överförbara sjukdomar.
FHI och SoS: kartläggning av vård, förebyggande arbete (barn i riskmiljöer, psykisk ohälsa, livsstilsfrågor), uppföljning av folkhälsoinsatser.
SMI och SoS: kunskapsstyrning inom smittskyddsområdet och hiv-preventiva området: SoS har ett samordningsuppdrag i sin instruktion men även SMI har samordnande uppdrag inom dessa områden.
SBU och TLV, SoS och LV: Viss oklarhet i rollfördelningen. SBU:s utvärderingar underlag för TLV:s beslut om subventioner och SoS riktlinjer.
TLV och LV/SBU/SoS/SMI: Flera myndigheter följer upp läkemedel, LV genom Centrum för bättre läkemedelsanvändning, SoS bl. a. genom läkemedelsregistret. SBU utvärderar inte bara läkemedel utan sätter även effekterna och kostnaderna i relation till andra behandlingsmetoder. Både TLV och LV utvärderar läkemedelsdokumentation.

Sammanfattande iakttagelser om myndigheternas uppgifter

Överlappningar inom kunskapsområdet

Inom kunskapsområdet – som vi definierar det i tablå 3.2 – har flera myndigheter, FHI, SoS, SMI, SBU, TLV och Vårdanalys, liknande uppgifter inom samma politikområden. Mer i detalj avser överlappningarna exempelvis kunskapsspridning om sexuellt överförbara sjukdomar, uppföljning av folkhälsoinsatser samt kunskapsstyrning inom smittskyddsområdet och läkemedelsområdet. I övriga uppgiftskategorier bedömer vi inte att det finns några tydliga överlapp, även om exempelvis myndigheternas internationella uppgifter ofta kan tangera varandra.

Flera myndigheter har samtidigt olika roller

En annan iakttagelse värd att lyfta fram är att några myndigheter har till uppgift att arbeta med olika styrmedel. Förutom kunskapsuppbyggnad som de flesta arbetar med ansvarar man exempelvis för regelgivning, tillsyn och/eller tillståndsgivning. Här är SoS som har alla dessa roller det främsta exemplet men även LV (kunskap, regelgivning och tillsyn), TLV (kunskap och regelgivning) och FHI (kunskap + tillsyn) har flera styrmedel i sin instruktion.

Ambition att minska återrapporteringskraven i regleringsbrev

I regleringsbreven fördelas de statliga medlen till myndigheterna på årsbasis. Regleringsbreven tas fram i form av ett regeringsbeslut. Budgeten specificeras och fördelas i regleringsbreven med villkor för de olika anslagen. Som ett led i regeringens arbete med att åstadkomma en mer långsiktig och verksamhetsanpassad styrning påbörjade regeringen år 2008 ett arbete för att förtydliga och avgränsa regleringsbrevens roll som styrdokument.¹⁰ Ambitionen från regeringens sida är att i mindre grad ange årliga återrapporteringskrav.¹¹ På detta sätt kan också myndigheternas rutinmässiga, årliga rapportering till regeringen avlastas och styrningen bli mer flexibel och anpassad. Regeringen menar att: "...Mer detaljerad

¹⁰ Prop. 2008/09:1, *Budgetpropositionen för 2009*.

¹¹ Ibid: Regeringens skriver att "...Det är angeläget att styrsignalerna till myndigheterna för att de ska få avsett politiskt genomslag blir såväl färre som tydligare". Som ett led i detta lyftes också den enhetliga verksamhetsstrukturen bort ut mål- och resultatstyrningen.

information om tillståndet inom en viss sektor eller kort- och långsiktiga effekter av statliga insatser bör redovisas i andra former och sammanhang”.¹² I vissa fall används regleringsbrev numera enbart för att reglera den finansiella delen av verksamheterna. Men i de fall regeringen väljer, kan regleringsbrev också användas för att precisera ambitionsnivåer, särskilda krav på återrapportering eller uppdrag för det kommande året. Regleringsbrevens omfattning och funktion ser olika ut för olika myndigheter.

De flesta myndigheterna har uppdrag i regleringsbrev

Elva av myndigheterna i kartläggningen har nya uppdrag i regleringsbrevet för år 2011. HSAN, MIA och SiS har inte nya regeringsuppdrag. SiS har dock kvarvarande uppdrag från föregående år som ska slutredovisas år 2011. Antalet uppdrag varierar från två (FAS, FK(tandvård), Vårdanalys) till 50 (SoS). SoS avviker markant från övriga. FHI har näst flest uppdrag (elva). För några av myndigheterna, särskilt SoS, har regleringsbrevet således en fortsatt stor uppdragsdel där myndigheternas uppgifter och ansvar för kommande år i hög grad binds upp i form av uppdrag i regleringsbrevet.

För myndigheter som TLV, SMI och SBU kan regleringsbrev i huvudsak sägas fylla en funktion som finansiellt styrinstrument för myndigheterna (två, två resp. tre uppdrag i regleringsbrev för år 2011). Den löpande styrningen av dessa myndigheter sker främst i andra former, bl.a. genom en dialog kring det instruktionsenliga uppdraget eller genom särskilda uppdrag. För SoS och FHI däremot har regleringsbrevet en fortsatt viktig innehållslig styrfunktion och pekar på vilka frågor som bör prioriteras för kommande år.

Regeringsuppdragen har blivit fler

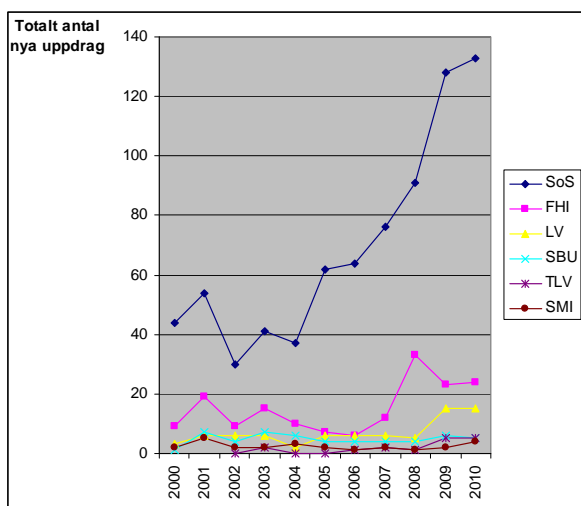
Utöver beslut om uppdrag i regleringsbrev kan regeringen besluta om uppdrag till myndigheterna i form av regeringsbeslut löpande under året. Ibland finns särskilda medel knutna till det specifika uppdraget. Som ett led i regeringens arbete med att åstadkomma en mer långsiktig, strategisk och verksamhetsanpassad styrning av

¹² Ibid.

myndigheterna, har ambitionen hos regeringen varit att minska antalet uppdrag i regleringsbrev. Vår kartläggning visar dock att såväl antalet uppdrag i regleringsbrev som antalet särskilda uppdrag ökat de senaste åren för de mest uppdragsbelastade myndigheterna, i synnerhet för SoS. Statskontoret pekar i sin myndighetsanalys av SoS¹³ på att den stora mängden uppdrag minskar myndighetens utrymme för egna initiativ och mer långsiktigt arbete i enlighet med målen i instruktionen.

I diagram 3.5 redovisar vi uppdragsutvecklingen från år 2000 och framåt för de sex myndigheter som ibland har överlappande uppgifter: FHI, LV, SMI, SoS, SBU och TLV.¹⁴ Som ovan slagits fast är SoS den myndighet som får allra flest uppdrag, både i regleringsbrevet och i särskilda beslut. Från mitten av 2000-talet har SoS successivt fått allt fler uppdrag. Den absoluta merparten kommer från Socialdepartementet även om det förekommer att andra departementet ger uppdrag till myndigheten. FHI får också förhållandevis många uppdrag och en viss ökning kan noteras de senaste åren. Uppdragen till övriga myndigheter är förhållandevis få, både i regleringsbrev och som särskilda beslut. LV och SMI har dock fått fler uppdrag de senaste åren.

Diagram 3.5 Totalt antal nya uppdrag i regleringsbrev och som särskilda beslut, per år 2000–2010



¹³ Statskontoret 2011:8, *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen*.

¹⁴ Vårdanalys bildades först 1 januari 2011 och är därför inte med i redovisningen.

De myndigheter som får flest uppdrag, SoS och FHI, har fått särskilda medel i samband med vissa uppdrag under hela den studerade perioden. De medel som tilldelas fullfinansierar inte alltid uppdragen. I bilaga 4 redovisas antal uppdrag från år 2000 och framåt (i regleringsbrev och som särskilda beslut) samt uppgifter om särskilda medel som tillförts myndigheterna i samband med uppdragen.

För SoS del omfattar de särskilda medlen både beslut att använda anslag som myndigheten disponerar enligt regleringsbrevet och ytterligare särskilda medel.

I myndighetsanalysen av SoS konstaterar Statskontoret att SoS under en följd av år haft ett anslagssparande¹⁵, beroende på att regeringsuppdrag med särskilda medel prioriterats. Personal i ordinarie verksamhet har istället arbetat med särskilda uppdrag vilket medfört att det uppstått vakanser och därmed har förvaltningsanslaget inte använts fullt ut.¹⁶

De senaste åren kan en trend skönjas att ge särskilda medel i samband med uppdragen även till andra myndigheter än SoS och FHI.¹⁷

En stor del av regeringsuppdragen kan hänföras till kunskapsområdet (inklusive utveckling av metoder samt uppföljning och utvärdering). I bilaga 4 redovisas uppdrag inom kunskapsområdet¹⁸ år 2010 till FHI, LV, SMI, SoS, SBU och TLV. Några direkta överlappningar finns inte enligt vår bedömning. Flera uppdrag ska dock ske i samverkan mellan myndigheter.

Tätare dialoger mellan Socialdepartementet och myndigheterna

Dialogen mellan departementet och myndigheterna syftar primärt till att möjliggöra löpande avstämningar. Dialogen kan exempelvis handla om att förtydliga innehållet i olika uppdrag, att peka på kommande aktuella frågor och prioriteringar hos departementet och myndigheten eller att inleda en diskussion kring nya uppdrag. Det finns även kontakter mellan departementet och myndigheterna av mer informell karaktär.

¹⁵ Anslagssparande 2010: 6%, 2009: 3%, 2008: 3%, 2007: 6%, 2006: 7%, 2005: 3%.

¹⁶ Statskontoret 2011:8, *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen*.

¹⁷ Se bilaga 4, *Regeringsuppdrag till myndigheterna*.

¹⁸ Uppdragen finns inte kategoriserade efter kunskapsområdet men vi har gjort egna bedömningar av vilka som hör dit.

I samband med den utveckling av resultatstyrningen som regeringen bedriver, har också formerna för kontakter och dialog diskuterats och utvecklats. Regeringen anser att dessa kontakter ”bör syfta till informations- och kunskapsutbyte samt förtydliganden av regeringens styrning”.¹⁹ För de granskade myndigheterna har dialogformerna utvecklats på senare år. I dag är kontakten mellan myndigheterna och Socialdepartementet tätare och mer systematisk än tidigare.

Myndighetsrepresentanter vi talat med anser att den utveckling som inletts med systematisering och ökad kontinuitet i dialogerna är positiv. Överlag finns hos myndigheterna en positiv syn på kontakterna med departementet.

3.3 Strategier, samordnare och överenskommelser

Strategier för olika områden

Ett annat styrinstrument regeringen kan använda sig av är strategier för olika områden. Dessa dokument varierar både till form, framtagande och innehåll. Vissa har beslutats av riksdagen medan andra beslutas av regeringen. Några har tagits fram av statliga myndigheter på uppdrag av regeringen. Dessa handlingsplaner eller strategier redovisas sedan som förslag till regeringen. I några fall tar strategin sin utgångspunkt i en statlig utredning på området. Detta gäller regeringens psykiatrisatsning och den nationella cancerstrategin. Gemensamt för strategierna är att de innehåller någon form av mer eller mindre konkret formulerade nationella mål som ska nås under en viss tidsperiod, ibland med hjälp av överenskommelser eller med hjälp av riktade statsbidrag.

Aktuella strategier är exempelvis, som nämnts ovan, den nationella cancerstrategin som inneburit en rad satsningar sedan år 2010²⁰ och den nationella läkemedelstrategin om läkemedelsanvändning som beslutades i augusti år 2011²¹. Kopplad till läkemedelsstrategin finns en handlingsplan med specifika insatser som myndigheter och organisationer ska arbeta vidare med. Till båda dessa strategier finns överenskommelser med SKL knutna. Överenskommelserna beskrivs närmare nedan.

¹⁹ Prop. 2009/10:175, *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

²⁰ SOU 2009:11, *En nationell cancerstrategi för framtiden*.

²¹ Socialdepartementet, *Nationell läkemedelstrategi*, Promemoria S2011.029.

En annan strategi är Nationell e-hälsa²². Ett flertal nationella projekt drivs inom ramen för strategin, som numera har fokus på införande, användning och nytta av IT i vård- och omsorgssektorn. Ledningsgruppen är brett sammansatt med representanter för Socialdepartementet, myndigheter och organisationer²³. Riksrevisionen har granskat delar av strategin.²⁴

Samordnare ett sätt att hantera prioriterade frågor

Regeringen tillsätter ibland samordnare för att hantera avgränsade prioriterade frågor eller projekt. Arbetet bedrivs ofta i kommittéform med direktiv beslutade av regeringen. Skillnaden mot en vanlig kommitté är att samordnarna ofta arbetar mer operativt och i samverkan med olika berörda aktörer. Samordnarna kan även vara direkt anställda av Socialdepartementet. Slutresultatet redovisas ofta i form av en rapport men viktig är också den samarbetsprocess och de ordnade former för samverkan som samordnaren byggt upp och stöttat.

Ett aktuellt exempel är att regeringen år 2011 har utsett en äldresamordnare i samband med en satsning på 3,75 miljarder kronor under mandatperioden för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Målet är att få omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård att samverka bättre kring de äldre. Satsningen sker i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och SoS. Andra exempel på samordnare finns avseende utveckling av de nationella kvalitetsregistren, hemsjukvård och genomförandet av den nationella cancerstrategin²⁵.

²² Tidigare Nationella IT-strategin.

²³ I ledningsgruppen ingår representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna.

²⁴ Riksrevisionen har granskat den del av strategin som rör de statliga insatserna för att vårdpersonal ska ha tillgång till all relevant patientinformation vid rätt tillfälle. Granskningen visar att vårdgivare saknat stöd vid tillämpningen av patientdatalagen, vilket skapat problem i tillämpningen. Socialstyrelsens föreskrifter uppfattas inte som tillräckliga av landstingen. Vidare riskerar Socialstyrelsens tillsyn ur ett patientsäkerhetsperspektiv och Datainspektionens tillsyn med utgångspunkt i den personliga integriteten att överlappa varandra. En annan viktig iakttagelse är att det fortfarande inte är möjligt för hälso- och sjukvården att utbyta information med den kommunala omsorgen. Riksrevisionen bedömer även att ansvaret för förvaltningen av den nationella informationsstrukturen är oklart.²⁴ Enligt uppgift från Socialdepartementet kommer regeringen att svara på Riksrevisionens rekommendationer i en skrivelse till riksdagen senast den 19 november.

²⁵ Främst tillskapandet av nationella cancercentrum (RCC).

Överenskommelser med SKL ett verktyg för implementering

Som nämnts tidigare sluts ibland överenskommelser med SKL inom ramen för framtagna strategier. Överenskommelserna ses som ett komplement till det arbete som myndigheterna bedriver. Ofta finns även ett eller flera myndighetsuppdrag kopplade till överenskommelserna. Överenskommelserna handlar till stor del om vissa ersättningar till vården och omsorgen i syfte att genomföra strategierna. Överenskommelser knyts också utan en strategi som grund, inom områden där det finns reformer och satsningar som behöver få stöd i implementeringen på regional och lokal nivå. En del överenskommelser har sitt ursprung i förändrad lagstiftning, se exempelvis beskrivningen av Kömiljarden.

Ett aktuellt exempel på en överenskommelse med en strategi som grund är överenskommelsen mellan regeringen och SKL om insatser inom ramen för den nationella cancerstrategin²⁶.

Överenskommelser inom olika områden, ofta kopplade till särskilda medel

I de flesta fall är överenskommelserna kopplade till särskilda statsbidrag till kommuner och landsting och/eller SKL. I vissa fall är de uppbyggda kring en prestationsbaserad ersättning, då kommuner eller landsting erhåller ersättning först sedan de kunnat visa att de åstadkommit resultat i linje med regeringens ambitioner. Vissa överenskommelser är årligen återkommande medan andra gäller en begränsad tid.

Överenskommelser har träffats inom många olika områden och för många olika frågor inom vården och omsorgen. I det följande redovisas ett antal exempel på aktuella överenskommelser. En mer fullständig förteckning över aktuella överenskommelser finns i bilaga 5.

Kömiljarden: Regeringen och SKL har enats om prestationsbaserade ersättningar för tillgänglighetsarbetet i hälso- och sjukvården för år 2011. 2011 års kömiljard är den tredje i ordningen. En viktig bakgrund till överenskommelsen är tillägget om vårdgarantin i hälso- och sjukvårdslagen²⁷ och förordningen om vårdgaranti²⁸

²⁶ Regeringen, Socialdepartementet *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting av insatser inom ramen för den nationella cancerstrategin 2011*.

²⁷ (1982:763, HSL).

där tidsperioderna för vårdgarantin fastställs. Landstingen är således skyldiga att tillhandahålla vård inom tidsgränserna i denna förordning.

Överenskommelsen består dels av en nationell tillgänglighets-satsning som omfattar en miljard kronor, dels en särskild tillgänglighets-satsning för barn och unga med psykisk ohälsa som omfattar totalt 214 miljoner kronor. För att få ta del av medlen ska landstingen rapportera enligt vissa krav i den nationella väntetidsdatabasen. Ersättningen beror sedan på väntetider i vården. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp Kömiljarden.²⁹

Cancer: Staten har slutit överenskommelser med SKL om hur regeringen, landstingen och regionerna ska utveckla cancerarbetet i hälso- och sjukvården. Grunden är den nationella cancerstrategin. Den första överenskommelsen tecknades för 2010. Totalt omfattar överenskommelsen för år 2011 insatser för 32 miljoner kronor.

Dagmar: Dagmaröverenskommelser har slutits i olika former sedan år 1985. Syftet med Dagmaröverenskommelser är att genom riktade satsningar i samförstånd mellan staten och huvudmännen stimulera utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården. I Dagmaröverenskommelsen för år 2011 ska de projekt som beviljas medel ha som mål att förbättra möjligheten till uppföljning av resultat och utveckling. Projekt för år 2011 är satsning på nationella kvalitetsregister (totalt 93 miljoner kronor), nationell e-hälsa (40 miljoner kronor), öppna jämförelser (totalt 13 miljoner kronor³⁰) och samlad information om väntetider i vården (12 miljoner kronor).³¹

Samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre: Stimulansmedlen ska framöver kopplas till prestations- eller resultatbaserade mål. Medlen för 2011, 150 miljoner kronor, ska i huvudsak användas för att påbörja arbetet med att ta fram underlag för bestämning av lämpliga indikatorer för måluppfyllelse, förstudier och kunskapssammanställningar. Medel ska också användas som

²⁸ Förordning (2010:349) om vårdgaranti.

²⁹ Socialstyrelsen (2010), *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden" – Årsrapport 2010*. Den senaste uppföljningen visar att antalet patienter som står på väntelista för ett specialistbesök eller en operation fortsatte att minska under år 2010. Samtidigt finns tecken på att återbesökspatienter, som inte omfattas av vårdgarantin, ibland får vänta längre. Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att tillgängligheten inom hälso- och sjukvården har förbättrats men att det finns tecken på undanträngningseffekter. Mer uppföljning och kunskap krävs dock för att belägga undanträngning.

³⁰ varav 5,5 miljoner kronor till Socialstyrelsen,

³¹ Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och landsting, *Dagmaröverenskommelse 2011 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om vissa ersättningar till utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården*.

stöd till huvudmännen inför genomförandet av satsningen 2012–2014. Totalt uppgår satsningen till 3,75 miljarder kronor under mandatperioden.³²

Prestationsbaserat statsbidrag för insatser för äldre: Överenskommelsen mellan staten och SKL för år 2011 kommer i huvudsak att inriktas på att förbättra möjligheterna till uppföljning och utveckling av vården och omsorgen om äldre personer. För år 2011 avsätts 271 miljoner kronor. Medlen ska användas till stöd till förbättringsarbete, försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre, ökat engagemang i kvalitetsregister, nationell samordning samt utvärdering.³³

Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område: Överenskommelsen mellan staten och SKL syftar till att stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik. Totalt för år 2011 ska 104,5 miljoner kronor fördelas på olika projekt, däribland strategi för nationell e-hälsa.³⁴

Patientsäkerhet: Staten och SKL har enats om en prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhetsarbete i landstingen. 500 miljoner kronor avsätts för år 2011, det första året i satsningen, i syfte att förbättra patientsäkerheten. Medelstillelningen utgår från vissa grundläggande krav samt prestationer avseende mätning av patientsäkerhet, hygien, trycksår och antibiotikaföreskrivning. Som mest ska 400 miljoner kronor utbetalas till landstingen.³⁵

Läkemedelsavtalet: Staten och SKL träffar årliga överenskommelser om statens ersättning till landstingen avseende kostnaderna för läkemedelsförmånerna. År 2011 innefattar överenskommelsen formerna för finansiering av läkemedelsförmånerna, finansiella ramar, fördelning av statsbidraget mellan landstingen, nationella läkemedelsstrategin samt IT-frågor.³⁶

³² Socialdepartementet, Bilaga till regeringsbeslut 2011-06-16 nr II:6, *Insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2011 – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*.

³³ Socialdepartementet, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-01-27 nr II:1, *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser till äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*.

³⁴ Socialdepartementet, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-01-27 nr II:2, *Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område – överenskommelse för 2011 mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*.

³⁵ Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, *Patientsäkerhetsatsning 2011 – överenskommelse mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet*.

³⁶ Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse om statens ersättning för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. för år 2011*.

Allt fler överenskommelser inom omsorgsområdet

Historiskt sett är det främst inom hälso- och sjukvårdsområdet som det tecknats överenskommelser men, som de redovisade exemplen visar, finns nu även flera omfattande överenskommelser inom omsorgsområdet.

Prestationsbaserade statsbidrag i stor omfattning

Omfattningen av utbetalade medel till kommuner och landsting och till SKL i samband med överenskommelser framgår av de olika regeringsbesluten. SKL har ställt samman dessa uppgifter.³⁷

Aktuella överenskommelser på vård- och omsorgsområdet omfattar totalt 3,7 miljarder kronor som utbetalas direkt till kommuner och landsting (exklusive Läke-medelsavtalet). Cirka 674 miljoner kronor beräknas betalas ut till SKL, varav cirka 542 miljoner kronor fördelas till huvudmännen och knappt 40 miljoner kronor till Inera³⁸ för Dagmaröverenskommelsen.

SKL får totalt ca 92 miljoner kronor för sitt eget arbete inom ramen för överenskommelserna.³⁹

De två enskilt största överenskommelserna beloppsmässigt är Prestationsbaserade ersättningar för tillgänglighetsarbetet i hälso- och sjukvården ("Kömiljarden", 1 miljard) och Åtgärder för att minska sjukskrivningar (495 miljoner kronor i fast del, 500 miljoner kronor i förhållande till minskning). Dessa ersättningar betalas ut till huvudmännen via en statlig myndighet, vilket också är fallet för överenskommelsen om patientsäkerhet (400 miljoner kronor) och överenskommelsen om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet (95 miljoner kronor).

De största beloppen via SKL avser prestationsbaserade statsbidrag till äldre (266 miljoner kronor varav 257 miljoner till kommuner och landsting) och stöd till en evidensbaserad praktik inom socialtjänstens område (90 miljoner kronor varav cirka 78 miljoner till kommuner och landsting).

³⁷ Beloppen som avser utbetalningar till kommuner och landsting är ungefärliga och kan i vissa fall röra sig om utbetalningar under flera år. Underlaget är inte heltäckande, vissa mindre överenskommelser redovisas inte.

³⁸ Inera ägs av alla landsting och regioner. Inera är en av flera utförare som ska samverka kring genomförandet av Nationell e-Hälsa.

³⁹ SKL:s arbete omfattar exempelvis metodstöd, utvecklingsprojekt, IT-stöd, nätverk för erfarenhetsutbyte, utredningsinsatser och seminarier etc.

Motiv för överenskommelser

Många av de vi talat med, verksamma såväl inom kommuner, landsting och regioner som inom myndigheter, menar att överenskommelser är ett instrument för att utveckla vården och omsorgen. De beskrivs som ett sätt för staten att påverka områden som formellt ligger i kommunernas och landstingens eget ansvar, utan att behöva använda andra styrmedel som exempelvis lagstiftning. Genom överenskommelserna kan staten ta sig an utvecklingsfrågorna, ett område där en tydlig statlig aktör saknas, menar företrädare från departementet och SKL. Fördelen är också att staten genom överenskommelser kan angripa olika problem tillsammans med kommuner och/eller landsting. Det gemensamma ansvaret pekas ut som en styrka och framgångsfaktor av företrädare för både Socialdepartementet och SKL, men även i samtal med verksamhetsföreträdare i kommuner och landsting. Överenskommelser har också beskrivits som ett sätt att åstadkomma resultat i frågor där kommuner och landsting själva inte lyckats med att utveckla verksamheten på egen hand. Överenskommelserna kan också ses som ett sätt att från regeringens sida mer direkt komma i kontakt med verksamheterna i vården och omsorgen, utan att gå vägen via de statliga myndigheterna. Oftast är dock myndigheterna, framför allt SoS, involverade på olika sätt, t.ex. i förberedelsearbetet, genom parallella uppdrag eller i uppföljningen.

Bristande transparens men långsiktiga effekter blir allt mer möjliga att mäta

SKL är ingen statlig myndighet utan en arbetsgivar- och intresseorganisation. Statliga bidrag utgjorde år 2010 en majoritet av förbundets intäkter.⁴⁰ Den största delen av statsbidragen fördelas, som vi beskrivit ovan, vidare till huvudmännen.

SKL har inte samma skyldighet som en myndighet att öppet redovisa resursfördelning, uppföljning av insatser och resultat till regeringen. Regeringens möjligheter till insyn och ev. justering av insatser och resursfördelning är mer begränsade. Externa uppfölj-

⁴⁰ Förbundsavgiftens andel av de totala intäkterna till SKL minskade från 56 procent till 36 procent mellan 2009 och 2010. Övriga intäkter var till övervägande delen statliga bidrag. De statliga bidragen uppgick till 584,4 miljoner kronor år 2010 jämfört med 220 miljoner kronor år 2009. Källa: SKL:s årsredovisning.

ningar av överenskommelser har hittills gjorts i begränsad utsträckning.

Det slutliga resultatet kan dock i allt fler fall utläsas genom att verksamheterna rapporterar sina utfall direkt, via t.ex. Öppna jämförelser eller väntetidsdatabasen. När det gäller t.ex. överenskommelsen om Kömiljarden så har tillgängligheten i vården ökat utifrån flera olika parametrar.⁴¹ Många av de vi talat med menar också att det är detta resultat som är det intressanta för medborgaren i slutändan.

Otydlig rollfördelning

Många av de personer på myndigheterna som vi talat med menar att styrningen via överenskommelser skapar otydligheter i rollfördelningen. Flera uppfattar att det ingår i myndigheternas långsiktiga uppdrag att just stödja och följa utvecklingsarbetet ute i verksamheterna, att vara länken mellan staten och huvudmännen i det arbetet och att svara för analys och uppföljning av det arbete som sker. När departementet istället tar större eget operativt ansvar för utvecklingsfrågorna tillsammans med SKL, kringgår de myndigheternas befintliga ansvar. Flera överenskommelser tas dock fram i nära samverkan med berörda myndigheter.

I och med att regeringen genom arbetet med särskilda strategier, samordnare och genom överenskommelser med SKL tar sig an frågor som normalt sett vilar på huvudmännen, har regeringens eget behov av att följa hur arbetet löper ökat. Behovet ökar också i och med att mycket av ansvaret för det operativa arbetet lagts hos SKL, en organisation utanför statsförvaltningen. Detta innebär att regeringens och departementets eget behov av uppföljning, stöd och analys av de olika initiativ som överenskommelserna inriktas mot ökar, och märks i en allmänt ökad arbetsbelastning på departementet.

⁴¹ Socialstyrelsen (2010) *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden"* Årsrapport 2010. prop. 2010/11:1 *Budgetpropositionen för 2011*.

Kritik från Statskontoret mot överenskommelser

Statskontoret tar i en underlagsrapport till Ansvarskommittén upp ”annan styrning”, nationellt initierade, tidsbegränsade insatser, kombinerade med statsbidrag. Ett styrmedel som beskrivs är just överenskommelser mellan staten och de lokala huvudmännen/SKL. I rapporten riktas kritik mot att förutsägbarheten i den statliga styrningen påverkas negativt samt att styrningen inte stämmer överens med det kommunala självstyret.⁴² Liknande kritik från huvudmännen redovisar vi i kapitel 2.

I en nyligen publicerad rapport från Statskontoret behandlas problematiken kring överenskommelser som styrmedel. Statskontoret pekar bland annat på att överenskommelserna inte är juridiskt bindande och att det därmed inte finns några formella sanktioner som utlöses om avtalet skulle brytas, att det tätare samarbetet mellan regeringen och SKL innebär att SKL:s roll gentemot sina medlemmar blir mer komplicerad samt att ett flitigt användande av överenskommelser kan göra ansvarsförhållandena mindre tydliga mellan kommuner och landsting och SKL.⁴³

⁴² Statskontoret Dnr 2004/75-5, *Statens styrning av hälso- och sjukvården – Delredovisning 2 av Statskontorets uppdrag från Ansvarskommittén*.

⁴³ Statskontoret 2011:22, *Tänk efter före – om viss styrning av kommuner och landsting*.

4 Bedömningar inför det fortsatta utredningsarbetet

Medborgarperspektivet är vägledande för utredningen. Statens insatser ska bidra till att medborgarna erbjuds god vård och omsorg. De två andra perspektiv som lyfts fram i utredningens direktiv – att främja hälsa och förebygga sjukdom, samt jämlik vård och omsorg – kan båda ses som förutsättningar för att kunna ge god vård och omsorg utifrån medborgarnas behov.

Vård- och omsorgssystemet är mycket komplext. Verksamheterna är omfattande och mångfacetterade. Staten styr tillsammans med andra och med flera olika verktyg; lagar, statsbidrag, tillsyn, uppföljning, överenskommelser, utvecklingsinsatser etc. Andra faktorer som t.ex. ledarskap och professionellt engagemang har också mycket stor betydelse för det praktiska resultatet. Vård- och omsorgssystemet kommer även fortsättningsvis att vara komplext, men för att möta framtidens krav behöver statens styrning och stöd moderniseras.

4.1 Långsiktiga förutsättningar som skapar förändringstryck

Vårdens och omsorgens förutsättningar håller på att förändras. Detta medför förändringar för verksamheterna, och det ställer också krav på att statens roll i systemet vidareutvecklas. Inför de kommande 10–15 åren bedömer vi fem förutsättningar som särskilt betydelsefulla:

Generella förutsättningar

Resursutmaningen

Den demografiska utvecklingen och de ökade möjligheterna att erbjuda bra vård och omsorg, ställer den offentliga finansieringen inför stora utmaningar. På flera områden kan det också bli svårare att rekrytera tillräckligt många medarbetare med rätt kompetens.

Både effektiviseringar och prioriteringar är nödvändiga. Fördelningsfrågor och etiska frågor blir viktiga. Resursknapphet kan också komma att ge särskild kraft åt frågan om likvärdig kvalitet och service i hela landet.

Internationaliseringen

Människor rör sig allt mer över nationsgränserna, såväl i sina roller som patienter och brukare, som medarbetare och som skattebetalare. Kunskaper och erfarenheter sprids snabbare, men även problem som t.ex. smittsamma sjukdomar. De internationella regelverken blir också allt mer betydelsefulla på allt fler områden. I dag är dessa regelverk betydelsefulla t.ex. när det gäller läkemedel och medicintekniska produkter samt när det gäller upphandling av varor och tjänster. Även företagen inom vård- och omsorgssektorn internationaliseras, genom att utländska företag etablerar sig i Sverige och genom att svenska företag driver verksamhet utomlands.

Kunskaps- och IT-utvecklingen

Kunskapsutvecklingen gör det möjligt att erbjuda allt bättre vård och omsorg. IT-utvecklingen ger ökade möjligheter både till kunskaps-spridning och förenklad administration. Samtidigt bygger utvecklingen på att allt mer av det som görs ute i verksamheterna dokumenteras. Nya arbetsinsatser och kompetenser krävs. Frågor om integritet och andra etiska frågor får ökad aktualitet.

Här finns ett växande behov av tydliga regelverk, gemensamma användarvänliga tekniska lösningar, enhetlig terminologi och samordnade system för datafångst, fortlöpande lärande och utveckling. Gemensamma satsningar med alla berörda aktörer är nödvändiga, både därför att lösningarna behöver bli sammanhållna och därför att utvecklingsarbetet kommer att kräva mycket resurser.

Förutsättningar som påverkas mer av regionala/lokala skillnader och politiska bedömningar

Patienter och brukare kan och vill ha mer makt över sin egen vård och omsorg

Många brukare och patienter vill ha större möjligheter att besluta över sitt eget liv och sin egen vård och omsorg. Men skillnaderna är stora. Olika patient- och brukargrupper har olika behov och intressen. Landsbygd och storstäder har olika förutsättningar. Olika politiska värderingar och bedömningar har stor betydelse. Trots dessa skillnader ser vi en långsiktig utveckling i riktning emot att patienter och brukare både vill ha och kommer att kunna hantera betydligt större egen makt.

Mycket talar för att denna förändring i riktning mot allt mer välinformerade och kravställande brukare och patienter kommer att vara en av vård- och omsorgssektorns största utmaningar och förändringskrafter.

Ökad mångfald i produktion och finansiering

Sakta men säkert ökar den andel av offentligt finansierad vård och omsorg som drivs i fristående former. Skillnaderna mellan olika kommuner och landsting är stor, både som följd av olika förutsättningar och av olika politiska synsätt, men vi ser en långsiktig utveckling i riktning mot ökad mångfald.

Vid sidan av den offentligt finansierade vården och omsorgen finns dessutom en del helt privat finansierade verksamheter och tjänster. Även sådan verksamhet omfattas av viss offentlig reglering, och även den regleringen kan behöva anpassas till utvecklingen.

4.2 Den lokala och regionala styrningen kommer att verka i ett nytt sammanhang

Trots att kommunerna och landstingen ansvarar för nästan all verksamhet inom i vård- och omsorgssektorn, har staten viktiga funktioner. Staten har både ett övergripande ansvar för systemet som helhet, och ett operativt ansvar för reglering, tillsyn och viss utveckling. Det övergripande ansvaret utgår från riksdagens överordnade

ansvar och lagstiftningsmakt, medan det operativa ansvaret är knutet till regeringens och myndigheternas löpande arbete. De successivt förändrade förutsättningarna kommer att påverka statens roll i båda dessa dimensioner. De kommer också att påverka den regionala och lokala styrningen.

Ökande behov av nationell samordning

Både vården och omsorgen kommer att behöva stärkt nationell samordning på flera områden.

Dels handlar det om att säkra vård och omsorg på lika villkor. Dels handlar det om olika former av samordning för att främja kvalitet och effektivitet.

Det ingår inte i utredningens uppdrag att ompröva den grundläggande ansvarsfördelningen mellan kommuner, landsting och stat. Men det är uppenbart att allt fler av de frågor som nu hantearas lokalt och regionalt successivt får en allt större nationell dimension.

Vi bedömer att det finns en bred samsyn om dessa ökande behov av nationell samordning.

Nationell samordning är mer än statlig styrning, men staten behöver ta en tydligare roll

Nationell samordning är mer än statlig styrning. De senaste årens utveckling visar att kommuner, landsting, entreprenörer, professionella sammanslutningar och andra både vill och kan bygga stora delar av den nationella samordningen genom samarbete. Detta sätt att bygga samordning har en styrka i att det bygger på lokal och regional kunskap, samtidigt som beslutsfattandet finns kvar nära de berörda medborgarna och verksamheterna.

Samtidigt är det nödvändigt att staten deltar med en tydligare roll i det nationella samordningsarbetet. Dels därför att regeringen, med utgångspunkt från riksdagens överordnade ansvar, behöver möjlighet till överblick och verktyg för att kunna styra när så behövs. Dels därför att staten, många gånger genom sina myndigheter, har viktiga delar av den kompetens och det mandat att ta nationella beslut som samordningen behöver i vissa skeden.

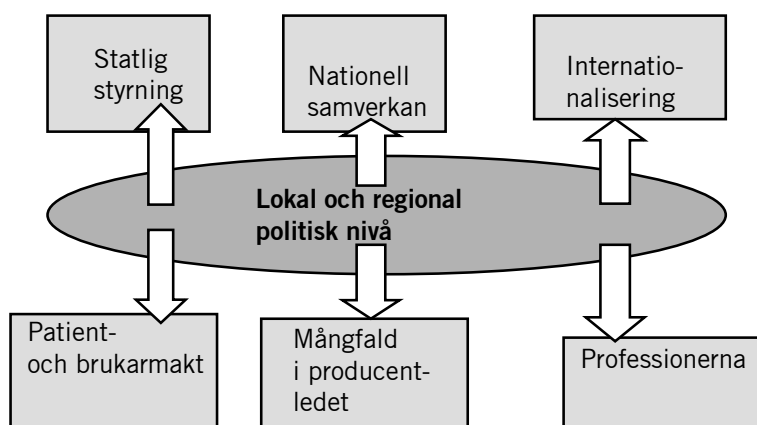
Brukarna, patienterna och de professionella grupperna tar över en del av beslutsfattandet

Vid sidan av utvecklingen i riktning mot allt mer nationell samordning, sker förändringar som innebär att andra beslut istället tas direkt av brukare, patienter eller dem som arbetar i verksamheterna. Brukares och patienters synpunkter och val får ökad betydelse för resursfördelningen. Professionerna kan själva hantera allt fler frågor i den lokala verksamheten.

Förändrade förutsättningar för det lokala och regionala politiska beslutsfattandet

Många frågor som tidigare hanterades av den lokala och regionala demokratin, hanteras i allt högre grad på andra sätt. Vi tror därför att kommuner och landsting står inför en stor utmaning att förnya den lokala och regionala vård- och omsorgspolitiken, med fokus på de frågor där det lokala och regionala perspektivet kan bidra till verksamheternas utveckling.

Figur 4.1 En förändrad lokal och regional roll



4.3 Områden som vi kommer att arbeta vidare med

Följande frågor kommer att vara viktiga i vårt fortsatta utredningsarbete, men ytterligare frågor kan komma att aktualiseras under arbetets gång.

Samordning för vård och omsorg på lika villkor

Vård och omsorg på lika villkor till alla medborgare är en hörnsten i den offentliga vården och omsorgen. Samtidigt bygger det decentraliserade ansvaret för verksamheterna på bedömningen att det finns mycket att vinna på lokala och regionala anpassningar ute i kommuner och landsting. Här finns en viktig balansgång mellan enhetlighet och regional och lokal anpassning. En liknande balansgång finns mellan standardisering och utveckling; standardiserade metoder och regler kan ge likabehandling, men utveckling kräver också nytänkande och att några kan gå före.

Frågorna om vård och omsorg på lika villkor kommer att få ökad aktualitet. En viktig faktor är tillgången till öppen information om utbud, avgifter och resultat. De skillnader som finns blir tydligare. Valfriheten ger också medborgarna allt fler skäl att söka sådan information. Rörligheten – där allt fler bor och arbetar på olika platser och även flyttar mellan olika delar av landet – bidrar ytterligare till att göra sökandet efter information om skillnader mer intressant. Frågan kan dessutom få större betydelse när resurserna är knappa och prioriteringar blir nödvändiga.

Statens regelverk och tillsyn ska trygga att all offentligt finansierad vård och omsorg uppfyller kraven på god kvalitet, samtidigt som den ger utrymme för personliga val, lokal anpassning och utvecklingsarbete som prövar nya vägar.

I det fortsatta utredningsarbetet har vi ambitionen att ta fram förslag till hur staten ska arbeta med frågorna om vård och omsorg på lika villkor.

Bättre stöd till patienters och brukares inflytande

Patienter, brukare och anhöriga som kan och vill bestämma mer över sin vård och omsorg behöver information och stöd. De som kan och vill göra aktiva val behöver fakta om de alternativ som finns. De som vill påverka utan att byta vård- eller omsorgsgivare,

behöver möta lyhörd personal och ha enkla vägar att framföra synpunkter. Dessutom kan det vara viktigt att lätt kunna läsa och kanske även skriva i de dokument som handlar om ens egen vård och omsorg. Patienter och brukare kan också få en större roll i att själva rapportera om effekter och biverkningar av olika behandlingar och insatser.

Kommuner och landsting har ett grundläggande ansvar för stödet till patienter, brukare och anhöriga, men många typer av informationskällor och IT-system behöver utvecklas i nationell samverkan. I det fortsatta utredningsarbetet har vi ambitionen att ta fram förslag som underlättar för staten att ta en tydlig och effektiv roll i arbetet att stödja patienters och brukares inflytande.¹

Samordning för kvalitet och effektivitet

IT-området är det område där behovet av nationell samordning och internationella kopplingar är mest påtagligt. Utöver behovet av teknisk samordning, finns det stora behov av samordning när det gäller terminologi, regelverk och även etiska riktlinjer.

Samlade lösningar behövs även på andra områden än IT, och det finns nätverk för många olika frågeområden.

På vissa områden behövs också nationell arbetsfördelning, främst för att koncentrera sällan förekommande verksamhet som kräver specifik kompetens. Inom sjukvården finns i dag ett system för att hantera så kallad rikssjukvård, och kanske skulle likartade arbetssätt behöva utvecklas för flera verksamhetsområden.

I det fortsatta utredningsarbetet är vår ambition att ta fram förslag till hur statens arbete med samordning för kvalitet och effektivitet kan vidareutvecklas.

Vidareutveckling av kunskapsstyrningen

Kunskapsstyrning blir allt mer betydelsefullt inom både vård- och omsorg. Mycket utvecklingsarbete pågår, och det finns tydliga behov av att vidareutveckla statens insatser. I vår kartläggning har vi sett att flera myndigheter har överlappande uppgifter. Användarnas önskemål om förbättringar måste tas på allvar.

¹ Se även Patientmaktsutredningen Dir. 2011:25 *Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning*.

Nya kunskaper behöver snabbare spridas och integreras i det vardagliga arbetet. Den kunskap som växer fram lokalt och regionalt behöver också på ett effektivare sätt tillvaratas i den gemensamma nationella kunskapsutvecklingen. För att detta ska kunna ske, behöver också lokala och regionala arbetsformer och strukturer förstärkas. Inom läkemedelsområdet finns värdefulla erfarenheter som skulle kunna vidareutvecklas i nya och breddade former.

Kunskapsstyrningen är än så länge mest etablerad inom vården. Staten har också en särskild roll inom vården, bland annat genom sitt ansvar för den forskning som bedrivs i nära anslutning till vården.

Omsorgen och det förebyggande arbetet kan dra nytta av många av vårdens erfarenheter, men samtidigt är det viktigt att kunskapsstyrningen inom de områdena utvecklas med utgångspunkt från deras egna förutsättningar.

För att utvecklingen ska fortsätta att vara positiv är det också viktigt att invändningarna och svårigheterna tas på allvar. Användarvänlighet är en viktig fråga, förankringen i huvudmännens ordinarie ledningsstöd och ledningssystem en annan. Det finns dessutom mera grundläggande begränsningar som handlar om att komplexa verksamheter bara delvis kan värderas och styras med hjälp av nyckeltal och strikta riktlinjer.

När det gäller kunskapsstyrning har vi bland annat ambitionen att lägga förslag som bidrar till att göra processerna med att ta fram kunskapsunderlag snabbare och mer samordnade, samtidigt som resultaten blir mer lättillgängliga för professionerna.

Mer kraft behövs i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Hälsofrämjande och förebyggande insatser är angelägna. Kommuner och landsting har ofta höga ambitioner, men det konkreta genomslaget i vård- och omsorgssektorn kunde bli större.

Det finns stort engagemang hos de medarbetare i kommuner och landsting som arbetar med hälsofrämjande och förebyggande frågor, men kopplingarna till arbetet inom vård- och omsorgssektorn är i många fall alltför svaga. De allmänt använda ersättningsystemen till primärvården, där mottagningen får en fast årlig grundersättning per patient, var tänkta att stimulera till förebyggande insatser, men den logiken når inte alltid ända ut i verksamheterna. Statens Folkhälsoinstitut har ett övergripande ansvar för hälso-

främjande och förebyggande arbete, men kan i dag inte alltid ge kommuner och landsting det praktiska stöd de behöver.

Den nationella folkhälsopolitiken omfattar hela samhället, men i det fortsatta utredningsarbetet kommer vi i första hand att fokusera på arbetet inom vård- och omsorgssektorn. Bland annat har vi ambitionen att ta fram förslag som leder till tydligare ansvarsfördelning, och till en ökad integration av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i vårdens och omsorgens löpande arbete och kunskapsutveckling. Om möjligt, kommer vi också att ge förslag till hur det övergripande hälsofrämjande och förebyggande arbetet kan ges bättre förutsättningar.

Mer samordnad hantering av de formella styrmedlen

Vården och omsorgen berörs av ett stort antal regelverk och styrmedel som kommer från flera håll; staten styr med lagstiftning, föreskrifter, tillståndskrav, legitimationsregler, tillsyn osv. Bland myndigheterna har Socialstyrelsen en central roll, men även t.ex. Läkemedelsverket och Arbetsmiljöverket har stor betydelse för vård- och omsorgssektorn. Dessutom har kommuner och landsting egna regelverk och kontrollfunktioner.

Med ökad förändringstakt och mångfald ökar kraven på att denna formella reglering är samordnad, tydlig, kraftfull och snabb. Regleringen måste på ett systematiskt sätt rikta sig till både beställare och producenter. Den måste också bygga på förståelse för både offentliga och fristående producenters villkor.

De problem, främst när det gäller Socialstyrelsens tillsyn, som många från kommuner, landsting och verksamheter pekar på, måste tas på allvar.

I det fortsatta utredningsarbetet är vår ambition att kunna lägga förslag som skapar en mer samlad, renodlad och effektiv struktur än den som finns i dag.

Vidareutvecklade arenor för gemensamt utvecklingsarbete

Vården och omsorgen behöver både löpande förbättringsarbete och mer genomgripande innovationer. Den ökande mångfalden i producentledet har ännu inte lett till så mycket nytänkande som skulle vara önskvärt.

Oavsett driftsform behövs fortlöpande utvecklingsarbete, där man successivt prövar sig fram. Etablerad kunskap ska tillämpas överallt, men olikhet och fortlöpande lärande är också nödvändigt. I dessa sammanhang behöver staten kunna bidra med kunskapsunderlag, metodstöd, stöd till genomförande med mera. Staten måste också kunna ta initiativ som utgår från nationella politiska prioriteringar. De senaste årens ökade direktkontakter och allt fler överenskommelser mellan Socialdepartementet och SKL har inneburit att det skapats en arena för gemensamt utvecklingsarbete. Samtidigt har en del av det samarbetet lett till att ansvarsfördelningen blivit otydlig.

I det fortsatta utredningsarbetet kommer vi att försöka ta fram förslag till långsiktigt hållbara arbetsformer för gemensamt utvecklingsarbete. Forskning och innovation behöver ha en framträdande plats i detta arbete.

Resursutmaningen kräver beredskap för att hantera prioriteringar, avgränsningar och strategiska satsningar

Vårdens och omsorgens resursutmaning är inte ny, och den kommer att behöva hanteras successivt med olika typer av effektiviseringar, prioriteringar och avgränsningar. Frågan om vård- och omsorgssektorns storlek kommer också att diskuteras. Alla dessa frågor kommer till stor del att behöva hanteras på nationell nivå, i samspel mellan staten, landstingen och kommunerna. Detta förutsätter bland annat att staten har utvecklade former för att följa den samlade vård- och omsorgssektorn och dess utmaningar när det gäller möjligheter, utbud, resultat och finansieringsformer.

I det fortsatta utredningsarbetet har vi ambitionen att lägga fram förslag till hur staten kan utveckla sitt sätt att arbeta med dessa frågor.

Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar

Arbetsglädjen i vården och omsorgen är i dag inte alltid så hög som den borde vara. Vår bild är att många uppskattar sina grundläggande arbetsuppgifter, men att alltför många inte trivs med organisationen, administrationen och de övriga arbetsvillkoren.

Engagemanget i grunduppgifterna är positivt, men missnöjet med de yttre förutsättningarna är en utmaning.

Att leda vård och omsorg är i sig krävande uppgifter, och de förändrade förutsättningarna ställer särskilda krav på förändringsledarskap. Stora grupper medarbetare måste ges möjlighet att vidareutveckla sina kunskaper i att kunna möta patienter och brukare med större krav på eget inflytande, i sammanhang där även konkurrensen blir allt påtagligare.

Verksamheterna och deras medarbetare behöver större utrymme för innovation och egna initiativ. Medarbetarna behöver också få förutsättningar att ta större eget ansvar och egna beslut i det löpande arbetet. Även anställda med administrativa uppgifter behöver möjligheter att vidareutveckla sin kompetens att möta förändrade förutsättningar, som verksamhetsledare eller beställare.

Verksamheternas ledarskap är i grunden ett ansvar för huvudmännen och de entreprenörer de anlitar. Samtidigt kan staten spela en viktig roll t.ex. genom att erbjuda fler och vidareutvecklade utbildningar om ledarskap och organisation inom vård och omsorg, både inom grundutbildningarna och som särskilda kurser. Staten behöver också bli bättre på att säkerställa att universitetet och högskolorna möter de generella utbildningsbehov som finns inom vård- och omsorgssektorn.

I vårt fortsatta arbete har vi ambitionen att lägga förslag till hur staten på olika sätt kan bidra till utvecklingen av ledarskap och medarbetarskap inom vård- och omsorgssektorn.

Regeringens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk

Ju mer långsiktig och fokuserad regeringens styrning är, desto lättare blir det för kommuner och landsting att ta sitt ansvar. Det lokala och regionala utvecklingsarbetet underlättas också när målen är övergripande och resultatorienterade snarare än detaljerade och inriktade på strukturer och processer.

I botten finns en delvis ofrånkomlig balansgång mellan verksamheternas önskan om långsiktighet och den nationella politikens behov av att kunna åstadkomma snabba förändringar när den bedömer att det behövs. Men vi tror att mer långsiktiga och samordnade satsningar, med färre uppdrag, skulle vara till nytta för såväl staten som kommunerna och landstingen. En sådan fokusering skulle också kunna göra det lättare för myndigheterna att

arbeta långsiktigt och proaktivt med sina instruktionsenliga uppdrag.

Även ur detta styrningsperspektiv tror vi att det skulle vara värdefullt att se över samarbetsformerna mellan departement, myndigheter och SKL. Bland annat är det viktigt att myndigheterna får tydligare roller som kan innefatta både styrande, stödjande och utvecklande uppgifter.

I vårt fortsatta arbete har vi ambitionen att lägga fram förslag till arbetsformer som främjar ökad långsiktighet och fokusering i kombination med tydligare rollfördelning.

4.4 Genomgripande översyn av arbetsformer och myndighetsstruktur

Sammantaget innebär våra bedömningar att vi anser att det behövs en genomgripande översyn av statens sätt att styra och stödja vård- och omsorgssektorn. Detta innebär bland annat att myndighetsstrukturen behöver omprövas. Ansvarsfördelningen behöver förtydligas, arbetssätten moderniseras och såväl ledarskap som medarbetarskap vidareutvecklas.

Eftersom en del av problemen i den nuvarande statliga styrningen beror på att det finns överlappningar mellan myndigheter med likartade uppgifter, tror vi att en effektivare statlig styrning kan uppnås utan resursförstärkningar.

I det fortsatta utredningsarbetet kommer vi att ta fram ett samlat förslag till förnyade arbetsformer för statens styrning av och stöd till vård- och omsorgssystemet, och förslag till en förnyad myndighetsstruktur.

Kommittédirektiv



Översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet

Dir.
2011:4

Beslut vid regeringssammanträde den 27 januari 2011

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.

Utredaren ska

- kartlägga statens del i vård- och omsorgssystemet genom en beskrivning av rådande myndighetsstruktur, och bedöma om den är ändamålsenlig och effektiv,
- se över ansvarsfördelningen mellan myndigheterna inom området och vid behov lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen och undanröjer eventuella överlappningar,
- särskilt analysera Socialstyrelsens roll och funktionalitet i vård- och omsorgssystemet,
- se över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som myndigheterna bedriver och vid behov lämna förslag som samordnar myndigheternas arbete inom området,
- klargöra det statliga ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer på området,
- lämna förslag på hur regeringens styrning av berörda myndigheter och verksamheter kan utformas,

- lämna förslag på hur myndighetsstrukturen kan effektiviseras,
- redogöra för hur föreslagna förändringar kan genomföras och
- redovisa de ekonomiska konsekvenserna av förslagen.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 april 2012.

Bakgrund

En rättssäker och effektiv förvaltning

Det övergripande målet för förvaltningspolitiken lyder: En innovativ och samverkande statsförvaltning som är rättssäker och effektiv, har väl utvecklad kvalitet, service och tillgänglighet och som därigenom bidrar till Sveriges utveckling och ett effektivt EU-arbete.¹

Förvaltningspolitiken syftar till en rättssäker och effektiv förvaltning. Det är viktigt att offentlig verksamhet är öppen och tillgänglig samt att den bedrivs sakligt, opartiskt och med stor noggrannhet samtidigt som skattebetalarnas pengar används så effektivt som möjligt. Kravet på effektivitet innebär att statsförvaltningen utnyttjar skattemedel ändamålsenligt och att den inte använder mer resurser än vad som krävs för att uppnå avsedda resultat med tillräckligt god kvalitet. Varje myndighet har att sträva efter en hög effektivitet men bör samtidigt beakta statens samlade effektivitet.

Enligt den förvaltningspolitiska propositionen ska statsförvaltningens organisering vara sådan att det klart och tydligt framgår vem som är ansvarig för vad. Samverkan mellan myndigheter behöver utvecklas, dels av effektivitetsskäl, dels för att medborgare och andra intressenter förväntar sig att staten uppträder samordnat. I propositionen gör regeringen också bedömningen att en myndighet inte ska bedriva opinionsbildning eller företräda särintressen inom sitt verksamhetsområde.

¹ Propositionen Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt (2009/10:175, bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315).

En innovativ förvaltning i medborgarnas tjänst

Förvaltningen måste vara flexibel och föränderlig bl.a. för att kunna möta förändringarna i vår omvärld och nya krav från medborgarna.

Efterfrågan på ny kunskap och snabbare respons på nya rön och riktlinjer genom ändrad praxis är stor inom verksamheterna i vård- och omsorgssystemet. Medborgarna har i dag också bättre möjligheter att informera sig på olika områden, har fler valmöjligheter och ställer högre krav på förvaltningens flexibilitet och lyhördhet. Den demografiska utvecklingen, med fler äldre i befolkningen och allt färre i arbetsför ålder, tillsammans med en större efterfrågan på välfärdsstatens tjänster, innebär att produktiviteten i verksamheterna ständigt måste öka. Samtidigt krävs en större öppenhet för innovationer, pilotarbeten och experiment med kontinuerlig uppföljning och feedback jämfört med tidigare. Viktiga steg har också tagits för att i ökad omfattning samla in data, bearbeta dessa och snabbare kunna justera verksamheter utifrån nya rön och riktlinjer.

Informationsutvecklingen skapar nya möjligheter

Reformer och satsningar för bl.a. högre kvalitet, valfrihet och större fokus på evidensbaserad praktik har under senare år genomförts inom flera olika delar av vård- och omsorgssystemet. Några exempel på detta utarbetandet och användandet av riktlinjer inom hälso- och sjukvården, satsningarna på redovisning av öppna jämförelser inom vård- och omsorgen samt förstärkningen av tillsynen inom socialtjänstområdet. Ytterst syftar reformerna till att bättre tillgodose behov och önskemål hos medborgarna. Medborgarna – oavsett kön, ålder, härkomst eller funktionsnedsättning – möter välfärdens institutioner längs med hela resan genom livet. Servicen till medborgarna ska ges utifrån en samlad bild av den enskildes behov, oberoende av faktorer som organisation, huvudmannaskap eller finansieringsform. Medborgarna ställer samma krav på vård- och omsorgssektorn som på andra serviceinrättningar i samhället, vilket innebär krav på insyn, delaktighet och självbestämmande. Dessa krav har i dag bättre förutsättningar att tillgodoses än tidigare, genom utvecklingen av informationshanteringen och genom möjligheterna att bättre ta till vara den information som samlas in och lagras. Regeringens strategi för Nationell eHälsa för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg ska leda

till konkreta förbättringar för individen, välfungerande elektroniska beslutsstöd och underlag för vård- och omsorgspersonal, samt verktyg för styrning och uppföljning för beslutsfattare på olika nivåer. Arbetet syftar också till att öka den enskildes delaktighet i utformandet och genomförandet av de insatser som ges genom effektiva och koordinerade insatser inom hela vård- och omsorgssektorn. På sikt möjliggör detta också nya, effektivare arbetssätt inom verksamheterna, arbetssätt som kan komma att innebära nya möjligheter också för organiseringen av verksamheten.

Vård- och omsorgssystemet som kunskapssystem

Begreppet kunskap och kunskapsstyrning är en viktig hörnsten för hela vård- och omsorgssystemet.² Flertalet av myndigheterna arbetar med kunskap, kunskapsproduktion och kunskapsbearbetning i någon bemärkelse, och många har också en funktion gentemot huvudmännen kommuner och landsting i att ge ledning och stöd genom kunskapsförmedling. De myndigheter som har en direkt roll i kunskapsförmedling eller styrning inom vård- och omsorgssystemet är Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet. Det finns även andra myndigheter som bidrar i kunskapsförmedlingen inom området, såsom Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), Barnombudsmannen samt Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).³ Försäkringskassan har en roll som kunskapsförmedlare i arbetet med uppföljning och efterkontroll samt löpande observation av tandvårdsreformens genomförande. Begreppet kunskapsstyrning ingår också i den nationella strategin för god vård.⁴ Kunskapsstyrningen i strategin för god vård syftar till att i ökad utsträckning åstadkomma en hälso- och sjukvård där de metoder används som gör störst nytta inom olika verksamheter, s.k. evidensbaserad praktik.

² Se t.ex. prop. 2010/11:1, vol. 6 s. 28 f.

³ Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Förslag till uppdrag och plattform Ds 2010:3 s. 36f.

⁴ Socialstyrelsen 2006. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Se även Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen/Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

Inom socialtjänstområdet har regeringens arbete inriktats på att stödja huvudmännen i att skapa bättre förutsättningar för en socialtjänst baserad på kunskap med utgångspunkt i den enskildes behov. Uppföljning och öppna jämförelser av resultat, kvalitet och effektivitet är en förutsättning för ett systematiskt förbättringsarbete. För att kunskap från uppföljning, öppna jämförelser och forskning ska omvandlas till praktisk handling och en bättre socialtjänst för den enskilde måste den spridas, tolkas och praktiseras i ett lokalt sammanhang. Mot denna bakgrund har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting kommit överens om en plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Denna innebär bl.a. att regeringen initialt stödjer kommunernas arbete för att skapa egna nätverk som ska främja utveckling av kvalitet och effektivitet i socialtjänsten.

En myndighetsstruktur i förändring

Regeringens styrning inom vård- och omsorgssystemet sker i stora delar indirekt, eftersom kommuner och landsting är huvudmän för många uppgifter som riksdag och regering beslutar om. Regeringens styrning handlar till stor del om att skapa förutsättningar för kommuner och landsting att erbjuda verksamheter av god kvalitet. Till sin hjälp har regeringen de statliga myndigheterna.

Socialstyrelsen har en central roll i vård- och omsorgssystemet, både i kraft av sin storlek och genom bredden på uppdraget. Många av de organisations- och strukturförändringar som skett inom vård- och omsorgssystemet har också på ett eller annat sätt fått konsekvenser för Socialstyrelsen, dess roll och uppdrag. Någon samlad analys av Socialstyrelsens ansvar och funktion i vård- och omsorgssystemet i relation till övriga myndigheter har emellertid inte genomförts.

Regeringens tillsynsreform på det sociala området trädde i kraft den 1 januari 2010. Reformen innebar att länsstyrelsernas tillsyns- och tillståndsverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade fördes över till Socialstyrelsen och samordnades med Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården. Även tillsynen av verksamheten vid Statens institutionsstyrelse fördes över till Socialstyrelsen. Regeringen följer utvecklingsarbetet med den nya tillsynen noga.

Även medborgaren är i behov av ökad kunskap i dag, bl.a. som en följd av att valmöjligheterna ökat. I syfte att bl.a. öka patientens och medborgarnas/brukarnas kunskaper om hälso- och sjukvården och socialtjänsten, bildades en ny myndighet den 1 januari 2011, Myndigheten för vårdanalys. Myndighetens huvudsakliga uppgift är att följa upp, utvärdera och effektivitetsgranska hälso- och sjukvård och socialtjänst. En av målsättningarna med myndigheten är att stärka patienternas och medborgarnas ställning och inflytande över hälso- och sjukvården. Det innebär bl.a. att myndighetens arbete ska bedrivas ur ett konsument- och medborgarperspektiv.

Behovet av en utredning

Ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser

En närmare koppling mellan det folkhälsopolitiska arbetet och vård- och omsorgssystemet är nödvändig. Den demografiska utvecklingen innebär att vård- och omsorgssystemet bör inriktas mer mot insatser som kan främja hälsa och förebygga framtida ohälsa, särskilt hos barn, ungdomar och äldre. Levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Säkerställandet av en trygg uppväxt för barn och unga har därmed stor betydelse för att främja hälsa och förebygga ohälsa på längre sikt. Genom insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom kan man skjuta upp funktionsnedsättning och beroende och därigenom öka välbefinnandet och livskvaliteten hos äldre, samtidigt som kostnaderna för vård och omsorg kan minska. Även inom socialtjänstområdet är preventiva insatser av stor betydelse, och kommunerna har här ett särskilt uppdrag att exempelvis förebygga missbruk.

Fördelar med helhetsgrepp

Fokus för de senaste årens reformer inom statsförvaltningen har bl.a. legat på att klargöra statens roll och uppgifter, att sätta medborgare och företag i centrum samt att förbättra styrningen genom tydligare rollfördelning och bättre dialog mellan regeringen och myndigheterna.⁵ Regeringens styrning av myndigheterna inom

⁵ Propositionen Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt (2009/10:175 s. 25).

vård- och omsorgssystemet är inget undantag. Under de senaste två åren har bl.a. instruktionerna för flertalet av dessa myndigheter setts över, parallellt med att dialogen och kontakterna mellan departementet och myndigheterna har utökats. De reformer och initiativ till utvecklingsarbeten som genomförts under senare år har också syftat till att anpassa förvaltningen och verksamheterna för att bättre kunna möta kontinuerliga förändringar i omvärlden.⁶

Regeringens höjda ambitionsnivå i fråga om att leda och driva utveckling genom evidens, kunskapsutveckling, kvalitetsregister, utvärdering, överenskommelser och samordning syftar till att öka ändamålsenligheten, kvaliteten och effektiviteten i vård- och omsorgssystemets del av statsförvaltningen. Hittills har dock förändringarna skett stegvis och inom olika delar av specifika områden. Det har inte gjorts någon samlad analys av ansvarsfördelningen mellan myndigheterna, av deras respektive funktioner i systemet eller av vilken struktur som krävs för en effektiv förvaltning inom detta område. Detta innebär att den samlade nyttan av förändringarna riskerar att förminsкас av hinder på systemnivå. Med en genomgripande översyn och anpassning av myndigheternas uppdrag kan politiken få bättre genomslag.

Även Förvaltningskommittén konstaterar att förändringarna av statsförvaltningen ofta skett inom ramen för olika mer eller mindre avgränsade områden. Kommittén efterlyser bredare, mer systematiska och omfattande analyser av myndigheterna och deras uppgifter, exempelvis genom att hela myndighetsstrukturen under ett departement belyses. Detta ger ett bättre underlag för en samlad prioritering av insatserna.⁷ Även Styret tar upp regeringens sektoriserade eller ”stuprörsmässiga” styrning som ett problem, eftersom ett alltför ensidigt fokus på enskilda myndigheter utan koppling till hela processer eller större sammanhang minskar möjligheterna till effektiv samordning mellan myndigheter. Utredningen anför att risken med analyser som koncentreras till alltför avgränsade problem är att regeringen går miste om potentialen i att ta itu med problem som är gemensamma för flera myndigheter eller sektorer.⁸

⁶ Se t.ex. Myndigheterna inom smittskyddsområdet (prop. 2009/10:123).

⁷ Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning (SOU 2008:118, s. 145).

⁸ Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning (SOU 2007:75), refererar även Statskontoret 2006:3, 2005:3.

Behov av en tydligare ansvarsfördelning och en mer samordnad kunskapsstyrning

Strategin för god vård är en av de åtgärder som vidtagits för att samordna den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Rapporter visar dock att det fortfarande finns brister som kan orsaka merarbete för huvudmännen, när de ska praktisera vägledning, riktlinjer, beslut, kunskapsstöd och liknande former av statlig styrning. Socialstyrelsen pekar t.ex. på att samverkan mellan myndigheterna fortsatt kan utvecklas för att öka kunskapsstyrningen, men att det är osäkert hur långt man kan nå med befintliga uppdrag och strukturer. Socialstyrelsen menar att myndigheternas roller bör förtydligas för att resurserna ska kunna användas mer effektivt i kunskapsstyrningen.⁹

Det finns ett behov av att se över den statliga ansvarsfördelningen och samordningen av kunskapsstyrningen när det gäller såväl hälso- och sjukvården, socialtjänsten som smittskydd- och folkhälsoområdet. Myndigheterna bör utveckla formerna för samverkan när det gäller framtagning av kunskapsunderlag och rekommendationer, kommunikation och spridning av resultaten och systematisk uppföljning och utvärdering av effekterna av kunskapsstyrningen.¹⁰ Även om regeringen och dess myndigheter har ett ansvar för att kunskapsunderlag och rekommendationer är tillgängliga för vården, vilar ansvaret för att följa rekommendationerna på landsting och kommuner.

Gränstorna mot kommuner och landsting

Den kunskapsstyrning som myndigheterna inom vård- och omsorgssystemet bedriver i form av exempelvis riktlinjearbete, ska praktiseras i de kommunala och landstingskommunala verksamheterna. Även om genomförandeansvaret vilar på huvudmännen, tar myndigheterna ibland initiativ till eller får i uppdrag av regeringen att driva aktiviteter och satsningar på regional och lokal nivå för att bidra till att genomförandet sker. På detta sätt blir rollfördelningen mellan staten och huvudmännen otydlig, samtidigt som förutsätt-

⁹ Socialstyrelsens förstudie till strategi om ökad kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården (dnr S2010/4394/HS) s. 44. Se även Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:100).

¹⁰ Budgetpropositionen för 2011 (prop. 2010/11:1, vol. 6).

ningarna för ansvarsutkrävande försvåras, exempelvis i fall där efterlevnaden av regelverk och riktlinjer brister.

Uppdraget

Utgångspunkter

En utredare ska se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.

Utredaren ska i sitt arbete ge förslag på hur ansvarsfördelningen kan tydliggöras och effektiviteten ökas såväl för de enskilda myndigheterna som för staten som helhet. I arbetet ska utredaren särskilt analysera och granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet. En utgångspunkt för utredarens granskning och förslag är att myndighetens uppgifter ses över.

Utredaren ska i sitt arbete ge förslag som bidrar till förtydligade och förbättrade samverkansytor mellan staten och huvudmännen i arbetet med riktlinjer och regelverk. Huvudmännen har ansvaret för att regelverk och riktlinjer efterlevs inom vård- och omsorgssystemet, men de statliga myndigheterna ska stödja huvudmännen i arbetet. Som ett led i detta bör utredaren klargöra ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer på området. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, är en viktig aktör i detta sammanhang. En grundläggande utgångspunkt i uppdraget är att rådande ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen ska vara oförändrad.

Utredaren ska föreslå hur regeringen med hjälp av befintliga styrintstrument kan öka flexibiliteten i resursfördelningen mellan myndigheterna inom vård- och omsorgssystemet. Myndigheternas resurser bör snabbare och enklare kunna omdisponeras för att bättre anpassas till snabba förändringar i omvärlden och nya politiska prioriteringar. Utredaren ska överväga vilka personalaspekter som kan aktualiseras av förslagen.

Utredaren ska i sitt arbete beakta erfarenheterna av den reform som genomförts gällande tillsynen inom socialtjänsten.

Utredaren ska i sitt arbete utgå från såväl ett system- som ett medborgarperspektiv. Utredaren bör också i sitt arbete beakta myndigheternas ändamålsenlighet utifrån huvudmännens perspektiv – landsting och kommuner – och gentemot utförarna av verksamheterna, oavsett om verksamheten är privat eller offentligt driven.

Avgränsningar

Centrala delar av socialförsäkringen är för närvarande föremål för en omfattande genomlysning genom den parlamentariska utredningen Kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (dir. 2010:48). Utredarens översyn berör därmed endast den del av området som har direkt koppling till vård- och omsorgssystemet. Därmed berörs inte den del av Försäkringskassans verksamhet som täcker socialförsäkringsområdet, inte heller de familjepolitiska delarna av myndighetens verksamhet. Av samma skäl berörs inte heller Pensionsmyndigheten och Inspektionen för socialförsäkringen av översynen.

Försäkringskassans verksamhet bör belysas i översynen utifrån myndighetens arbete inom tandvårdsområdet och de beröringspunkter som finns med andra myndigheter inom vård- och omsorgssystemet i samband med detta.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap kommer att ses över i sin roll som en av tre statliga forskningsfinansiärer i samband med den forsknings- och innovationspolitiska proposition som regeringen avser att överlämna till riksdagen hösten 2012. Utredaren behöver därför inte beakta rådets roll i forskningsrelaterade frågor i sitt arbete.

Uppdraget

Utredaren ska

1. genom en kartläggning av ansvarsfördelning och funktioner ge en översiktlig bild av den rådande myndighetsstrukturen inom vård- och omsorgssystemet,

2. beskriva de eventuella oklarheter eller problem som finns i fråga om myndigheternas ansvarsfördelning och funktioner i vård- och omsorgssystemet,
3. sammanfatta de centrala organisationsförändringar som skett under den senaste mandatperioden inom området och skälen till att de genomfördes,
4. ge en bild av myndigheterna och kompetensförsörjningen vid dessa och av deras egna utvecklingsarbeten gällande kvalitet och effektivitet som ett led i utvecklingen av sektorns samlade effektivitet och möjligheter till flexibelt resursutnyttjande.
5. Vidare ska utredaren särskilt analysera och granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet,
6. beskriva myndigheternas effektivitet och ändamålsenlighet utifrån målgruppernas perspektiv: kommuner, landsting, professionella utförare och medborgare,
7. om det behövs lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen mellan myndigheterna och undanröjer eventuella överlappningar,
8. ge förslag på hur kunskapsstyrningen kan effektiviseras genom samordning,
9. föreslå förtydliganden i ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer inom vård- och omsorgssystemet,
10. ge förslag på hur myndighetsstrukturen inom vård- och omsorgssystemet som helhet kan utvecklas för ökad tydlighet, effektivitet och ändamålsenlighet,
11. ge förslag på hur regeringens styrning av berörda myndigheter och verksamheter bör utformas samt
12. redogöra för hur förslagen praktiskt kan genomföras.

Utredaren ska redovisa de ekonomiska, verksamhetsmässiga och personella konsekvenserna av sina förslag. I den mån förslagen får konsekvenser som påverkar jämställdheten mellan kvinnor och män ska utredaren beakta och redogöra för dessa.

I sitt arbete ska utredaren särskilt samråda med berörda myndigheter och organisationer inom vård- och omsorgssystemet, och

med Arbetsgivarverket. Utredaren ska i sitt arbete dra nytta av och visa på goda exempel när det gäller organisering, arbetsformer och myndighetsstrukturer inom motsvarande verksamhetsområden i andra länder.

Utredaren ska samråda med den parlamentariska utredningen Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (dir 2010:48) samt utredningen Översyn av statlig regional förvaltning m.m. (dir. 2009:62, tilläggsdir. 2010:12, 2010:72). Utredaren bör även beakta aktuella analyser av Statskontoret som berör myndigheterna inom området. Kommuner och landsting ska involveras som en central aktör i arbetet.

Redovisning av uppdraget

Utredaren ska hålla berörda centrala arbetstagarorganisationer informerade om arbetet och ge dem tillfälle att framföra synpunkter.

Utredaren ska senast den 15 oktober 2011 redovisa kartläggningsdelen i uppdraget, vilka beskrivs i punkterna 1–4 ovan.

Utredaren ska lämna en slutrapport till regeringen (Socialdepartementet) senast den 15 april 2012.

(Socialdepartementet)

Uppdraget och utredningens arbetssätt

Syftet med utredningen är att stödja utvecklingen av vård- och omsorgssystemet genom att göra statens roll mer tydlig, ändamålsenlig och effektiv. I direktiven uttrycks det som att:

...se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.

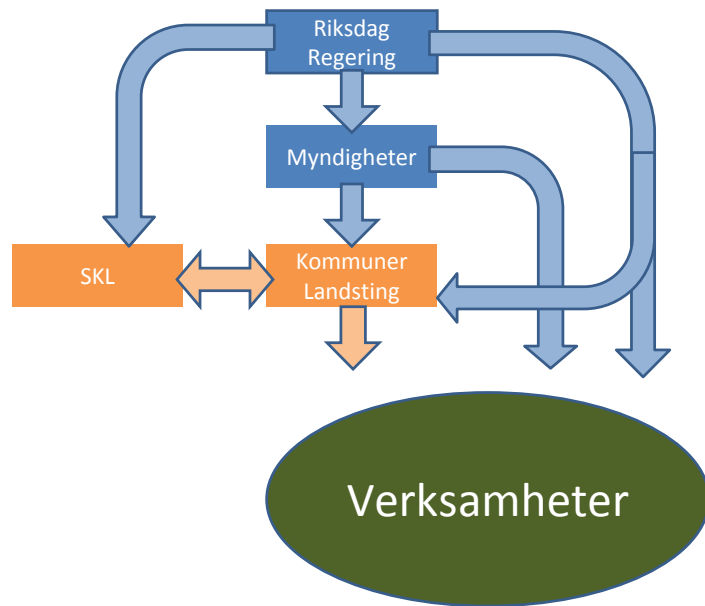
En grundläggande utgångspunkt i uppdraget är att rådande ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen ska vara oförändrad, men för övrigt är uppdraget öppet.

Utredningens ambition är komma fram till förslag som kännetecknas av

- medborgarperspektiv
- öppenhet för nytänkande kring statens roll
- transparens och tydliga ansvarsförhållanden
- stabil grund med inbyggd flexibilitet
- effektivitet
- genomförbarhet

Detta kräver en öppen dialog med många berörda, där vår ambition är att bygga en läges- och målbild med stöd av alla som berörs.

Slutrapporten ska avlämnas den 15 april 2012 och en kartläggning ska redovisas den 15 oktober i år.



Den ovanstående figuren är ett försök till en förenklad bild av statens styrning i relation till de verksamheter som ska tjäna medborgarna.

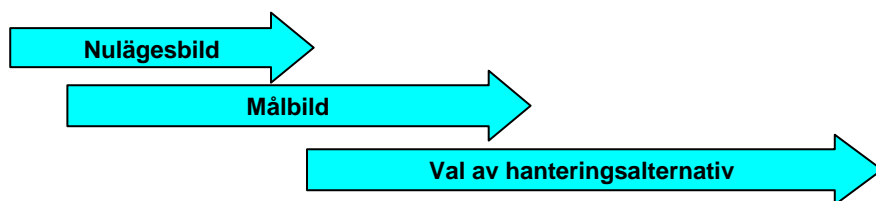
Staten agerar t.ex. genom lagstiftning, finansiering av särskilda insatser, utfärdande av förordningar och riktlinjer, legitimering av yrkesgrupper, framtagna av underlag för kunskapsstyrning, beslut kring subventionering av läkemedel, forskning och forskningsfinansiering, utvärdering och uppföljning, tillsyn, hantering av klagomål och avvikelser, främjandearbete för bl.a. ökad folkhälsa och minskad smittspridning, tjänsteexport, egen vårdverksamhet, med mera. I delar har staten i vård- och omsorgssystemet starka kopplingar till andra politikområden, exempelvis sjukförsäkringsområdet och näringslivsområdet. Men också till det statliga ansvaret när det gäller exempelvis arbetsmarknad, utbildning, hygien och livsmedel. Många politikområden, departement, myndigheter och andra aktörer är involverade. Statens styrning i systemet innebär alltid ett samspel och en dialog mellan de berörda aktörerna.

Statens olika roller i vård- och omsorgssystemet måste kunna överblickas för att väl avvägda förslag ska kunna tas fram. Utredningens ambition är att se på helheten; statens roller, styrambitioner, myndighetsstrukturer och arbetsformer. Detta innebär att också kartläggningsdelen i uppdraget innehåller både en beskrivning av statens myndigheter, deras uppdrag och roller, och en beskrivning av alla de andra sätt som staten verkar i vård- och omsorgssystemet.

3 faser

Vårt arbete kommer att ske i tre faser. Arbetet i fas 1 och 2 inleds omedelbart, medan arbetet i fas 3 påbörjas senare.

1. Nulägesbild: beskrivning av det statliga vård- och omsorgssystemet i dag. Problem och möjligheter. Avrapporteras 15 oktober 2011.
2. Målbild: Utifrån utredningens uppdrag och de trender vi ser: hur bör staten leva upp till ambitionen i direktiven på längre sikt?
3. Val av handlingsalternativ: förslag för ett effektivare och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem och statens roll i detta system. Redovisas i slutrapporten 15 april 2012.



1) Nulägesbilden

I beskrivningen av staten i vård- och omsorgssystemet använder vi två perspektiv – det *organisatoriska* och det *funktionella*. Vår ambition är att de båda perspektiven tillsammans ska ge en överblick av statens olika roller i systemet:

Det organisatoriska perspektivet

Den organisatoriska bilden kommer att beskriva de myndigheter och verksamheter som ingår i de statliga delarna i vård- och omsorgssystemet. I denna del i kartläggningen ingår också att göra en tillbakablick kring de organisations- och strukturförändringar som genomförts i systemet under den senaste mandatperioden och vad som föranledde dessa.

Det funktionella perspektivet

Det funktionella perspektivet kommer på ett mera principiellt sätt att beskriva de olika roller som staten har i vård- och omsorgssystemet, och den styrning som staten utövar i systemet.

Den här bilden ser vi som ett viktigt diskussionsmaterial: Hur fungerar det i praktiken? Var finns styrkorna, svagheter och förändringsbehoven? Den här typen av nulägesbild leder också automatiskt över i framtidsfrågorna: vilka är utmaningarna och möjligheterna? Vad bör göras på nationell nivå? Vilken ambition och roll bör staten ha?

Eftersom det finns många perspektiv, behövs underlag och synpunkter från flera håll.

2) Målbilden

På ett övergripande plan har regeringen formulerat målen för statsförvaltningen som att förvaltningen bl.a. ska vara effektiv, innovativ, samverkande och rättssäker, med väl utvecklad kvalitet, service och tillgänglighet. Förvaltningen ska därigenom bidra till Sveriges utveckling och ett effektivt EU-arbete.¹

Vad detta innebär för statens roll i vård- och omsorgssektorn behöver diskuteras mot bakgrund av förutsättningarna för vård- och omsorgssystemet på längre sikt. Några exempel som kan nämnas som kan vara viktiga att ta hänsyn till på längre sikt:

– tillgången till information
större möjligheter till uppföljning, utvärdering och återkoppling, skillnaderna blir tydligare/synligare, efterfrågan på ny kunskap och snabbare respons på nya rön, bättre valmöjligheter för medborgaren, mer

¹ Se prop. 2009/10:175, bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/120:315).

specificerade önskemål, större delaktighet, ökade möjligheter till samverkan, tillsynens förutsättningar förändras.

– den demografiska utvecklingen

fler äldre och färre i arbetsför ålder tillsammans med större efterfrågan på välfärdstjänster.

– utvecklingen av nya behandlingsmetoder

nya möjligheter att behandla, ibland högre – ibland lägre – kostnader. Hur ska vi ha råd att erbjuda alla en vård som är tillräckligt bra ?

– fler fristående utförare

nya villkor för reglering och tillsyn, förändrade villkor för personal och brukare, insyn,

– ökat behov av nationell arbetsfördelning och samordning?

t.ex. när det gäller högspecialiserad sjukvård eller och/eller akademiska kunskapscentra inom olika områden

– ökad risk för smittspridning och spridning av antibiotikaresistens

Kräver kapacitet för ökad nationell samordning.

– sjukvårdens och socialtjänstens olika förutsättningar

Möjligheterna att lära av varandra, vikten av att förstå, inse och respektera skillnaderna.

– europeiseringen

Valmöjligheterna för patienter ökar på europeisk nivå, samordningen av de europeiska vård- och omsorgssystemen ökar. Ställer krav på samspel mellan kommunal och nationell nivå.

– statens styrmöjligheter

Staten styr i dag vård- och omsorgssystemet genom olika medel. Det kan röra sig om normering, tillsyn, information, etc. Vilka styrmedel ser vi framför oss på längre sikt?

– de ”eviga” förutsättningarna

Människor i Sverige kommer att bli gamla, sjuka och svaga och behöva hjälp, stöd och ett personligt möte med vård- omsorgssystemet.

Naturligtvis finns det fler aspekter att beakta. Vi vill tillvarata och hämta in de kunskaper och insikter som finns inom sektorn. Vilka omvärldsfaktorer är viktiga att ha med som bakgrund? Vilka huvuddrag ska de nya lösningarna ha?

I direktiven uttrycks en övergripande ambition för vård- och omsorgssystemet. Här uttrycks också några av de utmaningar och

möjligheter som systemet har att möta på längre sikt. Utan att sätta igång något nytt stort visionsarbete för vård- och omsorgssystemet, vill utredningen även fånga in fler utmaningar och möjligheter, utöver de som uttrycks i direktiven.

3) Val av handlingsalternativ

Genom att inleda vårt arbete med en öppen dialog om nuläge och målbild vill vi försöka skapa en gemensam plattform utifrån utredningens målbild och en bild av de andra olika synsätt som finns. Med en väl förankrad lägesbild och målbild ökar utredningens möjligheter att lägga förslag som tillgodoser utredningens syfte.

Utredningens ambition är att de förslag som läggs ska bygga på en förankrad bild av hur vård- och omsorgssystemet bör se ut och fungera framgent. Vårt fokus ligger på statens roll i detta system och däribland hur staten kan styra mer ändamålsenligt i detta system genom sina myndigheter. Därför kommer våra förslag att vara både *organisatoriska* och *funktionella*, i likhet med de båda perspektiv som utgör grunden för vår kartläggning.

Myndighetsstruktur

I bilagan beskrivs myndigheternas ansvarsområden och uppgifter samt hur dessa förändrats över tiden.

Myndigheter och organisationer i kartläggningen

Som vi beskrivit i kapitel 1 har vi valt att låta följande 16 myndigheter och organisationer ingå i vår kartläggning av det statliga vård- och omsorgssystemet. Denna grupp har även på olika sätt bistått oss i vårt utredningsarbete.

1. Barnombudsmannen
2. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)
3. Försäkringskassan (tandvårdsdelen)
4. Hjälpmedelsinstitutet (HI)
5. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
6. Läkemedelsverket (LV)
7. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)
8. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)
9. Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys)
10. Smittskyddsinstitutet (SMI)
11. Socialstyrelsen (SoS)
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
13. Statens folkhälsoinstitut (FHI)
14. Statens institutionsstyrelse (SIS)
15. Statens medicinsketiska råd (SMER)
16. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Barnombudsmannen

Barnombudsmannens uppgifter är reglerade i lag¹. Barnombudsmannen ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen mot bakgrund av Sveriges åtagande enligt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Barnombudsmannen ska även driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Därutöver finns ytterligare uppgifter, exempelvis att föreslå författningsändringar, samla kunskap och sammanställa statistik om barns och ungas levnadsvillkor.

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

2009

- Ett preciserat uppföljnings- och utvärderingsansvar, förtydligt i instruktionen från och med 2009. Ansvar en viktig utgångspunkt för Barnombudsmannens uppdrag att företräda barnets rättigheter och driva på genomförandet av barnkonventionen.
- Uppdrag att utveckla ett uppföljningssystem för att följa barns levnadsvillkor utifrån barnkonventionen².

Tabell B3.1 Barnombudsmannen, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	17 901	5 461	23 632	20
2009	16 864	4 010	20 874	19

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har till uppgift att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet samt inom social- och folkhälsovetenskap. Inom ramen för denna uppgift har FAS ett antal uppgifter, främst fördela medel till forskning men även en rad andra uppgifter, exempelvis bedöma kvaliteten, nyttiggörandet och

¹ Lag (1993:335) om Barnombudsman.

² S2009/9848/SF.

samhällsrelevansen i den egna verksamheten och i utvärderingen av den forskning till vilken rådet har fördelat medel samt utreda angelägna forskningsbehov.³

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

- 2009: ökat forskningsanslag med 41 mkr, i enlighet med den Forsknings- och innovationspolitiska propositionen.⁴

Tabell B3.2 FAS, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	33 229	1 769	34 998	22
2009	37 012	1 905	38 917	23

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel

Försäkringskassan (tandvårdsdelen)

Försäkringskassan är förvaltningsmyndighet för de delar av socialförsäkringen och andra förmåner och ersättningar som enligt lag eller förordning ska administreras av Försäkringskassan. Verksamheten består huvudsakligen i att besluta och betala ut sådana förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för, däribland statligt tandvårdsstöd.⁵

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

- 1 juli 2008, nytt statligt tandvårdsstöd i form av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader. Försäkringskassan administrerar det nya tandvårdsstödet samt ska följa upp och bevaka effekterna av reformen. Försäkringskassans uppgifter inom tandvårdsområdet utgör ca tre procent (206

³ Förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

⁴ Prop: 2008/09:50 *Ett lyft för forskning och innovation*.

⁵ Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

miljoner kronor) av myndighetens totala anslagsfinansierade förvaltningskostnader.

Tabell B3.3 Försäkringskassan, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	7 198 000	945 000	8 143 000	12 867
2009	7 385 000	970 000	8 355 000	13 562

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Hjälpmedelsinstitutet

Hjälpmedelsinstitutet (HI) är ett nationellt kunskapscentrum inom området hjälpmedel och tillgänglighet för människor med funktionsnedsättning. HI är ingen myndighet utan en ideell förening med staten och Sveriges Kommuner och Landsting som huvudmän. Institutet har lagstöd för att utföra vissa förvaltningsuppgifter⁶. Institutet har ett årligt fast anslag som formellt regleras i Socialstyrelsens regleringsbrev.

HI:s verksamhet omfattar: provning och stöd vid upphandling av hjälpmedel, forskning och utveckling, utredningsverksamhet, utbildning och kompetensutveckling, internationell verksamhet, information och kommunikation.

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

- Vissa uppgifter bedrivs från och med 1 januari 2006 av Handisam.
- 2008: Ändrat anslag för finansiering (från 13:3 Bidrag till hälso- och sjukvård till 16:4 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder).

⁶ Lag (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening.

Tabell B3.4 Hjälpmedelsinstitutet, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	51 876	48 876	99 752	76
2009	49 755	45 829	95 584	73

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Socialstyrelsen har från och med 1 januari 2011 övertagit hanteringen av patientklagomål från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). HSAN:s uppgifter har begränsats till att pröva ärenden om prövotid, återkallelse av legitimation och annan behörighet, begränsning av forskrivningsrätt samt ny legitimation och behörighet.⁷ Från och med den 1 juli 2011 är HSAN en nämndmyndighet. Kammarkollegiet sköter administrationen. HSAN tilldelas 18 696 tkr i anslag för år 2011.

Tabell B3.5 HSAN, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	29 354	2 898	32 252	33
2009	29 845	469	30 314	30

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Läkemedelsverket

Läkemedelsverket (LV) ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel och andra produkter som står läkemedel nära. LV:s kontroll och tillsyn är till stor del lagreglerad genom exempelvis läkemedelslagen, lagen om kontroll av narkotika eller genom olika EG-förordningar. LV har också andra uppgifter, bland andra att svara för föreskrifter och allmänna råd samt att delta i EU-samarbete och annat internationellt arbete.

⁷ Förordning (2007:1019) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

2006

- 1 maj 2006 förändringar i läkemedelslagstiftningen, tre EG-direktiv införlivades, bl a förstärkning av centrala godkännandeprocéduren, LV fick tillsynsansvar över marknadsföringen av läkemedel (tidigare Konsumentombudsmannen).

2007

- Insatser för en mer samlad kunskapsspridning, LV (och SoS, SBU och TLV) fick uppdrag i instruktioner och regleringsbrev att bidra till att kunskapsspridningen planeras och utförs på ett sådant sätt att staten så långt som möjligt uppfattas som samordnad av huvudmännen.

2008

- Med anledning av lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler i juli 2008 utökat ansvarsområde (även SoS). Utöva tillsyn över verksamhet som rör insamling och kontroll av vävnader och celler för läkemedelstillverkning.
- Sedan 1 mars 2008 tillsyn över efterlevnaden av lagen (2007:1455) om detaljhandel med nikotinläkemedel.

2009

- Fortsatta apoteksreformen: De som fått tillstånd av LV får driva öppenvårdsapotek.
- Lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel. LV har till uppgift att fastställa vilka läkemedel som ska omfattas av möjligheten att säljas receptfritt på andra platser än öppenvårdsapotek.
- Omstrukturering av Apoteket AB: producentoberoende läkemedelsinformation och Giftinformationscentralen förs till LV.

2010

- Vid LV inrättades i juli 2011 Centrum för bättre läkemedelsanvändning. Det ska bl.a. ansvara för samordning och samverkan

mellan olika aktörer. Tidigare ansvarade Apoteket AB för att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete om läkemedels- och apoteksverksamhet. LV ska samla, utvärdera och kvalitetssäkra läkemedelsinformation. Övriga intäkter består till 85 procent av avgifter och till 15 procent av bidrag.

Tabell B3.6 Läkemedelsverket, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	0	612 525	612 525	610
2009	0	413 544	413 544	562

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Myndigheten för handikappolitisk samordning

Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) inrättades 1 januari 2006. Uppgifter från Handikappombudsmannen och Staten institut för särskilt utbildningsstöd fördes då över till Handisam.

Handisam har som övergripande uppgifter att samordna arbetet inom det funktionshindersområdet samt främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella funktionshinderspolitiken. Inom ramen för dessa uppgifter har Handisam en rad särskilda uppgifter, exempelvis att ta fram åtgärder för att komma till rätta med problem inom området, bevaka den internationella utvecklingen, bidra till kunskapsutveckling och utveckla metoder för att integrera funktionshinderspektivet i processer och organisationer.⁸

⁸ Förordning (2007:1134) med instruktion för Myndigheten för handikappolitisk samordning.

Tabell B3.7 Handisam, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter ¹ , tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	19 976	23 299	43 275	27
2009	19 558	11 753	31 311	24

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

1. Övriga intäkter består till 98 procent av bidrag (Nationellt processtöd, ESF rådet, Attitydupdraget, Regeringskansliet)

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) har till uppgift att skapa en hög kvalitet i den internationella adoptionsverksamheten i Sverige. MIA ansvarar för uppgifter enligt flera lagar och förordningar⁹ samt fördelar statsbidrag till organisationer. MIA ska beakta barnkonventionen samt övervaka de svenska auktoriserade sammanslutningarnas arbete med internationell adoptionsförmedling, följa den internationella utvecklingen, informera myndigheter och organisationer m.fl. samt får förhandla med myndigheter och organisationer i andra länder.¹⁰

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

- 2010: Förutsättningar inom adoptionsverksamheten förändrats: mer komplicerad utveckling i utlandet, behov av mer tillsynsresor mm, ökat anslag.

⁹ Lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner, Lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling, Förordningen (1976:834) om prövning av utländskt beslut om adoption.

¹⁰ Förordning (2007:1020) med instruktion för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.

Tabell B3.8 MIA, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	12 037	280	12 317	11
2009	10 247	318	10 565	10

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Myndigheten för vårdanalys

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) bildades den 1 januari 2011. Vårdanalys har i uppgift att ur ett patient-, brukar och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt i gränssnittet mellan vård och omsorg. Mer specifikt har Vårdanalys i uppgift att, följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga verksamheter samt utvärdera information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde.¹¹

Vårdanalys är under uppbyggnad och har i regleringsbrevet för år 2011 tilldelats 18 miljoner kronor. Enligt planerna kommer anslagsnivån från år 2013 att ligga på knappt 30 miljoner kronor.

Smittskyddsinstitutet

Smittskyddsinstitutets allmänna uppgifter är att genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja befolkningens skydd mot sjukdomar. Dessutom ska myndigheten inom smittskyddsområdet svara för uppföljning, utvärdering och metodutveckling samt kunskapsuppbyggnad på vetenskaplig grund inom smittskyddsområdet. Myndigheten ska förse regeringen, Socialstyrelsen och övriga myndigheter med kunskap samt förmedla kunskap till berörda inom hälso- och sjukvård, kommunal vård samt andra berörda.

Därutöver har SMI särskilda uppgifter bland annat inom krisberedskap, området hiv/aids, smittutbrott och internationellt samarbete.¹²

¹¹ Förordning (2010:1385) men instruktion för Myndigheten för vårdanalys.

¹² Förordning (2010:604) med instruktion för Smittskyddsinstitutet.

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

2010

- SMI ombildas med ett bredare och mer folkhälsoinriktat uppdrag med tonvikt på kunskapsuppbyggnad och kunskapsstyrning, forskning till KI, gränsdragning mellan SMI och SoS behöver fortsatt beredning.
- Uppgifter som rör hiv/aids och andra sexuellt överförbara blodburna sjukdomar överförs från SoS till SMI.
- Nationella hivrådet och den hiv-preventiva verksamheten flyttades den 1 juli 2010 från SoS till SMI.

Tabell B3.9 Smittskyddsinstitutet, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter ¹	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	202 265	129 453	332 718	324
2009	198 531	144 689	343 220	358

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

¹ Övriga intäkter bestod år 2010 av avgifter och andra ersättningar (53 953 tkr), bidrag (75 185 tkr) och finansiella intäkter (315 tkr).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (SoS) är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. SoS ska verka för en god hälsa och social välfärd samt för stödinsatser, omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

SoS har inom ramen för sitt övergripande uppdrag tre uppgifter: bygga upp och sprida kunskap, regelgivning och tillsyn. Därutöver finns ett antal övriga uppgifter avseende samordning bl.a. för insatser för barn, krisberedskap och smittskydd, erkännande av yrkeskvalifikationer samt statsbidrag.¹³

¹³ Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

2006:

- Nationella rådet för specialisttjänstgöring inrättat 1 mars 2006 inom SoS, ska utarbeta målbeskrivningar för de olika specialiteterna, stödja huvudmännen att uppnå hög kvalitet i specialisttjänstgöringen, främja utbildning av handledare.
- Nya regler om rikssjukvård från 1 januari 2007. En särskild nämnd i SoS inrättas för att fatta beslut om rikssjukvård, sådan hälso- och sjukvård som ska bedrivas av ett landsting men som har hela landet som upptagningsområde.
- SoS får ansvar för register för uppföljning av dentala material.
- SoS övertar administrationen av delar av Sisus (Statens institut för särskilt utbildningsstöd). Sisus blir ett särskilt beslutsorgan inom SoS.
- Tillsyn över blodverksamhet, SoS och LV enligt Lagen (2006:94) om blodsäkerhet.
- Sektorsansvar för handikappolitiken.

2007

- ansvar för administrationen av medel till nationella kvalitetsregister från SoS till SKL.

2008:

- Sisus avvecklas som institut inom SoS 1 juli 2008. Verksamheten övertogs av nyinrättade Specialpedagogiska skolmyndigheten. Verksamheterna vid Specialpedagogiska institutet och Specialskolemyndigheten fördes över till den nya myndigheten.
- svara för tandhälsodataregister för vuxna förordning (2008:194 om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen)

2009:

- Utöva tillsyn bl.a. över verksamhet som rör insamling, kontroll och framställning av vävnader och celler (EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler, prop.2007/08:96)
- Som en konsekvens av avregleringen av apoteksmarknaden, SoS uppgifter förändras. Fler aktörer ökar behovet av tillsyn.

2010

- Tillsyn och verksamhet enligt Socialtjänstlagen(2001:453, SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) förs över från länsstyrelserna till SoS den 1 januari 2010. SoS tar dessutom över ansvaret för kommunernas löpande tillsyn av sådan verksamhet. Även tillsyn över SiS institutioner.
- Förstärkt tillsyn av HVB-hem, sedan år 2006, SoS fortsätter detta arbete. Från år 2010 krav på så kallad frekvenstillsyn.
- Driva UPP-centrum, ett nationellt utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Ska inordnas i SoS ordinarie verksamhet från år 2012.
- I samband med ombildning av SMI: vissa uppgifter som rör hiv/aids och andra sexuellt överförbara blodburna sjukdomar överförs från SoS till SMI, även finansiering av systemet för att följa utbredning och konsekvenserna av en pandemi.
- Nationella hivrådet flyttas den 1 juli 2010 från SoS till SMI.
- På regeringens uppdrag utses två nationella kompetenscentra att samla in, strukturera och sprida kunskap i kommunerna: ett för anhöriga (NkA) och ett demenscentrum (SDC).

Tabell B3.10 Socialstyrelsen, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	925 992	148 898	1 074 890	959
2009	727 556	258 841	986 397	751

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Statens beredning för medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården. SBU ska sammanställa utvärderingarna och sprida dem till vårdgivare och andra berörda. Myndigheten ska utvärdera hur denna kunskap använts och vilka resultat som nåtts. Utöver detta ska SBU vara kontakt i internationella frågor som rör utvärdering av medicinska metoder.¹⁴

¹⁴ Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

- Från år 2008 bedriva upplysningstjänst avseende kunskapsstöd.
- Från år 2009 (Dagarmedel 2007–2008) kommentera utländska kunskapssammanställningar.
- Från år 2009 ansvara för litteraturgenomgångar vid TLV:s genomgångar av läkemedelssortimentet.
- Från år 2010 upprätta och hålla ett sekretariat med uppgift att identifiera behandlingsmetoder i hälso- och sjukvården vars effekter vi saknar kunskap om.
- Från år 2011 uppdrag att systematiskt sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdom.

Tabell B3.11 SBU, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	56 248	14 845	71 093	48
2009	44 584	21 410	65 994	44

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Statens folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Mer specificerat ska FHI göra en sektorsövergripande uppföljning av folkhälsans bestämningsfaktorer, utvärdera folkhälsopolitiska insatser, vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet samt ansvara för tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet samt området hälsofarliga varor. Tillståndsgivningen och tillsynen är styrd av lagar och EU-förordningar och sköts praktiskt till stor del av länsstyrelser och kommuner. FHI ska medverka i EU- och annat internationellt arbete.¹⁵

¹⁵ Förordning (2009:267) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut.

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

- Omlokalisering till Östersund år 2005.
- 2006: Uppgiften att stödja projekt och organisationer inom HIV/STI-området överförs från FHI till SoS.
- 2006: Överföring av "Riskbruksprojektet" från FAMMI till FHI.
- 2007: Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika avvecklas och uppgifter överförs till FHI.
- 2007: Avveckling av institutet för psykosocial medicin (IPM), delar inordnades i KI.
- 2011: Nya uppgifter inom tillsynsområdet tillförs FHI genom ny alkohollag, där uppgifter rörande teknisk sprit överförs från LV.
- 2011: FHI får en ny och utvecklad roll i klassificering av hälsofarliga varor genom ny lagstiftning.

Tabell B3.12 FHI, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	178 610	25 144	203 754	172
2009	183 057	12 662	195 719	174

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.2006:

Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelsens (SiS) verksamhet är indelad i ungdomsvård och missbruksvård. Vid de särskilda ungdomshemmen vårdas ungdomar med stöd av LVU¹⁶ och de som dömts till sluten ungdomsvård. LSU¹⁷. Vid LVM-hemmen vårdas vuxna med missbruk med stöd av LVM.¹⁸ SiS ska särskilt svara för

- planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen,
- anvisning av platser till hemmen,

¹⁶ Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

¹⁷ Lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård, LSU.

¹⁸ Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

- ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll,
- metodutveckling, forskning, och utvecklingsarbete.¹⁹

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

- 1 januari 2010, SiS tillsynsansvar över hemmen förs till Socialstyrelsen.
- Regeringen har beslutat om ett antal åtgärder för att förbättra verkställighet av och utslussning från LSU. SiS har från och med år 2011 tillförts 20 miljoner kronor för att organisera en förbättrad utslussning med utökade kontrollmöjligheter. Reglerna trädde i kraft den 1 augusti 2011.

Tabell B3.13 SIS, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	772 570	1 390 300	2 162 870	3 354
2009	787 057	1 210 023	1 997 090	3 164

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Statens medicinsketiska råd

Regeringen inrättade Statens medicinsketiska råd (SMER) år 1985. Rådet tillkom på initiativ av Socialutskottet i syfte att främja en fördjupad dialog om etiska frågor som väcks av medicinska forskningsframsteg mellan politiker och företrädare för vårdens discipliner, myndigheter och professioner. Motiven för rådet och de frågor som rådet bör ta upp beskrivs i en promemoria från Socialdepartementet.²⁰ En av rådets främsta uppgifter är att i ett tidigt skede uppmärksamma regeringen på utvecklingen inom sådan medicinsk forskning och behandling som kan vara etiskt kontroversiell.

¹⁹ Förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse.

²⁰ Socialdepartementet, 1985-03-05, *Rådet för medicinsk-etiska frågor*.

Formellt är rådet en kommitté under Socialdepartementet och har ett sekretariatet med tre anställda. Rådet består av ordföranden, åtta politiska ledamöter och tolv sakkunniga.²¹

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ansvarar för beslut om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna samt har tillsyn över efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen.

TLV ska vidare följa utvecklingen i andra länder, följa upp och utvärdera sina beslut samt informera berörda om sin verksamhet och sina beslut.²²

Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar från år 2006

- Som en konsekvens av det reformerade statliga tandvårdsstödet bytte myndigheten namn från Läkemedelsförmånsnämnden till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 1 september 2008. Myndigheten fick helt nya uppgifter inom tandvårdsområdet.
- Nämnden för statligt tandvårdsstöd inrättades 1 juli 2008 som ett särskilt beslutsorgan inom TLV. Nämnden beslutar om föreskrifter om statligt tandvårdsstöd och allmänna råd inom sitt ansvarsområde. Nämnden ska utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel på statsbudgeten. Om utgifterna bedöms överstiga anvisade medel ska nämnden snarast besluta om ändringar i föreskrifterna.
- I samband med omregleringen av apoteksmarknaden fick TLV ett utökat uppdrag. Myndigheten ska bidra till en god service och tillgänglighet på apotek, utan att kostnaderna för läkemedel stiger. TLV beslutar om apotekens handelsmarginal och utövar tillsyn över apoteksmarknadens aktörer.

²¹ Socialdepartementet, protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-14, *Inrättande av ett råd för medicinsk-etiska frågor*.

²² Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

- I april 2010 ändrades sammansättningen av Nämnden för läkemedelsförmåner. Antalet ledamöter minskades med syfte att nå en mer ändamålsenlig arbets- och rollfördelning mellan nämnden och myndighetens tjänstemän.

Tabell B3.14 TLV, intäkter och anställda, 2009 och 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	87 667	1 734	89 401	56
2009	82 811	12 198	95 009	45

Källa: Resultaträkningar i årsredovisningar, avser förbrukade medel.

Regeringsuppdrag till myndigheterna

I bilagan redovisas först antal nya regeringsuppdrag per år 2000-2011 till Statens folkhälsoinstitut (FHI), Läkemedelsverket (LV), Smittskyddsinstitutet (SMI), Socialstyrelsen (SoS), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Uppdragen redovisas fördelade på uppdrag i regleringsbrev respektive särskilda regeringsbeslut. I de fall myndigheterna tilldelas medel i samband med de särskilda uppdragen redovisas detta.¹

Därefter finns i bilagan en förteckning över uppdrag inom kunskapsområdet år 2010 till dessa myndigheter.

Tabell B4.1 Nya regeringsuppdrag 2000–2011, FHI, LV, SMI, SoS, SBU och TLV

FHI	Antal nya uppdrag i regleringsbrev	Antal nya uppdrag med särskilda regeringsbeslut	Särskilda medel. tkr
2011	11	9	66 210
2010	16	8	117 900
2009	14	9	81 900
2008	14	19	56 040
2007	9	3	5 960
2006	4	2	5 250
2005	5	2	5 000
2004	6	4	1 000
2003	10	5	0
2002	1	8	61 200
2001	14	5	1 700
2000	7	2	200

¹ Vissa uppdrag sträcker sig över flera år. När det i underlagen från myndigheterna redovisats medel för respektive år redovisas de per år, annars det år uppdraget gavs.

LV	Antal nya uppdrag i regleringsbrev	Antal nya uppdrag med särskilda regeringsbeslut	Särskilda medel. tkr
2011	9	5	6 000
2010	10	5	735
2009	9	6	10 600
2008	5	-	-
2007	5	1	0
2006	6	-	-
2005	6	-	-
2004	1	1	0
2003	4	2	0
2002	4	2	0
2001	4	2	0
2000	2	1	0
SMI	Antal nya uppdrag i regleringsbrev	Antal nya uppdrag med särskilda regeringsbeslut	Särskilda medel. tkr
2011	8	6	2 320
2010	2	2	
2009	1	1	
2008	1	-	
2007	2	-	
2006	1	-	
2005	2	-	
2004	3	-	
2003	2	-	
2002	2	-	
2001	5	-	
2000	2	-	

SoS	Antal nya uppdrag i regleringsbrev	Antal nya uppdrag med särskilda regeringsbeslut	Särskilda medel, ² tkr	
			externa medel (sakanslag)	från anslag i RB
2011	55	82	95 312	2 250
2010	53	80	51 250	45 910
2009	34	94	147 650	18 850
2008	48	43	10 050	78 073
2007	35	41	30 350	21 174
2006	35	29		
2005	31	31		
2004	28	9		
2003	18	23		
2002	23	7		
2001	40	14		
2000	29	15		
SBU	Antal nya uppdrag i regleringsbrev	Antal nya uppdrag med särskilda regeringsbeslut	Särskilda medel, tkr	
2011	3	-		-
2010	3	2		500
2009	4	2		11 750
2008	4	-		
2007	3	1		
2006	2	2		
2005	2	2		
2004	5	1		
2003	5	2		
2002	4	-		
2001	4	3		
2000	1	-		

² Särskilda medel till Socialstyrelsen redovisas uppdelade på externa medel (sakanslag) och beslut om att disponera anslag i regleringsbrevet

TLV	Antal nya uppdrag i regleringsbrev	Antal nya uppdrag med särskilda regeringsbeslut	Särskilda medel. tkr
2011	2	se år 2010	
2010	2	3	5 900
2009	3	2	4 200
2008	-	1	10 000
2007	1	1	0
2006	1		
2005	-		
2004	-		
2003	-	2	0
2002	-		

*

Källa: Respektive myndighets regleringsbrev och underlag från myndigheterna.

Regeringsuppdrag inom kunskapsområdet till FHI, LV, SMI, SoS, SBU och TLV

Genomgång av uppdrag inom kunskapsområdet (inkl. uppföljning och utvärdering) år 2010 för att ge en bild av mängden uppdrag och vad de handlar om. År 2010 väljs för att det är det senaste hela året. Uppdrag som räknats som ”uppdrag inom kunskapsområdet” baseras på utredningens egna bedömningar.

Tabell B4.2 Regeringsuppdrag inom kunskapsområdet år 2010, FHI, LV, SMI, SoS, SBU och TLV.

I regleringsbrev 2010	Särskilda regeringsbeslut 2010
FHI	
ADNT-uppdrag: Stödja arbetet på regional och lokal nivå för att uppnå målen i de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna	Utarbeta vägledning för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande
Bevaka f.d. Alkoholkommitténs projekt	Utveckla öppna jämförelser inom folkhälsoområdet
Samverkansprojekt med LV inom matvanor och fysisk aktivitet	Utllysning av utvecklingsmedel till kommuner för utveckling av metoder för föräldrastöd
	Riktat föräldrastöd till föräldrar till barn med funktionsnedsättning.
	Samordna en uppmärksamhetsvecka på området goda matvanor och fysisk aktivitet
	Följa utvecklingen av ungdomars levnadsvillkor
LV	
Ansvara för ledning och samordning av nätverksbaserad uppföljning av läkemedelseffekter av klinisk användning	Förbereda införandet av en nationell läkemedelsstrategi.
SoS ska i samverkan med LV utreda hur Learning Management System (LMS) skulle kunna användas för kunskaps-spridning och fortbildning kring läkemedelsförskrivning (redovisat)	Utreda frågan om inrättande av ett nationellt substansregister.
SMI	
Tillsammans med SoS och SVA följa och analysera utvecklingen hos smittsamma sjukdomar till följd av klimatförändringar	

SoS	
Hälso- och sjukvård	
I samverkan med LV utreda hur LMS skulle kunna användas för kunskaps spridning och fortbildning kring läkemedelsförskrivning (redovisat)	Fastställa ett utgångsläge samt föreslå en modell för uppföljning av skillnader i insjuknande och överlevnadstid efter en cancerdiagnos.
Redogöra för det rådande läget avseende tillgången på vårdplatser inom hälso- och sjukvården (redovisat)	Analysera orsakerna bakom utvecklingen av läkemedelsförsäljningen (redovisat)
Följa hur valfrihetssystemen påverkar tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet i vård och omsorg	Ang hedersrelaterat våld, analysera vilka behov som finns av vägledning, utvärdering
Tillse att vägledningar, ... för barnvård/hälsa finns utarbetade, tillgängliggörs och hålls uppdaterade.	Utarbeta en patienthandbok om patientsäkerhet...samverkan med SKL.
Uppmärksamma cancer i arbetet med kunskapsstyrning, uppföljning och utvärdering...samordning av arbetet rörande cancersjukdomar.	Följa och analysera den geografiska tillgängligheten till läkemedel
Lämna förslag på åtgärder som höjer kvaliteten på de uppgifter som läkare lämnar i medicinska underlag som berör sjukförsäkringen (redovisat)	Vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsför måga.
Genomföra en förstudie för en enkät till patienter inom cancervården (redovisat)	Ta fram och sprida exempel kring goda måltidsupplevelser inom hälso- och sjukvården
Kartlägga ledtider i cancervården (redovisat)	Ta fram en särskild utgåva av öppna jämförelser för cancersjukvården
Redovisa projekt som finansieras av Dagmar (redovisat)	Utreda förutsättningarna för att följa väntetiderna på akutmottagningar
Redovisa arbetet med nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer inom tandvårdsområdet (redovisat)	Följa upp förbättringar i den psykiatriska heldygnsvården

	Utforma och ansvara för den sam- lade uppföljningen av Patientsäker- hetssatsning 2011
	Genomföra en nordisk konferens ang förebyggandet av oönskade gravidi- teter (genomfört)
	Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen (redovi- sad)
	Förstudie strategiskt arbete NR (redovisad)
	Förstudie om hur vissa bostäder ska utformas (värdigt liv) (redovisad)
	Bistå FK med att beskriva vad som kan rymmas inom begreppet allvar- lig sjukdom.
	Inrätta en funktion för samordning och koordinering inom området säll- synta sjukdomar
Handikappområdet	
Ta fram en kunskapsöversikt kring situationen för familjer med barn med funktionsnedsättning (redovisat)	Ta fram förslag på delmål samt struktur för uppföljning inför en handikappolitisk strategi (redovisat)
Kartlägga kommunernas tillämp- ning av insatsen ledsagning...	
Äldreområdet	
	Ta fram en nationell handlingsplan- och åtgärdsplan för säkerhetsfräm- jande arbete
	Stödja framtagandet av lokala vär- dighetsgarantier
	Ta fram en vägledning för ökat stöd till äldre personer med psykisk ohälsa
	Utveckla ett nationellt instrument som underlag för behovsbedömning
	Vägledande underlag för precisering av kunskaper som behövs inom äldreomsorgen.
	Ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens.

	Stödja utveckling av utbildning i värdegrundsfrågor inom äldreomsorgen
	Ta fram handledningsmaterial och informationsmaterial om den nationella värdegrunden för äldreomsorgen.
Individ- och familjeomsorg	
Intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser (redovisat)	Utvärdera effekterna av behandlingsmetoder för personer som begått sexuella övergrepp mot barn, kartlägga förekomsten av sådana metoder (redovisat)
Följa upp lagändringar avseende vård av unga...	Följa hur 2006 års vårdnadsreform slagit igenom i socialtjänstens arbete
Sammanställa kunskaper om metoder för stöd vid konfliktlösning vid vårdnadstvister (redovisat)	Utvärdering prostitution köpare och säljare
Verka för att befintlig kunskap om socialtjänstens stöd till våldutsatta kvinnor...sprids till personalen inom socialtjänsten (redovisat)	
Implementera och sprida kunskap om hemlöshetsstrategin	
Folkhälsa	
Följa och analysera utvecklingen av smittsamma sjukdomar till följd av klimatförändringar..., tillsammans med FHI och SVA.	Utvärdera förberedelserna inför en influensaepidemi
Samlad uppföljning av den nationella strategin mot antibiotikaresistens... i samråd med berörda aktörer (redovisat)	Lägesrapport avseende verksamheten inom ADNT-områdena (redovisat)
Följa och utvärdera implementeringen av Sveriges åtagande med anledning av det Internationella hälsoreglementet 2005	Utvärdera pilotstudie i syfte att pröva ett självmordsförebyggande program
Omvärldsanalys avseende tillgång på influensavaccin (redovisat)	Följa utvecklingen av ungas levnadsvillkor

Övriga	
	Åtgärder i enlighet med villkoren för särskilda medel för samordningen av beredskap för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar (redovisat)
	Utvärdera effekten av det generella förbudet mot kvicksilver (tandvård) (redovisat)
SBU	
Redovisa hur internationella medicinska utvärderingar kan kvalitetsgranskas, kompletteras och göras tillgängliga för svensk hälso- och sjukvård (har redovisats)	Uppdrag angående behandlingsmetoder för personer som begått eller riskerar begå sexuella övergrepp mot barn.
Bedriva upplysningstjänst för hälso- och sjukvårdspersonal med kliniska frågor som kräver snabbutvärdering av det vetenskapliga området	I samråd med FHI och SoS utreda evidensgraderingen för metoder på folkhälsoområdet.
Fortsätta ta fram kunskapsöversikter inom området psykiatrisk vård, behandling och rehabilitering	
TLV	
Medverka i informations- och utbildningsinsatser om det nya tandvårdsstödet för personal inom tandvården respektive Försäkringskassan.	Genomföra hälsoekonomiska bedömningar inom slutenvården.
Göra en analys och bedömning av dagens prissättningsmodeller på läkemedel... (har redovisats)	Bistå i processen med att utarbeta en nationell läkemedelsstrategi

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting

Det sluts löpande nya överenskommelser mellan regeringen och SKL. Förteckningen är således baserad på den information utredningen hade i början av oktober år 2011. Vi reserverar oss för att det kan finnas överenskommelser som inte finns med i förteckningen.

Kömiljarden: Regeringen och SKL har enats om prestationsbaserade ersättningar för tillgänglighetsarbetet i hälso- och sjukvården för år 2011. Överenskommelsen består dels av en nationell tillgänglighetsattsning som omfattar en miljard kronor, dels en särskild tillgänglighetsattsning för barn och unga med psykisk ohälsa som omfattar totalt 214 miljoner kronor. För att få ta del av medlen ska landstingen rapportera enligt vissa krav i den nationella väntetidsdatabasen. Ersättningen beror sedan på väntetider i vården. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp Kömiljarden.¹

Sjukskrivningsprocessen: Bakgrunden är den s.k. sjukvårdsmiljarden som staten införde för åren 2006–2009 för att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. Regeringen och SKL är överens om att staten utbetalar maximalt 2 miljarder kronor till landstingen för perioden 2010–2011. Utbetalningsmodellen består dels av en villkorad del som är kopplad till konkreta åtgärder som hälso-

¹ Den senaste uppföljningen visar att antalet patienter som står på väntelista för ett specialistbesök eller en operation fortsatte att minska under år 2010. Samtidigt finns tecken på att återbesökspatienter, som inte omfattas av vårdgarantin, ibland får vänta längre. Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att tillgängligheten inom hälso- och sjukvården har förbättrats men att det finns tecken på undanträngningseffekter. Mer uppföljning och kunskap krävs dock för att belägga undanträngning. Socialstyrelsen (2010), *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden" – Årsrapport 2010*.

och sjukvården ska genomföra, dels en rörlig del kopplad till förändringar i sjukfrånvaron.²

Rehabiliteringsgarantin: Staten och SKL tecknade en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti från och med den 1 juli 2008. Garantin omfattar medicinsk behandling och rehabilitering för patienter med lätta och medelsvåra psykiska besvär som ångest, depression och stress samt smärta i axlar, nacke och rygg. Behandlingarna och insatserna ska ske enligt evidens och bidra till förbättrad återgång i arbete. Överenskommelsen har förlängts ett år i taget. 2011 avsätter regeringen 1 miljard kronor.³

Cancer: Staten har slutit överenskommelser med SKL om hur regeringen, landstingen och regionerna ska utveckla cancerarbetet i hälso- och sjukvården. Grunden är den nationella cancerstrategin. Totalt omfattar överenskommelsen för år 2011 insatser för 32 miljoner kronor.⁴

Kunskap till Praktik: Överenskommelse mellan staten och SKL om fortsatt utvecklingsarbete, implementering av nationella riktlinjer för missbruks och beroendevården. Utvecklingsarbetet har fått namnet Kunskap till praktik. Regeringen avsätter 30 miljoner kronor under år 2011.

Förstärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården: Överenskommelsen innebär att utvidga det stöd till utveckling av missbruks- och beroendevården, som genomförs inom ramen för Kunskap till praktik. Överenskommelsen omfattar hela perioden 2011-2014. Regeringen avsätter 12 miljoner kronor årligen.⁵

Modellområden: Under tre år har, enligt en överenskommelse mellan Regeringen (Socialdepartementet) och SKL, genomförts ett projekt kring barn och ungas psykiska hälsa i 14 modellområden i landet. Parterna har enats om en fortsatt satsning på att förbättra och samordna insatserna för att främja psykisk hälsa och effektivt

² Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Landsting. *Överenskommelse mellan staten och SKL om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010–2011.*

³ Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och landsting. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om rehabiliteringsgaranti för 2011.*

⁴ Regeringen, Socialdepartementet, S2010/9129/HS, *Godkännande av en överenskommelse om insatser inom ramen för den nationella cancerstrategin 2011.*

⁵ Regeringskansliet, Socialdepartementet, Bilaga till protokoll vid regeringsammansamling 2011-09-15, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till utveckling av ett förstärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården.*

möta och behandla psykisk ohälsa och psykisk sjukdom hos barn och unga.⁶

Dagmar: Den första Dagmaröverenskommelsen slöts år 1985. Syftet med Dagmaröverenskommelser är att genom riktade satsningar i samförstånd mellan staten och huvudmännen stimulera utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården. I Dagmaröverenskommelsen för år 2011 ska de projekt som beviljas medel ha som mål att förbättra möjligheten till uppföljning av resultat och utveckling. Projekt för år 2011 är satsning på nationella kvalitetsregister (totalt 93 miljoner kronor), nationell e-hälsa (40 miljoner kronor), öppna jämförelser (totalt 13 miljoner kronor⁷) och samlad information om väntetider i vården (12 miljoner kronor).⁸

Samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre: Stimulansmedlen ska framöver kopplas till prestations- eller resultatbaserade mål. Medlen för 2011, 150 miljoner kronor, ska i huvudsak användas för att påbörja arbetet med att ta fram underlag för bestämning av lämpliga indikatorer för måluppfyllelse, förstudier och kunskapssammanställningar. Medel ska också användas som stöd till huvudmännen inför genomförandet av satsningen 2012–2014. Totalt uppgår satsningen till 3,75 miljarder kronor under mandatperioden.⁹

Prestationsbaserat statsbidrag för insatser för äldre: Överenskommelsen mellan staten och SKL för år 2011 kommer i huvudsak att inriktas på att förbättra möjligheterna till uppföljning och utveckling av vården och omsorgen om äldre personer. Medlen för 2011, 271 miljoner kronor, ska användas till stöd till förbättringsarbete, försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre, ökat engagemang i kvalitetsregister, nationell samordning samt utvärdering.¹⁰

Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område: Överenskommelsen mellan staten och SKL syftar till att stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik.

⁶ Socialdepartementet, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa*.

⁷ varav 5,5 miljoner kronor till Socialstyrelsen,

⁸ Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och landsting, *Dagmaröverenskommelse 2011 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om vissa ersättningar till utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården*.

⁹ Socialdepartementet, Bilaga till regeringsbeslut 2011-06-16 nr II:6, *Insatser för att samordna vård och omsorg om det mest sjuka äldre 2011 – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*.

¹⁰ Socialdepartementet, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-01-27 nr II:1, *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser till äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*.

Totalt för år 2011 ska 104,5 miljoner kronor fördelas på olika projekt, däribland strategi för nationell e-hälsa.¹¹

Patientsäkerhet: Staten och SKL har enats om en prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhetsarbete i landstingen. 500 miljoner kronor avsätts för år 2011. Medelstillelningen utgår från vissa grundläggande krav samt prestationer avseende mätning av patientsäkerhet, hygien, trycksår och antibiotikaföreskrivning.¹²

Överenskommelse om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet: Staten och SKL har sedan år 2006 årligen slutit överenskommelse om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. En grund för överenskommelsen är den nationella strategin och regionala planer mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. Den senaste överenskommelsen är treårig med start 2010. Den omfattar stimulansåtgärder samt stöd till viss verksamhet av riksintresse och viss verksamhet till nytta för flera regionala huvudmän. Huvudmännen samordnar och prioriterar ansökningarna samt fördelar statsbidragen inom egen verksamhet samt till ideella organisationer på regional och lokal nivå. Överenskommelsen för år 2011 omfattar 95 miljoner kronor.¹³

Läkemedelsavtalet: Staten och SKL träffar årligen överenskommelse kring formerna för statens ersättning till landstingen avseende kostnaderna för läkemedelsförmånerna. För år 2011 erhåller landstingen 22,9 miljarder kronor. Överenskommelsen rör finansiering av läkemedelsförmånerna. Finansiella ramar, fördelning av statsbidraget mellan landstingen, nationella läkemedelsstrategin (beslutad 26 augusti 2011) samt IT-frågor.¹⁴

En mer jämlik hälso- och sjukvård: Regeringen har ingått en överenskommelse med SKL i syfte att bidra till att öka nyttiggörandet av öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och därmed bidra till en mer jämlik vård av högre kvalitet och effektivitet. Överenskommelsen omfattar ett antal insatser, däribland att stärka landstingens strukturer för utveckling, landstingsanalyser av öppna jämförelser 2011, nationellt stöd till dessa insatser, förstudier om bland annat aktuella data ur kvalitetsregister och ett pilotprojekt

¹¹ Socialdepartementet, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-01-27 nr II:2, *Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område – överenskommelse för 2011 mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.*

¹² Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, *Patientsäkerhetsåtgärder 2011 – överenskommelse mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet.*

¹³ Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse mellan staten och SKL om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet för år 2011.*

¹⁴ Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse om statens ersättning för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. för år 2011.*

för att öka jämlikhet i första linjens vård inom utsatta bostadsområden. Totalt omfattar denna överenskommelse 15 miljoner kronor.¹⁵

¹⁵ Socialdepartementet och SKL, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård*. S2011/5879/FS.

Statens offentliga utredningar 2011

Kronologisk förteckning

1. Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. U.
2. Välfärdsstaten i arbete. Inkomsttrygghet och omfördelning med incitament till arbete. Fi.
3. Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. S.
4. Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. N.
5. Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. A.
6. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. S.
7. Transporter av frihetsberövade. Ju.
8. Den framtida gymnasiesärskolan – en likvärdig utbildning för ungdomar med utvecklingsstörning. U.
9. Barnen som samhället svek. Åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelse i samhällsvården. S.
10. Antidopning Sverige. En ny väg för arbetet mot dopning. Ku.
11. Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande. Fi.
12. Medfinansiering av transportinfrastruktur – utvärdering av förhandlingsarbetet jämte överväganden om brukaravgifter och lånevillkor. N.
13. Uppföljning av signalspaningslagen. Fö.
14. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011 – geologin, barriärerna, alternativen. M.
15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. S.
16. Allmän skyldighet att hjälpa nödställda? Ju.
17. Förvar. Ju.
18. Strålsäkerhet – gällande rätt i ny form. M.
19. Tid för snabb flexibel inläring. U.
20. Dataskydd vid europeiskt polisiärt och straffrättsligt samarbete. Dataskyddsrambeslutet, Europolanställdas befattning med hemliga uppgifter. Ju.
21. Utrikesförvaltning i världsklass. UD.
22. Spirit of Innovation. UD.
23. Revision av livsmedelskedjans kontrollmyndigheter. L.
24. Sänkt restaurang- och cateringmoms. Fi.
25. Utökad polissamarbete i Norden och EU. Ju.
26. Studiemedel för gränslös kunskap. U.
27. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – En bit på väg. N.
28. Cirkulär migration och utveckling – förslag och framåtblick. Ju.
29. Samlat, genomtänkt och uthålligt? En utvärdering av regeringens nationella handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006–2009. + Lättläst + Daisy + Punktskrift. A.
30. Med rätt att välja – flexibel utbildning för elever som tillhör specialskolans målgrupp. U.
31. Staten som fastighetsägare och hyresgäst. S.
32. En ny upphovsrättslag. Ju.
33. Rapportera, anmäla och avhjälpa missförhållanden – för barns och elevers bästa. U.
34. Etappmål i miljömålssystemet. M.
35. Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individen, kunskapen och ansvaret. S.
36. Forskning och utveckling samt försvarslastik – i det reformerade försvaret. Fö.
37. Rovdjurens bevarandestatus. M.
38. Ett myndighetsgemensamt servicecenter. S.
39. Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den kommunala utjämningen + Bilagor. Fi.

40. Månadsavgifter – snabbt och enkelt. S.
41. Alkoholserving på särskilda boenden. S.
42. En reformerad domstolslagstiftning. Ju.
43. Offentlig upphandling från eget företag?!
– och vissa andra frågor. Fi.
44. Fjärrvärme i konkurrens. N.
45. Förundersökning
– objektivitet, beslag, dokumentation
m.m. Ju.
46. FRANS
Framtida regelverk och ansvars-
förhållanden på naturgasmarknaden i
Sverige. N.
47. En samlad ekobrottsbekämpning. Ju.
48. Vård efter behov och på lika villkor
– en mänsklig rättighet. S.
49. Medfinansiering av transportinfrastruktur
– Ett nytt system för den långsiktiga
planeringen av transportinfrastruktur
samt riktlinjer och processer för med-
finansiering. N.
50. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s
Fud-program 2010. M.
51. Fortsatt föräldrar - om ansvar, ekonomi,
och samarbete för barnets skull. S.
52. Uppdragstagare i arbetslöshetsförsäk-
ringen. A.
53. Ny instansordning för va-målen. S.
54. Större ekonomisk trygghet för
förtroendevalda. Rätt till ersättning vid
arbetslöshet. A.
55. Kommunaliserad hemsjukvård. S.
56. Kunskap på djupet – kunskapsunderlag
för havsplanering. M.
57. En bättre arbetsmiljö genom effektivare
sanktioner. A.
58. Skolans dokument – insyn och sekretess.
U.
59. Spara i goda tider
– för en stabil kommunal verksamhet
+ Bilagedel. Fi.
60. Ett nationellt kunskapscentrum
för arbetsmiljö
– behov och förutsättningar. A.
61. Vanvård i social barnavård. Slutrapport. S.
62. Underhållsansvaret för statens renskötsel-
anläggningar. L.
63. Framgångsrik företagshälsovård
– möjligheter och metoder. S.
64. Asylsökande ensamkommande barn.
En översyn av mottagandet. Ju.
65. Statens roll i framtidens vård- och
omsorgssystem – en kartläggning. S.

Statens offentliga utredningar 2011

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Transporter av frihetsberövade. [7]
Allmän skyldighet att hjälpa nödställda? [16]
Förvar. [17]
Dataskydd vid europeiskt polisiärt och straff-
rättsligt samarbete.
Dataskyddsrambeslutet, Europolanställas
befattning med hemliga uppgifter. [20]
Utökad polissamarbete i Norden och EU. [25]
Cirkulär migration och utveckling
– förslag och framåtblick. [28]
En ny upphovsrättslag. [32]
En reformerad domstolslagstiftning. [42]
Förundersökning
– objektivitet, beslag, dokumentation
m.m. [45]
En samlad ekobrottsbekämpning. [47]
Asylsökande ensamkommande barn.
En översyn av mottagandet. [64]

Utrikesdepartementet

- Utrikesförvaltning i världsklass. [21]
Spirit of Innovation. [22]

Försvarsdepartementet

- Uppföljning av signalspaningslagen. [13]
Forskning och utveckling samt försvarslogistik
– i det reformerade försvaret. [36]

Socialdepartementet

- Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. [3]
Missbruket, Kunskapen, Vården.
Missbruksutredningens forskningsbilaga.
[6]
Barnen som samhället svek.
Åtgärder med anledning av övergrepp och
allvarliga försummelse i samhällsvården.
[9]
Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. [15]
Staten som fastighetsägare och hyresgäst. [31]

- Bättre insatser vid missbruk och beroende –
Individen, kunskapen och ansvaret. [35]
Ett myndighetsgemensamt servicecenter. [38]
Månadsuppgifter – snabbt och enkelt. [40]
Alkoholserving på särskilda boenden. [41]
Vård efter behov och på lika villkor
– en mänsklig rättighet. [48]
Fortsatt föräldrar – om ansvar, ekonomi och
samarbete för barnets skull. [51]
Ny instansordning för va-målen. [53]
Kommunaliserad hemsjukvård. [55]
Vanvård i social barnavård. Slutrapport. [61]
Framgångsrik företagshälsovård
– möjligheter och metoder. [63]
Statens roll i framtidens vård- och omsorgs-
system – en kartläggning. [65]

Finansdepartementet

- Välfärdsstaten i arbete.
Inkomststrygghet och omfördelning med
incitament till arbete. [2]
Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande.
[11]
Sänkt restaurang- och cateringmoms. [24]
Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den
kommunala utjämningen + Bilagor. [39]
Offentlig upphandling från eget företag?!
– och vissa andra frågor. [43]
Spara i goda tider – för en stabil kommunal
verksamhet + Bilagedel. [59]

Utbildningsdepartementet

- Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. [1]
Den framtida gymnasiesärskolan
– en likvärdig utbildning för ungdomar
med utvecklingsstörning. [8]
Tid för snabb flexibel inläring. [19]
Studiemedel för gränslös kunskap. [26]
Med rätt att välja
– flexibel utbildning för elever som tillhör
specialskolans målgrupp. [30]

Rapportera, anmäla och avhjälpa missförhållanden – för barns och elevers bästa. [33]
Skolans dokument – insyn och sekretess. [58]

Landsbygdsdepartementet

Revision av livsmedelskedjans kontrollmyndigheter. [23]
Underhållsansvaret för statens renskötselänläggningar. [62]

Miljödepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011 – geologin, barriärerna, alternativen. [14]
Strålsäkerhet – gällande rätt i ny form. [18]
Etappmål i miljömålssystemet. [34]
Rovdjurens bevarandestatus. [37]
Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2010. [50].
Kunskap på djupet
– kunskapsunderlag för havsplanering. [56]

Näringsdepartementet

Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. [4]
Medfinansiering av transportinfrastruktur – utvärdering av förhandlingsarbetet jämte överväganden om brukaravgifter och lånevillkor. [12]
Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – En bit på väg. [27]
Fjärrvärme i konkurrens. [44]
FRANS
Framtida regelverk och ansvarsförhållanden på naturgasmarknaden i Sverige. [46]
Medfinansiering av transportinfrastruktur – Ett nytt system för den långsiktiga planeringen av transportinfrastruktur samt riktlinjer och processer för medfinansiering. [49]

Kulturdepartementet

Antidopning Sverige.
En ny väg för arbetet mot dopning. [10]

Arbetsmarknadsdepartementet

Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. [5]
Samlat, genomtänkt och uthålligt?
En utvärdering av regeringens nationella handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006–2009. + Lättläst + Daisy + Punktskrift. [29]

Uppdragstagare i arbetslöshetsförsäkringen. [52]
Större ekonomisk trygghet för förtroendevalda. Rätt till ersättning vid arbetslöshet. [54]
En bättre arbetsmiljö genom effektivare sanktioner. [57]
Ett nationellt kunskapscentrum för arbetsmiljö
– behov och förutsättningar. [60]