

God vård på lika villkor?

– underlag till slutbetänkande



Bilaga 2–6

Bilagor till slutbetänkande av
Kommittén om hälso- och sjukvårdens
finansiering och organisation – HSU 2000



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 1999:66



Statens offentliga utredningar

1999:66

Socialdepartementet

God vård på lika villkor?

– om statens styrning av hälso- och sjukvården

Bilaga 2-6

Slutbetänkande från kommittén om hälso- och sjukvårdens
finansiering och organisation
Stockholm 1999

SOU och Ds som ingår i 1999 års nummerserie kan köpas från Fakta Info Direkt. För remissutsändningar av SOU och Ds som ingår i 1999 års nummerserie svarar Fakta Info Direkt på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress: Fakta Info Direkt, Kundservice
Box 6430, 113 82 Stockholm
Tel: 08-587 671 00, Fax: 08-587 671 71
E-post order@faktainfo.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 1993.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Information Rosenbad
Regeringskansliet
103 33 Stockholm
Fax: 08-405 42 95
Telefon: 08-405 47 29

Innehåll

Förord	5
1 Bilaga 2 Hearing om vårdforskningen den 24 november	
Dokumenterad av Helene Wallskär	7
1.1 Inledning.....	7
1.2 Sju forskningsfält	7
1.3 Forskningsfinansiering nu och i framtiden.....	25
1.4 Exempel på programsatsning	36
1.5 Finansiering av och ansvar för vårdforskningen.....	39
1.6 Vårdhögskolornas integrering i statliga universitet och högskolor.....	45
1.7 Paneldiskussion: Hur kan vi öka utbytet mellan forskning och verksamhet?	48
2 Bilaga 3 Kartläggning av vårdforskningen under perioden 1977-1998	
Av Alice Rinell Hermansson	53
2.1 Bakgrund	54
2.2 Studier om utvecklingen efter VÅRD 77	55
2.3 Material och tillvägagångssätt.....	56
2.4 Forskarutbildade personer	57
2.5 Forsknings- och utbildningsmiljöer.....	62
2.6 Reflektioner och slutsatser	73
2.7 Bilaga: Förteckning över doktorsavhandlingar som producerats under perioden 1977-1998 av biomedicinska analytiker, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och barnmorskor	81
3 Bilaga 4 Hur ska vården styras i framtiden?	
-hearing den 12 januari 1999	
Dokumenterad av Camilla Gramner och Catrin Oscarsson	115
3.1 Inledning.....	115

3.2 Nya värderingar.....	117
3.3 Om egenvård – utvecklingslinjer.....	119
3.4 Om Infomedica – visionen.....	121
3.5 Utfrågning.....	123
3.6 Jämställdhetsaspekten.....	125
3.7 Etnicitet och vård.....	128
3.8 Socioekonomiskt perspektiv – Europa.....	130
3.9 Utfrågning.....	134
3.10 Europa.....	135
3.11 Utfrågning.....	141
3.12 Västra Götaland.....	143
3.13 Skåne.....	145
3.14 Västerbottens landsting.....	147
3.15 Vilhelmina kommun.....	150
3.16 Örebro kommun.....	151
3.17 Utfrågning.....	153
3.18 Paneldebatt.....	155
4 Bilaga 5 Statlig styrning av hälso- och sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen	
Av Anders Anell och Patrick Svarvar.....	165
4.1 Introduktion.....	165
4.2 Dagmaröverenskommelser 1985–1997.....	167
4.3 Det nationella perspektivet.....	174
4.4 Sjukvårdshuvudmännens perspektiv.....	178
4.5 Statlig styrning enligt sjukvårdshuvudmännen.....	186
4.6 Sammanfattande diskussion.....	193
5 Bilaga 6 Mot bättre vetande - Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården	
Av Peter Garpenby och Per Carlsson.....	217
5.1 Inledning.....	217
5.2 Gamla och nya styrformer.....	224
5.3 Förändrade roller och relationer mellan sjukvårdens aktörer.....	233
5.4 Vad innebär det att styra?.....	250
5.5 Att styra mot ett kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården.....	254
5.6 Komponenter i en struktur för kunskapsstyrning.....	266
5.7 Huvudmodeller för kunskapsstyrning.....	295
5.8 Förutsättningar för en framgångsrik kunskapsstyrning.....	298
5.9 Genomslag för kunskapsstyrning – ändrar mottagaren sitt beteende?.....	304

5.10 Mot en nationell strategi.....	309
5.11 Slutsatser	326

Förord

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har bl.a. i uppdrag att behandla formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården samt vårdforskningens finansiering och organisation. Underlag till dessa delar av kommitténs arbete presenteras i denna bilaga 2 till slutbetänkandet. Bilaga 1 till slutbetänkandet innehåller ett antal vetenskapliga litteraturoversikter av genomförda utvärderingar av nya styrformer för hälso- och sjukvården.

Kommittén har inför arbetet med sitt slutbetänkande genomfört två hearingar, *Vårdforskningens innehåll och utveckling* den 24 november 1998 och *Hur skall vården styras i framtiden?* den 12 januari 1999. Båda dessa hearingarna är dokumenterade i denna bilaga. Inom sekretariatet har Gudrun Dahlberg ansvarat för planering och genomförande av hearingen om vårdforskningen och dokumentationen har utförts av Helen Wallskär. Sofia Kälvemark har ansvarat för planering och genomförande av hearingen om vårdens styrning i framtiden. Dokumentation av denna hearing har utförts av Camilla Gramner och Catrin Oscarsson, EuroFutures AB.

I denna bilaga redovisas även *Mot bättre vetande, statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården* av Peter Garpenby och Per Carlsson, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi i Linköping, *Statlig styrning av hälso- och sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen* av Anders Anell och Patrick Svarvar, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund samt en kartläggning av *Den nya vårdforskningen* utarbetad av Alice Rinell Hermansson.

Ansvar för dessa tre rapporter och de bedömningar de innehåller vilar på respektive författare.

Stockholm i maj 1999

Leni Björklund
Ordförande

Ulla Åhs
Huvudsekreterare

1 Bilaga 2

Hearing om vårdforskningen den 24 november 1998 på Rosenbads konferenscenter, Stockholm

Dokumenterad av Helene Wallskär

1.1 Inledning

Ulla Åhs, huvudsekreterare i HSU 2000:

Frågorna om vårdforskningens finansiering och organisation har stor aktualitet med tanke på omställningen och omstruktureringen i sjukvården. Genom att kommunerna tagit över delar av hälso- och sjukvården har vi fått fler sjukvårdshuvudmän och detta påverkar vårdforskningens inriktning och organisation. Om man blickar tillbaka på vårdforskningen och den medicinska forskningen är det framför allt regionsjukhusen som varit drivkrafter i FoU-verksamheten. Nu vårdas patienterna allt kortare tid på sjukhus och stora grupper får sin vård inom kommunal hemsjukvård och vid kommunala sjukhem. Detta ställer nya krav på hur vi utformar vårdforskningen framöver.

Syftena med hearingen är bl.a. att belysa bredden inom vårdforskningen och lyfta fram de problem som finns. Förhoppningen är också att kunna fånga upp idéer om förändringar av finansiering och organisation som kan underlätta för vårdforskningen.

1.2 Sju forskningsfält

Företrädare för sju olika forskningsfält inom vårdforskningen redogjorde för aktuell forskning, framtida forskningsbehov och speciella problem inom sina respektive områden.

Omsorgsforskning (särskilt äldreomsorgsforskning)

Marta Szebehely, Socialhögskolan i Stockholm:

Omsorgsforskningen är ett område som traditionellt *inte* har förknippats särskilt mycket med vårdforskning. Detta kan dock, genom att kommunerna tagit över delar av sjukvården, komma att ändras. I dag har en hel del av vården blivit kommunal och kallas då helt plötsligt omsorg.

Omsorg är inte en beskrivning av någon speciell yrkesgrupps arbete eller av insatser för någon avgränsad kategori av hjälptagare. Jag utgår istället från till den norska omsorgsforskaren och sociologen Kari Waerness' definition av omsorgsarbete. Den säger att omsorgsarbete är hjälp åt människor som, enligt i samhället allmänt accepterade normer, inte kan klara sig på egen hand – exempelvis på grund av fysiska eller psykiska funktionshinder. Vad som är omsorg kan variera mellan olika kulturer och epoker.

Funktionshindren som skapar behov av omsorg kan, enligt definitionen, vara medfödda eller ha uppstått under livet, t.ex. på grund av åldrande. Syftet med omsorgsarbetet är sällan att bota eller förändra utan vanligen att bidra till överlevnad och vardagligt välbefinnande.

Det finns olika former av omsorgsarbete. Det kan vara avlönat eller oavlönat, det kan utföras av familjen, grannar, "det offentliga", vinstdrivande organisationer eller frivilligarbetare och arbetet kan utföras i hemmet, inom akutsjukvården vid sidan av rent sjukvårdande insatser eller på olika typer av institutioner.

När det gäller omsorgsforskning anser jag att det varken handlar om forskning *om* en specifik yrkesgrupp eller om forskning *utförd av* en viss yrkesgrupp, inom en specifik disciplin eller med en speciell metod.

Äldreomsorgsforskning är en del av omsorgsforskningen, men också av forskningen om äldre. Enligt den utredning som professor Birgitta Odén ledde, "Forskning om äldre" DSF/FRN: Rapport 89:5, domineras svensk forskning om äldre av ett myndighetsperspektiv. Utredningen underströk att det också behövs forskning utgående från de äldres perspektiv och från mer samhällskritiska utgångspunkter. Odénutredningen konstaterade 1989 att äldreforskning var en utpräglad mångvetenskaplig verksamhet som saknade fast förankring inom högskolan och påfallande ofta bedrevs vid centrumbildningar. Många separata forskningsprojekt bedrevs och forskningen karaktäriserades av kortsiktig finansiering.

Utredningens slutsatser ledde till flera åtgärder: Tre samhällsvetenskapliga äldreprofessurer (inom sociologi, socialt arbete och psykologi) tillkom. Det gjordes också en satsning på doktorandtjänster, programstöd och forskarassistenttjänster, samtliga administrerade av Socialvetenskapliga forskningsrådet, SFR.

En genomgång av de programstöd på ca 700 000 kronor per år i sex år som SFR beviljat till äldreforskning belyser den fortfarande starkt flervetenskapliga profilen hos samhällsvetenskaplig och humanistisk äldreforskning. De fem programstöden är "Åldrandets kultur", "De äldre och ekonomin", "Formell och informell omsorg om äldre", "Kungsholmenprojektet: en flervetenskaplig studie av åldrande och demens" samt "Äldreomsorgens vardag och villkor".

Även de doktorand- och forskarassistenttjänster med inriktning mot äldre som SFR finansierar innehas av personer från en rad olika forskningsdiscipliner.

En liknande bild ger en analys av 15 avhandlingar som berör äldreomsorg och under 1990-talet har lagts fram vid samhällsvetenskapliga eller humanistiska fakulteter. Dessa avhandlingar har lagts fram inom tio olika discipliner – exempelvis teologi, etnologi, sociologi och statsvetenskap.

När det gäller forskningens innehåll kan man urskilja dessa drag:

- Omsorgen i hemmet har blivit mer belyst än omsorgen på institution.
- Den avlönade omsorgen har studerats mer än den oavlönade.
- Omsorgen på nyare "institutioner" (exempelvis gruppboenden och servicehus) har utforskats mer än den på mer traditionella.
- Forskningen har ofta flera perspektiv, men omsorgsgivarna har belysts mer än mottagarna.
- Könsperspektiv förekommer, men finns inte alls med i den utsträckning som vore befogat.

Möjligheter och problem

Regeringen har tillkännagivit nya satsningar på äldreomsorgsforskning. För närvarande är samhällsvetenskaplig och humanistisk äldreforskning fortfarande mycket mindre omfattande än äldreforskning ur medicinska och/eller omvårdnadsperspektiv.

Det som framför allt är positivt hos dagens äldreomsorgsforskning och innebär stora möjligheter är att frågor som berör omsorg studeras från en rad olika perspektiv och inom många olika samhällsvetenskapliga och humanistiska discipliner. Forskningsmiljöerna vid centrumbildningar och regionala FoU-enheter är flervetenskapliga och man försöker ofta förena flera olika perspektiv och vetenskapliga infallsvinklar i samma studie eller forskningsprogram.

Ett problem kan vara att många äldreforskare/doktorander är ensamma inom detta fält på sin institution. Men detta behöver inte vara något stort problem. Det kan vara mycket fruktbart att verka på en

arbetsplats där det pågår forskning om helt andra områden, men med liknande perspektiv eller metoder. Problemet med de "ensamma" äldreforskarna kan mötas genom stöd till forskarnätverk, tvärvetenskapliga forskarkurser i internatform, programstöd och stöd till centrumbildningar.

Forskningsbehov

Den äldreomsorgsforskning som behövs mest idag är den som har fokus på konsekvenserna av de snabba förändringarna inom äldreomsorgen. Det är viktigt att ta reda på vad de samhällsekonomiska, ideologiska och organisatoriska förändringarna får för konsekvenser för de äldre, deras anhöriga och för omsorgspersonalen.

Eftersom allt förändras så snabbt är det inte heller rimligt att hävda att t.ex. hemtjänsten redan är relativt väl beforskad och att man därför ska satsa på att undersöka andra områden istället. Man måste fortsätta att bevaka även det man redan har undersökt.

Hoten mot äldreomsorgsforskningens kvalitet är framför allt två. Det ena är risken för ett alltför kortsiktigt tänkande där forskningen enbart inriktas på att skapa de billigaste och mest effektiva omsorgsmodellerna. Det andra hotet är att man "professionaliserar sönder" verksamheten genom att en disciplin får ensamrätt på omsorgsforskning och hindrar ett brett kunskapssökande ur många olika perspektiv.

Omvårdnadsforskning

Ingalill Rahm-Hallberg, Centrum för vårdvetenskap vid Lunds universitet:

Omvårdnadsforskning är för mig ett av flera områden inom vårdforskningen. Det som kanske allra mest karakteriserar den svenska omvårdnadsforskningen är att den är starkt knuten till kliniska frågeställningar. Ett annat genomgående drag är att incitamentet för omvårdnadsforskningen i första hand är att försöka se till att vården i alla delar vilar på en vetenskaplig grund istället för på personligt tycke och smak eller kvalificerade gissningar. Vårdutbildningarnas behov av att bedriva utbildning på vetenskaplig grund är i dagsläget inte ett lika starkt incitament.

Kravet för att få bedriva omvårdnadsforskning är ämneskunskaper i omvårdnad motsvarande minst 60 poäng. Den största yrkesgruppen bland omvårdnadsforskarna är sjuksköterskorna.

Omvårdnadsforskningen sträcker sig över en mängd olika frågeställningar. Bäst låter sig området förstås om man utgår från att det handlar om människors förutsättningar och begränsningar vad det gäller att leva ett bra dagligt liv i förhållande till sitt funktionella hälsotillstånd, som påverkas av sjukdom, behandling, personliga resurser, socioekonomiska förhållanden, tillgång till socialt nätverk och så vidare.

Inom det spektrat finns forskningsfrågor som rör sig mellan akuta situationer och livslånga sjukdomar liksom mellan tekniska aspekter och psykosociala frågor. Till detta ska fogas forskning om motivitet och preventivt arbete som i de flesta fall pågår parallellt med forskning omkring det vårdande arbetet.

Omvårdnadsforskningen studerar både offentlig vård och den vård som utförs i familjen. Den stora utmaningen för framtiden blir att öka kunskapen om samverkan mellan familjens och samhällets vård.

Omvårdnadsforskningen i vårt land har utvecklats från att främst ha studerat vårdpersonalen till att mer fokusera på vårdtagarna, deras sociala sammanhang och den vård de får. Den mesta omvårdnadsforskningen är än så länge inriktad på det som händer på sjukhus och andra institutioner. I framtiden kommer detta säkerligen att förändras.

Utvecklingen av omvårdnadsforskningen har gått mycket snabbt. Räknat från år 1977 har 127 avhandlingar tillkommit under ämnets första 15 år. Omkring 250 personer finns inom omvårdnadsforskningens forskarutbildning för närvarande. Utbildningen bedrivs vid de medicinska fakulteterna. Undantaget är Uppsala där det går att avlägga doktorsexamen i omvårdnad även inom den samhällsvetenskapliga fakulteten.

Omvårdnadsforskningens profil skiljer sig mellan universiteten. Omvårdnadsforskarna vid Umeå universitet har t.ex. i hög grad bidragit till kunskapsutveckling rörande demenssjukdomar och etiska frågor. Vid Linköpings universitet har det funnits en inriktning på omvårdnad vid stroke, undernäring och vid trycksår. Uppsalaforskarna har sysslat mycket med ungdomar och ungdomars förhållande till mat, men också med coping och livskvalitet samt med skillnaden mellan personal och patienter i bedömningen av patienternas omvårdnadsbehov. Omvårdnadsforskningen i Stockholm har mycket handlat om livskvalitet för den som lever med en långvarig sjukdom. I Lund har en stark inriktning varit att arbeta med interventioner för att utveckla vården av demensdrabbade. Lundaforskarna har också forskat kring vanligt förekommande omvårdnadsproblem i vården av äldre och svårt sjuka, t.ex. smärta och ätsvårigheter.

Utöver den universitetsanknutna omvårdnadsforskningen finns den som bedrivs vid vårdhögskolorna och de institutioner som ersätter för-

utvarande vårdhögskolor. Den vågar jag mig inte ens på att försöka sammanfatta.

Framtida forskningsbehov

Trots den snabba och omfattande utvecklingen, är de flesta områden inom omvårdnadsfältet fortfarande obeforskade. Det gäller även internationellt, med undantag för USA. Det är främst är samhällets behov av kunskap som bör vara vägledande när man väljer vilken omvårdnadsforskning man bör satsa på.

Det är bra med flervetenskaplighet och det behövs mer sådan, men detta får inte leda till att man glömmet bort det ämnesspecifika i omvårdnadsforskningen. Det går inte att bygga ett bra hus utan en stabil grund. Om kunskaperna inom ett ämne är dåliga kan ämnet inte bidra till en god flervetenskaplig kunskapsuppbyggnad.

Angelägen omvårdnadsforskning är sådan som fokuserar livet med långvariga sjukdomar, äldres omvårdnad, forskning med inriktning mot promotion och prevention, studier av interaktionen mellan familjen och den offentliga vården, av kommunikationen mellan olika vårdgivare samt forskning om omvårdnad ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Den forskning som hittills bedrivits har till största delen varit deskriptiv till sin karaktär. Kanske behöver vi nu gå över till mer av interventiv och experimentell forskning.

Problem

Det råder en stor brist på handledarkompetenta personer inom omvårdnadsforskningen. Det finns ett 20-tal docenter på området runt om i landet och ofta bara en ämnesföreträdare vid varje universitet. Dessutom är det dålig tillgång på doktorandtjänster och möjligheter att fortsätta forska efter avslutad forskarutbildning. Detta förstärker handledarbristen.

Ett annat problem är bristen på fasta ekonomiska resurser för omvårdnadsforskning. Det ekonomiska stödet till forskarutbildning och post-doktoral meritering är kort sagt obefintligt. Bortsett från Vårdalstiftelsen finns inga forskningsråd eller stiftelser som är inriktade på omvårdnadsforskning och det gör det svårt att få stora anslag.

Ett nytt problem när det gäller finansieringen har dykt upp i och med att tidigare landstingsdrivna vårdhögskolor går över till statligt huvudmannaskap. De få disputerade har följt med till den nya huvud-

mannen och har då inte längre tillgång till de anslag som landstingen utlyser.

Ålderssammansättningen bland omvårdnadsforskarna innebär också ett hinder för den fortsatta kunskapsutvecklingen. Medelåldern bland doktoranderna är relativt hög och många av dem går snart i pension. För att inte utvecklingen ska stanna av krävs satsningar på unga och nyutbildade.

Det finns en tendens att forskningsmiljöer byggs upp vid alla vårdhögskolor och högskolor med institutioner för omvårdnad. Det bidrar till att snarare sudda ut resurser än att stärka dem. Risken är att vi får ett stort antal ensamma docenter eller professorer med bristfällig anknytning till de forskarutbildande universiteten. Jag tror på en kraftsamling runt universiteten och där universitetssjukvård bedrivs, samt på nätverksbildning med de omgivande utbildningsorganisationerna.

Det är också mycket viktigt att omvårdnadsforskarna vänder sitt intresse mot kommunala verksamheter och att de som arbetar inom dessa har ett genuint intresse av relationer med forskarvärlden.

Klinisk medicinsk forskning

Agne Larsson, enheten för pediatrik vid Huddinge sjukhus samt ordförande i en arbetsgrupp som på uppdrag av medicinska forskningsrådet, MFR, utrett den kliniska forskningens villkor:

Den definition av klinisk forskning som arbetsgruppen valt är bred. Den säger att klinisk forskning är *sjukdomsorienterad* forskning. Enligt denna definition finns det både patientnära klinisk forskning och icke patientnära klinisk forskning (till exempel arbete med transgena djurmodeller för att studera diabetes).

Det är ibland viktigt att dra ordentliga gränser mellan forskning, utveckling och kvalitetssäkring. Gränserna behövs bl.a. när man diskuterar finansiering eftersom finansieringskällorna skiljer sig mellan de olika verksamheterna. Forskning är att systematiskt söka ny kunskap. Utveckling är att tillämpa forskningsresultat. Kliniska prövningar lyfts ofta fram som en viktig del av den kliniska forskningen, men handlar ofta om utvecklingsarbete.

Något som för närvarande diskuteras mycket i internationell litteratur är "translational research", översättningsforskning. Det amerikanska National Institute of Health satsar hårt på sådant arbete som syftar till att lyfta över grundforskningsresultat till klinisk forskning. I Sverige finns mycket sådan forskning och den bör vi slå vakt om.

Trots en dynamisk utveckling i Sverige och utomlands anser nu många att den kliniska forskningen i vårt land befinner sig i kris.

Arbetsgruppen har bl.a. använt sig av bibliometriska data när den försökt bedöma hur svensk klinisk medicinsk forskning "mår" idag. Dessa data tyder på att Sverige tappat mark internationellt sett.

Det är oroväckande eftersom framtida forskningsbehovet kommer att vara stort, inte minst om man ska följa önskemålen om evidensbaserad sjukvård. Det här handlar om att prioritera mellan dagens och morgondagens patienter.

Problem och förslag

Den hårdare ekonomiska styrningen av sjukvården medför stora problem för den kliniska forskningen. Tempot i sjukvården har skruvats upp och forskningsmiljöerna har därigenom försvagats.

När det gäller finansieringen är bristen på samordning mellan de många olika finansiärerna ett grundproblem. Finansiärerna agerar till stor del självständigt och det är svårt för en klinisk forskare att i förväg bedöma om det är möjligt att finansiera ett projekt.

MFR:s finansiering av patientnära klinisk forskning minskar och det är en utveckling som kan ifrågasättas. Industrins finansiering ökar vilket leder till en omfördelning så att uppdragsforskningen blir större och den fria kliniska forskningen mindre vid de medicinska fakulteterna. Forskningsresurserna på området är överhuvudtaget knappa.

Beträffande den kliniska forskningens organisation och struktur behövs, enligt arbetsgruppen, en kraftsamling av befintliga resurser.

Ytterligare ett problem som behöver åtgärdas är den höga medelåldern, 40-45 år, bland dem som avlägger doktors- och licentiats-examen inom området.

Några av de mest prioriterade förslagen i MFR-rapporten "Den kliniska forskningens kris och pris":

- Inrätta kliniska forskningscentra.
- Hälso- och sjukvårdens chefer på divisions-, klinik- och vårdcentralnivå bör ha egen forskningserfarenhet.
- Kliniska forskare bör få sammanhängande forskningsperioder.
- Dagmarmedel bör användas för att främja klinisk forskning och därmed öka det vetenskapliga underlaget för hälso- och sjukvården.
- Grund- och specialistutbildningen bör vara mer genomsyrad av ett vetenskapligt förhållningssätt.
- Den kliniska forskarkarriären måste inledas tidigare.

Hälso- och sjukvårdsforskning

Johan Calltorp, Nordiska hälsovårdshögskolan:

Det kan finnas vissa problem med definitionen av begreppet hälso- och sjukvårdsforskning. Vid den snabba framväxten av flervetenskapliga forskningsmiljöer i Sverige har ibland hälso- och sjukvårdsforskning inlemmats under andra rubriker. Den traditionella definitionen av begreppet är forskning om sjukvården som system, forskning som studerar helheten, resurserna, funktionen, effektiviteten och kvaliteten. Det handlar inte i första hand om patientnivån, även om en del hälso- och sjukvårdsforskare också talar om patientens möte med systemet.

Hälso- och sjukvårdsforskning har delvis vuxit upp ur ämnet socialmedicin som skapades på 1950-talet och inflytandet från detta område är starkt. Hälso- och sjukvårdsforskning som begrepp kom ur Medicinska forskningsrådets satsningar på 1970-talet. Då instiftades en professur i Uppsala och en i Stockholm.

Inflytandet från USA och England är starkt inom svensk hälso- och sjukvårdsforskning, både när det gäller nomenklatur och formande av forskningsmiljöer. "Health Services Research" är i USA fortfarande ett levande paraplybegrepp för forskning om folkhälsa, medicinsk sociologi, hälsoekonomi och delar av statsvetenskapen. Amerikanska forskningsmiljöer är intressanta genom att de är mer snabbbrörliga än t.ex. svenska och fort anpassar sig till nya behov. Hälso- och sjukvårdsforskning bedrivs i USA vid Schools of Public Health, Schools of Public Policy, medicinska fakulteter samt inom fristående stiftelser och så kallade "Think tanks".

I Europa är Schools och Public Health ofta viktiga huvudmän för den här typen av forskning, men ännu viktigare är många gånger tvärvetenskapliga fakultetsbildningar inom universiteten. I Europa spelar också offentligt finansierade nationella, fristående enheter (myndigheter och andra) en betydelsefull roll.

Det som bör kallas hälso- och sjukvårdsforskning är tvärvetenskaplig forskning med bidrag från epidemiologi, biostatistik, socialmedicin, hälsoekonomi och medicinsk sociologi. I en "yttre cirkel" kring begreppet ser jag också etik, juridik, företagsekonomi och ledarskapsfrågor. Viktigt är att det finns bra forskningsmiljöer där ämnena kan interagera och att fokus ligger på hälso- och sjukvårdssystemet och dess funktion.

Epidemiologi, som i Sverige utvecklats till ett självständigt ämne, är, liksom klassisk socialmedicin, en väsentlig grunddisciplin inom hälso- och sjukvårdsforskningen. Medicinsk sociologi har i Sverige fått en undanskymd roll, men har en betydligt större roll i många andra länder.

Forskningsbehov och utveckling

Forskningsfrågor som är viktiga och otillräckligt forskade om är hälsans determinanter, hälsans och ohälsans fördelning, vårdresultat i hälsotermer och rättvisa i vårdutnyttjande och vårdresultat. En annan viktig inriktning är studier med anknytning till socialförsäkringarna – bl.a. när det gäller försäkringsmedicin och mötet mellan individen och systemet. Framför allt vid Linköpings universitet har det funnits hälso- och sjukvårdsforskning med den inriktningen.

En typ av frågor där intresset i Sverige ökat dramatiskt de senaste fem åren är jämförelser mellan olika länders hälso- och sjukvårdssystem. Krisen i svensk hälso- och sjukvård har brutit den nationella isoleringen och känslan av att vi funnit de bästa lösningarna.

Nya frågor som hälso- och sjukvårdsforskningen allt mer arbetar med är prioriteringsfrågorna, ett typiskt tvärvetenskapligt fält med plats för bl.a. klinisk medicinsk vetenskap, utvärderingsvetenskap, hälsoekonomi, statsvetenskap och etik. Frågor kring patientens rätt och ställning är andra nya och viktiga forskningsobjekt. Forskning om ledarskap inom hälso- och sjukvården växer fram och bör koppla samman samhällsvetenskap och ekonomisk vetenskap med medicinens och omvårdnadens kultur. Hälsoekonomi är både ett hjälpämne och ett självständigt ämne som får växande betydelse.

Det finns också mer sammansatta tvärvetenskapliga rörelser som teknologivärdering och kvalitetssäkring/kvalitetsutveckling. Deras framväxt komplicerar den institutionella bilden i Sverige. Teknologivärdering och kvalitetsutveckling är verksamheter som tidigare delvis funnits i sektorsforskningsmiljöer. Teknologivärderingen drivs i Sverige av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, SBU, en ny betydelsefull aktör som samverkar med olika forskarmiljöer.

Kvalitetsområdet är ett område där hälso- och sjukvårdsforskning samverkar med viktiga strukturer utanför det medicinska fältet.

Både hälso- och sjukvårdsforskningens styrkor och dess svagheter beror på att den befinner sig i ett spänningsfält mellan teori och praktik. Den kräver erfarenhetsutbyte och inspiration i båda riktningarna. En intressant utveckling är kopplad till omstruktureringen av hälso- och sjukvårdssystemen. Jag tycker mig märka att det i de nya stora regionerna finns ett tydligt intresse för att bygga upp hälso- och sjukvårdsforskning och satsa på kunskapsutveckling här.

Forskning om sjukgymnastik

Birgitta Bergman, Sjukgymnasternas riksförbund:

Sjukgymnastikforskningen, eller forskning om fysioterapi, kommer ur sjukgymnasternas yrkesverksamhet. Både yrkesverksamheten och forskningsämnet berör människor i alla åldrar och ett mycket brett spektrum av funktioner och funktionsstörningar. Enligt både den svenska och den internationella definitionen av ämnet sjukgymnastik omfattar det kunskap om och studier av alla aspekter på människan i rörelse. Exempel på aspekter som ingår är människans förmåga att uppfatta, ta tillvara, kontrollera och använda sin kropp på ett ändamålsenligt sätt med hänsyn till de krav som den sociala och fysiska miljön ställer. Ämnet omfattar biomekaniska, fysiologiska och psykologiska faktorer samt de specifika störningar av rörelsefunktionen som orsakas av sjukdom eller skada. Interaktion och lärande är viktiga komponenter i ämnet.

Forskning i sjukgymnastik är av tvärvetenskaplig karaktär. 78 svenska doktorsavhandlingar i sjukgymnastik har lagts fram under åren 1977-98. En studie av dem ger en uppfattning om vilka inriktningar och delområden som finns inom denna forskning. De är:

- Studier av motorisk kontroll, utveckling och inlärning
- Utveckling av bedömnings- och mätinstrument
- Utveckling av behandlingsmetoder
- Utvärdering av undersöknings- och behandlingsmetoder
- Studier av arbets- och belastningsrelaterade skador
- Handikapp- och livskvalitetsforskning
- Utbildnings- och professionsforskning

Avhandlingsarbetena har i stor utsträckning genomförts vid medicinska fakulteter i samarbete med läkare. Forskningsansatsen har till stor del varit preaktiv och experimentell och en kombination av kvantitativa och kvalitativa data är vanlig. Analysen är oftast kvantitativ. Det finns i dagsläget ingen utpräglad sjukgymnastisk forskningsparadigm.

Beträffande samspelet mellan forskning och klinisk verksamhet vill jag nämna den genomgång som Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, SBU, initierat av vetenskapliga studier kring behandling av nack- och ländryggsbesvär. Vi har en förhoppning om att när resultatet av denna genomgång presenteras, kommer det att innebära ett stort genomslag för sjukgymnastik inom de här områdena. Detta är ett exempel på "kommunicerande käril" mellan forskning och praktisk verksamhet.

Problem

Alla områden inom den sjukgymnastiska forskningen är i princip eftersatta eftersom den här forskningen befinner sig så mycket i begynnelsen av sin utveckling. Det finns viktiga områden att beforska när det gäller allt som rör kropp och rörelse – från hälsobefrämjande, via prevention till rehabilitering och habilitering. Dessutom finns angelägna grundforskningsfrågor.

Valet av forskningsfrågor styrs idag mycket av tillgången på handledare. Bristen på handledare är ett stort problem inom sjukgymnastikområdet. Trots att vi har 78 disputerade är det relativt få som skaffat sig docent-kompetens. De flesta disputerade har istället blivit uppslukade av undervisningsarbete vid landets sjukgymnastutbildningar.

Socialstyrelsen formulerade nyligen krav på kompetens för sjukgymnaster. Enligt dessa behövs speciell kunskap inom sex områden:

- Barn och ungdomar med funktionshinder eller sjukdom
- Skador och sjukdom i nervsystemet
- Skador och sjukdom i andnings- och cirkulationsorgan
- Äldre personer med fysiska eller psykiska funktionshinder
- Patienter med psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem
- Sjukdomar i rörelsesystemet

Denna uppräknig kan vara någon form av indikator på områden som kräver omfattande forskningsinsatser.

Det råder en stor brist på kreativa forskningsmiljöer för sjukgymnaster. Det finns en enda professur i sjukgymnastik i Sverige idag, vid Karolinska institutet i Stockholm. Det är en låg siffra med tanke på de 78 disputerade, ett 60-tal inskrivna vid doktorandutbildningarna, ett tiotal med licentiatsexamen och ett stort antal med magisterexamen i sjukgymnastik.

Även finansieringen erbjuder svårigheter, trots att Vårdalstiftelsen kunnat finansiera mycket av denna forskning. Och beträffande tjänster och tjänstekonstruktioner finns problem. Det gäller framför allt klinisk forskning. Kommuner och landsting har inte fått upp ögonen för vad sjukgymnastisk forskning skulle kunna bidra med för att förbättra vården.

Vi vill ha fler kliniska forskartjänster, kliniska lektorat och professurer i ämnet sjukgymnastik. Dagens universitetsvärld passar dåligt för denna nya, lilla disciplin utan historia. Det kommer alltid att vara svårt för nya forskare att hävda sig i konkurrensen med ämnen som funnits mycket längre. Därför skulle det behövas ett särskilt forskningsråd för vårdforskning.

Biomedicinsk laboratorievetenskap

Bodil Persson, Malmö högskola:

Yrket biomedicinsk analytiker (tidigare laboratorieassistent) började ta form i slutet av 1800-talet när den experimentella vetenskapen och den moderna medicinen växte fram. En biomedicinsk analytiker arbetar med att identifiera, verifiera och rapportera närvaron eller frånvaron av kemiska substanser, mikroorganismer, enzymer, proteiner med mera, samt normala respektive onormala funktioner i celler, vävnader och organ.

Som forskningsfält aktualiserades området i samband med högskolereformen 1977. Från att ha haft olika beteckningar heter ämnet fr.o.m. 1989 biomedicinsk laboratorievetenskap, och har inriktning mot laboratoriemetodik. Laboratoriemetodik kan sammanfattas som reglerna för tillvägagångssättet inom den biomedicinska laboratorievetenskapen.

Biomedicinsk laboratorievetenskap är huvudämne vid utbildningen av biomedicinska analytiker. Kandidat- och magisterexamen kan avläggas i detta ämne. Man kan också gå vidare till licentiats- och doktorsexamen. Ämnet saknar dock egna professurer och forskningsinstitutioner. Därför bedrivs både forskning och forskarutbildning inom hjälpvetenskaperna (stöddämnena/biämnena). Detta medför genom valet av handledare att forskningen får en medicinsk tonvikt. Men det finns också biomedicinska analytiker med docentkompetens som är handledare för doktorander. Då läggs en tydligare tonvikt på laboratoriemetodiken.

Balansen mellan män och kvinnor är skev bland de icke disputerade. Biomedicinsk analytiker är ett kvinnodominerat yrke, endast cirka sex procent är män. Bland forskande biomedicinska analytiker är männen bättre representerade. Över 100 biomedicinska analytiker har disputerat vid medicinska fakulteter, två har disputerat vid samhällsvetenskapliga fakulteter och en vid en teknisk fakultet. Uppåt en femtedel av de disputerade är män. Det finns 21 docenter, sju (33 procent) av dem är män.

Forskningen inom biomedicinsk laboratorievetenskap handlar om att utveckla nya eller förbättra laboratoriemetoder och metodiker inom hälso- och sjukvård och forskning. Forskningsresultaten kommer antingen i ett kortare eller i ett längre perspektiv hälso- och sjukvården till godo.

Forskningen bedrivs i huvudsak vid laboratorier knutna till universitetet och vissa universitetssjukhus och naturligt nog främst inom de biomedicinska ämnen där metodiken tillmäts stor betydelse.

Laboratoriemetodik är huvudämnet och beroende på forskningsfrågan sker forskningen inom olika områden. Några av dem: Molekylärbiologi, mikrobiologi, immunologi, virologi, klinisk kemi, hematologi, histologi, patologi, cytologi, transfusionsmedicin och fysiologi. Forskningen omfattar allt ifrån cellnivå till "hela människan". Validitet och reliabilitet är centrala begrepp och genom forskningen kommer dessa att ytterligare förbättras.

Forskning om immunologisk metodik kan t.ex. leda till enklare, snabbare, billigare och känsligare metoder för att påvisa antikroppar eller antigen för klinisk diagnostik. Ett annat konkret exempel kan vara att rena fram olika proteiner som i sin tur kan användas för klinisk diagnostik och vidare forskning.

Utvecklingsbehov och framtida forskningsbehov

De biomedicinska analytikernas identitet och existens i vetenskaps-samhället måste stärkas. Ett problem är att det finns mycket få tjänster inom sjukvården som ger biomedicinska analytiker tid för egen forskning. Det måste göras tydligare att biomedicinska analytiker även kan syssla med forsknings- och utvecklingsarbete. Att de gör det är inget försök att ta över någon annan grupps uppgifter eftersom de biomedicinska analytikerna har en egen och annorlunda infallsvinkel än t.ex. läkarna. Metodiken och metoderna är utgångspunkten för biomedicinska analytikers forskning.

Forskningspotentialen inom biomedicinsk laboratorievetenskap skulle öka betydligt om det fanns möjlighet för biomedicinska analytiker i sjukvården att bedriva forskning inom ramen för sin tjänst. Drömmen är att biomedicinsk laboratorievetenskap vore ett eget forskningsämne med egen institution.

När det gäller forskningsfinansieringen kan jag se ett problem i att definiera biomedicinsk laboratorievetenskap som vårdforskning. Inom vårdforskningen finns en tendens att prioritera omvårdnadsforskning. De biomedicinska analytikerna kan då få svårt att klara sig i konkurrensen om forskningsmedlen. Det behövs en tydlig definition av vårdforskning och det bör vara en definition som inte enbart innefattar en grupp forskare med bakgrund i de så kallade medellånga vårdutbildningarna.

Det bör finnas en direkt koppling mellan grundutbildningen till biomedicinsk analytiker och forskning och forskarutbildning. Forskningsresurserna måste också organiseras på ett nytt sätt om huvudämnet och forskningsfältet ska kunna fortsätta att utvecklas. Vi måste få tydliga resurser för det här ämnet om det ska kunna utvecklas på

egna villkor. Det är hög tid att en professur inrättas inom biomedicinsk laboratorievetenskap.

Flera av de stora dragen i samhällsutvecklingen kommer att öka behovet av biomedicinsk laboratorievetenskap. Två sådana drag är den stigande medelåldern i befolkningen som bidrar till en ökning av åldersrelaterade sjukdomar och den växande genetiska kunskapen som gör det möjligt att identifiera allt fler ärftliga sjukdomar. Mycket av det som sker idag gör att det behövs nya analys- och undersökningsmetoder. Utveckling av mer förfinade metoder kan på sikt ge bättre förståelse för sjukdomar och bättre diagnostik. Detta kan leda till bättre behandling för patienterna.

Arbetsterapiforskning

Lena Borell, Karolinska institutet:

Arbetsterapi som verksamhet har funnits i Sverige i cirka 50 år. 97 procent av de omkring 7000 yrkesverksamma arbetsterapeuterna i Sverige är kvinnor. Arbetsterapi bygger på idén att människor som drabbas av sjukdom eller funktionsbegränsning kan förbättra eller förändra sin situation med hjälp av deltagande i olika verksamheter eller sysselsättningar.

Den första arbetsterapeuten disputerade i Sverige 1982. Detta kan ses som starten för en ny inriktning av svensk arbetsterapi. Strax därefter kom de första forskningsrapporterna att publiceras och spridas av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). FSA initierade också den första skandinaviska vetenskapliga tidskriften i arbetsterapi. 1994 utgavs det första numret av *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.

Arbetsterapi som akademiskt ämne har en kort historia i Sverige då det först under 1998 inrättades som forskarutbildningsämne. Ett 20-tal arbetsterapeuter har fram till 1998 disputerat i Sverige, fem av dem har idag docentkompetens. De flesta arbetsterapeuter disputerar inom medicinska ämnen, men i enstaka fall inom samhällsvetenskapliga och humanistiska.

Av de disputerade arbetsterapeuterna är två män. 16 av de disputerade är knutna till grundutbildningen för arbetsterapeuter. De flesta innehar lektorat i anslutning till utbildningen av blivande arbetsterapeuter. Sådan utbildning finns på åtta orter i landet.

Bland de arbetsterapeuter som var registrerade som doktorander hösten 1998, fanns de flesta inom medicinsk fakultet. Totalt var 51 doktorander registrerade vid svenska universitet. Av dessa var 49 kvinnor och två män. Geografiskt fördelade de sig enligt följande:

Umeå universitet	6
Uppsala universitet	5
Karolinska institutet	16
Linköpings universitet	7
Göteborgs universitet	13
Lunds universitet	4

Arbetsterapi som forskningsämne syftar sammanfattningsvis till att förstå och förklara individens förmåga att utföra aktiviteter vid såväl hälsa som vid ohälsa. Det innebär att ämnet söker teorier om människans verksamheter såsom de uttrycks i socialt och kulturellt definierade aktiviteter. Man söker teorier som kan vägleda arbetsterapi i praxis.

Kunskapsutvecklingen inom arbetsterapi sker således med utgångspunkt från begreppet aktivitet (eng: occupation) och genom studier av terapeutiska interventioner som främjar hälsa genom verksamhet och sysselsättning.

Forskningsfältet arbetsterapi belystes under våren 1997 i en seminarierie med stöd av medel ifrån Vårdalstiftelsen. En analys av forskningsfältet visade att de befintliga avhandlingarna då hade följande fokus:

- 1) Empiriska studier, huvudsakligen studier om professionen, om vad arbetsterapi är och hur arbetsterapi definieras i praktiken.
- 2) Tillämpad forskning, interventionsforskning, denna forskning kan beskrivas som "klinisk" forskning, innehållande studier av aktivitetsbegränsningar/handikapp samt studier av hur man kan begränsa sådana nedsättningar. De nya doktorander som registrerats de senaste åren har forskningsplaner med en tydlig anknytning till verksamheten arbetsterapi.
- 3) Paradigmforskning. Denna forskning, som inte är så omfattande i Sverige, studerar arbetsterapi som vetenskap. Forskningen undersöker exempelvis var skiljelinjen går mellan vetenskap och praxis, samt vad arbetsterapi i teori och metod är.

Analysen visade att etiska frågor inte studeras i någon nämnvärd omfattning.

Eftersom merparten av de disputerade arbetsterapeuterna knutits som lektorer till grundutbildningarna har den vetenskapliga grunden för utbildningarna kunnat stärkas under 90-talet.

Spridningen av forskningsresultat inom verksamheten arbetsterapi och inom vården i stort har också underlättats av att lektorerna ansvarat för en stor del av undervisningen vid utbildningar för yrkesverksamma arbetsterapeuter. Publiceringen av forskning på svenska, har också bidragit till att ny kunskap nått ut till de yrkesverksamma.

Att forskning i arbetsterapi företrädesvis utgår från arbetsterapi i praxis, betyder att det som beskrivs som tillämpad forskning är den del av forskningen som ökar mest. Denna del av forskningsfältet kan exempelvis omfatta studier av motivationsarbete, färdighetsträning, kompensatorisk träning, rådgivning, prevention, bedömning av förmåga, anpassning av boende och arbetsplatser och användning av tekniska hjälpmedel.

En ständigt ökande tillströmning av sökande till utbildning på kandidat- och magisternivå och till olika uppdragsutbildningar har också kunnat noteras under 90-talet, vilket kan ses som ett resultat av en ökad medvetenhet om betydelsen av forskningsanknytning av verksamheten arbetsterapi.

Problem och behov

Utvecklingen av forskningsfältet arbetsterapi är beroende av att nya fasta forskningstjänster inrättas. Exempelvis finns ännu ingen professur i ämnet trots att det är ett forskarutbildningsämne.

Ämnesföreträdare i form av nya professorer kan dessutom medverka till att utveckla en sammanhållen forskningsprofil där ny kunskap får möjlighet att utvecklas kumulativt. Idag är de forskande arbetsterapeuterna och doktoranderna vid varje universitet utspridda på många olika enheter och institutioner vilket begränsar möjligheterna att bygga upp långsiktig och kumulativ forskning i ämnet. Tillskapandet av högre forskartjänster är en förutsättning för goda forskningsmiljöer som stimulerar till nya projekt.

Det är rimligt att anta att högre forskartjänster behöver inrättas vid samtliga universitet och högskolor som bedriver grundutbildning av arbetsterapeuter. Arbetsterapi som forskarutbildningsämne fanns hösten 1998 endast vid två universitet; vid Karolinska institutet och Hälsouniversitetet i Linköping.

Inrättandet av kliniska eller verksamhetsförlagda lektorat i arbetsterapi är ett viktigt bidrag till att stärka forskningen och implementeringen av forskning i verksamheten. Två universitetskliniker har idag disputerade arbetsterapeuter anställda för att bedriva forskning och utveckling i verksamheten. Ett starkt önskemål är också en ökad medverkan från landsting och kommuner för inrättandet av forsknings- och utvecklingstjänster i vården.

Finansieringsproblem finns även i form av för få doktorandtjänster för de nyligen registrerade doktoranderna. Post doc-tjänster för disputerade arbetsterapeuter behöver också skapas.

Framtida forskningsbehov

Verksamheten arbetsterapi utvecklas framför allt inom de öppna vårdformerna i primärvård och inom kommunens äldrevård och äldreomsorg. Det är därför naturligt att tänka sig att en stor del av den kommande forskningen också kommer att återfinnas inom dessa områden. Ämnet behöver dessutom utveckla sin teoretiska grund genom studier på en metateoretisk nivå.

Frågor och diskussion

Utfrågare vid hearingen var Ann Bonair, Socialstyrelsen, och Johan Calltorp, Nordiska hälsovårdshögskolan.

Ann Bonair började frågestunden med att konstatera att behovet av fler och mer kreativa forskningsmiljöer varit ett så gott som genomgående tema i forskningsföreträdarnas anföranden. Hon bad Ingalill Rahm-Hallberg att förtydliga hur hon för sin del menar att man bör bygga upp mer kreativa forskningsmiljöer. Ska man för att undvika för stor utspridning flytta omvårdnadsforskningen från vårdhögskolor och statliga högskolor och koncentrera den till universiteten?

– Nej, svarade Ingalill Rahm-Hallberg, den organisatoriska lösning vi har idag måste vi leva med ett tag framöver.

– Omvårdnadsforskningen måste vara utspridd för att kunna ha goda kontakter med grundutbildningen. Istället måste vi ha väl fungerande nätverk för de forskande institutionerna och de nätverken behöver bli starkare än de är idag.

Ingalill Rahm-Hallberg underströk också att kreativa miljöer förutsätter att där finns människor och att de har tid. Ett problem som, enligt hennes mening, behöver lösas är att personerna med forskarkompetens är så hårt uppbundna av undervisning vid grundutbildningen. Ett annat problem är relationerna till vården som helhet.

– Det behövs mer etablerade relationer mellan de disputerade och vården och det behövs fler delade tjänster, med möjlighet att både forska och arbeta praktiskt. En del sådana finns, men fler måste till, inte minst inom kommunerna, sade Ingalill Rahm-Hallberg.

Agne Larsson påpekade att den kliniska forskningen inte enbart är läkarforskning och talade om möjligheten att bygga upp så kallade kliniska kunskapscentra.

– Jag ser framför mig att vid ett kliniskt kunskapscentrum kan olika typer av kompetenser tas in. Det ska ses som en tillgång för hela vårdforskningen.

Han menade att vårdforskningen delvis lider av "pubertetsproblem". Det kan vara svårt att etablera nya forskningsområden på egna villkor när det finns en etablerad medicinsk forskning, en "föräldrageneration" som redan har satt bestämda ramar för forskningsverksamhet.

– Detta måste vi jobba med från alla håll och kanter, sade han och förordade att vårdforskarna bör använda de resurser som finns i dagens system och bygga vidare på dem, hellre än att ensidigt satsa på att skapa egna forskningsråd.

– Samtidigt förstår jag att det kan vara svårt för nya forskningsinriktningar att få gehör. Ett budskap till MFR är att rådet bör granska sin egen verksamhet och se efter hur man gör sina prioriteringar.

Ingalill Rahm-Hallberg sade att problemet när det gäller samarbete är att komma över fakultetsgränser. Hon framhöll också att hon i sin omvårdnadsforskning om äldre sett problem att bli "indefinierad" i äldreforskningen. Hon menade att om man skapar ett nytt ämne som t.ex. äldreomsorgsforskning är det lätt att man bara skapar nya gränser. Då kan det som ser ut som gränsöverskridande i själva verket vara något mindre positivt.

Ann Bonair satte resursfrågan i fokus. Råder det brist på fasta forskningsresurser för vårdforskning och finns det en oro för vad som ska hända om Vårdalstiftelsen läggs ned?

Ingalill Rahm-Hallberg hoppades att Vårdalstiftelsen överlever, men sade också att det vore naturligt att utvidga MFR:s ansvarsområde till att omfatta vårdforskning. En förutsättning för det vore dock, sade hon, en uppdelning av resurserna i olika pottor så att vårdforskning inte konkurrerar direkt med medicinsk forskning.

Agne Larsson påpekade att knappast några forskningsresurser är fasta längre utan bygger på en bedömning av vad forskarna gjort tidigare. Ett problem med detta på många sätt bra system är, menade han, att det är svårt för nya forskare och forskningsområden att "ta sig in". Ett exempel är, hävdade han, den så kallade översättningsforskningen. Detta område riskerar att inte passa in hos någon finansierare och därmed "falla mellan stolarna" trots att det är angeläget. Man borde öronmärka pengar för detta, sade han.

1.3 Forskningsfinansiering nu och i framtiden

Företrädare för fem forskningsfinansierare gav sin syn på problem och möjligheter när det gäller vårdforskningens finansiering.

Vårdalstiftelsen

Ewa Stålldal, Vårdalstiftelsen:

Stiftelsen är en av de forskningsstiftelser som tillkom när löntagarfonderna avvecklades 1994. Vårdalstiftelsen arbetar med både vård- och allergiforskning och namnet är härlett ur denna inriktning. Det finns ett vårdforskningsprogram och ett allergiforskningsprogram.

Vårdalstiftelsen fick vid starten 529 miljoner kronor ur löntagarfonderna och har sedan 1994 delat ut nära 270 miljoner kronor till vård- och allergiforskning. Tack vare framgångsrik kapitalförvaltning har stiftelsen idag omkring 750 miljoner kronor. Vi arbetar på ett mycket seriöst sätt med börsplaceringarna för att forskningen inte ska behöva känna av upp- och nedgångar på aktiemarknaden.

I Vårdalstiftelsens riktlinjer ingår att koncentrera sina insatser på ett sätt som främjar forskargrupper vars arbete håller hög kvalitet, stödja projekt och program som innebär gränsöverskridanden, främja forskarutbildning och forskarrekytering, samarbeta med andra forskningsfinansiärer och särskilt beakta de forskningsbehov som uppstår i och med den förändrade strukturen hos vårdutbildningarna.

Styrelsen består av nio ledamöter. Fyra politiskt tillsatta och fem vetenskapsmän från de båda forskningsområdena ingår i styrelsen.

Vi ska dels arbeta som ett forskningsråd och dels titta på de strukturproblem som finns inom dessa forskningsområden.

Program-/projektstödet inom vårdforskningsprogrammet har två teman. Tema 1 är "Klinisk praktisk vårdforskning med inriktning mot kronisk sjukdom, äldrevård, ojämlikhet i hälsa samt kvinnors ohälsa". Vårdalstiftelsen har här avstått från en detaljerad definition av termen vårdforskning och istället valt att prioritera områden inom vården och omsorgen där det behövs ökade kunskaper. Forskningen inom detta tema syftar till att ge ökad kunskap om förebyggande åtgärder samt förbättrad vård och omsorg i syfte att minska lidande och öka livskvalitet. Samverkan mellan olika forskningsdiscipliner uppmuntras.

Tema 2 är "Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning mot utvärdering, hälsoekonomi, konsekvenser av förändringar i vårdstrukturen samt etiska aspekter av förändringar i vård och omsorg". Här handlar det bl.a. om att utveckla samarbetsformerna mellan företrädare för vård- och omsorgsverksamheterna. Detta anses angeläget på grund av verksamheternas omfattande strukturella förändringar på senare år. Framtidens sjukvård kommer inte att vara lika sjukhuscentrerad som gårdagens. Kommunerna har tagit över ett omfattande vårdansvar. Specialistvården har koncentrerats till universitets- och regionsjukhus och antalet vårdavdelningar har minskats. Primärvården har fått huvudansvaret för den lokala vården.

Vårdalstiftelsen har arbetat för att belysa denna organisationsutveckling och dess konsekvenser för individen och för samhället. Det handlar om samspelet mellan olika vårdgivare och patientens möjligheter att snabbt få god vård på rätt nivå.

Forskningen på detta område är flervetenskaplig och belyser problem som delvis är nya i Sverige. Den del av temat som är inriktat på utvärdering av diagnostik och behandling har utarbetats i samarbete med SBU, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

Utöver program-/projektstödet har även avsatts medel för ett särskilt planeringsanslag med inriktning mot teoribildning kring fenomen i samband med att livssituationen förändras av sjukdom, handikapp eller skada. Från och med 1999 blir detta ett eget tema.

Dessutom arbetar Vårdalstiftelsen med ett riktat stöd till kompetens- och metodikutveckling för personer med medellånga vårdutbildningar eller som är lärare vid vårdutbildningarna. Detta stöd har gått till forskarmånader för bland andra sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, biomedicinska analytiker, arbetsterapeuter och logopedier. Under 1997 fördelades totalt sju miljoner kronor till forskarmånader för 80 personer. Stiftelsen driver också ett doktorandprogram tillsammans med vårdhögskolorna. Inom det delfinansieras 44 doktorandtjänster för vårdhögskolornas lärare.

Inför 1999 finns planer på att lägga ut medlen för forskarmånader och doktorandtjänster som lokala fakultetsanslag vid några universitet. Tanken är att universiteten själva bättre kan besluta hur pengarna ska användas. Stiftelsen kommer dock att ställa som krav att medlen ska användas till forskning och forskarutbildning och gärna till kombinationstjänster.

Vårdalstiftelsen har också, själv eller i samarbete med andra forskningsfinansiärer, gjort några nya, strategiska satsningar. Det handlar om att stimulera forskning inom särskilt eftersatta områden genom att initiera eller fördela medel till nytt forskningsstöd. Exempel på sådana områden är ätstörningar (i samarbete med MFR), äldre och deras närstående vårdare, etik i vården (i samarbete med flertalet statliga forskningsråd) samt IT i hälso- och sjukvården (i samverkan med KK-stiftelsen).

Projektmedel enligt temana ovan utlyses en gång om året. Vårdalstiftelsen har hittills hunnit dela ut medel vid tre ansökningsomgångar inom vart och ett av de två programmen. Av de närmare 270 miljoner kronor som fördelats har cirka 170 miljoner kronor gått till vårdforskning.

Vid medelsfördelningen arbetar Vårdalstiftelsen på ungefär samma sätt som forskningsråden. Den vetenskapliga granskningen sköts av externa vetenskapliga granskare som nominerats av universitet, hög-

skolor, forskningsråd med flera. Granskargrupperna sätts samman så att de har bred tvärvetenskaplig kompetens, representerar god geografisk spridning och en jämn könsmässig fördelning.

Tvärvetenskapligheten i granskningsgrupperna är ett av de sätt vi arbetar på för att bidra till att nya forskningsområden ska kunna ta sig fram. I en granskningsgrupp ingår exempelvis läkare, en sjuksköterska, en arbetsterapeut, en filosof, en psykolog, en sjukgymnast och en sociolog.

Dessa ska enas om en poängbedömning och det kräver ganska mycket kraft. Men vi tror att denna samverkan i granskningsarbetet på lång sikt främjar den tvärvetenskapliga forskningen. Tre fjärdedelar av dem som ansöker får avslag.

Utbildningsbakgrunden hos dem som fick projektmedel för vårdforskning 1997 var följande:

42 läkare, 27 sjuksköterskor, 15 sjukgymnaster, 14 psykologer, sju socionomer, fem fil.kand, fyra barnmorskor, tre nationalekonomer, två arbetsterapeuter, två logopeder, två sociologer, en arkitekt, en antropolog, en biomedicinsk analytiker, en civilingenjör, en dietist, en filosof, en statsvetare, en tandläkare och en teolog.

Forskningsmiljöerna för utveckling av vårdforskning är svaga. Bäst är de vid medicinska fakulteter eftersom de har god anknytning till hälso- och sjukvård. Problem kan förutses vid samtliga högskolor som bedriver vårdutbildning utan att ha vetenskapsområdet medicin. För att där kunna ge forskarutbildningen en klinisk/praktisk inriktning behövs anknytning till ett universitet.

Nuläget vid sex universitet när det gäller huvudämnena inom de medellånga vårdutbildningarna: Totalt finns cirka 8 000 helårs-studerande inskrivna vid grundutbildningarna. Det finns omkring 750 registrerade doktorander, flertalet är inskrivna vid medicinska fakulteter. Cirka 350 personer har disputerat, 40 har blivit docenter. Universitetet har sammanlagt 14 professorer inom dessa ämnen och fler professurer är på gång.

Ska 40 docenter och 14 professorer handleda 750 doktorander? Det går förstås inte utan det krävs mycket bra samarbete mellan olika discipliner för att kunna erbjuda fungerande handledarskap för alla doktorander.

Det kommer inte att råda någon brist på forskningsmedel för vårdforskning. Ryktena om att Vårdalstiftelsen så småningom ska läggas ned är felaktiga. Det finns inga beslut om att vi ska försvinna. Vi ska verka i minst tio år och det existerar ingen borte gräns. Så länge det finns behov av vårdforskning är vår uppgift att se till att kapitalet räcker.

En annan positiv faktor för svensk vårdforskning är upplösningen av fakultetsgränserna. Den kan göra att revirgränser försvinner vilket skulle underlätta vårdforskningen.

Socialvetenskapliga forskningsrådet

Erland Bergman, Socialvetenskapliga forskningsrådet:

SFR bildades 1990, är ett av sex statliga forskningsråd och samarbetar nära med främst Medicinska forskningsrådet och Humanistisk- Samhällsvetenskapliga forskningsrådet. SFR samarbetar även med Vårdalstiftelsen och andra forskningsfinansiärer.

SFR har tre prioriteringskommittéer. Den vars verksamhet ligger närmast vårdforskningen är den prioriteringskommitté som är inriktad på forskning om folkhälsa (de andra två prioriteringskommittéerna arbetar med välfärds- respektive omsorgsforskning). Den kommitté som sysslar med folkhälsoforskning har hand om mer än en tredjedel av de totala SFR-medlen.

SFR:s huvudsakliga ansvar är enligt bestämmelserna "grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsovetenskap." Rådet har också ett "generellt ansvar att stimulera välfärdsforskning".

Den definition av folkhälsovetenskap som SFR arbetar med är den som återfinns i propositionen 1989/90:90: "studiet av arbetslivets, levnadsvanornas, miljöns, samhällsförhållandenas och vårdsystemets betydelse för befolkningens hälsa samt hälso- och sjukvårdens effektivitet". Prioriteringskommittéerna har inga öronmärkta pengar utan utfallet när det gäller projektstöd styrs av efterfrågan och hur ansökningarna bedöms.

Under perioden 1990-92 var mycket av SFR:s verksamhet ett arv efter föregångaren, Delegationen för social forskning. Under fyraårsperioden därefter, 1992/93-1997, har prioriteringskommittén för folkhälsa beviljat 137 projektstöd, 15 programstöd, medel för tre forskarnätverk, 18 doktorandtjänster, fyra forskarassistenttjänster och två forskningslektorat. Kommittén har också tagit initiativ till tre professorer, antingen på egen hand eller i samarbete med andra finansiärer.

Missbruksforskning är det fält där prioriteringskommittén för folkhälsa beviljat medel till flest projekt. Några andra forskningsfält som fått stort stöd är forskning om hjärt-kärlsjukdomar, om psykisk ohälsa, om äldre, migration, barns och ungdomars hälsa, hälsoekonomi, etik, social skiktning, handikapp, reproduktiv hälsa samt om sjukvård/demografi. Övriga fält där projekt beviljats är kommunikation, tandhälsa, sjukskrivning, självmord, folkhälsoarbete, arbets- och social

miljö, cancer, vårdutnyttjande, våld, kronisk smärta, HIV, arbetslöshet, fysisk aktivitet och fetma.

De akademiska ämnen som dominerar i kommitténs medelstilldelning är samhällsmedicin, epidemiologi, psykologi och socialt arbete. Men en lång rad andra ämnen finns med. Inom många projekt finns flera ämnen representerade. Det är en stor bredd över disciplingränserna. Ett 30-tal av de beviljade 137 projekten har en kvinnlig forskare som huvudsökande. Inom projekten är totalt sett nästan hälften av forskare och forskarstuderande kvinnor.

Programstödet är liksom forskartjänsterna resultat av initiativ från SFR. Programstödet är avsett för forskargrupper som kan visa på en tidigare verksamhet av hög kvalitet och som vill konsolidera sig.

Några exempel på andra strategiska satsningar som SFR gjort:

- Har tillsammans med bland andra Cancerfonden arbetat på en utvärdering och beskrivning av svensk epidemiologi.
- Har tillsammans med MFR inrättat stipendieplatser vid de nationella registren vid Epidemiologiskt centrum på Socialstyrelsen.
- Har tillsammans med Forskningsrådsnämnden och MFR låtit genomföra longitudinella studier vid databaser.
- Har fått regeringens uppdrag att utveckla ett program för forskning om social ojämlikhet och hälsa.
- Har fått ett regeringsuppdrag som går ut på att utveckla ett forskningsprogram om äldre och åldrande. Medel är avsatta för en nivåhöjning med 60 miljoner kronor under de närmaste tre åren.

Medicinska forskningsrådet

Harriet Wallberg-Henriksson, Medicinska forskningsrådet:

Två av Medicinska forskningsrådets 14 prioriteringskommittéer handlägger ansökningar om stöd till bl.a. vårdforskning. Det gäller kommittéerna för folkhälsovetenskap respektive psykiatri. Om man lägger ihop det stöd som ges utifrån deras rekommendationer och de forskartjänster som MFR finansierar på området går 15-20 miljoner kronor årligen till vårdvetenskap.

MFR har dock inte definierat vårdforskning som ett målområde. Däremot har de projekt som stöds delats upp i patientnära och icke patientnära forskning. Patientnära klinisk forskning innebär att man följer patienten, utvecklingen av sjukdomen och tillfrisknandet, eventuellt samtidigt som man undersöker någon medicinsk frågeställning hos patienten.

MFR har uppmärksammat att den patientnära kliniska forskningen, innefattande vårdvetenskap, har problem och tillsatte därför den

utredning som tidigare under hearingen refererades av Agne Larsson. Utredningens rapport heter "Den kliniska forskningens kris och pris".

Företrädare för olika kliniska forskningsdiscipliner har ombetts att identifiera de största hindren inom sitt område. Vårdforskningens företrädare har då angett:

1. Den hårdare ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården. Alla resurser inriktas på sjukvårdsproduktion och det blir brist på tid för klinisk forskning.
2. Hälso- och sjukvården har en organisation som försvårar interventionsstudier.
3. Vårdforskningen saknar i stor utsträckning fasta forskningsmedel och kliniska kombinationstjänster.

Ett problem som MFR identifierat är den höga medelåldern hos dem som avlägger doktorexamen vid en klinisk institution. 1997 var medelåldern hos de kvinnor som disputerade vid en klinisk institution på Karolinska institutet 44,2 år. Vid de prekliniska institutionerna var medelåldern hos de kvinnor som disputerade 34,4 år. Motsvarande siffror för männen var 40,8 respektive 35,2 år. Till saken hör att medelåldern både kliniskt och prekliniskt och både för män och kvinnor har stigit sedan början av 1990-talet. Den höga medelåldern försvårar för de disputerade att hinna uppnå docentkompetens och fungera som handledare under en längre tid.

Andra oroväckande siffror visar att den andel av MFR:s forskningsmedel som går till patientnära forskning har minskat. 1985/86 gick 40 procent av de drygt 200 miljoner kronorna till patientnära projekt. Tio år senare gick bara 25 procent (av 245 miljoner kronor) till patientnära forskning. Orsaken är ej helt fastställd, men utvecklingen kan bero på att strukturförändringarna inom sjukvården gjort det svårare för den patientnära forskningen att vara konkurrenskraftig när medlen ska fördelas.

MFR ser allvarligt på den kliniska forskningens situation och föreslår en rad åtgärder, som framgick av Agne Larssons föredrag.

Rapporten skickas tillsammans med ett frågeunderlag ut på remiss. Under våren 1999 kommer yttrandena förhoppningsvis att bidra till en bred diskussion om åtgärder för att rädda den kliniska forskningen.

Cancerfonden

Kenneth Nilsson, Cancerfonden:

Cancerfonden fördelar cirka 250 miljoner per år till forskning. Stödet är forskarinitierat och det är forskare som bedömer ansökningarna.

Den vårdforskning som Cancerfonden anser angelägen är forskning om:

- psykiska reaktioner och livskvalitet vid cancersjukdom och behandling.
- symtomlindring.
- palliativ vård.
- utformning av psykosocialt stöd och rehabilitering för cancerpatienter.

Vårdforskning (patientnära forskning som inte berör förekomst, diagnostik, behandling eller uppföljning av cancersjukdomen) och preventionsforskning bedöms av en särskild prioriteringskommitté. Där ingår vårdforskare av olika kategorier. Anslagen för de olika prioriteringskommittéerna är inte fastställda på förhand. Det är projektens kvalitet som avgör om ansökningarna beviljas eller ej. Vårdforskningen tävlar alltså inte mot andra forskningsdiscipliner.

Förutom stödet till vårdforskning stöder Cancerfonden så kallade vårdkvalitetsprojekt som bedöms av en särskild prioriteringskommitté. Dessa projekt syftar till att utveckla vården genom att implementera kunskap som forskningen tagit fram och kvalitetssäkra den nya kunskapen. De projekt som väljs ut får stöd bara om landstingen lovar att ta över ansvaret för verksamheten och driva den vidare om utfallet blir positivt.

Eftersom antalet projektansökningar inom vårdforskningen varit relativt begränsat har Cancerfonden gjort speciella satsningar i syfte att stimulera forskningsområdet. 1987 utlystes tre miljoner kronor till projekt om omhändertagande av cancerpatienter. Ett projekt om omvårdnad i samband med cytostatikabehandling fick en miljon per år 1988-90.

1992 utlystes nio miljoner kronor för fokuserad storsatsning på tvärvetenskaplig forskning. Ett omvårdnadsprojekt om bättre psykosocialt stöd fick pengarna. Cancerfonden har tagit initiativ till den planeringsgrupp för forskning om lymfödem som nu är verksam. För två år sedan inbjöds till ansökan om medel för projekt om rehabilitering av cancerpatienter. Ett forskningsprojekt och ett vårdkvalitetsprojekt har under tre år ett stöd på cirka 500 000 kronor årligen.

Vid sidan av projektstödet, som är huvuddelen av Cancerfondens forskningsstöd, finns också planeringsgrupperna. Cancerfonden stöder också forskartjänster. Där finns ingen speciell kategori att söka för vårdforskare. De beteendevetenskapliga stipendierna söks däremot nästan uteslutande av personer inom vårdforskningen.

Trots att projektansökningarna om vårdforskning bedöms för sig och inte "tävlar" mot andra forskningsdiscipliner har detta område haft

svårt att komma igång. Prioriteringskommitté G är den kommitté som får det minsta antalet ansökningar, 30-40 om året jämfört med 50-80 för övriga kommittéer.

30-40 procent av ansökningarna om vårdforskningsprojekt beviljas. Prioriteringskommitté G har den lägsta beviljningsgraden eftersom ansökningarna här i genomsnitt håller något lägre kvalitet. Tilldelningen per projekt varierar mellan 120 000 och cirka en miljon kronor per år vilket är ungefär samma storleksordning som inom andra discipliner.

Under 1990-98 har Cancerfonden delat ut omkring 38 miljoner kronor till vårdforskningsprojekt. Det årliga stödet på cirka 3,4 miljoner kronor är en liten summa som dessvärre inte ökar.

Samtliga delområden inom vårdforskningen behöver utvecklas. Det behövs fler goda forskningsmiljöer med "kritisk massa" och tillräcklig handledarkapacitet. Tjänstekonstruktionerna och karriärmöjligheterna behöver anpassas så att de passar vårdforskare. Den vetenskapliga kvaliteten inom området behöver höjas.

För att utvecklas behöver vårdforskningen stöd både till projekt och infrastruktur. Cancerfonden, forskningsråden och Vårdalstiftelsen kan bidra bättre genom att komplettera varandra i stödet.

Barncancerfonden

Ingemar Kjellner, Barncancerfonden:

Barncancerfonden skiljer sig från övriga finansiärer dels genom att forskningsområdet är snävare och dels genom att organisationen är föräldradriven. Det finns sju lokala barncancerföreningar i landet. Föreningen är fundamentet för Barncancerfonden som är den forskningsfinansierande organisationen. Fondens styrelse består av föräldrar, forskningsnämnden av forskare.

Vid starten för 16 år sedan var en klar målsättning att stödja den patientnära barnonkologiska forskningen. Barncancerfonden valde tidigt att stödja de olika vårdplanerings- och vårdprogramgrupper som börjat bildas bland barnonkologer. Det finns en barnleukemigrupp, en grupp som fokuserar på solida barntumörer och en hjärntumörgrupp. Genom att skapa samordning och gemensamma vårdprogram har dessa grupper lagt en grund för den kliniska forskningen om barncancer i Sverige.

Barncancerfonden har expanderat snabbt ekonomiskt. 1997 uppgick det totala forskningsstödet till omkring 27 miljoner kronor. Den stora delen, cirka 23 miljoner kronor, ligger på projektanslag. 3, 9 miljoner kronor går till doktorandtjänster och tjänster på forskarassistentnivå.

Barncancerfonden har inga prioriteringsgrupper utan ansökningarna handläggs av forskningsnämnden. I nämnden finns ingen omvårdnadsforskare, men varje ansökan skickas till bedömning hos externa sakkunniga.

Ungefär en tredjedel av de ansökta medlen beviljas. 11 miljoner kronor gick 1997 till patientnära klinisk barnonkologisk forskning. Dessa projekt handlar ofta även om omhändertagandet av barnet och dess familj. 14 miljoner fördelades till preklinisk forskning, ett område där antalet ansökningar till Barncancerfonden ökat under 1990-talet. Två miljoner kronor gick till rena omvårdnadsprojekt. Det är en blygsam summa och detta trots att Barncancerfondens styrelse är starkt drivande för att stimulera till omvårdnadsforskning.

Vi har gjort flera försök att stimulera omvårdnadsforskning inom vårt område. Vi har vid ett par tillfällen riktat oss till olika kategorier av vårdforskare och erbjudit dem att komma in med ansökningar. Under en sexårsperiod stödde vi också ett omfattande omvårdnadsprojekt, men det blev ingen fortsättning på det.

Det blygsamma stödet till omvårdnadsforskning beror också på att efterfrågan från forskarna inte är så stor.

Frågor och diskussion

Johan Calltorp: Man får bilden av att det egentligen inte råder någon brist på forskningsresurser, men att en del av forskarna inte matchas till de finansieringskällor som finns. Vad kan man göra konkret för att koppla ihop forskarna och finansierarna bättre? Och kan det vara så att ansökningarna ibland blir för strängt bedömda?

Harriet Wallberg-Henriksson, MFR: Vi på MFR skulle vilja uppmana fler vårdforskare att söka våra medel. Det är t.ex. väldigt få sjuksköterskor som söker hos oss. Det är synd, jag är övertygad om att ni skulle kunna konkurrera. När det gäller bedömningen görs den av en särskild bedömningskommitté som är sammansatt av socialmedicinare, epidemiologer etc. Vårdforskning konkurrerar inte med molekylärbio- logi eller andra forskningsområden.

Kenneth Nilsson, Cancerfonden: Ytterligare ett tips är att erbjuda vårdforskarna utbildning i att skriva ansökningar. När det gäller våra ansökningar om vårdkvalitetsprojekt är ett problem att de ofta inte är bra skrivna. Det finns en risk att vi missar bra projekt på grund av att ansökningarna är av dålig kvalitet.

Vi behöver också uppmärksamma vårdforskarna på att t.ex. Cancerfonden ser detta som ett angeläget område och gärna vill ha fler ansökningar. Idag kan det vara så att vårdforskarna inte tror att det är någon idé att söka eftersom så liten andel av medlen går till sådan forskning.

Ewa Stålldal, Vårdalstiftelsen: Vi har också sett att många ansökningar inte håller särskilt hög kvalitet, vilket inte betyder att forskningen är dålig. Därför har vi startat en kurs i hur man skriver en forskningsansökan. Det är ett sätt att stärka vårdforskarna och att tala om hur bedömningen går till.

Jag är mer orolig för den nuvarande infrastrukturen. Vi måste mer samlat – utbildningsdepartementet, universiteten, högskolor och forskningsfinansiärer – försöka få fram en bra infrastruktur. Vi är snart uppe i tusen registrerade doktorander och samtidigt har vi 40 docenter. Det behövs många fler tjänster där man får tid för forskning. När nu vårdutbildningarna integreras i de statliga högskolorna ser jag ett problem på de högskolor som inte har vetenskapsområdet medicin. Där är det svårt att få tjänster med lämplig inriktning.

Ingemar Kjellner, Barncancerfonden: När man diskuterar infrastrukturen är det också väsentligt att säga att det gäller att bortse från rättvisaspekten i fråga om geografisk spridning. Vi kan inte bygga upp en stark infrastruktur som är jämnt fördelad över landet. Det är bättre att låta forskningen på några ställen växa sig riktigt stark. Sedan kan kunnande därifrån sprida sig över landet.

Ann Bonair: Cancerfonden och Barncancerfonden vill båda ha fler ansökningar från vårdforskare. Det är kanske inte så konstigt att ni inte får så många som ni vill ha – ni är och måste väl vara ganska specialiserade?

IK: Ja, det är rätt. Men just när det gäller forskning om omvårdnad av barn med cancersjukdomar kommer resultaten att vara applicerbara inom övrig barnsjukvård.

JC: Vad har ni för uppfattning om hur forskningen når ut till användarna?

KN: För Cancerfondens del är implementering en viktig sak. Vi fungerar som initiativtagare till att implementera forskningsresultat i cancervården, men kräver motfinansiering i form av att landstingen

lovar att ta över verksamheten om den blir framgångsrik. På detta vis går vi från forskning till patient.

ES: Detta är en mycket viktig fråga. En konkret satsning som vi på Vårdalstiftelsen gör är att vi tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening, Spri och Vårdfacket ordnar en serie regionala konferenser där viktiga forskningsresultat ska presenteras för praktiskt yrkesverksamma. Sedan tror jag också att om vi får fram fler kombinations-tjänster där man både arbetar praktiskt i vården och har tid för forskning sker automatiskt en implementering av forskningsresultat.

HW-H: Utbildningsdepartementet har frågat oss på MFR om samhällsrelevansen – vad får man för pengarna som går till forskning? Därför har vi bitt alla våra prioriteringskommittéer att göra en sammanställning av samhällsrelevansen för forskningen inom respektive område. Det har blivit ett mycket intressant litet häfte som jag tror att även allmänheten kan ha stor glädje av att läsa. Detta är något vi kommer att fortsätta att följa upp.

1.4 Exempel på programsatsning

KK-stiftelsen och Landstingsförbundet har inlett en stor programsatsning på "IT inom Hälso- & Sjukvården". 150 miljoner kronor (75 miljoner från var och en av initiativtagarna) ska under tre år fördelas till programområdena forskning, tillämpningar inom telematiken, infrastrukturella och horisontella tillämpningar, industriinriktade tillämpningar samt utbildning, kompetensutveckling och kunskapspridning.

Håkan Eriksson, Karolinska sjukhuset:

Jag tänkte börja med att hårdra utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller forskning och utveckling. Aldrig tidigare har kostnaderna för vård och omsorg varit så höga. Aldrig tidigare har så många aktörer haft så stora resurser för forskning och utveckling inom vård och omsorg, och samverkat så lite! Aldrig tidigare har relationen mellan tillgänglig kunskap och utnyttjad kunskap inom vård och omsorg varit så låg. Men samtidigt har aldrig tidigare möjligheterna att förbättra vård och omsorg varit så stora.

Några nationella nyckeltal som jag tycker är väsentliga: Vi har knappt nio miljoner invånare. Våra direkta hälso- och sjukvårdskostnader är cirka 150 miljarder kronor om året. Vårt sjukvårdssystem är hierarkiskt uppbyggt med fem nivåer. Sverige har 23 landsting, tre stor-kommuner och 285 kommuner. Vi har sex medicinska fakulteter. Det

finns nio universitetssjukhus med en sammanlagd finansiering på cirka 17 miljarder kronor per år. Ungefär 13 procent av de nationella satsningarna på forskning går till medicinsk forskning.

Vi upplever just nu en revolution inom hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis går vi från ett system med individuella enheter sammanlänkade av ett pappersflöde till ett sammanhållet system präglad av integrerade processer och informationshantering.

I detta spelar naturligtvis informationsteknologin en viktig roll. Cirka 15 procent av all information på Internet utgörs av medicinsk information och den tar inte bara vården utan även i stor utsträckning allmänheten till sig.

Många sjukvårdsaktörer har börjat bygga upp IT-system. Mot bakgrund av detta började KK-stiftelsen och Landstingsförbundet att diskutera hur man skulle kunna samla alla goda krafter i denna utveckling och få dem att sträva åt samma håll. Därmed formades programmet "IT inom Hälso- & Sjukvården". Programmets viktigaste syften och mål:

- Att samordna den kompetens samt de forsknings- och utvecklingsidéer som finns rörande utnyttjandet av IT i bred bemärkelse inom hälso- och sjukvården för att uppnå ökad kvalitet och effektivitet, organisatorisk och strukturell utveckling samt stöd till svenskt näringsliv.
- Att möjliggöra skapandet av en gemensam infrastrukturell plattform som även är anpassad till behoven inom äldreomsorgen inom kommuner och hos andra vårdgivare.
- Att åstadkomma ett snabbare införande av bra IT-system som ger en högre vårdkvalitet och bättre omvårdnad i väl fungerande vårdkedjor samt bättre effektivitet genom samarbete mellan olika vårdnivåer och huvudmän.

I programområdet "Infrastrukturella och horisontella tillämpningar" är vår förhoppning att vi ska kunna bygga upp en stambana för alla IT-system i hälso- och sjukvården. I detta gemensamma, öppna och interaktiva dator- och telenät ska sedan olika applikationer kunna kopplas på och systemet ska vara tillgängligt för alla nivåer inom vården. Vi vill också bidra till utveckling av IT-stöd för ledning, uppföljning, utvärdering och kvalitetsutveckling.

"Utbildning, kompetensutveckling och kunskapspridning" omfattar sådana program för olika yrkesgrupper, satsningar på IT som redskap för information till patienter och anhöriga samt utveckling av nätverksmiljöer för undervisning.

Programstyrelsen består av företrädare för KK-stiftelsen, Landstingsförbundet, Spri, de medicinska fakulteterna, kommunikationsforskningsberedningen med flera. För varje programområde finns en prioriteringskommitté.

Programmet har nu löpt i två år och två ansökningsomgångar har genomförts. 349 ansökningar har behandlats, 76 av dem har beviljats. Hittills har 96,8 miljoner kronor delats ut. Projekten har en ganska god nationell spridning. När det gäller jämställdhetsaspekten har cirka 15 procent av ansökningarna en kvinnlig huvudman och det finns en proportionalitet om man sedan tittar på de beviljade ansökningarna.

Förutom satsningarna på de många projekten har vi arbetat för att bygga upp ett informationsspridningssystem. Tanken är att den kunskap som genereras i projekten ska göras tillgänglig för alla som bidrar till kunskapsutvecklingen i programmet.

Systemet är Internetbaserat, ska heta ITHS och startar vid årsskiftet 1998-99. Det har tre nivåer: en för allmänheten, en för projektdeltagarna och en för styrgruppen.

Frågor och diskussion

Ann Bonair: Finns det några vårdforskare bland dem som söker projektstöd hos er?

Håkan Eriksson: Mitt intryck är att vårdforskare ingår i de nätverk som finns. Vårdalstiftelsen delfinansierar t.ex. sju projekt med särskild bäring på vården, bl.a. ett som handlar om IT-stöd i hemsjukvården.

Johan Calltorp: Har du någon kommentar till bristen på matchning mellan vårdforskningen och finansieringskällorna?

HE: Det är svårt att få igång nödvändig samverkan för att få en så effektiv användning som möjligt av de stora resurser som finns för klinisk forskning, men det verkar ha blivit något lättare på senare tid. Det finns så mycket pengar, totalt sett, att om man lade dem på de bra projekten skulle dessa projekt få en mycket bra finansiering. Det som också behövs hos forskningsfinansiärerna är mod och kompetens att bedöma ansökningarna. Ingen kommer att kritisera en finansiär som finansierar bra forskning på ett område där man har ett delansvar.

1.5 Finansiering av och ansvar för vårdforskningen

Högskolan

Jan Lindsten, Karolinska institutet:

Varför har vi egentligen en hälso- och sjukvård? Jag tror det är viktigt för varje organisation att definiera sin uppgift. Om vi utgår ifrån att hälso- och sjukvårdens roll är att förbättra människors hälsa behöver vi definiera vad som menas med hälsa i befolkningen. Då krävs epidemiologiska analyser och statistik över hälsoläget.

När vi vet vilka problem vi står inför blir det mycket lättare att formera oss för att möta dem. Hur många nya cancerfall och fall av stroke får vi t.ex. på grund av åldersutvecklingen i befolkningen?

Om vi istället ser det hela ur individens synvinkel blir det intressant att fråga "vad är det som är av värde för mig som individ när jag ska utnyttja hälso- och sjukvården?". Jag vill att personalen ska ha en attityd som innebär att man ställer sitt kunnande till förfogande för patienten så att man själv kan ta ansvar för sin sjukdom och behandling, där så är möjligt. Det andra jag sätter värde på är en kompetent personal och det får konsekvenser för ledarskap, kompetensutveckling, vidareutbildning, forskning och utveckling.

Tid för patienten är och kommer att vara viktigt. Kvalitet är viktigt, att man använder rätt metod och inte sådana som till och med kanske är farliga. Kostnadseffektivitet är viktigt eftersom jag också är skattebetalare. Följaktligen är vårdforskning, hälsoekonomi, IT-stöd och inte minst incitament till kostnadseffektivitet viktiga. Information är också en viktig uppgift för hälso- och sjukvården.

Definitionerna av uppgifter och mål är tillämpbara på olika nivåer, såväl på nationell nivå som på en enskild klinik. Överallt kan man diskutera sin verksamhet utifrån frågan "Hur förbättrar vi människors hälsa?". Aktiviteter som inte bidrar till detta ska vi inte syssla med. Analysen kan också användas som ett underlag för planering av sjukvård, forskning och utbildning samt för att koordinera olika forskningsinsatser.

Karolinska institutet har nyligen antagit en programförklaring som säger att dess uppgift är att förbättra människors hälsa genom forskning, utveckling och utbildning. Karolinska institutet är ett medicinskt universitet numera. Efter sammanslagningen med Hälsovårdshögskolan har vi ansvar för nästan alla vårdutbildningar. Vi tycker att den inte-

gration sammanslagningen lett till är en stor fördel. Vi har också för första gången skapat en humanistisk institution vid Karolinska institutet med nya professurer.

Det är två nyckelbegrepp jag tycker är viktiga när det gäller ansvaret för vårdforskningen. Integration är det ena. Patienten är ju en helhet. Då blir det inte så fruktansvärt viktigt att vi definierar vad vi menar med vårdforskning. Det är de hälsoinriktade målen och individens kompetens att bidra till att uppnå dem som är viktiga, snarare än om man faller inom ett på förhand definierat ämnesområde.

Det kan bli problem för de landsting som inte har universitet och därmed inte på ett naturligt sätt kan få integreringen mellan forskning, utveckling och utbildning och övrig medicinsk verksamhet. I de situationerna gäller det att försöka skapa länkar till forskningens och utbildningens område.

Karolinska institutet har nyligen också slopat de medicinska och odontologiska fakulteterna. Istället indelar vi efter huvudverksamhet. Vi får en styrelse för forskning, en för forskarutbildning och en för grundutbildning. Dessutom har vi skapat programområden som är sjukdomsinriktade och sträcker sig över institutionsgränserna.

En stor brist som vi har och kommer att behöva göra något åt är att patienterna i framtiden i allt högre utsträckning kommer att finnas i primärvården, utanför sjukhusen. Jag förstår egentligen inte varför vi inte redan dragit igång modellenheter för primärvård som står i kontakt med specialistsjukhus. Vi borde genast börja satsa på forskning inom primärvården och i kontakt mellan de olika vårdformerna. Och den kommunala sidan behöver kanske ännu mer sådant samarbete än landstingssidan.

När det gäller kvalitetsaspekterna råder det ingen tvekan om att det är en jättestor brist på handledare inom vårdforskningen. I Stockholmsregionen har vi t.ex. cirka 50 disputerade sjuksköterskor och inte alla av dem är i en ålder då de kan arbeta som handledare. Vi har ett åldersproblem. För att möta det borde man satsa på att få in mer om forskning redan i grundutbildning och försöka rekrytera doktorander bland dem som går där. För att kunna göra det behöver vi utveckla karriärmöjligheterna.

För att få igång utvecklingen inom vårdforskningen bör man till att börja med inte sprida resurserna för mycket utan bygga upp några centra med en intellektuell täthet. Ungefär 30 procent av Karolinska sjukhusets och Huddinge sjukhus' budget är ämnad för forskning. Stockholms läns landsting har drygt en miljard kronor avsatt för forskning och utveckling. Så visst finns det pengar som Karolinska institutet tillsammans med landstinget kan använda för riktade satsningar.

Landstingen

Kaj Essinger, Landstingsförbundet:

Det finns de som påstår att landstingen dragit ned på sina satsningar på klinisk forskning. Vi har ringt runt till olika landsting för att undersöka om det stämmer och då inte hittat något landsting som uppger att forskningssatsningarna minskat. Trots minskade sjukvårdsresurser har vi *inte* dragit ned på forskning och undervisning. Flera landsting har däremot på senare år börjat satsa projektmedel på vårdforskning.

Sedan kan det vara så att införande av köp-och-säljssystem med mera minskar det som man brukar kalla "det fria utrymmet" och på så vis försvårar forskning.

Det går tyvärr inte att få en bra sammanställning i siffror av hur mycket landstingen satsar på forskning. Om man tar Stockholms läns landsting som exempel ger staten cirka 400 miljoner i ALF-ersättning, landstinget satsar sedan lika mycket till på FoU. Läger man till det statliga institutionsanslaget och de externa forskningspengarna är man uppe i ungefär 1,5 miljarder kronor i ett landsting med en total budget på drygt 20 miljarder kronor.

I början av 1990-talet arbetade ungefär en tiondel av den yrkesverksamma befolkningen i sjukvården. Genom att vårdpersonal gick över till kommunerna vid Ädelreformen och genom landstingens besparingar har siffran minskat. Idag jobbar omkring sex procent av den yrkesverksamma befolkningen i landstingens sjukvård. De personal-kategorier som reducerats kraftigt är sjukvårdsbiträden och undersköterskor. Numera är över hälften av vårdpersonalen högskoleutbildad. Ett företag som Ericsson har, som en jämförelse, 33 procent högskoleutbildade. Det säger lite grann om den dramatiska förändring som skett.

Oavsett hur landstingens ekonomi ser ut så finns det ett stort behov av att utveckla och förbättra verksamheten. Dels behöver man ständigt utveckla den professionella kunskapen (ämneskunskap, personliga färdigheter, värderingar, etik) genom grundutbildning och forskning. Dessa ansträngningar leder till bättre diagnoser och behandlingar. Dels finns det också ett väldigt stort intresse av att förbättra sjukvården som system, att förbättra vårdkedjor, flöden och liknande. Detta går ibland under benämningen kvalitetsarbete.

Intressant är att den ökade uppmärksamheten på behovet av förbättringsarbete kanske kan smitta av sig på vårdforskningen också. Ett exempel från lungkliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping som fick en kvalitetsutmärkelse för ett par år sedan: Klinikens personal gick systematiskt igenom sitt sätt att arbeta och lyckades rationalisera verksamheten. En del av vinsten användes sedan till forskning med mera.

De lyckades öka sitt utrymme för forskning, utveckling och utbildning med cirka 60 procent.

Det är självklart att landstingen har ett ansvar för att ta till vara de forskningsresultat som kommer fram genom vårdforskningen. Att vårdhögskolorna kommer att ingå i de medicinska universiteten kan öppna nya möjligheter. Det kan bli lättare för landstingen att knyta vårdforskningen till sig på ungefär samma sätt som med den kliniska medicinska forskningen. Jag tror vi kan se fram emot en utveckling i den riktningen. Vi bör då också fundera över om vi kan hitta konstruktioner så att personer med forskarutbildning kan forska och samtidigt arbeta praktiskt i vården.

Något som landstingen gärna vill se tydligare är den praktiska nyttan för finansären av forskningen. Omvårdnadsforskningen måste kunna visa kliniska förbättringar. Det är ett sätt att få ett stöd som gör att man kan fortsätta.

Sedan kan man mer i detalj fundera över vem som ska finansiera vad. En grundläggande princip är att forskning ska finansieras av staten, men det finns inte den traditionen i de gamla vårdhögskolorna. Här måste vi diskutera hur vi ska göra.

Kommunerna

Lennart Jonasson, Svenska Kommunförbundet:

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård har ökat under 1990-talet både genom huvudmannaskapsreformerna och genom snabba omstruktureringar inom hälso- och sjukvården. Kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade personer, i kombination med landstingens och kommunernas pressade ekonomi, har lett till att patienterna i stor utsträckning har flyttat från sjukhusen ut till den öppna vården och till vården i sängkammaren.

Samtidigt gör utvecklingen av befolkningens ålderssammansättning och av de medicintekniska möjligheterna att trycket på kommunernas och landstingens vård ökar ytterligare. Förändringarna under 1990-talet har varit omvälvande och ställt oss alla inför stora svårigheter. Jag tror ingen riktigt förutsåg hur snabbt det här skulle ske när man beslutade om huvudmannaskapsreformerna.

Kommunernas insatser har förändrats från att främst bestå av service till att huvudsakligen handla om omvårdnad. Att skilja ut hälso- och sjukvården i kommunerna från det som faller under begreppet socialtjänst låter sig nästan inte göras. Begreppet omvårdnad regleras också både i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen.

Hela den kommunala äldreomsorgen omsluter idag drygt 60 miljarder kronor per år. Lägger vi till stödet till fysiskt och psykiskt funktionshindrade kommer vi upp i ungefär 75 miljarder kronor.

Det är svårt att svara på hur stor andel av kommunernas resurser som satsas på forskning och utveckling inom hälso- och sjukvården. Grovt kan man säga att mycket litet satsas på forskning från kommunernas sida, mer satsas på utveckling. En förklaring är att forskningstraditionen saknas. Dessutom har resurserna under 1990-talet nästan helt och hållet gått åt för att klara av driften av verksamheten och i någon mån till kompetensutveckling av personalen.

Samtidigt finns en mycket stor medvetenhet bland kommunerna idag om att man i betydligt högre utsträckning måste satsa på forskning, utveckling, kompetensutveckling, kvalitetsarbete med mera – samtidigt som omstrukturering av hälso- och sjukvården fortsätter.

Kommer kommunerna då att ha råd med sådana satsningar? Svenska Kommunförbundets långtidsutredning om de närmaste åren tyder på att möjligheterna blir större än under 1990-talet. Med de antaganden vi gjort väntar tio ur ekonomisk synvinkel betydligt lugnare år för kommunerna.

Under de 10-20 åren fram till de stora utmaningarna när 40-talistkullarna blir riktigt gamla behöver vi satsa på kunskapsuppbyggnad, utvecklingsarbete och kvalitetsutveckling. I många fall bör vi göra detta tillsammans med landstingen.

Det är nödvändigt att hitta en organisatorisk infrastruktur för forsknings- och utvecklingsarbete. En del bör vara regionala FoU-enheter eller kunskapscentra. Det finns redan ett antal sådana exempel. I Sandviken har exempelvis landstinget och kommunerna i Gävleborg satsat på ett gemensamt kunskapscentrum. För att få igång uppbyggnaden av ett nätverk över hela landet skulle staten kunna gå in och delfinansiera och på så vis också locka kommuner och landsting att satsa.

Därutöver finns det behov av nationella centrumbildningar där forskare inom olika discipliner kan mötas. Många områden inom äldreomsorgen behöver mer forskning: Konsekvenserna av förändringar i vård- och behovsstrukturen, samband mellan vårdbehov och -utbud, effekter av insatta resurser, anhörigas och den övriga informella sektorns betydelse, hälso- och sjukvård, åldersrelaterade sjukdomar, konsekvenser för äldreomsorgen av förändrade könsroller och etnisk mångfald och äldres villkor i samhället.

För att belysa dessa och andra områden behövs bl.a. medicinsk forskning, omvårdnadsforskning, sociologisk forskning, forskning i socialt arbete, hälsoekonomiska studier, forskning kring telemedicin och annan teknisk utveckling och socialmedicinska studier.

Stora ansträngningar krävs också för att förbättra kunskapsspridningen så att FoU-resultat kommer personalen till del. Ett bekymmer är att utbildning om hur man söker och använder sådan kunskap inte ingår i utbildningen för stora delar av kommunernas personal. Att förändra detta är en viktig uppgift både för högskolorna och för arbetsgivarna.

Frågor och diskussion

Ann Bonair: Satsar landstingen precis som kommunerna mest på utveckling och mindre på forskning?

Kaj Essinger: Landstingen ser att det är nödvändigt att börja arbeta mycket mer med intern utveckling av verksamheten. Det arbetet börjar ta allt mer fart. Startsträckan har varit lång. Jag tror att landstingen även kommer att vara beredda att i högre grad stödja vårdforskning och mer tvärvetenskapligt inriktad hälso- och sjukvårdsforskning.

Johan Calltorp: Vårdforskningens problem verkar inte vara resursbrist utan snarare handla om organisation, struktur och liknande. En fråga om kommunernas inställning; Finns det "kulturproblem" som gör kommunerna mindre benägna att satsa på forskning?

Lennart Jonasson: Det pågår ett kulturskifte. Kommunerna har tidigare haft ansvar för en verksamhet som inte i lika hög utsträckning var kunskapsstyrd. Men idag har medvetenheten om behovet av kunskapsuppbyggnad kommit. När nu kommunerna går in i en ekonomiskt lugnare period är det nödvändigt att avsätta pengar för forskning och utveckling i budgetarna. Annars kommer vi inte att klara av 2030- och 2040-talen. Detta tänkande har gehör i kommunsektorn.

KE: Man måste komma ihåg att vissa områden inte har en lika lång och väl utvecklad forskningstradition som andra. Det kan göra det svårt att få fram bra ansökningar och bra projekt och detta är ett problem som vi måste uppmärksamma. Annars är risken att områden som vi vill prioritera inte klarar sig i konkurrensen. I vissa landsting får personer som vill arbeta med forskning och utveckling hjälp och stöd att ta fram projektbeskrivningar och liknande.

LJ: Just i det sammanhanget kan regionala enheter spela en viktig roll.

JC: Tas forskarutbildade personer emot med öppna armar på alla nivåer i vården? Räknas forskarmeriter alltid som meriter?

Jan Lindsten: På läkarsidan anser jag att vi överutbildar många. Vi satsar hårt på att alla ska ha en doktorsgrad medan det ofta skulle räcka med en licentiatexamen.

Inom vårdforskningsområdet har vi inget bra karriärsystem. Det finns ett stort behov av ett sådant så att det blir lönande att satsa på forskarutbildning för dessa personer. Då höjer man statusen för forskare och gör forskningsinriktning till en naturlig del av verksamheten.

AB: Är det tänkbart att kommunerna kommer att anställa disputerade forskare som har delade tjänster där man både forskar och arbetar i verksamheten?

LJ: Självklart, det finns redan kommuner som gjort det.

1.6 Vårdhögskolornas integrering i statliga universitet och högskolor

Brita Bergseth, Högskoleverket:

För två och ett halvt år sedan lämnade Högskoleverket sin redovisning till regeringen av den nationella utvärderingen av utbildningar inom vård och omsorg. Redovisningen var nedslående. De sakkunniga granskarna rapporterade om små, isolerade enheter med ett smalt utbildningsutbud, ingen eller liten forskningsaktivitet och svag forskningsanknytning. Utbildningarna fick tre år på sig att förändra situationen. Under 1999 planeras en ny kvalitetsbedömning.

Högskoleverkets kvalitetsbedömningar har en starkt pådrivande effekt. 1994-95 hade vi 26 landstingsägda vårdhögskolor och tre enskilda; vid millenniumskiftet kommer vi sannolikt att ha en vårdhögskola kvar i landstingsregi, samt de tre enskilda. De övriga vårdhögskolorna har alla gått in i det statliga högskolesystemet.

Kommer den tunga akademiska traditionen att kväva de nya utbildningarna, ta död på initiativ och förhindra framväxten av nya ämnen och vetenskapsområden? Karaktäristiskt för ämnen inom vård och omsorg är, till skillnad från de traditionella akademiska ämnena, att de har sitt ursprung i en yrkesverksamhet. De problemställningar som ligger till grund för ämnesutvecklingen hämtas ur den professionella verksamheten. När utvecklingen av ett kompetensområde nått därhän att nya vetenskapliga problem stadigvarande kan formuleras och teorier och metoder utvecklas som leder forskningen och kunskapsutvecklingen vidare, uppstår nya ämnen.

Av tradition konstitueras ett nytt akademiskt ämne först då det fått en unik vetenskaplig profil med en gemensam teoretisk och empirisk referensram. Forskningsämnet etableras när forskare inom ett kunskapsområde formulerar egna problem och tillämpar egna vetenskapliga metoder. Forskarutbildning i ämnet blir möjlig i och med att en professor med den aktuella ämnesinriktningen anställs i en högskola med fast forskningsorganisation inom ett vetenskapsområde. Slutligen växer ett nytt ämne fram i grundutbildning – och det kommer vanligtvis sist.

Trots dessa höga krav växer nya ämnen fram inom grundutbildningen. Det senaste är ortopedteknik. Så integrationen av vård- och omsorgsutbildningarna i den statliga högskolan bör ge möjligheter.

Från ett akademiskt ämne i grundutbildningen ska det finnas en rak linje till forskarutbildning och forskning inom ett vetenskapsområde. Studenterna ska ha en rak väg från kandidat- och magisterexamen till forskarutbildning och forskning. I och med att de landstingskommunala vårdhögskolorna integreras i den statliga högskolan, öppnas den här vägen. Studenter vid vård- och omsorgsutbildningar har därmed i stort sett lika goda möjligheter till fördjupade studier som andra studenter i högskolan.

I den mån yrkesutbildningen också har en sådan substans och nivå att den kan leda till kandidat- och magisterexamen i yrkesområdets huvudämne kommer rekryteringsbasen för forskarutbildning och forskning att breddas väsentligt.

Framväxten av nya huvudämnena för kandidat- och magisterexamen har sin grund i att forskningskompetenta lärare aktivt bedriver forskning med en viss volym. Ämnet omvårdnad fick egen forskarutbildning i Umeå 1980. Det var en stor händelse. Nu finns omvårdnad eller vårdvetenskap som forskarutbildningsämne dessutom i Uppsala, Lund, Göteborg, Linköping och vid Karolinska institutet. Flertalet universitet erbjuder numera också magisterutbildningar inom vård och omsorg. Ur ett akademiskt perspektiv har utvecklingen gått enastående snabbt. Men ska den kunna fortsätta i samma tempo krävs sannolikt en integration på flera nivåer inom utbildningssystemet.

Integrationen i det statliga högskolesystemet får inte stanna vid att enbart vara en administrativ reform. Utbildningarna inom vård och omsorg får inte fortsätta att isoleras. Studenterna ska erbjudas reella möjligheter till fördjupningsstudier inom skilda ämnesområden och stimuleras till nya ämneskombinationer. Ett rikt spektrum av ämnen relaterade till varandra stimulerar utvecklingen av en kvalitativt god utbildning och forskning.

Lärarna måste få möjlighet att ta del i den bredare högskolekulturen genom utbyte med kollegor inom andra, näraliggande ämnen. De ska också ha möjligheter att både undervisa och forska för att i realiteten

kunna medverka i mångvetenskapliga projekt. Ingen yrkesgrupp har monopol på ett forskningsområde.

I grundutbildningarna inom vård och omsorg är det viktigt att säkra integrationen mellan forskning, kliniskt arbete och utbildning genom kliniska lektorat, kombinationstjänster för forskning, undervisning och praktiskt vårdarbete. Det är samtidigt vägen att skapa en yrkeskår där det finns en tillgänglig forskarkompetens. Högskolekompetens är en förutsättning för yrkeskompetens, men omvänt håller inte tesen.

Frågor och diskussion

Johan Calltorp: Sker det mycket förnyelse inom den vårdforskning som bedrivs vid mindre, decentrala enheter, kanske kopplade som satelliter till de större universiteten?

Brita Bergseth: Vi har ännu inte bedömt de universitet och högskolor där vårdhögskolorna har integrerats. De frågorna ska vi försöka besvara vid den kommande utvärderingen.

JC: De lokala högskolorna är ju en het potatis. Finns det någon generell kunskap om vad som stimulerar mångvetenskaplig forskning?

BB: Vi gör en kvalitetsbedömning och kan jämföra tre år tillbaka, med samma kriterier. Det är möjligt att vi kan få ett svar på detta.

Ann Bonair: I Högskoleverkets utvärderingsrapport betonas vikten av fakultetsanknytning och integrering i högskolan. Man får intrycket att det viktiga är att man knyts till en fakultet och att det spelar mindre roll vilken fakultet det är?

BB: Ja, kanske, om man jämför med utgångsläget.

1.7 Paneldiskussion: Hur kan vi öka utbytet mellan forskning och verksamhet?

Debattledare: Ulla Åhs

I panelen: *Liselotte Rooke, omvårdnadsstrateg vid Regionförbundet för Skåne, Urban Sjöblom, kirurg och chefläkare vid Blekingesjukhuset, Christina Forsberg, klinisk lektor vid Röda korsets högskola och Karolinska sjukhuset, Mats Eliasson, överläkare vid medicinkliniken i Luleå och informatör för SBU-Norr samt Carin Gavelin, informationschef vid Spru (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut).*

Ulla Åhs: Hur ska man bättre kunna sprida information ut till användarna om relevant forskning och utveckling?

Urban Sjöblom: De nya vetenskapliga rönen tillämpas inte alltid på det sätt som man hoppats. Det tror jag till stor del beror på den passiva rollen för mottagarna av informationen. Ska man få mer dynamik i förändringsarbetet måste man engagera även enheter utanför universitetsorterna i FoU-arbetet. Det skapar ett aktivt engagemang som ger nya förutsättningar att ta till sig ny kunskap.

Christina Forsberg: Att få med kliniskt verksamma och även patienter och anhöriga i utvecklingsarbete är något vi måste satsa mycket krut på i framtiden.

Liselotte Rooke: Jag instämmer. Men det är inte unikt för vårdforskning att det är svårt att få användare att använda forskningsresultat. Sedan är det också så att vi ofta ser väldigt fyrkantigt på det här att använda forskningsresultat. Det finns olika sätt att göra det och vi måste se detta ur ett mycket brett perspektiv. Ett sätt att utnyttja forskningsresultat är att omsätta dem instrumentellt. Det finns även en mer begreppsmässig användning – man kan genom forskning förmå människor att tänka i nya tankemönster. Ett användningssätt som vi inom omvårdnadsforskningen behöver bli duktigare på är dessutom den mer taktiska användningen. Det gäller att utnyttja resultaten så att beslutsfattarna ser att forskning ger effekt.

Ibland kan det vara bra att blicka bakåt. I 1977 års högskolereform slogs det första gången fast att det inom vård- och omsorgsutbildningarna skulle finnas anknytning mellan forskning och utbildning. Mycket resurser satsades på att få fram den anknytningen. 20 år senare pratar vi

istället om samverkan mellan forskningen och verksamheten. Kanske behöver vi även den här gången en tydlig resurssatsning och en tydligare skrivning i högskolelagen?

Carin Gavelin: Vi har hört idag att det är omkring 1,5 miljarder kronor som står till vårdforskningens förfogande. Det vore intressant att i relation till den siffran veta hur mycket som läggs ned på att sprida resultaten av forskningen.

Forskningsresultat är fullständigt ointressanta om de inte når ut. Vetenskapliga artiklar skrivs på engelska och publiceras i internationella tidskrifter och läses av forskarkollegor. Det sägs att doktorsavhandlingarna på våra bibliotek lånas ut i genomsnitt en gång. Man måste ställa högre krav på dokumentationen av forskning. Den ska skrivas så att målgruppen förstår. Det ska vara ett villkor för att bidrag ska beviljas.

Vi behöver också skapa nya fora där forskarna möter företrädare för verksamheten. Det handlar inte bara om att forskarna ska skicka ut sina resultat utan de ska också känna av vad det är för forskning som behövs. Får man den dialogen är benägenheten större att använda det som kommer fram.

Mats Eliasson: Forskningsresultat ska inte omsättas rakt av. Forskning behöver funderas över och sättas in i ett större sammanhang. Det behövs en syntes av den kunskap man kommit fram till. En sådan syntes kan skapas på många olika nivåer och leda fram till någon form av kliniska riktlinjer. Nästa steg är att sprida riktlinjerna så att patienten får nytta av forskningen. Den processen borde vi fokusera mer på. Det ska inte vara en envägskommunikation. Man ska redan när man tar fram underlaget analysera vilka aktörer som kunskapen ska nå – är det t.ex. distriktssköterskor eller benmargstransplantatörer? Sedan ska man involvera dessa aktörer i processen och portionera ut kunskapen skräddarsytt, till rätt målgrupp och i lämpliga doser. Beskydda sjukvården från det informationsbrus vi idag är utsatta för.

LR: Några goda exempel på insatser som görs: 1/ Vårdförbundets sammanställning över sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker som disputerat. 2/ Tidningen Vårdfacket presenterar från och med 1999 regelbundet forskningsresultat med klinisk relevans. 3/ Universiteten har en stor uppgift att fylla. Där görs också satsningar som exempelvis när Centrum för vårdvetenskap i Lund nyligen arrangerade en "Omvårdnadsforskningens dag" som riktade sig direkt till verkamma ute i vården, i syfte att sprida forskningsresultat.

Elisabet Hamrin, Linköping (i auditoriet): I Östergötland tar vi nu fram medicinska program för olika sjukdomsgrupper. Programmen baseras bl.a. på forskning och utarbetas gemensamt av sjukvården, patientorganisationerna, kommunrepresentanter och landstingsföreträdare. Vi har nyligen tagit fram ett program för vård och rehabilitering vid stroke och det ska spridas i hela landstinget.

Johan Calltorp: Folk ute i vården säger nu att de har så mycket att göra att de inte hinner reflektera. Hur mobiliserar vi i den situationen ett intresse för forskning och utvecklingsarbete?

LR: Det finns många vägar att gå som vi redan pratat om. Man måste ge möjlighet till kompetensutveckling för sjuksköterskor och undersköterskor. Det behövs nya och tydligare karriärvägar. Vi måste skapa kombinationstjänster som ger möjlighet att både forska och arbeta praktiskt så att disputerade personer kan finnas ute i verksamheten.

US: Visst finns en väldig trötthet och en utbrändhet. Men samtidigt ser jag väldigt många positiva initiativ, mycken kreativitet och en stark vilja till förändring. Dessvärre släpps kreativiteten inte fram. Forskningsvärldens och sjukvården har samma problem. Vi lever i trögörliga strukturer där nytänkande har svårt att hävda sig.

UÅ: Hur kan man öka utbytet mellan forskning och verksamhet?

CF: Tjänster av den typ jag har kan vara en lösning. Det handlar om tjänster som innebär att man samtidigt kan forska, undervisa och vara kliniskt verksam. Men det gäller att man vet vad man vill nå med att inrätta sådana tjänster. Om det främst är att bidra till praktisk användning av forskningsresultat tror jag att tjänsterna ska läggas upp så att man är forskare i första hand, kliniskt verksam i andra och undervisar i tredje hand. Idag ligger tyngdpunkten i kombinationstjänsterna ofta på undervisningen och det stämmer inte riktigt med tanken bakom.

Förutom den här typen av tjänster behövs olika förändringar i organisationen. Det behövs forskarutbildade chefer och rejäla satsningar på genomförandeprojekt för att omsätta forskningsresultat i praktisk verklighet. Dessutom måste vi få till stånd en skolning i vetenskapligt tänkande av all personal.

LR: Det har framförts att det måste finnas personer i ledningen inom sjukvården som är disputerade och som förstår vad omvårdnad är. Jag instämmer i detta och vill framhålla att min tjänst som omvårdnadsstrateg i Region Skåne är ett positivt exempel på detta. Jag ser som min

uppgift att företräda omvårdnad och försöka arbeta för att forskningsresultat kommer ut. En viktig uppgift för mig är också att kommunicera med politikerna och försöka ge dem ett underlag för att fatta goda beslut.

US: I södra regionen har vi de senaste åren arbetat för att öka förutsättningarna för utbytet mellan forskning och verksamhet. Vi har bl.a. bedrivit distansutbildning i grundläggande forskningsmetodik. Den har anordnats av högskolan i Växjö i samarbete med Samhällsmedicin i Dalby. 330 personer har hittills genomgått den grundläggande forskarutbildningen, ett stort antal har gått vidare till fördjupad forskarutbildning och några har disputerat. Detta skapar förutsättningar för ett samarbete inom regionen mellan universitet och periferi.

I fördelningen av forskningsanslag från landstinget prioriteras också sådana projekt som syftar till samarbete inom regionen.

Marianne Omne-Pontén, Dalarnas forskningsråd (i auditoriet): Jag är glad att du tog upp perspektivet centrum-periferi. Vi i Dalarnas forskningsråd delar ut cirka fyra miljoner kronor per år i projektstöd till forskning och utvecklingsarbete. Den verksamheten är ett väldigt viktigt drivhus för den forskning som ska bedrivas vid universiteten. Man borde tala mer om hur mycket av vårdforskningen som får sin första stimulans ute i landstingsverksamhet. De regionala och lokala FoU-organen är en viktig sektor som man också måste intressera sig för när man diskuterar vårdforskningens utveckling.

JC: Sker mycket av förnyelsen inom de nya forskningsområdena vid de mindre högskolorna och vid landstingens FoU-enheter?

ME: Den universitetsrelaterade forskningen utgår ofta ifrån vad som är "hett" just nu. Den utgår inte från de patientnära problem vi står inför ute i sjukvården, från vardagliga problem kring vanliga sjukdomar. Vi behöver inte fler blodtrycksmediciner, vi behöver förstå varför patienterna inte tar sina blodtrycksmediciner. Den typen av forskning passar utmärkt ute i sjukvården utanför universitetssjukhusen och skulle i mycket högre utsträckning kunna göras i samarbete mellan dessa parter. Då skapar man också en miljö i vården där man är mottaglig för forskningsresultat.

Ingalill Rahm-Hallberg: Johans hypotes är inte verklighetsförankrad. När det gäller ämnet omvårdnad har de som är disputerade ute vid de mindre högskolorna inget utrymme för forskning. All tid går åt till

undervisningsarbete. Det som händer, det händer på universiteten. Där finns det mer utrymme för de disputerade att forska.

JC: Det finns ändå ett spännande spänningsfält som uppstår när forskningen mer flyttar ut i den vanliga vården. De etablerade universitetsorterna klarar sig inte utan stimulans från periferin. Jag tror att framtiden ligger i att bygga upp nätverk och andra strukturer för detta utbyte.

IR-H: Jag håller med om att det behövs nätverk. Det behövs också en annan syn på den etablerade forskningen. Idag ligger tyngdpunkten väldigt mycket på prekliniskt präglad medicinsk forskning. Balansen i förhållande till människan i samhället är bristfällig. Den balansen måste man ändra på även vid universiteten.

US: Tradition är på gott och ont. Den kan vara hämmande, men ger också kontinuitet. Vi behöver både de etablerade universiteten och de nyare högskolorna. De nya tvingas ibland till lite okonventionella lösningar som kan ge nya vinklar som befruktar forskningens utveckling. När vi ser tillbaka har det fötts mycket nytt ur nya, unga forskningscentra.

Eva Stålldal, Vårdalstiftelsen: Det är synd att skapa en polemik om huruvida de gamla eller de nya högskolorna är bäst. Vi blandar lite grann ihop två saker: Den ena är grundutbildningen och dess anknytning till forskarutbildning och forskning. En rak anknytning mellan grundutbildning och forskning finns i stort sett bara vid de sex universitet som har vetenskapsområdet medicin. De andra högskolorna samt universiteten i Örebro, Växjö och Karlstad har inte det vetenskapsområdet och därmed finns inte den direkta anknytningen där. Här gäller det att vi försöker hitta samarbetsformer samtidigt som vi bygger upp några starka FoU-miljöer för att få fram tillräckligt stora resurser när det gäller handledningen.

En annan sak är att vi naturligtvis måste ta till vara de goda forsknings- och utvecklingsidéer som finns ute i landet. Grundutbildning och forskning kan vara spridd, men inte forskarutbildningen. Det har vi inte handledarkraft till.

2 Bilaga 3 Kartläggning av vårdforskningen under perioden 1977-1998

Av Alice Rinell Hermansson

En lägesbeskrivning av forskningen inom biomedicinsk laborietvetenskap, arbetsterapi, sjukgymnastik, omvårdnad samt reproduktiv och perinatal omvårdnad

Under 1990-talets tre sista decennier kom nya områden att tillföras vårdforskningen i Sverige. Även om det var många olika drivkrafter som samverkade till denna utveckling, torde högskolereformen 1977 ha varit en av de främsta. Genom den kom utbildningen för flera vårdyrken att få högskolestatus. I samband med reformen betonades särskilt behovet av forskningsanknytning av dessa utbildningslinjer. Med detta avsågs

- att forskning skulle komma till stånd inom vårdutbildningarnas respektive ämnesområden,
- att utbildningen skulle bygga på vetenskaplig grund, samt
- att vägar till forskarutbildning skulle öppnas för personer som genomgått vårdhögskolornas "medellånga" utbildningslinjer.

Denna framställning har främst inriktats på den tredje att-satsen. Avsikten är att beskriva den utveckling som har skett sedan 1970-talet, dels med avseende på antalet forskarutbildade med vårdyrkesbakgrund, dels med inriktning på de organisatoriska strukturerna för forskning och forskarutbildning som har vuxit fram inom respektive ämnesområde. Framställningen har begränsats till fem yrkesgrupper: biomedicinska analytiker, arbetsterapeuter, sjukgymnaster samt sjuksköterskor och barnmorskor. Detta motiveras av att relativt många personer i dessa grupper har genomgått forskarutbildning under perioden 1977–1998.

Det bör betonas att även andra yrkeskategorier har berörts av utbildningsreformerna. Ett litet antal personer med utbildning inom social service/social omsorg har genomgått forskarutbildning. Bland doktorander som antagits på senare tid finns några tandhygienister, även om endast en hittills har disputerat. Andra grupper som hör hit är exempelvis audionomer, dietister, ortopedingenjörer, sjukhusfysiker och tandtekniker vars yrkesexamina kommer att införas i högskoleförordningen från den 1 maj 1999.

Forskning inom vårdområdet bedrivs sedan länge av läkare, psykologer, sociologer och socionomer/kuratorer. Deras forskning, som delvis kan hänföras till den första att-satsen här ovan, ingick inte i detta uppdrag.

2.1 Bakgrund

Från början gick denna forskning under samlingsnamnet "vårdvetenskap" eller det mer avgränsade "omvårdnadsvetenskap". Med tiden har det skett en ökad precisering av de ämnen som de olika vårdyrkesgrupperna närmast representerar. Huvudämnen för respektive yrkesgrupp utgörs av biomedicinsk laborietvetenskap, arbetsterapi, sjukgymnastik, omvårdnad samt reproduktiv och perinatal omvårdnad. Denna terminologi har vuxit fram, dels genom de ämnesbeteckningar som har etablerats i grund- och forskarutbildning, dels genom benämningar av de professorer som hittills har inrättats.

Det kan ligga en fara i att beskriva forskningsämnen efter yrkestillhörighet eftersom tillträde till ett forskningsområde inte skall bestämmas av vilken yrkesutbildning man har. Det är inte heller självklart att personer med en viss yrkesbakgrund väljer en viss bestämd forskningsinriktning. Men för många av de "nya" vårdforskarna har det fallit sig naturligt att hämta sina forskningsproblem ifrån det område i vilket de är verksamma.

I rapporten *Magister- och kandidatexamen i huvudämnen inom vård och omsorg* har Högskoleverket (1998) beskrivit hur ämnen inom vård och omsorg har sitt historiska ursprung i yrkesverksamhet och i yrkesinriktade utbildningsprogram. Karaktäristiskt för vårdområdet är att nya ämnen i högskolan har vuxit fram i samband med utvecklingen av olika kompetensområden. De har ofta utvecklats ur praxiskunskap som svar på ett uttalat behov av en starkare betoning av bredd och helhet i perspektivet. Det är dock en lång väg från huvudämne inom grundutbildningen till dess att en akademisk disciplin har etablerats.

De vårdutbildade som påbörjade sin forskarutbildning före VÅRD 77 fick vanligen först skaffa sig en grundutbildning inom något

annat akademiskt ämnesområde. Flera läste in en filosofie eller medicine kandidatexamen för att kunna söka till forskarutbildning. Efter VÅRD 77 blev det möjligt att meritera sig genom kompletterande utbildning och överbyggande kurser. För många blev utbildningen till vårdlärare ett första steg på en akademisk karriär. Efter högskolereformen 1993 då de flesta vårdutbildningar förlängdes till minst 120 poäng har situationen avsevärt förbättrats. I samband med kandidat- och magisterexamensprövningar har slutligen en mer direkt väg stakats ut från grundutbildning till forskarutbildning. Men problemen med kompletterande utbildning kvarstår för personer som gått sin grundutbildning före högskolereformen 1993.

2.2 Studier om utvecklingen efter VÅRD 77

Under 1990-talet har vårdforskningen varit föremål för analys i flera sammanhang. I sin doktorsavhandling studerade Ingrid Heyman (1995) de 65 doktorsavhandlingar som lagts fram av sjuksköterskor och barnmorskor under perioden 1974–1991. De 59 avhandlingar som bedömdes relevanta för omvårdnad var föremål för inträngande analyser utifrån den franske sociologen Pierre Bourdieus fältbegrepp. Bland annat studerades avhandlingarnas forskningsobjekt, valet av ansats, metoder att insamla och bearbeta data samt sättet att presentera studiens resultat. Även forskarens bakgrund och institutionstillhörighet var föremål för analys. Heymans arbete utgör ett tidsdokument över omvårdnadsforskningens uppkomst och tidiga utveckling i Sverige.

En analys ur ett annat perspektiv har presenterats av Liselotte Rooke (1997). Hennes syfte var att analysera forskningens relevans för klinisk verksamhet. Materialet utgjordes av de 120 avhandlingar författade av sjuksköterskor och barnmorskor som publicerats under perioden 1974–1995. Avhandlingarna grupperades efter Hendersons kategorisering av omvårdnadshandlingar, t.ex. i samband med andning, nutrition, elimination, smärta. Ett särskilt avsnitt ägnas avhandlingar inom vårdpedagogik. Boken kan användas som en uppslagsbok över vilka områden som svenska sjuksköterskor och barnmorskor har beforskat under den studerade perioden.

En tredje sammanställning, *Omvårdnadsforskningen i Sverige: En lägesrapport*, utfördes av Medicinska forskningsrådet 1993. Denna omfattade sammanlagt 126 doktorsavhandlingar och ett trettiotal licentiatuppsatser som hade presenterats fram t.o.m. 1991. Avhandlingarna fördelade sig på yrkeskategorier enligt följande: arbetsterapeuter 3, laboratorieassistenter/biomedicinska analytiker 36, sjukgymnaster 26 samt sjuksköterskor och barnmorskor sammanlagt 61 avhandlingar.

Charlotte Ekdal och Tore Nilstun (1998) har nyligen analyserat de 68 doktorsavhandlingar som författats av sjukgymnaster under perioden 1977–1997. Materialet bestod av sammanlagt sju monografier och 346 vetenskapliga artiklar. Avhandlingarna klassificerades exempelvis efter deras vetenskapsteoretiska ansats i nomotetiska, ideografiska eller en kombination av båda.

Några analyser av den forskning som utförts av arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker har inte påträffats. Däremot har några doktorsavhandlingar ägnats åt utvecklingen av olika vårdyrken. Exempelvis beskrevs arbetsterapeuters och sjukgymnasters professionalisering av Anna-Lena Bellner (1997). Bodil Persson (1994) analyserade framväxten av laboratorieassistentyrket under perioden 1880–1941 och Andreassons (1991) licentiatuppsats handlar om hur "laboratorieassistenter" ser på sin profession. Sonia Bentling (1992) studerade omvårdnad som vetenskap och grund för en professionell utbildning. Forskningsanknytning och mötet mellan olika kunskapstraditioner har behandlats i två avhandlingar (Sandin 1988, Derbring & Stöltén 1992).

Inom ramen för arbetet i HSU 2000 har Astrid Norberg m.fl. (SOU 1996:163, bil. 12) beskrivit omvårdnadens bidrag till den svenska hälso- och sjukvården. De har huvudsakligen utgått från forskningsresultat från svensk omvårdnadsforskning. Bland aspekter som de lyfter fram är synen på hälsa, omvårdnadsrelationen, vårdtagarens och närståendes ställning samt behovet av gemensamma grundläggande värderingar i vården.

Ett ytterligare material av intresse för denna framställning utgör de föredrag som presenterades av företrädare för olika yrkesgrupper vid den *hearing* som anordnades av utredningen HSU 2000 den 24 november 1998. Där sammanfattades den aktuella utvecklingen inom den forskning som bedrivs av de "nya" vårdforskarna.

2.3 Material och tillvägagångssätt

Syftet med denna redovisning är tvåfaldig. Inledningsvis redovisas hur många biomedicinska analytiker, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och barnmorskor som har lagt fram doktorsavhandlingar under perioden 1977–1998 samt vid vilka institutioner detta skett. Därefter beskrivs den aktuella utbildnings- och forskningsorganisationen för respektive grupp.

Materialet för den första frågan består uteslutande av de doktorsavhandlingar som har producerats under perioden 1977–1998. Forskarnas produktion efter doktorsexamen har inte ingått i analysen. Uppgifter om disputerade biomedicinska analytiker bygger på en enkät som

Vårdförbundet nyligen insamlat från biomedicinska analytiker, sjuksköterskor och barnmorskor, på en förteckning från biblioteket vid Institutionen för medicinsk laboratoriemetodik, Vårdhögskolan i Stockholm, för perioden fram till 1994 och på personliga kontakter med företrädare för utbildning och forskning inom området.

Uppgifter om disputerade arbetsterapeuter och sjukgymnaster har erhållits genom Förbundet Sveriges arbetsterapeuter och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund. Uppgifter om disputerade sjuksköterskor och barnmorskor har hämtats från Vårdförbundets enkät, från tidigare sammanställningar (Heyman 1995, Rooke 1997) och genom kontaktpersoner inom Vårdförbundet, Barnmorskeförbundet och på de olika universitetsorterna. MFR:s rapport om Omvårdnadsforskningen i Sverige (1993), vilken innehåller förteckningar över de fem yrkeskategorierna för perioden 1977–1991, har utgjort ytterligare in källa. De data som erhållits från skilda källor har kompletterats genom sökning på Libris WebSök och på universitetens databaser över doktorsavhandlingar. Materialets omfattning har jämförts med data från universiteten som samlats in av Vårdalstiftelsen.

Trots att flera olika datakällor har utnyttjats är det troligt att uppgifter saknas i varierande grad för de olika yrkeskategorierna. En svårighet har bestått i att författarens yrkesbakgrund ofta inte framgår av databaser eller förteckningar. Materialet torde vara tämligen fullständigt för de mindre yrkesgrupperna: arbetsterapeuter, sjukgymnaster och barnmorskor där respektive organisation har en god överblick över vilka medlemmar som har disputerat. Däremot torde det finnas en underrapportering av biomedicinska analytikers avhandlingar. Biomedicinska analytiker ingår ofta i forskargrupper på sina arbetsplatser och disputerar utan att deras yrkesbakgrund särskilt uppmärksammas. Det kan också finnas avhandlingar av sjuksköterskor som inte kommit med i materialet, särskilt från de senaste åren.

Material för beskrivning av utbildnings- och forskningsorganisation har hämtats från Högskoleverket och från universitet och högskolor med fasta forskningsresurser, som erbjuder forskarutbildning till de här berörda grupperna. Också i detta sammanhang har vissa uppgifter från Vårdalstiftelsen använts.

2.4 Forskarutbildade personer

Under perioden 1975–1998 hade över 400 personer inom de här berörda yrkeskategorierna disputerat. I denna kartläggning ingår 409 doktorsavhandlingar med 411 författare med vårdyrkesbakgrund, eftersom det var två författare till vardera av två arbeten. (Ytterligare två

avhandlingar hade två författare, men i de fallen var endast en av författarna sjuksköterska respektive barnmorska.) Författarna fördelar sig efter yrkeskategorier som följer: biomedicinska analytiker 115, arbetsterapeuter 20, sjukgymnaster 80, sjuksköterskor 170 och barnmorskor 26. Antalet som har disputerat bör ställas i relation till antalet yrkesverksamma. Det finns ungefär 10 500 biomedicinska analytiker, 7 000 arbetsterapeuter, 10 000 sjukgymnaster, över 88 000 sjuksköterskor och 14 000 barnmorskor. Samtliga yrkesgrupper kännetecknades av en hög kvinnodominans, vilket även gällde för de disputerade. Andelen kvinnor var lägst bland disputerade biomedicinska analytiker, men utgjorde ändå 77 procent. Av disputerade arbetsterapeuter och sjukgymnaster utgjorde kvinnorna 80 procent och bland sjuksköterskor och barnmorskor 92 respektive 100 procent.

Tabell 1. Ålder (M) vid disputation efter yrke och disputationsår.

Yrke	Period				Hela Perioden	Bortfall X av N
	1975–84	1985–89	1990–94	1995–98		
Biomedicinsk analytiker	39,6	39,4	41,0	43,3	41,4	10 av 115
Arbetsterapeut	55,1	43,1	46,1	47,9	47,4	1 av 20
Sjukgymnast	37,3	45,8	46,4	47,8	46,1	3 av 80
Sjuksköterska	48,1	49,1	47,8	49,0	48,4	19 av 170
Barnmorska	52,5	46,4	50,3	51,4	51,9	2 av 26

Samtliga grupper (tabell 1) kännetecknades av en hög disputationsålder. Den var lägst, (M=41,4 år) bland disputerade biomedicinska analytiker, vilka också uppvisade den största spridningen (29–70 år). Barnmorskorna var vid disputationen i genomsnitt 51,9 år och sjuksköterskorna 48,4 år. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster var något yngre. Eftersom det var så få som hade disputerat före 1985 påverkades medelvärden för den perioden kraftigt av någon enda som var avsevärt äldre eller yngre än de övriga. Det föreföll dock inte som om de som disputerat hade rekryterats från successivt yngre grupper utan snarare tenderade genomsnittsåldern stiga under den studerade perioden.

Tabell 2. Antal personer som disputerat under åren 1977–1998 efter yrke.

Period	Yrkeskategori					N	%
	Biomed analytiker	Arbets- terapeut	Sjuk- gymnast	Sjuk- sköterska	Barn- morska		
1975–79	1	-	2	3	-	6	1,5
1980–84	4	1	5	8	2	20	4,9
1985–89	22	2	9	21	9	63	15,3
1990–94	51	5	31	76	4	167	40,6
1995–98	37	12	33	62	11	155	37,7
Totalt N	115	20	80	170	26	411	
Totalt %	28,0	4,9	19,5	41,3	6,3		100,0

Endast ett litet fåtal disputerade under perioden 1975–79 (tabell 2). Dessa personer hade redan påbörjat sin forskarutbildning då VÅRD 77 kom med beslut om särskilda insatser för vårdutbildningarna. De två sjukgymnaster som först disputerade valde att genomgå läkarutbildning efteråt. Den första sjuksköterskan disputerade 1974 på en avhandling om mellaneneolitiska gravar på Gotland och ingår inte i denna redovisning. De tre sjuksköterskor som disputerade under perioden 1977–1979 utgick från institutioner för pedagogik och hade antagits till forskarutbildning på grundval av tidigare akademiska studier.

Antalet disputationer har ökat med tiden, särskilt från och med 1990. Närmare 80 procent av disputationerna har skett mellan 1990 och 1998. Den sista perioden, som har kunnat följas, 1995–98, omfattar tyvärr ett år mindre än de föregående. Man kan dock förvänta sig att antalet disputerade fram t.o.m. 1999 kommer att överstiga rekordåren 1990–94, särskilt med tanke på det stora antalet doktorander som finns idag.

Tabell 3. Antal disputerade personer under perioden 1977–1998 efter lärosäte och yrke.

Lärosäte	Yrkeskategori					N	%
	Biomed analytiker	Arbets- terapeut	Sjuk- gymnast	Sjuk- sköterska	Barn- morska		
Lund/Malmö	26	2	9	28	4	69	16,8
Göteborg	15	5	21	37	2	80	19,4
Linköping	9	4	7	18	1	39	9,5
Stockholm	36	6	21	38	11	112	27,2
Uppsala	18	-	9	22	6	55	13,4
Umeå/Luleå	11	3	12	23	1	50	12,2
I utlandet	-	-	1	4	1	6	1,5
Totalt	115	20	80	170	26	411	100,0

Den utveckling som skett har berört samtliga lärosäten med fasta forskningsresurser (tabell 3).

Några personer har disputerat utomlands. Detta gäller en sjukgymnast som har en doktorsexamen från USA, och fyra sjuksköterskor och en barnmorska som har disputerat i Finland, vid universiteten i Helsingfors, Kuopio respektive Åbo Akademi i Vasa.

Tabell 4. Antal disputerade under perioden 1975–1998 efter yrke och fakultet.

Fakultet	Yrkeskategori					N	%
	Biomed analytiker	Arbets- terapeut	Sjuk- gymnast	Sjuk- sköterska	Barn- morska		
Medicinsk	108	15	73	112	20	329	80,1
Samhällsvetenskaplig	2	5	3	53	5	68	16,5
Teknisk	3	-	3	1	-	7	1,7
Övriga	2	-	-	3	1	6	1,5
Uppg saknas	-	-	1	-	-	1	0,2
Totalt	115	20	80	170	26	411	100,0
Med fak %	93,9	75,0	91,3	65,9	75,9	80,0	

Totalt har fyra av fem disputerat inom medicinsk fakultet (tabell 4) och endast 16,5 procent inom samhällsvetenskaplig fakultet. Fördelningarna skiljer sig dock avsevärt mellan olika yrkeskategorier. En närmare analys visar att 94 procent av de *biomedicinska analytikerna* har dispu-

terat inom medicinsk fakultet. I de förteckningar som har varit tillgängliga har det i stor utsträckning saknats uppgifter om vilka institutioner som de biomedicinska analytikerna varit registrerade vid. I några fall nämns institutioner för immunologi, bakteriologi, virologi, farmakologi, fysiologi och klinisk laboratorievetenskap men även kirurgi, geriatrik, pediatrik, obstetrik och gynekologi samt psykiatri och neurokemi. Tre personer har disputerat vid Tekniska högskolan, Stockholm och två vid Statens Lantbruksuniversitet i Uppsala och ytterligare två vid institutioner för pedagogik.

Av *arbetsterapeuterna* har tre fjärdedelar disputerat vid medicinsk fakultet. De har utgått från institutioner för rehabiliteringsmedicin, geriatrik, medicin, omvårdnadsforskning samt från sektionen för geriatrik och arbetsterapi inom Institutionen för neurovetenskap vid Karolinska institutet. Den fjärdedel som har disputerat vid samhällsvetenskaplig fakultet kom från institutioner för psykologi, socialt arbete samt temainstitutionen för hälsa och samhälle i Linköping.

Över 91 procent av *sjukgymnasterna* har disputerat vid medicinsk fakultet. Det framgår bara delvis av litteraturlistorna vilka institutioner de har tillhört. Till stor del har det rört sig om medicinsk rehabilitering, neurologi och psykiatri men även institutioner för andra ämnen förekommer. Omkring 4 procent har disputerat vid Tekniska högskolor i Stockholm eller i Luleå och en lika stor andel har utgått från samhällsvetenskaplig tema-institution i Linköping. För en person som har disputerat utomlands saknas uppgift om fakultet.

Av *sjuksköterskornas* avhandlingar har två tredjedelar lagts fram vid medicinsk fakultet. Ett trettiotal av dessa kom från institutionerna för omvårdnads-/vårdvetenskap i Umeå, Uppsala och Linköping. Flera har utgått från institutioner för geriatrik och gerontologi, allmän- och socialmedicin, medicinska och kirurgiska institutioner samt enheter för onkologi, pediatrik och psykiatri. Enstaka avhandlingar kommer från institutioner som diagnostisk radiologi, klinisk fysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk nutrition och audiologi. Av de 53 avhandlingarna från samhällsvetenskaplig fakultet kommer 30 från pedagogiska institutioner. Övriga fördelar sig på institutioner för sociologi, psykologi, statsvetenskap, socialantropologi, vetenskapsteori och tema-forskningen i Linköping. Tre sjuksköterskor har disputerat vid Nordiska hälsovårdshögskolan och en vid Tekniska högskolan, Luleå.

Över tre fjärdedelar av *barnmorskorna* har disputerat vid medicinsk fakultet, hälften av dessa vid institutioner för kvinnors och barns hälsa. Några har utgått från institutioner för socialmedicin/folkhälsovetenskap och enstaka kom från andra kliniska institutioner. De som har disputerat vid samhällsvetenskaplig fakultet fördelar sig på pedagogik, sociologi, psykologi och tema-forskningen i Linköping. En barnmorska har

disputerat vid teologiska fakulteten, Uppsala universitet. Barnmorskegruppen illustrerar kanske tydligare än andra att indelningen efter yrkestillhörighet inte alltid är relevant. Valet av forskningsområde låg i några fall inom annat område än reproduktiv och perinatal omvårdnad.

Bland insamlade data finns uppgifter om över 30 sjuksköterskor och ett femtontal biomedicinska analytiker som har erhållit licentiatexamen, men dessa uppgifter föreföll att vara tämligen ofullständiga. Det har blivit allt vanligare att licentiatexamen utgör ett steg i forskarutbildningen på väg mot en doktorsexamen. Några av licentiaterna hade dock återgått till tjänster inom vård och utbildning.

Det är troligt att antalet forskarutbildade i de ”nya” vårdforskningsämnena kommer att öka ännu snabbare i framtiden. Enligt av Vårdalstiftelsen insamlade uppgifter från universiteten under höstterminen 1998 var 682 personer med medellång vårdutbildning som grund registrerade för forskarutbildning, varav 612 på medicinsk fakultet och 70 på samhällsvetenskaplig fakultet. Förmodligen finns ytterligare registrerade doktorander inom samhällsvetenskaplig fakultet eftersom uppgifter saknades från de samhällsvetenskapliga fakulteterna i Stockholm och Umeå. Enbart vid Karolinska institutet fanns hösten 1998 239 registrerade doktorander fördelade på 85 biomedicinska analytiker, 16 arbetsterapeuter, 49 sjukgymnaster, 88 sjuksköterskor och 6 övriga (logopedier och tandhygienister).

Vårdalstiftelsens siffror var högre än yrkesrepresentanternas skattning vid samma tidpunkt. De uppgav att ett hundratal biomedicinska analytiker, över 50 arbetsterapeuter, ett hundratal sjukgymnaster och 250 sjuksköterskor och barnmorskor var registrerade för forskarutbildning. I vart fall finns det anledning att tro att antalet som disputerar kommer att öka ännu snabbare i en nära framtid.

2.5 Forsknings- och utbildningsmiljöer

Sedan 1995 har vårdirkesutbildningarna varit föremål för Högskoleverkets granskning vid flera tillfällen. En första granskning företogs 1995/96 (Högskoleverket 1996). Tre år senare är denna i färd med att följas upp. De vårdhögskolor som har ansökt om rätten att ge kandidat- och magisterexamen har granskats i särskild ordning (Högskoleverket 1998). Vid den första granskningen bedömdes flera utbildningsprogram inte uppfylla kravet på högskolemässighet. Detta kom att utlösa en febril aktivitet vid högskolorna, vilken också ledde till stora förändringar. En svårighet har varit att rekrytera lektorer med forskarutbildning i ett läge där alltför få ännu hade hunnit fullborda sin forskarutbildning. Ett annat problem har varit de begränsade möjlig-

heterna till forskning som kunnat erbjudas lektorerna inom tjänsten, eftersom mycket energi har fått gå till undervisning och utvecklingsarbete i ett uppbyggnadsskede. Därigenom har relativt få skaffat sig docentkompetens.

Under senare hälften av 1990-talet har stora organisatoriska förändringar skett inom vårdyrkesutbildningarna. Tjugo av de landstingskommunala vårdhögskolorna har integrerats med närmaste statliga högskola eller universitet och därmed övergått i statligt huvudmannaskap. Ytterligare två vårdhögskolor förbereder sådan integrering senast den 1 januari 2000. Därefter återstår endast en högskola med landstingskommunalt huvudmannaskap. Det finns också tre enskilda högskolor som ger sjuksköterskeutbildning: Ersta Sköndal högskola och Röda Korsets Högskola samt Sophiahemmets sjuksköterskehögskola.

Vårdhögskolornas integration i statliga universitet och högskolor kan väntas främja sambandet mellan grundutbildning och forskning och forskarutbildning. Integrationen har lett till olika organisationsformer beroende på lokala förutsättningar och överenskommelser. I några fall har hela vårdhögskolor gått in som egna institutioner i den statliga högskolan. I andra fall, särskilt vid universitet med medicinsk fakultet, har de olika utbildningsprogrammen bildat egen institution eller gått in som enheter inom olika storinstitutioner. Enligt den tredje modellen har de enskilda utbildningsprogrammets biämnena integrerats med olika befintliga medicinska institutioner i den statliga högskolan under det att respektive huvudämne har bildat en egen enhet.

På universitetsorterna har forskningen inom här berörda ämnen huvudsakligen organiserats inom de medicinska fakulteterna. Ett undantag utgör Uppsala universitet, där Enheten för omvårdnadsvetenskap erbjuder två forskarutbildningsprogram, ett vid medicinsk fakultet och ett vid samhällsvetenskaplig fakultet. På vissa håll har de beteendevetenskapliga inslagen i vårdutbildningarna utvecklats i samarbete med de statliga högskolornas pedagogiska institutioner. Även gymnasieläroverutbildning, magisterutbildning och forskarutbildning i ämnet vårdpedagogik sker inom pedagogiska institutioner eller vid högskolornas institutioner för läroverutbildning.

Även om erfarenheterna är tämligen likartade för de fem yrkesgrupper som fokuserats i denna rapport, så finns det också olikheter dem emellan. Därför sammanfattas här nedan utvecklingen för varje huvudämne för sig.

Biomedicinsk laboratorievetenskap

Grundutbildningen för biomedicinska analytiker, tidigare laboratorieassistenter, omfattar 120 poäng. Utbildningen ges på nio utbildningsorter: Malmö/Lund, Göteborg, Karlstad, Örebro, Jönköping, Stockholm, Uppsala, Sundsvall (Mithögskolan) samt Umeå. Från att ha varit indelad på olika linjer får de biomedicinska analytikerna numera en generalistutbildning. Yrkestiteln är skyddad sedan den 1 januari 1999. Utbildningen kan leda till kandidatexamen och påbyggnadsutbildning som leder till magisterexamen erbjuds på några orter.

Universiteten har löst integrationen av utbildningen för biomedicinska analytiker på olika sätt vilket också har konsekvenser för den framtida forskarutbildningen. Utbildningen i medicinsk laboratorievetenskap ingår i sektionen för vårdvetenskap vid Göteborgs universitet men tillhör institutionen för biokemi och mikrobiologi vid Uppsala universitet och institutionen för mikrobiologi vid Umeå universitet. På Karolinska institutet ingår enheten för biomedicinsk laboratorievetenskap både i institutionen för medicinsk laboratoriemetodik och i institutionen för immunologi, mikrobiologi, patologi och infektionssjukdomar (IMPI). Vid Hälsouniversitetet i Linköping sorterar utbildningen direkt under fakultetsnämnden.

Ämnet heter från och med 1989 biomedicinsk laboratorievetenskap och är inriktat mot laboratoriemetodik. Beskrivningen av ämnet följer i stort sett Bodil Perssons framställning vid *hearingen* den 24 november 1998. Laboratoriemetodik kan sammanfattas som reglerna för tillvägagångssättet i det biomedicinska laboratoriet. Biomedicinska analytiker arbetar med att identifiera, verifiera och rapportera närvaron eller frånvaron av kemiska substanser och att mäta funktioner hos vävnader eller organ. Det är metodiken och metoderna som är utgångspunkten för den forskning som biomedicinska analytiker bedriver.

Beslut har nyligen fattats vid Karolinska institutet om en professur i biomedicinsk laboratorievetenskap med klinisk koppling. Ytterligare en professur i ämnet har nyligen utannonserats vid Göteborgs universitet. Därmed kan biomedicinsk laboratorievetenskap få status av forskarutbildningsämne. Forskningen omfattar allt ifrån cellnivå till "hela människan". Beroende på forskningsfrågan har de biomedicinska analytikerna sökt sig till olika forskarutbildningsämnen inom kliniska och prekliniska institutioner vid medicinsk fakultet, som t.ex. molekylärbiologi, mikrobiologi, immunologi, virologi, klinisk kemi, hematologi, histologi, patologi, cytologi, transfusionsmedicin och fysiologi. Några biomedicinska analytiker har genomgått forskarutbildning vid institutioner inom tekniska högskolor. Tre har disputerat vid Statens lant-

bruksuniversitet, Uppsala och två avhandlingar har utgått från institutioner vid samhällsvetenskaplig fakultet.

Handledarna har oftast varit medicinare, men på senare tid har handledning också kunnat erhållas av docentkompetenta biomedicinska analytiker. Biomedicinska analytiker arbetar ofta inom forskningsprojekt av olika slag även efter forskarutbildningen. Av det hundratal biomedicinska analytiker, som hittills har disputerat, är 21 docenter. Forskningen i biomedicinsk laboratorievetenskap kan leda till utvecklingen av nya metoder eller till att förenkla etablerade metoder och göra dem mer tillförlitliga. Detta utgör ett viktigt bidrag både till klinisk diagnostik och vidare forskning.

De önskemål och synpunkter inför den framtida utvecklingen av biomedicinsk laboratorievetenskap, vilka framfördes av Bodil Persson vid den *hearing* som utredningen HSU 2000 anordnade den 24 november 1998, kan sammanfattas som följer:

- De biomedicinska analytikernas identitet och existens i vetenskaps-samhället måste stärkas.
- De biomedicinska analytikerna önskar utrymme för egen forskning i sina tjänster.
- Biomedicinsk laboratorievetenskap bör få status av forskarutbildningsämne med egna professurer.
- Biomedicinsk forskning får inte missgynnas i konkurrensen om medel avsatta för vårdforskning.
- Det bör finnas en direkt koppling mellan grundutbildning och forskarutbildning och forskning i biomedicinsk laboratorievetenskap.
- Biomedicinska analytiker kan bidra till nya och bättre analys- och undersökningsmetoder.
- Behovet av biomedicinska analytiker kan väntas öka i framtiden.

Arbetsterapi

Arbetsterapeututbildningen omfattar 120 poäng och arbetsterapeutexamen ligger till grund för legitimation. Utbildningsprogrammet ges på åtta orter i landet: Lund, Göteborg, Jönköping, Linköping, Stockholm, Örebro, Umeå och Boden. Utbildningen kan leda till kandidatexamen och på några orter erbjuds påbyggnadsutbildning till magisterexamen.

Organisatoriskt har arbetsterapeututbildningen vid universiteten olika institutionstillhörighet: institutionen för klinisk neurovetenskap och allmänmedicin vid Karolinska institutet, institutionen för rehabilitering vid sektionen för vårdvetenskap vid Göteborgs universitet, institutionen för nervsystem och rörelseorgan vid Hälsouniversitetet i Lin-

köping, institutionen för klinisk neurovetenskap vid Lunds universitet, institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet och institutionen för medicinsk rehabilitering vid Umeå universitet. Beskrivningen av ämnet arbetsterapi följer huvudsakligen Lena Borells föredragning vid *hearingen* den 24 november 1998.

Arbetsterapi handlar om aktivitet, om hur människor som drabbas av sjukdom eller funktionsnedsättning kan påverka sin situation genom att delta i olika verksamheter eller sysselsättningar. Arbetsterapeuten arbetar både förebyggande och med habilitering/rehabilitering inriktad mot både individen och hans miljö. Arbetsterapi som forskningsämne syftar till att förstå och förklara individens förmåga att utföra aktiviteter vid såväl hälsa som sjukdom. Ämnet söker teorier om människans verksamheter i socialt och kulturellt definierade aktiviteter, vilka kan vara vägledande för praxis.

De avhandlingar som presenterats fram till 1997 kunde indelas i tre kategorier efter avhandlingarnas fokus:

1. Empiriska studier, huvudsakligen inriktade på definitioner av vad arbetsterapi är i form av studier om professionen.
2. Tillämpad forskning, huvudsakligen inriktad på klinisk intervention.
3. Paradigmforskning, inriktad på studier av arbetsterapi som vetenskap.

Den tillämpade forskningen är den del som har ökat mest. Det finns ett behov av att utveckla arbetsterapins forskningsprofil för att åstadkomma en kumulativ kunskapstillväxt. I framtiden behöver forskningen också tydligare inriktas mot primärvård och kommunernas äldreomsorg och äldreomsorg, eftersom arbetsterapin som verksamhet framför allt utvecklas inom de öppna vårdformerna.

Hittills har ett tjugotal arbetsterapeuter disputerat och fem av dem har docentkompetens. Den vetenskapliga grunden i grundutbildningen har kunnat stärkas genom att 16 av de disputerade arbetsterapeuterna tjänstgör som lektorer inom den. En av docenterna utnämndes 1996 till professor vid La Trobe-universitetet i Melbourne, Australien.

Så sent som hösten 1998 var arbetsterapi forskarutbildningsämne endast vid två universitet: Karolinska institutet och vid Hälsouniversitetet i Linköping. Göteborgs universitet har nyligen utannonserat en tjänst som professor i arbetsterapi. Det är angeläget att fasta högre tjänster och forskningstjänster inrättas vid samtliga universitet och högskolor som bedriver grundutbildning av arbetsterapeuter. Dessutom bör kliniska eller verksamhetsförlagda lektorat i arbetsterapi inrättas. Ett starkt önskemål från arbetsterapeuterna är att landsting och kommuner inrättar forsknings- och utvecklingstjänster i vården.

Sjukgymnastik

Sjukgymnastutbildningen omfattar 120 poäng och sjukgymnastexamen ligger till grund för legitimation. Utbildningen ges på sju orter i landet: Lund, Göteborg, Linköping, Stockholm, Uppsala, Umeå och Boden. Utbildningen i Stockholm och Lund var tidigt inordnade i den statliga högskolan. De övriga har nyligen integrerats, utom utbildningen i Boden, som dock inom kort kommer att gå samman med Luleå Tekniska universitet. Utbildningen kan leda till kandidatexamen och påbyggnadsutbildning till magisterexamen erbjuds på de flesta orter.

Sjukgymnastikutbildningen är organiserad som egen institution vid Karolinska institutet, den ingår i institutionen för rehabilitering inom sektionen för vårdvetenskap vid Göteborgs universitet, den utgör en avdelning inom institutionen för nervsystem och rörelseorgan vid Hälsohögskolan i Linköping, den utgör en enhet inom institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet och ingår i institutionen för biomedicinsk rehabilitering vid Umeå universitet. Beskrivningen av sjukgymnastik/fysioterapi följer till stor del Birgitta Bergmans föredragning vid tidigare nämnd *hearing* den 24 november 1998.

Ämnet sjukgymnastik eller fysioterapi omfattar, både som yrkesverksamhet och forskningsfält, kunskap om och studier av alla aspekter på människan i rörelse, som t.ex. att uppfatta, ta tillvara, kontrollera och använda sin kropp på ett ändamålsenligt sätt med hänsyn till de krav som den sociala och fysiska miljön ställer. Ämnet omfattar de störningar av rörelsefunktionen som orsakas av sjukdom och skada både i relation till biomekaniska, fysiologiska och psykologiska faktorer. Uppgiften är att stödja och aktivera patientens inneboende resurser så att han kan leva ett värdefullt liv i enlighet med sina önskemål och behov. En övergripande uppgift är att befrämja hälsa både på individ-, grupp- och samhällsnivå.

De avhandlingar som framlagts under perioden 1977–98 kan indelas i följande inriktningar och delområden:

- Studier av motorisk kontroll, utveckling och inlärning.
- Utveckling av bedömnings- och mätinstrument.
- Utveckling av behandlingsmetoder.
- Utvärdering av undersöknings- och behandlingsmetoder.
- Studier av arbets- och belastningsrelaterade skador.
- Handikapp- och livskvalitetsforskning.
- Utbildnings- och professionsforskning.

Enligt en granskning av sjukgymnasters forskning för perioden 1977–97 (Ekdahl & Nilstun 1998) rörde hälften av de då 68 avhand-

lingarna patienter med kronisk sjukdom. Övriga studier handlade om friska personer eller människor i olika arbetsmiljöer. Forskningsansatsen var i stor utsträckning preaktiv och experimentell, även om också flera avhandlingar blandade olika ansatser. Även om både kvalitativa och kvantitativa metoder hade använts, övervägde de kvantitativa och inte mindre än två tredjedelar av studierna var hypotestestande. Forskningen var mer påverkad av den nomotetiska traditionen än av den ideografiska. Författarna ansåg att sjukgymnasternas forskning var tämligen eklektisk eftersom element från olika paradigmer ofta blandades. Eftersom forskningen ännu befinner sig i början av sin utveckling, finns det behov av forskning inom hela fysioterapiområdet. Detta gäller även för grundforskningen inom området.

Hittills har omkring 80 sjukgymnaster disputerat. Många är lektorer inom grundutbildningen, vilket innebär att de flesta lärare numera är forskarutbildade. Inom kort beräknas ett tiotal sjukgymnaster ha uppnått docentkompetens.

Professor i fysioterapi finns för närvarande endast vid Karolinska institutet i Stockholm. I Lund finns en obesatt professur. Dessutom har Umeå universitet och Göteborgs universitet utannonserat var sin professur. Inför framtiden finns det behov av ökad finansiering, fler kliniska forskartjänster, kliniska lektorat och fler professorer i ämnet fysioterapi. Sjukgymnasterna efterlyser en ökad förståelse från kommuner och landsting för vad fysioterapeutisk forskning kan göra för att bidra till en förbättrad vård. De önskar även att ett särskilt forskningsråd inrättas för vårdforskning.

Omvårdnad

Utbildningen till sjuksköterska omfattar 120 poäng och sjuksköterskeexamen ligger till grund för legitimation. Utbildningen ges vid samtliga nio universitet i landet samt vid högskolorna i Borås, Dalarna, Gävle, Halmstad, Kalmar, Karlskrona/Ronneby, Kristianstad, Skövde och vid Malmö högskola, Mithögskolan och Mälardalens högskola samt vid Vårdhögskolan i Boden, Hälsö högskolan i Jönköping, Hälsö högskolan Väst i Vänersborg, Ersta Sköndal högskola, Röda Korsets Högskola och Sophiahemmet sjuksköterskehögskola. I praktiken har vissa högskolor förgreningar på flera orter, som t.ex. Mithögskolan som utbildar sjuksköterskor både i Sundsvall och Östersund och Mälardalens högskola med utbildningsprogram både i Eskilstuna och Västerås. Sjuksköterskeprogrammet kan leda till kandidatexamen. På universiteten och vid flera högskolor finns det även program som leder till magister-

examen i omvårdnad. Omvårdnadsvetenskap har varit forskarutbildningsämne sedan den första professuren tillsattes 1987.

Organisatoriskt utgör institutionerna för omvårdnadsforskning egna institutioner inom de medicinska fakulteterna vid Karolinska institutet och vid universiteten i Umeå och Lund. Vid Göteborgs universitet ingår institutionen för hälso- och sjukvård i sektionen för vårdvetenskap och vid Hälsouniversitetet i Linköping ingår omvårdnadsämnet i institutionen för medicin och vård. Vid Uppsala universitet ingår både Centrum för omvårdnadsvetenskap och enheten för sjuksköterskeutbildning i institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap.

Omvårdnad kan betraktas både som huvudämne i grundutbildningen av sjuksköterskor och som forskarutbildningsämne. Det finns en omfattande litteratur om hur begreppet omvårdnad skall definieras och avgränsas. Den beskrivning av omvårdnad, som presenterades av Medicinska forskningsrådet (1982), bygger till stor del på Virginia Hendersons syn på *nursing* som komplementär till människans förmåga eller bristande förmåga att själv uppfylla sina fundamentala behov. Till denna tradition har även prioriteringsutredningen (SOU 1996:163) anslutit sig, i den beskrivning som ges av omvårdnadens innehåll. Enligt denna skall omvårdnaden

”tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och därvid tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återvinna optimal hälsa, liksom att tillgodose vård i livets slutskede” (SOU 1993:93).

Prioriteringsutredningen framhåller vidare att omvårdnaden går som en ”röd tråd” genom all vård och att den utgör ett komplement till behandling. Den tillgodoser kroppsliga, psyko-sociala och kulturella behov och förutsätter engagemang och kunskaper från såväl det naturvetenskapliga som det humanvetenskapliga området.

Vid den *hearing* som anordnades i november 1998 påpekade Ingalill Rahm Hallberg att omvårdnadsforskningen sträcker sig över en mängd olika frågeställningar. I avgränsningen av området utgick hon från människors förutsättningar och begränsningar vad det gäller att leva ett bra dagligt liv i förhållande till sitt funktionella hälsotillstånd, med hänsyn till sjukdom, behandlingar, personliga resurser, socioekonomiska förhållanden, tillgång till socialt nätverk och andra faktorer.

Omvårdnadsteoretiker har ofta utgått från fyra konsensusbegrepp: människa, hälsa, miljö och omvårdnad. Dessa har tolkats på olika sätt, men är ett uttryck för ämnets vida domän. De synsätt som har vuxit fram utgår från en helhetssyn hellre än från ett reduktionistiskt perspektiv. Människan uppfattas som ett subjekt hellre än som ett objekt och utgångspunkten tas i människans hälsa och hälsopotential snarare än i en fokusering på sjukdom och handikapp. Helhetssynen omfattar också

människans miljö, både hennes inre miljö, hennes närmaste relationer och samhället i övrigt. På senare tid har omvårdnadens terapeutiska roll betonats alltmer och uppgiften att stödja vårdtagaren i dennes strävan efter mening och livskvalitet. Det finns ett växande intresse för de etiska dimensionerna i omvårdnadsforskningen.

I sin analys av de första 65 omvårdnadsavhandlingarna i Sverige indelade Ingrid Heyman (1995, 1998) avhandlingarna med hjälp av olika kriterier. Omkring två tredjedelar av avhandlingarna betecknades som kliniska studier. Av den resterade tredjedelen var de flesta vårdpedagogiska och handlade om olika fenomen i vårdutbildning. Några avhandlingar var mer inriktade på kompetensfrågor i vid mening eller på teoriutveckling och begreppsprecisering. En tredjedel av avhandlingarna hade individer som sitt forskningsobjekt: sjuka människor eller anhöriga, personal eller olika studerandekategorier. Heyman fann tre karakteristiska drag. För det första var de flesta av avhandlingarna klart inriktade på utvecklingen av yrket som sjuksköterska, de utgjorde "texter för omvårdnad". För det andra var avhandlingarna påverkade av den medicinska vetenskapen i valet av forskningsområden och forskningsansats. För det tredje var de flesta studierna individcenterade i den meningen att de behandlade individen som en biologisk eller psykologisk varelse snarare än som en samhällsvarelse.

Heyman fann att avhandlingarna kunde indelas i två stora kategorier. Den ena bestod av nomotetiska, lagsökande studier, där forskarna eftersträvat generaliserbarhet. Den andra kategorin var närmast ideografisk, i meningen att avhandlingarna var beskrivande, textanalytiska eller teoretiskt analyserande. Även om ett stort antal studier var inspirerade av medicinsk vetenskap ansåg hon att omvårdnadsforskarna framför allt påverkats teoretiskt av psykologin som vetenskap. Hon fann även en tendens till en ökning av det filosofiska inflytandet under den studerade periodens senare del.

Inte mindre än 80 procent av sjuksköterskornas avhandlingar har lagts fram under perioden 1990–1998, alltså huvudsakligen efter den av Heyman analyserade perioden. Det är möjligt att vissa tyngdpunktsforskningar har skett under denna tid. En något större andel av avhandlingsförfattarna har t.ex. haft tillgång till handledare med kompetens inom omvårdnadsvetenskap. Avhandlingarna fördelar sig fortfarande med två tredjedelar från medicinsk fakultet och en tredjedel från samhällsvetenskaplig fakultet. Innehållsligt kan avhandlingarna från 1990–98 indelas i några breda kategorier:

- Omvårdnad i samband med behandling vid olika sjukdomstillstånd, som t.ex. hjärtsjukdom, cancersjukdom, sjukdomar i urinvägarna, diabetes och olika psykiatriska tillstånd.

- Omsorg och vård av äldre människor i akut sjukvård, på sjukhem eller i eget boende, med särskild betoning på egenvård, ADL-funktioner, måltider och kulturella särdrag.
- Studier av patientens närstående, t.ex. i samband med långvarigt behov av vård i hemmet, vid demens, cancersjukdom, dialysbehandling och vård i livets slutskede.
- Metodutveckling, t.ex. mätning av livskvalitet, analys av copingstrategier, vårdplanering och omvårdnadsdokumentation samt utformningen av barnhälsovårdsjournalen.
- Organisatoriska och administrativa frågor i vården, som t.ex. beslutsfattande, vårdkvalitetsfrågor, effekter av omorganisation av den psykiatriska vården, hemtjänstpersonalens arbetsförhållanden, miljöfrågor samt ergonomi och arbetsskador hos personalen.
- Vetenskapsteori, vårdfilosofi och etik. Hit hör t.ex. forskningen om helhetssyn, integritet, autonomi, moralisk känslighet, empati, bekräftelse, estetik, hälsa som begrepp, vad som avses med en god vård och analyser av omvårdnadsämnets vetenskapsteoretiska utveckling.
- Pedagogik. Framst har författarna ägnat sig åt den kliniska utbildningen i sjuksköterskeprogrammet samt åt frågor om handledning, undervisningsmetoder och forskningsanknytning.
- Professionsforskning. Hit hör avhandlingar om sjuksköterskeyrkets historiska bakgrund, utveckling och professionalisering, samt analyser av omvårdnadsforskningens framväxt.
- Personalens upplevelser av sitt arbete i vården, t.ex. personal inom palliativ vård eller i vård i hemmet.

Huvuddelen av omvårdnadsforskningen utgörs av kliniska studier. I en internationell jämförelse har den svenska omvårdnadsforskningen varit mer patientnära redan från början. Omvårdnadsperspektivet har djupnat med tiden. En ambition hos många forskare har varit att eftersträva helhetssyn och subjektssyn i vården och flera arbeten har en filosofisk och vårdetisk inriktning. Ofta har studierna dock även på senare tid varit individcentrerade och studerat förhållanden i den slutna vården, även om det finns tecken på ett ökat intresse för patientens närstående och för omsorg och vård i hemmet. Några få arbeten har anlagt ett samhällsperspektiv.

Det finns många utmaningar för omvårdnadsforskningen inför framtiden. Det är angeläget att forskningen beaktar den utveckling som skett inom hälso- och sjukvården: de korta vårdtiderna på sjukhus, de "klinikfärdiga" patienternas vandring genom olika vårdnivåer, de närståendes situation, de ensamboendes, de äldres och andra gruppers särskilda behov. Omvårdnadsforskningen borde i större utsträckning

anlägga ett samhällsperspektiv och studera effekter av prioriteringar mellan olika vårdnivåer. Området behöver också en fördjupad inomvetenskaplig diskussion med inriktning på begrepps- och teoriutveckling.

Några av institutionerna och enheterna för omvårdnadsforskning är tämligen nystartade, för de flesta gäller att antalet anställda är få. Den första professuren i ämnet tillsattes 1987 vid Umeå universitet, efter en sexårig institutionell uppbyggnadsperiod. Vid Hälsouniversitetet i Linköping inrättades en institution för omvårdnad 1986 och en professur tillsattes 1988. En sexårig försöksverksamhet ledde till bildandet av Centrum för omvårdnadsvetenskap vid Uppsala universitet år 1987 och en professur tillsattes två år senare. En professur i vårdvetenskap vid Nordiska hälsohögskolan tillträdde 1987, samtidigt som examensrätt hade beviljats för ett doktorsprogram där. En professur med inriktning mot vårdpedagogik tillsattes inom institutionen för lärarutbildning i Göteborg i början av 1990-talet. Denna har dock ännu inte återsatts efter innehavarens pensionering.

För närvarande inrättas och tillsätts flera professorer i ämnet omvårdnad över landet. Inom kort kommer professorer att tillsättas vid universiteten i Göteborg och Örebro samt vid högskolorna i Kalmar och Borås. Man kan förvänta sig att fler högskolor följer efter.

Bristen på handledare med kompetens i omvårdnadsämnet har varit stor. Av dem som disputerat i omvårdnad har hittills endast ett tjugotal skaffat sig docentkompetens. Det har i stor utsträckning saknats postdoktorstjänster och de disputerade sjuksköterskorna har sugits upp av vårdutbildningar och erbjudits tjänster som vårdutvecklare av sjukvårdshuvudmännen.

Barnmorskor och reproduktiv och perinatal hälsa

Barnmorskeutbildningen omfattar 60 poäng och bygger på sjuksköterskeexamen. Utbildningen ligger till grund för legitimation som barnmorska. Barnmorskeprogrammet ges vid universiteten i Lund, Göteborg, Linköping, Örebro, Karolinska institutet samt vid Högskolorna i Kalmar, Borås, Skövde, Dalarna, vid Mälardalens högskola och Mitt-högskolan.

De första två barnmorskorna disputerade 1982 och fram till 1998 har sammanlagt 25 disputerat. Sjutton av avhandlingarna är relaterade till perinatal och reproduktiv omvårdnad i strikt mening. Denna forskning handlar om samspelet mellan mor och barn, ultraljudsundersökning under graviditeten, förlossningssmärta, Credé-profylax, en omvärdering av användningen av episotomi, vården av det nyfödda barnet,

bröstmjölksuppfödning, barnafödande i afrikanska kulturer, upplevelsen av att föda ett dödfött barn, samt tidig hemgång efter förlossning. Tre avhandlingar har ägnats åt sexuellt överförda sjukdomar. I en ytterligare avhandling har hjärtopererade barn följts upp i vuxen ålder. Resterande avhandlingar tillhör snarare ämnet omvårdnad.

Inte mindre än åtta av de 25 barnmorskorna har skaffat sig docentkompetens. En har varit professor vid Nordiska hälsohögskolan, en blev professor vid Institutionen för omvårdnad vid Karolinska institutet, efter att först ha varit utnämnd till professor i Australien. En tredje är associerad professor vid Lärarhögskolan i Stockholm, enheten för vårdpedagogik. Utöver de disputerade har tre barnmorskor avlagt licentiatexamen och flera är registrerade för forskarutbildning. Det finns dock ännu ingen professur i ämnet.

2.6 Reflektioner och slutsatser

Denna rapport har handlat om fem yrkeskategorier: biomedicinska analytiker, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och barnmorskor. Även om det finns en del skillnader mellan dessa grupper, så har de mycket gemensamt. För en gynnsam utveckling behöver de ett kraftigt stöd för att kunna bygga upp forskningsmiljöer med tillräcklig bredd, kritisk massa och kontinuitet.

Denna återblick har skett i en period av snabba förändringar inom både grundutbildning och forskning/forskarutbildning för de här berörda grupperna. Organisatoriskt har utbildningarna integrerats med den statliga högskolan, vilket också kan förväntas stärka sambandet mellan grundutbildning och forskning/forskarutbildning. Antalet disputerade personer med vårdrkesbakgrund har ökat snabbt under 1990-talet. Antalet forskarstuderande har tredubblats sedan 1992. De nya forskarna har kommit för att stanna.

När den utveckling som har beskrivits här började i slutet på 1970-talet fanns det en ambition att hålla samman de olika yrkeskategorierna med "medellång vårdutbildning". Centrumbildningar och andra former av samarbetsorgan mellan universiteten och de lokala landstingen växte upp. De gav stöd till forskningens framväxt, t.ex. genom forskartjänster, stöd till doktorander, fördelning av forskarmånader och bidrag till studieresor och konferenser. De svarade på flera håll även för anordnandet av "överbyggande utbildning". Exempelvis inrättade Nämnden för vårdvetenskap vid Karolinska institutet/Stockholms läns landsting två centrumbildningar för vårdvetenskap, ett med placering vid Karolinska sjukhuset och ett vid Huddinge sjukhus. Motsvarande

centrumbildningar fanns på flera orter och några hade hunnit få status av institutioner för forskarutbildning med egna professurer.

I samband med integrationen av vårdhögskolorna med universiteten kom de olika yrkeskategorierna att skiljas åt, så att de organisatoriskt kom att tillhöra olika institutioner. Yrkesgrupperna har därmed inte endast differentierats efter ämnet i grund- och forskarutbildning, utan är också, på flera högskolor, rumsligt åtskilda från varandra. Man kan förutse att de även i fortsättningen kommer att ha vissa gemensamma behov. Detta var anledningen till bildandet av Forskningsnämnd Vård vid Karolinska institutet. Nämndens syfte var att ge fortsatt stöd till forskning, forskarutbildning och kompetensutveckling och att fördela resurser till dessa yrkeskategorier från statliga fakultetsanslag, landstinget och andra externa bidragsgivare. Oavsett hur dessa funktioner har lösts på olika orter är det angeläget med ett fortsatt stöd från landsting och primärkommuner till denna forskning. Samarbetet kan också gälla olika tjänstekonstruktioner för att underlätta kontakten med den verksamhet som dessa huvudmän har ansvar för.

Det återstår mycket att göra innan de nya forskarutbildningsämnena har funnit sin plats i den etablerade forskarvärlden. Fortfarande saknas professurer i perinatal och reproduktiv omvårdnad och de första professorerna har ännu inte tillsatts i arbetsterapi och biomedicinsk laboratorievetenskap. För tillfället är endast en professur i sjukgymnastik besatt, även om det finns några "vilande" och planerade tjänster. Vid fem av universiteten finns professorer i omvårdnad och ytterligare några professorer kan förväntas inom kort. Flera av de institutioner som har byggts upp inom dessa ämnen är relativt nya. Enheterna består av tämligen få handledarkompetenta forskare och har små forskningsresurser. Det är troligt att en del doktorander inom överskådlig tid kommer att söka sig till andra enheter än dessa ämnesinstitutioner, om inte annat så därför att de inte har tillräckligt många doktorandtjänster eller handledarresurser att erbjuda.

De nya forskarutbildningsämnena är beroende av grundforskning för utvecklingen av grundläggande begrepp, teorier och metoder. Flera av de nya forskarutbildningsämnena har en nära relation till olika specialområden av medicinsk vetenskap. Det har också påpekats att det t.ex. i omvårdnadsforskningen finns en benägenhet att använda teorier från psykologin och andra vetenskaper. Kontakten med andra vetenskaper kan vara fruktbar och värdefull, men de synsätt de företräder behöver prövas i sitt nya sammanhang. Tvärvetenskap förutsätter att de parter som ingår i ett samarbete har unika bidrag att dela med sig av. Utifrån detta kan sedan ett samarbete leda till en vidareutveckling och ge upphov till uppbyggnaden av ny kunskap.

Vid den *hearing* som utredningen anordnade den 24 november 1998 framfördes att det finns ett behov av en tydligare forskningsprofil inom respektive forskningsämne. Samtidigt eftersträvar de nya forskarna en ökad differentiering. Den specialisering som finns inom hälso- och sjukvården gör det nödvändigt med specialistkompetenta vårdforskare. För att tillgodose detta behövs handledare med olika profiler. Även med tanke på ämnenas skiftande vetenskapsteoretiska förankring är det orimligt att enstaka ämnesföreträdare utspridda i landet skall kunna åstadkomma den bredd och det djup som ämnesutvecklingen kräver. För att handledningsfrågan skall kunna lösas krävs fler professorer och tjänster för fler docentkompetenta forskare. De forskningsnätverk som byggs upp inom skilda specialområden behöver stöd. De kan tjäna som förebilder för det behov som finns att samla forskningen inom bredare profilmråden.

Många av doktoranderna med denna bakgrund har varit äldre än andra forskare när de disputerat och de har ofta bedrivit sina studier på deltid. Det är angeläget nu att yngre personer antas till forskarutbildning och att det bereds möjligheter för dem att studera på heltid. Samtidigt är det önskvärt att det skapas förutsättningar för personer att genomföra en forskarutbildning med reducerad utbildningstakt även fortsättningsvis. Doktoranderna rekryteras från starkt kvinnodominerade yrken, och många är beroende av att förena sina studier med yrkesarbete och barnpassning.

Det faktum att de som disputerat i genomsnitt har gjort det vid hög ålder medför också att deras återstående yrkesverksamma period är begränsad. Det behövs en återväxt för att ersätta den första generationen forskare med vårdyrkesbakgrund. Utvecklingen har också medfört att efterfrågan på disputerade personer inom dessa områden har ökat kraftigt. Inom grundutbildningarna är behovet av disputerade lärare stort. Den gamla vårdlärarutbildningen är numera inriktad på gymnasienivån. Det som efterfrågas på högskolan idag är främst ämneskompetens i form av forskarutbildning inom respektive huvudämne. Dessutom behövs ett mindre antal lärare med hög vårdpedagogisk kompetens. Den första generationen vårdforskare domineras av de lärarutbildade, som redan hade studiemotivation. Flera personer som utövar sitt yrke i den praktiska verksamheten bör nu uppmuntras att skaffa sig forskarutbildning.

Vårdforskning handlar om människor med olika former av behov och om samhällets svar på dessa. Därför är kontakten mellan forskning och praktisk verksamhet av avgörande betydelse. I den aktuella diskussionen om evidensbaserad hälso- och sjukvård betonas behovet att verksamheten skall vila på vetenskaplig grund (MFR 1998). Detta gäller i hög grad de områden som de nya forskarna representerar. Det

är angeläget att forskningsresultat sprids och omsätts i den praktiska verksamheten. Omvänt kan uppslag till angelägen forskning hämtas ur verksamheten. Den praktiska verksamheten är även mottagare av forskarutbildad personal och det finns ett behov av tjänstekonstruktioner som underlättar sambandet mellan verksamhet och forskning. Landsting och kommuner kan förväntas få ökat behov av kompetens, både inom de regionala forskningsenheterna och för uppgifter i samband med vårdplanering och vårdutveckling. Därför bör den forskningsresurs som de tidigare bidragit med bibehållas och ökas trots att vårdutbildningarna har förstatligats.

Den utveckling som har skildrats här är till sin karaktär en lägesrapport. Från en försiktig början, med några få avhandlingar under perioden fram till 1990, har en kraftig ökning kunnat bevitnas. Det finns många tecken på ett tilltagande intresse för forskarutbildning inom de fem yrkeskategorier som har fokuserats här.Handledningskapaciteten torde öka betydligt inom den närmaste tiden med tanke på de professorer som finns eller är i färd med att inrättats. Fler doktorander kommer att kunna få handledning av forskare med erfarenhet av sådana problem som de väljer att studera. Det är troligt att detta kommer att påverka forskningens omfattning, inriktning och kvalitet. Uppbyggnaden av slagkraftiga forskningsmiljöer förutsätter tillräckligt många forskare med olika specialistkompetens vid universiteten. Dessa bör fungera som kunskapscentra också för de högskolor som saknar möjlighet att bedriva forskarutbildning. Om lärarna vid sådana högskolor skall kunna verka för ett samband mellan grundutbildning och forskning/forskarutbildning behöver de själva tid för forskning i tjänsten. Skall de vara modeller för sina studenter, bör de förlägga sin forskning till den egna institutionen. För sin egen utveckling behöver de ha tillgång till universitetens resurser, inspiration och service.

Till sist en praktisk fråga. I arbetet med detta material har jag ibland undrat över vem som har ansvar för olika databaser och den information de innehåller. Uppgifter om disputerade personer med vårdyrkesbakgrund har till stor del kommit från respektive personalorganisation. I många andra databaser saknas uppgift om forskarens yrkesbakgrund. I regel finns i databaserna information om universitet och fakultet men sällan om vilken institution en avhandling kommer ifrån. Tyvärr har det inte funnits tid nog att samla in abstracts från de olika avhandlingarna. Med tanke på fortsatt uppföljning av denna utveckling vore det en oerhörd fördel om denna typ av uppgifter kunde dokumenteras och göras tillgängliga i en nationell databas.

Några slutsatser

Forskningsmiljöer

För vissa ämnen har forskningsmiljöer byggts upp vid universiteten och för andra är de under uppbyggnad. Det är angeläget att dessa dimensioneras med tanke på det stora behovet av forskning inom dessa eftersatta områden. De bör även dimensioneras med tanke på samverkan mellan högskolor med och utan fasta forskningsresurser inom respektive region.

Samverkan mellan grundutbildning och forskning/forskarutbildning

Det är betydelsefullt att studenterna på grundutbildningen tidigt blir förtrogna med forskningen och möjligheterna att gå vidare till forskarutbildning. Rekryteringen till forskarutbildning bör påbörjas tidigt och inriktas på yngre personer än tidigare.

Tjänster

Professurer och högre forskartjänster behöver inrättas för utvecklingen av respektive ämne och för att möta behovet av handledning för de många som söker till forskarutbildning. För flera kategorier har möjligheterna att skaffa sig docentkompetens varit begränsade. Det finns ett behov av post-doktorstjänster. För de forskarstuderande är det angeläget med doktorandtjänster, men också att det ges möjligheter att bedriva forskarutbildning på deltid. Samtliga högskollärare bör ges möjlighet att forska i tjänsten.

Forskningsprofiler och samverkan

Nya forskarutbildningsämnen behöver finna sin form och utvecklas på sina egna villkor. Med tanke på den bredd som respektive ämne representerar finns det även behov av en ökad specialisering. Nätverkssamverkan mellan forskargrupper med gemensam forskningsinriktning bör stödjas. En gedigen inomvetenskaplig uppbyggnad, omfattande såväl grundforskning som tillämpad forskning, är en förutsättning för tvärvetenskaplig samverkan.

Förankring i olika verksamhetsfält

Forskarna representerar olika yrken inom hälso- och sjukvården. Det är angeläget att dessa verksamheter blir evidensbaserade, så att den praktiska verksamheten i högre grad kan bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför behövs forskartjänster i verksamheten och kombinationstjänster som förenar verksamhet, forskning och utbildning. Ett önskemål är att de som har ledande befattningar är forskarutbildade.

Verksamhetsfältets inverkan på forskningen

I samband med prioritering av de skilda gruppernas forskningsinriktning bör hänsyn tas till de förändringar som på senare tid skett i verksamheterna. Kortare vårdtider, ökade insatser för vård i hemmet, flyttning mellan olika vårdnivåer och fördelningen av ledningsansvar på olika huvudmän och privata vårdgivare är exempel på samhällsfaktorer som bör beaktas.

Finansiering

Det har varit problematiskt att få resurser till forskning för de nya forskarkategorierna. Utöver Vårdalstiftelsen finns ingen anslagsgivare som har särskilda medel för denna nya forskning. Vårdforskningen har jämförelsevis låg status och konkurrerar om medel med den mer etablerade forskningen. Därför behöver medelstildelningen till dessa grupper särskild uppmärksamhet. Ett önskemål är att också kommuner och landsting medverkar i denna utveckling.

Uppföljning

De forskarutbildningsämnen som har berörts i denna rapport är relativt nya och forskningen har hittills ofta skett på institutioner för andra ämnen. Inför år 2000 kommer en större andel av forskarutbildningen att organiseras i de vårdyrkesutbildades huvudämnen. Det är därför av särskilt intresse att följa utvecklingen av den forskningsproduktion som kommer att ske. Detta skulle avsevärt underlättas genom en systematisk dokumentation av den forskning som utförs av här berörda grupper.

Referenser

- Andreasson, Sixten. Medical laboratory technologists' perception of professional self and of their work. Linköping studies in health sciences, Thesis 3. Linköping 1991.
- Bellner, A-L. Professionalization and rehabilitation: the case of Swedish occupational and physical therapists. (Akad avh) Linköping universitet: Tema hälsa och samhälle. Linköping 1997.
- Bentling, S. I idéernas värld. En analys av omvårdnad som vetenskap och grund för en professionell utbildning. (Akad avh) Uppsala studies in education 45. Uppsala 1992.
- Derbring, L & Stöltén C. Sjuksköterskeutbildningens forskningsanknytning – vision och verklighet. (Akad avh) Studie Psychologica et Pedagogica, Malmö 1992.
- Ekdahl, C & Nilstun T. Paradigms in physiotherapy research: An analysis of 68 Swedish doctoral dissertations. Physiotherapy, theory and practice. 1998, 14:139–169.
- Heyman, I. Gånge hatt till... Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige – sjuksköterskors avhandlingar 1974-1991. (Akad avh) Daidalios, Göteborg 1995.
- Heyman, I. Omvårdnadsforskningens möjligheter och gränser. Spri, Stockholm 1998.
- Högskoleverket. Vårdutbildningar i högskolan - en utvärdering. Högskoleverkets rapportserie 1996:7R. Stockholm 1996.
- Högskoleverket. Magister och kandidatexamen i huvudämnen inom vård och omsorg. Stockholm 1998.
- MFR (Medicinska forskningsrådet). Teorier och metoder i omvårdnadsforskning. Rapport från en arbetsgrupp. Stockholm 1982.
- MFR (Medicinska forskningsrådet). Omvårdnadsforskningen i Sverige – en lägesrapport. Stockholm 1993.
- MFR (Medicinska forskningsrådet). Den kliniska forskningens kris och pris. MFR-rapport 5. Stockholm 1998.
- Persson, B. När kvinnorna kom in i männens värld: framväxten av ett kvinnligt tekniskt yrke – laboratorieassistent under perioden 1880–1941. (Akad avh) Studia psychologica et pedagogica Series altera 115, 0346–5926. Lund 1994.
- Rooke, L. Omvårdnadsforskning – användning av forskningsresultat. Studentlitteratur, Lund 1997.
- Sandin, I. Att forskningsanknyta vårdproblem – om mötet mellan kunskapstraditioner. (Akad avh) Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Stockholm 1988.

SOU 1993:93. Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

SOU 1996:163. Behov och resurser – en analys. Del B Bilagor. HSU 2000. Stockholm 1996.

Refererade föredrag vid hearing anordnad av HSU 2000 den 24 november 1998

Bergman, Birgitta. Forskning om sjukgymnastik.

Borell, Lena. Arbetsterapiforskning.

Hallberg, Ingalill Rahm. Omvårdnadsforskning.

Persson, Bodil. Biomedicinsk laboratorievetenskap

2.7 Bilaga:

Förteckning över doktorsavhandlingar som producerats under perioden 1977–1998 av biomedicinska analytiker, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och barnmorskor

Förkortningar som har använts i litteraturlistorna:

GU	Göteborgs universitet
KI	Karolinska institutet
LiU	Linköpings universitet
LU	Lunds universitet
SLU	Sveriges lantbruksuniversitet
SU	Stockholms universitet
UmU	Umeå universitet
UU	Uppsala universitet

Biomedicinska analytiker som disputerat under perioden 1977–1998

- Abdelnour, Arturo. Immunopathogenesis of experimental staphylococcus Aureus arthritis. GU: Dept. Of Clinical Immunology, Göteborg 1994.
- Andell-Jonsson, Siv. The effect of glanin message-associated peptide in spinal sensory processing. KI: Huddinge Hospital. Stockholm 1997.
- Bergholm, Ann-Marie. An infectious model for studies of post-streptococcal glomerulonephritis. Umeå University Medical Dissertations, New Series 142. Umeå 1985.
- Bergström, Karin. Hydrophilic surface coatings and immobilization of proteins to such surfaces: a study of hydrophilic polymers, immobilization techniques and some applications in medicine and biotechnology. GU: Dept. of Clinical Bacteriology. Göteborg 1994.

- Billström, Anita. The significance of urikinase-type plasminogen activator (u-PA) in tumor growth and linomide-induced upregulation of u-PA's endogenous inhibitor PAI-2. LU. Lund 1997.
- Bredberg-Rådén, Ulla. Detection of HIV infection, especially in Africa. KI:SBL. Stockholm 1994.
- Bremell, Tomas. Staphylococcus Aureus arthritis: development of experimental models and studies on host-bacterium relationships. GU: Dept. of Clinical Immunology and Rheumatology. Göteborg 1994.
- Bruun, Anitha. Neuropeptide Y in the retina of vertebrates: localization, identification, and actions. LU, Lund 1991.
- Carlén, Birgitta. Electron microscopy in diagnostic pathology with reference to mesenchymal tumors. LU. Lund 1996.
- Carlsson, Eva. Ultrastructure and composition of the myofibrillar M-band in relation to muscle specialization. UmU. Umeå 1985.
- Dahlqvist, Monica. Lung function in epidemiological studies: an approach from a symptomatological point of view. Tekniska högskolan, Stockholm 1990.
- Domeij, Siw. The laryngeal mucosa and the superior laryngeal nerve of the rat: an immunohistochemical and electron microscopic study. Umeå University Medical Dissertations, New Series 287. Umeå 1990.
- Edman, Ann-Christin. Myofibrillens finstruktur i tvärstrimmig skelettmuskulatur. Umeå University medical dissertations; New Series 217. Umeå 1988.
- Ekberg, Karin. Quantitation of gluconeogenesis in humans. KI: Institutionerna för Kirurgisk vetenskap och Klinisk fysiologi. Stockholm 1998.
- Ekblad, Eva. Projections of enteric peptide-containing neurons in the rat. LU. Lund 1986.
- Eklöf, Ann-Christine. Coarctation av bukaorta proximalt om båda njurartärerna, PAC: en experimentell modell på råttor för studier av renovaskulär hypertoni. KI: Institut. för pediatrik, S:t Görans sjukhus. Stockholm 1990.
- Eklöv, Solveig. Experimental studies on estramustine and radiation in the treatment of prostate cancer. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 373. Uppsala 1992.
- Engström, Iva. The relationship between energy economy and maintenance of ion gradients in human erythrocytes: an in vitro study involving cationophores, Alzheimer's amyloid b-peptides and erythrocytes from patients with familial pseudohyperkalemia. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 497. Uppsala 1994.

- Falkenberg Cecilia. α 1-microglobulin complexes. Isolation and analyses of two novel α 1-microglobulin complexes in rat plasma. LU. Lund 1995.
- Festin, Roger. Multiparameter flow cytometry: methodological aspects and applications to T-cell activation. UU: Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 531. Uppsala 1995.
- Filbey, Derek. Alloimmunization during pregnancy with special emphasis on anti-D: laboratory and clinical management. Linköping University medical dissertations, 468. Linköping 1995.
- Forslund, Ola. Genital human papilloma viruses: studies of their occurrence, type spectrum, and expression. LU. Lund 1997.
- Forsman, Mats. A molecular analysis of β -lactamases and their promoters in *Streptomyces*. UmU. Umeå 1991.
- Frick, Inga-Maria. Evolutionary and functional studies of protein H – a surface molecule of *Streptococcus pyogenes*. LU. Lund 1998.
- Furu, Margareta. Life patterns and health: a longitudinal study of men from childhood to middle age. SU: Institute of Education, Dept. Of Educational Research. Stockholm 1985.
- Gagnemo-Persson, Rebecca. Interaction between calcium, calciotropic hormones and the gastrin-ECL-cell axis. LU: Dept of Pharmacology. Lund 1997.
- Ghassemifar, Reza. Connective tissue contraction in wound healing: an experimental study in vivo and in vitro. Linköping University Medical Dissertations, 480. Linköping 1996.
- Gidö, Gunilla. Mechanisms of brain damage following focal cerebral ischemia: changes in ion homeostasis and the importance of free radical formation. LU. Lund 1998.
- Grahn, Eva. Bacteriological aspects of treatment failures in streptococcal tonsillitis. Umeå University Medical Dissertations, New Series 173. Umeå 1986.
- Granerus, Marika. The effects of growth factors on proliferation, survival and motility in a human embryonal carcinoma derived cell line. SLU: Acta Universitatis agriculturae Sueciae, Veterinariae, 11. Uppsala 1997.
- Grodzinsky, Eva. Serological markers in subclinical and clinical gluten enteropathy. Linköping University Medical Dissertations, 422. Linköping 1994.
- Gustafsson, Johanna. Insulin control of glucose transport in caveolae microdomains of the plasma membrane. LiU. Linköping 1997.

- Gustafsson, Urban. Microcirculation in skeletal muscle during hypoperfusion: an experimental study regarding some physiological and pharmacological factors influencing blood flow and oxygen pressure distribution. Linköping University Medical Dissertations, 440. Linköping 1995.
- Hallbäck, Margareta. Interaction between central neurogenic mechanisms and changes in cardiovascular design in primary hypertension: experimental studies in spontaneously hypertensive rats. GU: Dept. of Physiology. Göteborg 1975.
- Halldén, Gunilla. The FOG method: a new cell membrane permeabilization technique for flow cytometric analysis. KI, Stockholm 1992.
- Hansson, Mona. Natural killer cells as regulators of normal and malignant cell proliferation. KI: Dept. of Immunology. Stockholm 1983.
- Hedberg, Maria. β -lactam resistance in anaerobic bacteria. KI, Stockholm 1995.
- Helander, Kerstin G. Karyometric investigations on urinary bladder carcinoma, including histotechnological studies with special reference to nuclear morphology. Umeå University Medical Dissertations, New Series 160. Umeå 1986.
- Hellström, Lisbeth. Urinary incontinence and the use of incontinence aids in the elderly-elderly. GU: Dept. of Geriatric Medicine. Göteborg 1994.
- Hemming, Anna. Structural determinants of HIV-1 gp120: biological consequences of cysteine and N-glycosylation mutations. GU: Dept. of Clinical Virology. Göteborg 1995.
- Hemsén, Anette. Biochemical and functional characterization of endothelin peptides with special reference to vascular effects. Acta Physiological Scandinavica, Supplement 602. KI: Dpt of Pharmacology. Stockholm 1991.
- Hermansson, Monica. Expression of platelet-derived growth factor and its receptors in normal and neoplastic brain tissues. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 439. Uppsala 1993.
- Hinkula, Jorma. Functionally important HIV-1 B-cell determinants mapped with monoclonal antibodies. KI: SBL. Stockholm 1993.
- Holmbom, Birgitta. Plasma fibronectin as a morphological marker of irreversible cardiomyocyte injury: an enzyme histochemical, immunohistochemical, and ultrastructural study. Umeå University medical dissertations, New Series 514. Umeå 1997.
- Holst, Elisabet. Mobiluncus with special reference to Bacterial vaginosis. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 110. Uppsala 1987.

- Holmberg, Anders. Dextran conjugates for tumor targeting: synthesis and characterisation. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 546, Uppsala 1995.
- Hultenby Kjell. Ultrastructural studies in sialoproteins and integrins in metaphysical rat bone: possible roles in cell-matrix interaction. KI, Stockholm 1994.
- Jansson, Birgitta. Structure and plasticity of the endolymphatic sac: structural correlations and architectural changes with special reference to the response of the endolymphatic sac to local and systematic osmotic variations. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 432. Uppsala 1993.
- Jansson, Liselotte. Sex mediated influence in experimental models for rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 457. Uppsala 1994.
- Jansson, Marianne. Antibody recognition and sequence variation of the HIV-1 envelope V3 domain. KI, Stockholm 1994.
- Johansson, Carina B. On tissue reactions to metal implants. GU. Göteborg 1991.
- Jungquist, Gudrun. Carotid artery disease assessed by ultrasound. LU: Allmänna sjukhuset, Malmö. Lund 1991.
- Kleinau, Sandra. Aspects of adjuvants in experimental arthritis and autoimmunity: studies of oil-induced arthritis – a new model of arthritis in rats. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 435. Uppsala 1993.
- Larsson Norlander, Margareta. On neuroleptic drug assays: a methodological study with pharmacological and clinical applications. GU, Göteborg 1984.
- Lecander, Ingegerd. Specific plasminogenaktivatorhämmare från placenta: rening, karaktärisering och förekomst. LU: Inst för obstetrik och gynekologi. Lund 1987.
- Lekman, Annika. Biochemical studies in Rett syndrome: the search for a diagnostic marker. Doctoral thesis from Dpt of Psychiatry and Neurochemistry. GU: S:t Jörgen Hospital. Göteborg 1991.
- Lindberg, Christopher. Inclusion body myositis: clinical, morphological, immunological, physiological, and laboratory aspects. GU. Göteborg 1994.
- Lindblom, Gun-Britt. Campylobakter jejuni and campylobakter coli: sources, identification and virulence markers. GU: Dept. of Clinical Bacteriology. Göteborg 1991.
- Lindh, Elisabet. Taxonomic studies of *Enterobacter* spp., in particular *Enterobacter agglomerans* (*Pantoea agglomerans*). LU. Lund 1990.

- Lindqvist, Annika. Structural and evolutionary studies of a lipocalin: the α_1 -microglobulin protein and its gene. LU. Lund 1998.
- Lindroth, Margaretha. High resolution scanning electron microscopy using cytoskeletons as a model system. Linköping University Medical Dissertations, 277. Dept. of Pathology II and Physics. Linköping 1988.
- Ljungdahl Ståhle, Eva. In vivo and in vitro models for determination of antiviral activity and resistance. KI, Stockholm 1997.
- Lomberg, Helena. Host-parasite interaction in recurrent urinary tract infection. GU: Dept. of Clinical Immunology. Göteborg 1986.
- Lundeberg, Joakim. DIANA: a DNA-diagnostic method for detection and analysis of viruses, bacteria and parasites. Tekniska högskolan, Stockholm 1993.
- Lundqvist, Monalill. Gastrointestinal endocrine cells and carcinoids: a histopathogenetic study with a comparison of silver-staining and immunohistochemical characteristics. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 73. Uppsala 1987.
- Magnusson, Inger. Tracing of metabolic pathways in human liver. KI, Stockholm 1989.
- Magnusson, Per. Human bone alkaline phosphatase isoforms. Linköping University Medical Dissertations, 574. Linköping 1998.
- Malmgren, Rigmor. The serotonin uptake kinetics in human platelets in suspected serotonin related diseases: a methodological and clinical study. KI, Stockholm 1981
- Mikulowska, Anna. The human Langerhans cell in irritant contact dermatitis. LU. Lund 1994.
- Nilsson, Ingrid. Studies of immune responses to cell surface proteins of *Helicobacter pylori* and *Borrelia burgdorferi* by enzyme immunoassay and immunoblotting. LU. Lund 1998.
- Nordin Fredriksson, Gunilla. Analysis of complement deficiency states with focus on molecular characterizations of C4 and properdin deficiency. LU. Lund 1997.
- Nygren, Per-Åke. Characterization and use of the serum albumin binding region of streptococcal protein G. Stockholm Tekniska högskolan, Stockholm 1992.
- Nylander, Ana-Greta. The role of CCK-A and CCK-B receptors in the tropic control of pancreas and axynitic mucosa in the rat. LU: Dept of Pharmacology. Lund 1996.
- Odh Olsson, Gerd. Analysis of melanins. LU: Dept of Pharmacology. Lund 1998.

- Olsén, Arne. Regulatory and functional studies of curli, a novel surface organelle of *Escherichia coli* that mediates binding to soluble matrix proteins. Umeå University medical dissertations, New Series 356. Umeå 1992.
- Olsson, Jerker. Mevalonate pathway lipids in hepatocarcinogenesis. Karolinska Institute, Stockholm 1994.
- Pap, Sarolta. Quarternary structure of human plasma α_2 -macroglobulin studied by small-angle neutron and X-ray scattering. GU, Göteborg 1990.
- Persson, Bodil. När kvinnorna kom in i männens värld: framväxten av ett kvinnligt tekniskt yrke – laboratorieassistent under perioden 1880-1941. LU: Studia psychologica et pedagogica Series altera 115, 0346-5926. Lund 1994.
- Persson, Sylvi. Erythrocyte deformability studied by viscometry and filtrometry. LU. Lund 1994.
- Petersson, Ann Cathrine. Species specific susceptibility testing for β -lactam antibiotics with special reference to staphylococci. LU. Lund 1998.
- Pisa, Eva K. Tumorigenesis and cytokine regulation of anti-tumor immune response. Karolinska Institute. Stockholm 1993.
- Plos, Kaety. P-fimbrial genotype, phenotype and clonal variation in *Escherichia coli* from the urinary tract and the fecal flora. GU. Göteborg 1992.
- Robertsson, Brita. The neuroanatomical traces wheat germagglutinin-horseradish peroxidase in primary sensory neurons. KI. Stockholm 1992.
- Sahlin, Lena. Mechanisms of hormonal regulation of uterine growth in mammals. KI: Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Stockholm 1995.
- Sánchez Saavedra, Janier Augusto. Inhibition of the plasma contact system on end-point immobilized heparin and human endothelium. KI: Institutionen för kirurgisk vetenskap. Stockholm 1998.
- Sandström, Björn. Effects of selenite-induced variation in glutathione activity on cellular resistance to radiation – and peroxide-induced free radical damage. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Science, 261. Uppsala 1990.
- Sandström, Gunnar. *Francisella tularensis* and cell-mediated immunity in man. Umeå University Medical Dissertations, New series 210. Umeå 1988.
- Sikström, Carin. The transfusion polymorphism: population genetics and associations with reproduction hazards and disease. Umeå University medical dissertations, New Series 390. Umeå 1994.

- Sirsjö, Allan. Acute skeletal muscle ischemia and reperfusion in the rat: the role of leucocytes and the effect of hyperbaric oxygen on microcirculation and metabolism during reperfusion. Linköping University Medical Dissertations, 420. Linköping 1994.
- Sjöberg, Trygve. Contraction-mediating receptors in human peripheral vessels with special reference to veins and lymphatics. Bulletin from the Department of Surgery, University of Lund, 72. Lund 1989.
- Sjögren, Eva. Serological characteristics of *Campylobacter jejuni/coli*: pattern of colonization in humans and animals. GU: Dept. of Clinical Bacteriology, Göteborg 1988.
- Smith, Maj-Lis. Ischemic brain damage: influence on tissue acidosis. LU. Lund 1986
- Stenson-Holst, Lena. Hormone-sensitive lipase and protein kinase B. Molecular characterization in testis, adipose tissue and pancreatic β cells. LU. Lund 1998.
- Strömberg, Ingrid. Chromaffin and nigral grafts: experimental studies of possible treatment strategies in Parkinson's disease. KI, Stockholm 1988
- Strömstedt, Per-Erik. Molecular analyses of glucocorticoid receptor-hormone interaction. Karolinska Institute. Stockholm 1993.
- Sundman-Engberg, Birgitta. In vitro studies of cytostatic drugs and growth factors on leukemic and normal hematopoietic cells: based on in vivo intracellular pharmacokinetics. KI. Stockholm 1996.
- Sundqvist, Vivi-Anne. Antigen determination and humoral antibody response in herpesvirus infections. KI, Stockholm 1983.
- Sundström, Birgitta. Human cytokeratin: their use as targets in cancer management. Umeå University Medical Dissertations, New Series 284. Umeå 1990.
- Svedenstål, Britt-Marie. Embryonic development and cellular proliferation in mice exposed to electromagnetic fields. SLU: Acta Upsalien-sis agriculturæ Sueciæ, Agraria. 47. Uppsala 1997.
- Svensson, Lennart. Detection and characterization of human rotavirus infections. KI, Stockholm 1987.
- Sällberg, Matti. Antibody recognition of antigenic regions within the nucleocapsid related proteins of the hepatitis B and C viruses. KI: National Bacteriological Laboratory, Dept. of Virology. Stockholm 1992.
- Söderlund, Karin. Energy metabolism in human skeletal muscle during intense contraction and recovery with reference to metabolic differences between type I and type II fibres. KI, Stockholm 1991.
- Söderström, Stine. Environmental regulations of nerve growth factor in the central nervous system. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 539. Uppsala 1995.

- Tomkinson, Birgitta. Human tripeptidyl peptidase II: structure and function of a high molecular weight exopeptidase with an active site of the subtilisin type. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 231. Uppsala 1989.
- Trulsson, Agneta. The study of eosinophil and monocyte cytotoxic activities in cancer. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 625. Uppsala 1996.
- Wahren, Lis Karin. Post-traumatic neuralgia in the hand: quantitative sensory testing and long-term follow-up. UU: Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 305. Uppsala 1991.
- Vécsey Semjen, Beatrix. Conformational changes in *Staphylococcus aureus*' a-toxin: from water-soluble monomer to a transmembrane channel. Karolinska Institute. Stockholm 1997.
- Wendelhag, Inger. Ultrasound measurement of intima-media thickness and atherosclerotic plaques in carotid and femoral arteries. Methodological studies and five-year observational study in familial hypercholesterolemia. GU. Göteborg 1995.
- Warfvinge, Karin. The human stratified epithelia: A methodological och morphological study on epidermis, gingival epithelium and vaginal epithelium. LU. Lund 1989.
- Westin, Stefan. Regulation of cytochrome P450C7: effects of growth hormone and vitamin A. Karolinska Institute. Stockholm 1996.
- Widell, Susanne. Morphological and DNA-cytometrical studies in myelodysplastic syndromes and acute myeloid leukemia. KI, Stockholm 1994.
- Wijkander, Jonny. Macrophage arachidonate-mobilizing phospholipase A2: purification and studies on its regulation by Ca^{2+} and via protein kinase C. LU. Lund 1992.
- Zimmerman, Lena. Characterization and determination of metabolites in uremic and healthy subjects: glucuronidated o-hydroxybenzoylglycine, 5-hydroxytryptamine and phenylacetylglutamine. KI, Stockholm 1989.
- Zweygberg Wigart, Benita. Early diagnosis of cytomegalovirus infection using monoclonal antibodies and DNA amplification. KI: Institutionen för laboriemedicin. Stockholm 1997.
- Öhlén, Claes. Role of MHC class I molecules and antigen presentation in recognition of allogeneic grafts by T cells and NK cells. Karolinska Institute. Stockholm 1992.

Arbetsterapeuter som disputerat under perioden 1977–1998

- Bellner, Anna-Lena. Professionalization and rehabilitation: the case of Swedish occupational and physical therapists. Linköping University. Linköping Studies in Arts and Sciences 116. Linköping 1997.
- Bernsprång, Birgitta. Consequences of stroke: aspects of impairments, disabilities and life satisfaction with special emphasis on perception and on occupational therapy. Umeå University medical dissertations, New Series 202. Dept of rehabilitation medicine. Umeå 1987.
- Borell, Lena. The activity of life of persons with a dementia disease. Karolinska Institute, Dept of Geriatrics. Stockholm 1992.
- Bränholm, Inga-Britt. On life satisfaction, occupational roles and activity preferences: occupational therapy aspects. Umeå University medical dissertations 329. Dept of rehabilitation medicine. Umeå 1992.
- Eklund, Mona. Occupational group therapy in a psychiatric day care unit for long-term mentally ill patients: ward atmosphere, treatment process, and outcome. Lund University, Dept of Psychology. Lund 1996.
- Eliasson, Ann-Christin. Sensomotor control and human precision grip: aspects of normal and impaired development. Karolinska Institute: Dept for Womens' and Childrens' health and Dept of Neuroscience. Stockholm 1994.
- Haglund, Lena. Occupational therapy assessment in general psychiatric care. Linköping University medical dissertations 524. Dept of Psychiatry. Linköping 1997.
- Henriksson, Chris. Living with fibromyalgia: a study of the consequences for daily activities. Linköping University medical dissertations 445, Dept of Caring Sciences. Linköping 1995.
- Iwarsson, Susanne. Functional capacity and physical environmental demand: exploration of factors influencing everyday activity and health in the elderly population. Lund University, Dpt of Public Health Sciences. Lund 1997.
- Josephsson, Staffan. Everyday activities as meeting-places in dementia. Karolinska Institute. Stockholm 1994.
- Lindberg, Margareta. Arbetsterapeutiska aspekter på funktion, förmåga och livskvalitet efter subarachnoidalblödning (SAB). Umeå Universitet: Institutionen för medicinsk rehabilitering. Umeå 1995.
- Lundgren-Lindquist, Birgitta. Functional capability in 79-year old women and med. GU: Dept of Rehabilitation Medicine. Göteborg 1982.

- Nordenskiöld, Ulla. Daily activities in women with rheumatoid arthritis: aspects of patient education, assistive devices and methods for disability and impairment assessment. Göteborg University, Dept of Rehabilitation Medicine. Göteborg 1996.
- Nygård, Louise. Everyday life with dementia. Karolinska Institute: Faculty of Medicine. Stockholm 1996.
- Samuelsson, Hans. Visuospatial neglect: attentional deficits and anatomical correlates. Göteborg University, Dept of Psychology. Göteborg 1997.
- Sonn, Ulla. Longitudinal studies of dependence in daily life activities among the elderly: methodological development, use of assistance devices and relation to impairments and functional limitations. Göteborg University, Dept of Rehabilitation Medicine and Geriatrics. Göteborg 1995.
- Svidén, Gunilla. Exploring sensitivity to nonverbal communication in controlled settings: methodological considerations. Linköping University: Linköping Studies in Arts and Science, 86. Linköping 1993.
- Söderback, Ingrid. Intellectual function training and intellectual housework training in patients with acquired brain damage: a study of occupational therapy methods. Karolinska Institute. Stockholm 1988.
- Tham, Kerstin. Unilateral neglect: aspects of rehabilitation from an occupational therapy perspective. Karolinska Institute, Dept of Clinical Neuroscience, Section for Geriatrics and Section for Occupational Therapy. Stockholm 1998.
- Törnquist, Kristina. Att fastställa och möta förmåga till dagliga livets aktiviteter (ADL): en kritisk granskning av ADL-instrument och arbetsterapipraxis. GU. Institutionen för socialt arbete. Göteborg 1995.

Sjukgymnaster som disputerat under perioden 1977–1998

- Abrandt, Madeleine. Learning Physiotherapy: the impact of formal education and professional experience. Linköping University, Linköping studies in education and psychology, 50. Linköping 1997.
- Andrée, Patrik. Oxidative stress and mitochondrial function: role of ubiquinol as antioxidant. Karolinska Institute. Stockholm 1996.
- Arvidsson, Inga. A study of rehabilitation therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1985.

- Barnekow Bergkvist, Margareta. Physical capacity, physical activity and health: a population based fitness study of adolescents with an 18-year follow-up. Umeå University medical dissertations, New series 494. Umeå 1997.
- Beckung, Eva. Impairments, disabilities and handicap in children with epilepsy. The application of a new motor and sensory measure. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1997.
- Bergman, Birgitta. Being a physiotherapist, professional role, utilization of time and vocational strategies. Umeå University medical dissertations, New Series 251. Umeå 1989.
- Bergqvist-Ullman, Marianne. Acute low back pain in industry. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1978.
- Berned Müller, Elaine. Scoliosis in children with myelomeningocele. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1993.
- Carlsson, Jane. The tension headache syndrome. Effects of acupuncture and physiotherapy. Göteborg University. Faculty of Medicine. Göteborg 1990.
- Dahlström, Monica. The dancer. Physical effort, muscle fibre types, and energy intake expenditure. Karolinska Institute. Stockholm 1996.
- Ek, Kerstin. Physical therapy as communication: microanalysis of treatment situations. Michigan State University, USA. 1990.
- Ekdahl, Charlotte. Muscle function in reumatoid arthritis: assessment and training. Lund University, Faculty of Medicine. Lund 1989.
- Elert, Jessica. Aktivites- och relaxationsmönster under uttröttande isokinetiska kontraktioner hos individer med eller utan muskelsmärta. Umeå universitet, Medicinska fakulteten. Umeå 1992.
- Emtner, Margareta. Rehabilitation of adults with asthma. A quantitative and qualitative study. Uppsala University, Comprehensive summaries of dissertations from the Faculty of Medicine, 754. Uppsala 1998.
- Engardt, Margareta. Rising and sitting down in stroke patients: auditory feedback and dynamic strength training to enhance symmetrical body weight distribution. Karolinska Institute. Stockholm 1994.
- Fagevik Olsén, Monika. Client physiotherapy and respiratory function in connection with abdominal surgery. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1998.
- Fernström, Elisabeth. Physical load in computerised office work – with special reference to work tasks and equipment. Stockholm Tekniska högskola. Stockholm 1997.

- Foxdal Peter. Prediction of maximal lactate steady state using incremental blood lactate accumulation tests: with emphasis on methodological problems. Uppsala University, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 502. Uppsala 1994.
- Frändin, Kerstin. Physical activity and functional performance in a population studied longitudinally from 70 to 76 years of age. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1995.
- Gard, Gunvor. Physical and psychosocial occupational strain. Luleå Tekniska högskola. Luleå 1990.
- Hagen, Kåre Birger. Physical work load and perceived exertion during forest work and experimental repetitive lifting with special reference to lifting technique. Karolinska institute. Stockholm 1994.
- Hahn, Inger. Pelvic floor training for genuine stress urinary incontinence: evaluation and long term results. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1993.
- Haker, Eva. Lateral epicondylalgia (tennis elbow): a diagnostic and therapeutic challenge. Karolinska Institute. Stockholm 1991.
- Hammar skjöld, Eva. Exposure to cold, vibration or muscular fatigue – its effect on the reproducibility of work movements: a study of EMG amplifier, perceived exertion and quality in carpenters' work with hand tools. Karolinska Institute. Stockholm 1992.
- Harms-Ringdahl, Karin. On assessment of shoulder exercise and lead-elicited pain in the cervical spine: biomedical analysis of lead-EMG-methodological studies of pain provoked by extreme position. Karolinska Institute. Stockholm 1986.
- Hansson Scherman, Marianne. Att vägra vara sjuk: en longitudinell studie av förhållningssätt till astma/allergi. Göteborgs universitet, Göteborg studies in Educational Sciences. Göteborg 1995.
- Herala, Merja. Evaluation of methods for treating obstructive lung disease. Uppsala University, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 398. Uppsala 1993.
- Hirschfeldt, Helga. On the integration of posture, locomotion and voluntary movement in humans: normal and impaired development. Karolinska institute. Stockholm 1992.
- Holmström, Eva. Musculoskeletal disorders in construction workers: related to physical, psychosocial and individual factors. Lund University, Faculty of Medicine. Lund 1992.
- Hultman, Gabriella. Backhealthy men, 45-55 years old, their characteristics and environment compared to men with intermittent and chronic low back pain. A cross-sectional study. Karolinska Institute. Stockholm 1993.

- Häger-Ross, Charlotte. "To grip and not to slip". Sensorimotor mechanisms during reactive control of grasp stability. Umeå University medical dissertations, New Series 429. Umeå 1995.
- Jarnlo, Gun-Britt. Hip fracture patients: background factors and function. Lund University, Faculty of Medicine. Lund 1990.
- Johnsson, Bigitta. Postural faults in school children: a physiotherapeutic approach. Lund university, Faculty of Medicine. Lund 1983.
- Kamwendo, Kitty. Neck and shoulder disorders in secretaries: prevalence, risk factors, and neck school intervention. Lund University, Faculty of Medicine. Lund 1991.
- Karlqvist, Lena. Assessment of physical work load at visual display unit workstations. Ergonomic applications and gender aspects. Karolinska Institute. Stockholm 1997.
- Kemmlert, Kristina. On identification and prevention of ergonomic risk factors with special regards to reported occupational injuries of the musculo-skeletal system. Luleå Tekniska högskola. Luleå 1997.
- Klefbeck-Stridsman, Brita. Ventilatory aspects on sleep and activity in patients with neuromuscular disorders. Karolinska Institute. Stockholm 1998.
- Kreuter, Margareta. Partner relationships, sexuality and quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1997.
- Lagerström, Christel. Evaluation and recovery of impairment after Colle's fracture: a physiotherapeutical approach. Uppsala University, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 763. Uppsala 1998.
- Lindh, Margareta. Physical performance, lung volumes, and energy expenditure in scoliosis. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1977.
- Lindmark, Birgitta. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living. Uppsala University, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 174. Uppsala 1988.
- Lindström, Birgitta. Knee muscle function in healthy persons and patients with upper motor neurone syndrome. Umeå University medical dissertations, New Series 505. Umeå 1997.
- Lindström, Ingalill. A successful intervention program for patients with subacute low back pain. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1994.
- Madroukas, Konstantinos. Physical training in obesity and diabetes: muscle morphology, capillarization, and physical performance. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1983.

- Magnusson, Marianne. Effects of seared whole body vibration on the spine: an experimental study in man. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1991.
- Mattsson, Eva. Energy cost of level walking. Karolinska Institute. Stockholm 1989.
- Mattsson, Monica. Body awareness – applications in Physiotherapy. Umeå University medical dissertations, New Series 545. Umeå 1998.
- Müller, Margareta. Athletic training and flexibility: a study of range of motion in the lower extremity. Linköping University, Faculty of Health. Linköping 1984.
- Myhr, Ulla. On factors of importance for sitting in children with cerebral palsy. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1994.
- Nordin, Margareta. Methods of studying work load with special reference to the lumbar spine. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1982.
- Norlander, Staffan. The cervico-thoracic ratio: a method for assessment of segmental mobility related to musculo-skeletal neck-shoulder pain. Uppsala University, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 684. Uppsala 1997.
- Nyberg, Lars. Falls in the frail elderly. Incidence, characteristics and prediction, with special reference to patients with stroke and hip fractures. Umeå University medical dissertations, New Series 483. Umeå 1996.
- Ohlsson, Kerstina. Neck and upper limb disorders in female workers performing repetitive industrial tasks. Lund University, Faculty of Medicine. Lund 1995.
- Olsen, Lone. Evaluation of mucus transport in human airways with special reference to physiotherapy. Lund University, Faculty of Medicine. Lund 1993.
- Olsson, Elisabeth. Gait analysis in hip and knee surgery. Karolinska Institute. Stockholm 1986.
- Parker, Marti G. Functional limitations among the oldest old. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 518. Uppsala 1994.
- Persson, Kristina. Structured observation of motor performance in infants, SOMP-I. Uppsala University, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 552. Uppsala 1995.
- Persson, Liselotte. Cervical radiculopathy. Effects of surgery, physical therapy or cervical collar, a prospective study. Lund University, Faculty of Medicine. Lund 1998.

- Ringsberg, Karin. Patients with asthma-like symptoms but negative asthma tests and patients with bronchial asthma. Physiological, psychological and social characteristics. Linköping University medical dissertations, 522. Linköping 1997.
- Roxendahl, Gertrud. Body awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1985.
- Rundcrantz, Britta-Lena. Pain and discomfort in the musculo-skeletal system among dentists. Lund University, Faculty of Medicine. Lund 1991.
- Rösblad, Birgit. Visual and proprioceptive control of arm movements: studies of development and dysfunction. Umeå University, Faculty of Medicine. Umeå 1994.
- Sinderby, Christer. On diaphragmatic function and fatigue in cervical cord injury patients and prior polio infection patients. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1991.
- Siösteen, Agneta. Adjustment to spinal cord injury. A clinical and experimental study on quality of life. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1989.
- Skargren, Elisabeth. Evaluation of physical exercise, physical therapy and chiropractic in the management of back pain: effects, prognostic factors and costs in treatment of muskuloskeletal disorders. Linköping University medical dissertations, 561. Linköping 1998.
- Solem-Bertoft, Eva. Physiotherapeutic analysis of pain in the shoulder. Uppsala University, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 552. Uppsala 1995.
- Stenström, Christina H. Dynamic therapeutic exercise in rheumatoid arthritis: qualitative and quantitative aspects. Karolinska Institute. Stockholm 1993.
- Sundelin, Gunnevi. Electromyography of shoulder muscles – the effects of pauses, drafts and repetitive work cycles. Umeå University, Faculty of Medicine. Umeå 1992.
- Svantesson, Ulla. Eccentric-concentric plantar flexion muscle action: studies of muscle strength and fatigue in normal subjects and in patients after stroke. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1997.
- Tegern, Gunilla. Frisk och sjuk. Vardagliga föreställningar om hälsan och dess motsatser. Linköpings universitet, Tema: Linköping studies in art and science, 119. Linköping 1994.
- Thomeé, Roland. Patellofemoral pain syndrome in young women. Studies on alignment, pain assessment and muscle function, with a model for treatment. Göteborg University, Faculty of Medicine. Göteborg 1995.

- Tollbäck, Anna. Neuromuscular compensation and adaptation to loss of lower motorneurons in man: studies in previous polio subjects. Karolinska Institute. Stockholm 1995.
- Tyni-Lenné, Raija. Efficiency of aerobic exercise training in women and men with chronic heart failure. Karolinska Institute. Stockholm 1998.
- Wadell, Inger. Influences from peripheral sense organs on primary and secondary spindle afferent via gamma motoneurons. A feedback mechanism for motor control and regulation of muscle stiffness. Umeå University Medical Dissertations, New Series 307. Umeå 1991.
- Werner, Suzanne. Patello-femoral pain syndrome: an experimental clinical investigation. Karolinska Institute. Stockholm 1993.
- Westblad, Per. On methods of evaluation of lower extremity eccentric muscle performance and loading. Karolinska Institute. Stockholm 1995.
- Widén Holmqvist, Lotta. Development and evaluation of rehabilitation at home after stroke in South-West Stockholm. Karolinska Institute, Huddinge Hospital. Stockholm 1997.
- Wiktorin, Christina. Occupational physical load in epidemiological studies: development and evaluation of methods. Karolinska Institute. Stockholm 1995.
- Öberg, Birgitta. Lower extremity muscle strength in soccer players. Linköping University, Faculty of Health. Linköping 1984.
- Öberg, Ulrika. Functional assessment system to lower extremity dysfunction. Linköping University medical dissertations, 485. Linköping, 1996.

Sjuksköterskor som disputerat under perioden 1977-1998

- Agevall, Lena. Beslutsfattande rutinisering. LU: Political Studies No. 84. Statsvetenskapliga institutionen. Lund 1994.
- Ahlström, Gerd. Consequences of muscular dystrophy. Impairment, disability, coping, and quality of life. UU: Centre for caring Sciences. Uppsala 1994.
- Almqvist, Elisabeth. Molecular genetic studies on Huntington's disease. KI. Stockholm 1996.
- Andershed, Birgitta. Att vara nära anhörig i livets slut: delaktighet i ljustet – delaktighet i mörkret. UU: Comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 774. Department of Public Health and Caring Science. Uppsala 1998.

- Andersson, Egil & Lawenius, Maria. Lärarens uppfattning av undervisning. GU: Institutionen för pedagogik. Göteborg 1983. (Endast Lawenius är sjuksköterska)
- Andersson Inger. Utveckling av metoder för mätning av livskvalitet – med inriktning mot omvårdnad. LiU: Linköping University Medical Dissertations, No. 464. Institutionen för omvårdnadsforskning, Hälsouniversitetet. Linköping 1995.
- Andersson (Segesten), Kerstin. Omvårdnad och trygghet. En metateoretisk och en fenomenologisk studie. Del I: Omvårdnad, Framväxten av en ny vetenskap. Del II: Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. GU: Institutionen för sociologi. Göteborg 1984.
- Andersson, Margareta. Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling. Åbo Akademi: Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Åbo 1994.
- Asplund, Kenneth. The Experience of meaning in the care of patients in the terminal stage of dementia of the Alzheimer Type. Interpretation of non-verbal communication and ethical demands. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New Series No. 310. Department of Advanced Nursing. Umeå 1991.
- Athlin, Elsy. Nursing based on an interaction medel applied to patients with eating problems and suffering från Parkinson's Disease and Dementia. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New Series No. 230. Department of Advanced Nursing. Umeå 1988.
- Axelsson, Karin. Eating problems and nutritional status after stroke. UmU: Umeå University Medical Dissertations, new Series No. 218. Department of Advanced Nursing and Medicine. Umeå 1988.
- Berglin Blohm, Marianne. Delay time until delivering treatment in suspected acute myocardial infarction: an intervention study with particular emphasis on patient delay. GU: Department of Cardiology. Göteborg 1997.
- Bendz, Mona. Kunskap i praktik. Hur sjuksköterskestuderande uppfattar kliniska vårdssituationer och sitt eget handlande i dem samt hur deras uppfattningar förändras under och efter utbildningen. LU: Pedagogiska institutionen. Lund 1995.
- Bengtsson Agostino, Marianne. Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. The Nordic School of Public Health. Göteborg 1992.
- Bengtson, Ann. Symptoms and complications in patients waiting for possible coronary revascularization: an evaluation of a waiting list for coronary angiography, coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal coronary angioplasty in Gothenburg 1990. GU: Institutionen för hjärt-lungmedicin. Göteborg 1996.

- Bentling, Sonia. I idéernas värld. En analys av omvårdnad som vetenskap och grund för en professionell utbildning. UU: Uppsala studies in education 45. Institutionen för pedagogik. Uppsala 1992.
- Bergbom Engberg, Ingegerd. Patient's experiences of respirator treatment. A retrospective study of the influence of medical and nursing care factors on recall, experience of discomforts, and feelings of security or insecurity. GU: Institutionen för anesthesiologi och intensivvård, Sahlgrenska sjukhuset. Göteborg 1989.
- Berglin Blohm, Marianne. Delay time until delivery of treatment in suspected acute myocardial infarction: an intervention study with particular emphasis on patient delay. GU: Dept of Cardiology. Göteborg 1997.
- Berglund, Anna-Lena. A holistic view of stress urinary incontinence in women. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New Series No. 443. Department of Obstetrics and gynecology. Umeå 1995.
- Berglund, Barbro. Volume capacity, pressure characteristics and expansion in situ of various types of intestinal reservoirs: A clinical and experimental study. GU: Department of Surgery II, GU. Göteborg 1986.
- Berterö, Carina. Living with Leuchemia: Studies on quality of life, interaction, and caring. LiU: Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences, LiU. Linköping 1996.
- Berthold, Harriet: Intermittent sjukhemsvård för äldre. En växelvårdsstudie. GU: Institutionen för geriatrik och långvårdsmedicin. Göteborg 1989.
- Billing, Eva. Psychosocial factors in patients with ischemic heart disease. KI: Danderyds Hospital. Stockholm 1996.
- Björvell, Hjärdis. Treatment of severe obesity. Longterm follow-up, personality traits, eating behaviour and effects of peroral glycerol in obese subjects. KI: Institutionen för medicin. Stockholm 1985.
- Björkman, Roland. Central anti-nociceptive effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs and paracetamol: experimental studies in the rat. GU: Department of Clinical Pharmacology. Göteborg 1994.
- Blank, Vera Lúcia Guimarães. Occupational injuries and technological development: studies in the Swedish mining industry. KI. Stockholm 1997.
- Bonair, Ann. Conceptual and empirical issues of technological change in the health care sector. Innovation and diffusion of hemodialysis and renal transplantation. LiU: Department of Theme Research: Health and Society. Linköping 1990.

- Brulin, Christin. Musculo-skeletal symptoms among home care personnel: riskfactor analysis. UmU: Department of occupational and environmental medicine, Department of musculo-cell research, National institute for working life. Umeå 1998.
- Brännström, Benny. Care and acutely confused elderly hip-fracture patients. Empirical studies and ethical model of care. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New Series 324. Department of Advanced Nursing. Umeå 1991.
- Brännström, Inger. Community participation and social patterning in cardiovascular disease intervention. Umeå University medical dissertations, new series 383. Department of Advanced Nursing, Umeå 1998.
- Börjeson, Sussanne. Nausea and emesis in cancer chemotherapy: aspects of occurrence, assessment, and treatment. KI: Department of Oncology. Stockholm 1998.
- Carlsson, Eva Maria. Informational support for patients with gynaecological cancer and their families. UU: Department of Oncology. Uppsala 1998.
- Dahlberg, Karin. Helhetssyn i vården – en uppgift för sjuksköterskeutbildningen. GU: Acta Universitatis Gothoburgensis, Educational Sciences, no 91. Pedagogiska institutionen. Göteborg 1993.
- Danielsson, Ella. Omvårdnad och dess psykosociala inslag. Sjuksköterskestuderandes uppfattningar av centrala termer och reaktioner inför en omvårdnadssituation. GU: Acta Universitatis Gothoburgensis, Educational sciences, No. 88. Pedagogiska institutionen. Göteborg 1992.
- Denker, Karina. The closure of mental hospital in Sweden. Long-term care patients and nursing staff facing relocation. GU: Institutionen för psykiatri och neurokemi. Göteborg 1992.
- Derbring, Lena & Stöltén Charlotte. Sjuksköterskeutbildningens forskningsanknytning – vision och verklighet. Studie Psychologica et Pedagogica, Malmö 1992. LU: Institutionen för pedagogik och specialmetodik, Lärarhögskolan i Malmö. Lund 1992.
- Edlund, Birgitta. Dieting in Swedish children and adolescents. Acta Universitatis Upsaliensis, 1997. UU: Centrum för omvårdnadsvetenskap. Uppsala 1997.
- Edvinson Månsson, Marie. The value of informing children prior to investigations and procedures. LU: Department of Pediatrics. Lund 1992.

- Ehnfors, Margareta. Quality of care from a nursing perspective. Methodological considerations and development of a model for nursing documentation. UU: Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Medicine, 415. Department of Social Medicine. Uppsala 1993.
- Ek, Anna-Christina. Pressure sores – a problem in nursing care: a study of skin blood flow, risk factors, prevalence, prevention in long-term care patients. LiU: Clinical Research center and the Department of Preventive and Social Medicine. Linköping 1985.
- Ekman, Sirkka-Lisa. Monolingual and bilingual communication between patients with dementia diseases and their caregivers. UmU: Umeå University Medical Dissertations, No. 370. Department of Advanced Nursing at UmU and Department of Geriatric Medicine, KI. Umeå 1993.
- Ekselius, Lisa. Personality disorders in the DSM-III-R. UU: Comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 484. Uppsala 1994.
- Elander, Gunnel. The effects of perturbations on mother-infant interaction. Studies of hospitalization, especially during the first six months of life. LU: Department of Paediatrics, Malmö allmänna sjukhus. Lund 1986.
- Engström, Birgitta. Information to the patient. An attempt to satisfy the patient's need for information. UmU: Umeå University Medical dissertations, New Series No. 174. Department of Neurology. Umeå 1986.
- Enskär, Karin. Assessing the life of children and adolescents with cancer and their families. LiU: Linköping Medical Dissertations. Department of Medicine and Care, Division of Nursing Science, Faculty of Health. Linköping 1997.
- Erlöv, Iris & Pettersson, Kerstin. Från kall till personlighet. Sjuksköterskans utbildning och arbete under ett sekel. LU: Pedagogiska institutionen. Lund 1992.
- Fagerberg, Ingegerd. Nursing students' narrated lived experience of caring, education, and the transition into nursing, focusing on care of the elderly. KI: Department of Clinical Neuroscience and Gerontology, Center of Caring Science South, Huddinge Hospital. Stockholm 1998.
- Forsberg, Christina. The sense of well-being in a group of patients with gastro-intestinal cancer. KI: Departments of Medicine and Surgery. Stockholm 1996.
- Friberg, Barbro. Aerobiology in the operating room and its implications for working standards. UmU: Department of Orthopedics and Bacteriology. Umeå 1998.

- Fridlund, Bengt. Rehabilitation after myocardial infarction: A caring model. University of Kuopio: Department of Nursing and Health Care Administration Faculty of Social Science / Halland University College of Caring Science. Kuopio 1990.
- Fryklund, Birgitta. Epidemiology of Enterobacteria and risk factors for massive Gram-negative bacterial infection in neonatal special-care units. KI: Department of Laboratory Medicine. Stockholm 1994.
- Gardulf, Ann. Rapid subcutaneous, immunoglobulin replacement therapy in patients with primary antibody deficiency: Aspects of effectiveness, safety, home therapy, quality of life and costs. KI: Departments of Immunology, Microbiology, Pathology, and Infectious Diseases, Huddinge Hospital and Department of Internal Medicine, Nursing Research Unit at the Center of Caring Sciences. Stockholm 1994.
- Gaston-Johansson, Fanny. Pain assessment with particular reference to pain terms, instrument development and pain description. GU: Department of Rehabilitation Medicine, Sahlgrenska Hospital. Göteborg 1985.
- Grafström, Margareta. The experience of burden in the care of elderly persons with dementia. KI: Department of Clinical Neuroscience, and Umeå University: Department of Advanced Nursing and Department of Family Medicine, and Stockholm Gerontology Research Center Stockholm 1994.
- Grahn, Gertrud. Educational situations in clinical settings. A process analysis. UU: Uppsala studies in education 27. Department of Education. Uppsala 1987.
- Gunnars, Barbro. Livskvalitet under cytostatikbehandling. En studie av cancerpatienters upplevelser och erfarenheter. LU: Institutionen för Onkologi. Lund 1991.
- Gustafsson, Barbro. Living with dysphagia. Some aspects of experiential meaning of handicap, adaptedness and confirmation.. KI: National Institute of Psychosocial Factors and Health and LU: Department of Otorhinolaryngology. Stockholm 1992
- Hagelin, Elisabet. Barnhälsovårdsjournalen som kunskapskälla: en analys av fullständighet, instruktionsenlighet och tillförlitlighet. UU: Comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 799. Department of Women's and Children's Health, Unit of Pediatrics. Uppsala 1998.
- Hallberg, Lillemor. Hearing impairment, coping and perceived handicap in middle-aged individuals with acquired hearing loss: an interactional perspective. GU: Department of Psychology. Göteborg 1992.
- Hallberg, Margareta. Kunskap och kön – en vetenskapsteoretisk studie. GU: Institutionen för vetenskapsteori. Göteborg 1991.

- Hallberg, Ingalill Rahm. Vocally disruptive behaviour in severely demented patients in relation to institutional care provided. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New series No. 261. Department of Advanced Nursing in collaboration with LU: Department of Psychiatry and Kristianstad College. Umeå 1990.
- Halldórsdóttir, Sigrídur. Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory. LiU: Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences. Linköping 1996.
- Hamrin, Elisabeth. Activation of patients with stroke in clinical nursing care: Effects on patients and staff. UU: Acta Universitatis Upsalien-sis. Departments of Clinical Physiology, Internal Medicine, Social Medicine, and Rehabilitation. Uppsala 1981.
- Hedly, Vera. I dödens närhet. Sjukvårdspersonalens upplevelser och reaktioner i vården av döende patienter. KI: Institutionen för psyko-social miljömedicin. Stockholm 1993.
- Heidenborg, Ingrid. How the basic human needs of patients are met: Analysis, testing and application of Maslow's motivation theory for patient care. UU: Acta Unisersitatis Upsaliensis studia Psychologica Upsaliensia 7. Uppsala 1981.
- Hellström, Anna-Lena. Dysfunctional bladder in children. Studies in epidemiology and urotherapy. GU: Department of Pediatric Surgery and Pediatrics. Göteborg 1990.
- Hellström, Lisbeth. Urinary incontinence and the use of incontinence aids in the elderly elderly. GU: Institutionen för geriatrik och lång-vård. Göteborg 1994.
- Helmus, Gisela. Mogen för sex?! Det sexuella restriktiverande sam-hället och ungdomars heterosexuella glädje. UU: Department of Sociology. Uppsala 1990.
- Heyman, Ingrid. Gånge hatt till... Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige - sjuksköterskors avhandlingar 1974-1991. SU: Institu-tionen för pedagogik. Stockholm 1995.
- Hildingh, Cathrine. Self-help groups related to coronary heart disease: lay and nursing support. Kuopio University: Department of Nursing and Health Care Administration. Kuopio 1996.
- Hjelm, Katarina. Migration, health and diabetes mellitus: studies com-paring foreign and Swedish-born diabetic subjects living in Sweden. LU: Department of Public Health. Lund 1998.
- Hjelm-Karlsson, Kerstin. Dispelling the fear of the unknown. Effects of information to patients undergoing intravenous pyelography. UU: Department of Diagnostic Radiology. Uppsala 1988.

- Holmén Karin. Loneliness among elderly people. Implications for those with cognitive impairment. KI: Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine, Division of Geriatric Medicine, Center of Caring Sciences South, Huddinge Hospital, and Stockholm Gerontology Research Center. Stockholm 1994.
- Hägghmark, Caroline. Invitation to relatives to participate in the care of the cancer patient in the hospital: effects of an activation programme. KI: National Institute of Psychosocial Factors and Health. Department of General Oncology, Radiumhemmet. Stockholm 1989.
- Jansson, Lilian. Ethical reasoning among experienced registered nurses in relation to communication with severely ill patients. Disclosing personal knowledge. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New Series 380. Department of Advanced Nursing. Umeå 1993.
- Johansson, Britt. Kunskapsprov i omvårdandsarbetet och kunskapskrav i vårdutbildning. GU: Pedagogiska institutionen. Göteborg 1979.
- Johansson, Inger. Quality of care and assessment of health among elderly in acute care. LiU: Linköping Medical Dissertations. Department of Medicine and Care, Division of Nursing Science, Faculty and Health Science. Linköping 1998.
- Johansson, Marita. Communication about health in health care: perspectives on lifestyle and post-operative complications. LiU: Linköping studies in Art and Science, 116. Department of Theme Research: Communication. Linköping 1994.
- Kankkunen, Aira. Pre-school children with impaired hearing in Göteborg 1964–1980. GU: Department of audiology and otolaryngology. Göteborg 1982.
- Kapborg, Inez. Evaluation of Swedish nursing education and professional practice. SU: Institutionen för pedagogik. Stockholm 1995.
- Kihlén, Britt. Quality assurance of simulator and verification imaging in radiation therapy. KI. Stockholm 1991.
- Kilhgren, Mona. Integrity promoting care of demented patients. UmU: Umeå Faculty of Medicine, New Series, 351. Department of Advanced Nursing, and Department of Psychiatry and Neurochemistry Gothenburg University, and Centre for Caring Sciences, Örebro Medical Centre Hospital. Umeå 1992.
- Kjellgren, Karin. Medication in clinical practice: Aspects of patient adherence to treatment. LiU: Linköping Medical Dissertations. Department of Medicine and Care, Division of Nursing Science, Faculty of Health Sciences. Linköping 1998.
- Kjölsrud Strandmark, Margaretha. Vård i verkligheten – om människovärde, maktrelationer och helhetssyn i professionell omvårdnad. LU: Institutionen för kirurgi. Lund 1994.

- Klang, Birgitta. Health related quality of life and patient education in a group of uremic patients. KI: Department of Medicine. Stockholm 1997.
- Kristensson-Hallström, Inger. Parental participation in paediatric surgical care: clinical, ethical and economic considerations. LU: Department of Pediatrics. Lund 1998.
- Lagerström, Monica. Pre- and perinatal factors in long term development: Behavioral performance for boys and girls at school age as related to birth weight, and gestational age, with special regard to maternal hormone levels and smoking during pregnancy. SU: Department of Psychology. Stockholm 1991.
- Langius Eklöf, Ann. Quality of life in a group of patients with oral and pharyngeal cancer: Sense of coherence, functional status and well-being. KI: Department of Medicine: Centre of Caring Sciences North, and Department of Ear, Eye and Skin. Stockholm 1995.
- Lannerheim, Lena. Syster blir till. En sociologisk studie om sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering. GU: Institutionen för sociologi. Göteborg 1994.
- Larsson, Mayethel. Studier av farmakokinetiska, farmakologiska och omvårdnadsfaktorer vid behandling av äldre. GU: Institutionen för geriatrik och långvårdsmedicin. Göteborg 1984.
- Larsson, Sylvia. Postoperativt illamående och kräkningar. Aspekter på omfattning, orsakssamband och möjligheter till behandling. LU: Institutionen för anesthesiologi. Lund 1993.
- Lawenius, Maria (se Andersson, Egil)
- Lepp, Margret. Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt. En studie inom sjuksköterske- och vårdlärarutbildningen. LU: Pedagogiska institutionen. Lund 1998.
- Lindberg-Sand, Åsa. Spindeln i klistret. Den kliniska praktikens betydelse för utveckling av yrkeskompetens som sjuksköterska. En etnografisk-fenomenologisk studie. LU: Pedagogiska institutionen. Lund 1996.
- Lidell, Evy. Competence rehabilitation in patients with Myocardial Infarction: A five year follow-up study with special reference to emotional factors. Kuopio University: Department of Nursing and Health Care Administration. Kuopio 1998.
- Lindencrona, Catharina. Kontinuitet i omvårdnaden av äldre patienter. Studier av utskrivningen från sjukhus till hemmet samt attityderna till äldre bland sjuksköterskor. UU: Acta Univiversitatis Upsaliensis, Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 4, 1987. Institutionen för socialmedicin. Uppsala 1987.

- Lindholm, Christina. Leg ulcer patients. Clinical studies. From prevalence to prevention. LU: Departments of Dermatology and Surgery, Malmö allmänna sjukhus. Lund 1993.
- Lindqvist, Ragni. End-stage renal disease: Patients and their spouses coping. Perceived consequences and health-related quality of life. UU: Department of Public Health and Caring Sciences. Uppsala 1998.
- Ljunggren, Bigitta. Quality of health care: Patient and staff perspectives. UU: Department of Public Health and Caring Science. Uppsala 1998.
- Lundh, Ulla. Vård och omsorg i eget boende på äldre dar. LiU: Institutionen för temaforskning: hälsa. Linköping 1992.
- Lundberg, Pranee. Ergonomics for the improvement of health and safety of female workers in industrially developing countries. Tekniska högskolan Luleå: Institutet för arbetsvetenskap. Luleå 1992.
- Lundman, Berit. Daily living and coping strategies in Insulin-dependent diabetics. Diagnostic reasoning in nursing. UmU: Umeå Faculty of Medicine, New Series, 298. Department of Advanced Nursing and Medicine. Umeå 1990.
- Lützn, Kim. Moral sensitivity; A study of subjective aspects of moral decision making in psychiatric nursing. KI: Department of Psychiatry, Huddinge Hospital. Stockholm 1993.
- Lövgren, Monica. Individanpassad omvårdnad i samverkan med äldre patienter – kartläggning och intervention inom geriatrisk vård. GU: Institutionen för geriatrik och långvårdsmedicin, Institutionen för sociologi. Göteborg 1985.
- Maerker, Margot. Healty persons' evaluation of patient information. A comparison with evaluation by patients. UU: Department of Psychology. Uppsala 1989.
- Martin Boglind, Lene. Computer-assisted interpretation of resolution visual fields: basic studies and program development. KI, Stockholm 1993.
- Mattiasson, Anne-Cathrine. Autonomy in nursing home settings. KI: Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine, Division of Geriatric Medicine, Huddinge Hospital, KI, and Section of Social Gerontology, Stockholm Gerontology Research Center. Stockholm 1995.
- Mogensen, Ester. Lära i praktiken. En studie av sjuksköterskeutbildningens kliniska avsnitt. SU: Pedagogiska institutionen. Stockholm 1994.
- Månsson-Lindström, Ann. Urinary incontinence in the elderly. Aspects of knowledge and quality of aids. LU: Department of Community Health Services, Dalby. Lund 1994.

- Månsson, Åsa. *The Patient with Bladder Cancer*. LU: Department of urology. Lund 1997.
- Norberg, Astrid. *Uppfostran till underkastelse. En analys av normer för föräldra-barnrelationer i religiös litteratur om barnuppfostran i Sverige 1750-1809*. LU: Institutionen för Pedagogik. Lund 1978.
- Nordström, Gun. *Living with urostomy. A long-term follow-up with special regard to the peristomal skin complications and to psychosocial and sexual life*. KI: Department of Surgery and Urology, Södersjukhuset. Stockholm 1990.
- Nordström, Monica. *Yttre villkor och inre möten: hemtjänsten som organisation*. GU: Monograph from the Department of Sociology, Göteborg 1998.
- Nyström, Anne. *Nursing support of the lived experience of health in lucid elderly nursing home patients*. GU: Institutionen för allmänmedicin. Göteborg 1995.
- Omne-Pontén, Marianne. *Psychosocial adjustment after breast cancer in stages I/II. A longitudinal study including assessments of women and husbands*. UU: Medicinska fakulteten Acta Universitatis Upsaliensis 425, 1993. Kirurgiska institutionen. Uppsala 1993.
- Orhagen, Tina. *Working with families in schizophrenic disorders: the practice of psychoeducational intervention*. LiU: Medical Dissertations 363. Department of Psychiatry. Linköping 1992.
- Persson, Lena. *Daily life problems from a nursing perspective in patients with acute leukaemia or highly malignant lymphoma*. LU: Center for Caring Research. Lund 1998.
- Persson, Kerstin. *Breast self-examination. Linköping studies in health sciences, Thesis 26*. LiU: Faculty of Medicine. Linköping 1996.
- Petersson, Kerstin. (se Erlöw, Iris)
- Pilhammar Andersson, Ewa. *Det är vi som är dom. Sjuksköterskestuderandes föreställningar och perspektiv under utbildningstiden*. GU: Educational Studies 83, 1992 Acta Universitatis Gothoburgensis. Pedagogiska institutionen. Göteborg 1992.
- Pålsson, Maj-Britt. *Support for women with breast cancer, and for the district and hospital nurses involved. An intervention study*. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New series, 440. Department of Advanced Nursing. Umeå 1995.
- Qvarnström, Ulla. *Patients' reactions to impending death. A clinical study*. SU: Institute of International Education and Serafimerlasarettet. Stockholm 1978.
- Renck, Barbro. *Victims of crime in a public health perspective: some typologies and tentative explanatory models*. Nordic School of Public Health. Göteborg 1997.

- Rinell Hermansson, Alice. *Det sista året: omsorg och vård vid livets slut*. UU: Institutionen för socialmedicin, Centrum för omvårdnadsvetenskap. Uppsala 1990.
- Rodvall, Ylva. *Epidemiological studies on tumors of the central nervous system and childhood cancer*. KI. Stockholm 1996.
- Rooke, Liselotte. *Omvårdnad och omvårdandsteoretiska strukturer. Ett didaktiskt försök att på praktisk grund utveckla omvårdnad*. LU: Studia Psychologica et Pedagogica, Institutionen för pedagogik och specialmetodik, Lärarhögskolan i Malmö. Malmö 1990.
- Rydberg, Agneta. *Clinical assessment of visual function: with particular emphasis on testing methods for young children*. KI, Stockholm 1998.
- Samuelsson, Mats. *Attempted suicide: studies in attitudes and psychiatric care*. KI: Department of Clinical Neuro Science. Stockholm 1998.
- Sandin, Ingrid. *Att forskningsanknyta vårdproblem – om mötet mellan kunskapstraditioner*. SU: Pedagogiska institutionen. Stockholm 1988.
- Sandman, Per-Olof. *Aspects of institutional care of patients with dementia*. UmU: Medical Dissertations, New Series, 181. Department of Geriatric Medicine and Department of Advanced Nursing and Medicine. Umeå 1986.
- Santavirta, Nina. *Coping, pain and disability in patients with chronic inflammatory and musculo-skeletal diseases*. KI: Department of Medicine. Stockholm 1997.
- Saveman, Britt-Inger. *Formal carers in health care and the social services witnessing abuse of the elderly in their homes*. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New Series 403. Department of Advanced Nursing. Umeå 1994.
- Scott, Carola. *Boteberättelser i Sápmi*. GU: Institutionen för socialantropologi. Göteborg 1996.
- Severinsson, Elisabeth. *Clinical nursing supervision in health care. The Nordic School of Public Health*. Göteborg 1995.
- Sidenvall, Birgitta. *The meal in geriatric care: Habits, values, and culture*. LiU: Linköping Medical Dissertations, 470. Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences. Linköping 1995.
- Sjöbeck, Barbro. *Aspects of quality and equality in dementia care*. LU: Department of Community Health Services, Dalby. Lund 1994.
- Sjögren, Bengt. *Kliniken tar över dårskapen. Om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. LU: Sociologiska institutionen. Lund 1992.

- Sjöström, Björn. Assessing acute postoperative pain: Assessment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role. GU: Acta Universitatis Gothoburgensis 98. Pedagogiska institutionen. Göteborg 1995.
- Strandmark Kjölsrud, Margaretha. Vård i verkligheten: om människo-värde, maktrelationer och helhetssyn i professionell omvårdnad. LU: Bulletin from the Department of Surgery, University of Lund, 101. Lund 1994.
- Strömberg, Lars. Hip Fracture in the Elderly: social, economic, and psychological aspects of rehabilitation. KI: Department of KARO-Orthopedics. Stockholm 1998.
- Stöltén, Charlotte (se Derbring L)
- Suserud, Björn-Ove. The role of the nurse in Swedish prehospital care. GU: Institutionen för de kirurgiska disciplinerna. Göteborg 1996.
- Svensson, Brita. Psychological integrity and the concept of Biofile. LiU: Institutionen för socialmedicin och psykiatri. Linköping 1981.
- Svensson Marie-Louise. Falls and accidents among the elderly: Analysis of injuries, risks and consequences and preventive possibilities GU: Institutionen för geriatrik och långvårdsmedicin, Vasa sjukhus. Göteborg 1991.
- Sällström, Christina. Spouses' experiences of living with a partner with Alzheimer's Disease. UmU: Umeå Medical Dissertations, New Series 391. Department of Advanced Nursing, Geriatric Medicine and Psychiatry. Umeå 1994.
- Sätterlund-Larsson, Ullabeth. Being involved: Patient participation in health care. LiU: Studies in Art and Science, 36. Department of Theme Research. Linköping 1989.
- Söderhamn, Olle. Potential for self-care: Assessing and describing self-care ability among elderly people. LiU: Linköping Medical Dissertations. Department of Medicine, Division of Nursing Science, Faculty of Health Sciences. Linköping 1998.
- Söderlund, Maud. "En mänsklig atmosfär". Trygghet, samhörighet och gemenskap – god vård ur ett patientperspektiv. UU: Pedagogiska institutionen. Uppsala 1998.
- Ternulf Nyhlin, Kerstin. Patients' experiences in the self-management of diabetes mellitus. Walking a fine line. UmU: Umeå Medical Dissertations, New Series 228. Department of Internal Medicine. Umeå 1990.
- Thorell-Ekstrand, Ingrid. Clinical nursing education. The learning of individualized care-planning. KI: Department of Medicine and Centre of Caring Sciences North. Stockholm 1994.

- Tishelman, Carol. Making sense of sickness experience. Cancer patients' perspectives on their sickness and care in urban Sweden: Aspects of relevance for nursing. KI: Department of International Health Care Research. Stockholm 1993.
- Torsdottir, Inga. Dietary effects on Glycemic response and gastric emptying in man: An experimental study in healthy and diabetic subjects. GU: Department of Clinical Nutrition, Sahlgrenska Hospital. Göteborg 1998.
- Törnvall, Marie-Louise. Läraren och internationaliseringen. En undersökning av mellanstadielärares attityder till internationella färgor i läroplanen för grundskolan (Lgr 69). LiU: Institutionen för pedagogik. Linköping 1982.
- Ulander, Kerstin. Assessments of well-being in caring of patients: Studies of nutrition, activities of daily living and health related quality of life. LU: Department of Surgery. Lund 1997.
- Unosson, Mitra. Malnutrition in hospitalized elderly patients. LiU: Linköping university Medical Dissertations, 391. Department of Caring Sciences. Linköping 1993.
- Walldal, Elvi. Studerande vid gymnasieskolans vårdlinje. Förväntad yrkesposition, rollpåverkan, självuppfattning. GU: Göteborg Studies in Educational Sciences, 58. Institutionen för pedagogik. Göteborg 1986.
- Welin, Catharina. Psychosocial factors in myocardial infarction patients: a case-control study. GU: Department of Cardiology. Göteborg 1995.
- Welin Henriksson, Elisabet. Autoantigenic properties of the UUU1-70K protein. KI: Stockholm 1998.
- Widmark-Petersson, Viveka. Good caring: Patient realities and staff perceptions. UU: Department of Public Health and Caring Sciences. Uppsala 1998.
- Wikander, Birgitta. The crying infant. KI: Department och Clinical Neurosciences, Stress Research Section and National Institute of Psychosocial Factors and Health. Stockholm 1996.
- Wikblad, Karin. Care and self-care in diabetes. A study in patients with the onset of diabetes before 1975. UU: Acta Universitatis Upsalien-sis, Medicinska fakulteten, nr 302. Institutionen för internmedicin. Uppsala 1991.
- Wikström, Britt-Maj. Pleasant guided mental walks via pictures of works of art: Controlled intervention studies of the effect of psycho-medical health in elderly women. KI: National Institute for Psycho-social Factors and Health. Stockholm 1994.

- Wilde Larsson, Bodil. Quality of care: models, instruments, and empirical results concerning elderly. GU: Department of Geriatric Medicine, Vasa sjukhus, och Centre for Public Health Research, Karlstad. Göteborg 1994.
- Willman, Aina. Hälsa är att leva: En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad. LU: Studie Psychologica et Paedagogica Series Altera CXXII. Pedagogiska institutionen. Lund 1994.
- Wredling, Regina. On the management of insulin-dependent diabetes mellitus. KI: Department of Medicine, Danderyd Hospital. Stockholm 1991.
- Ågren, Margareta. Life at 85. Life experience and adjustment of the oldest old. GU: Institutionen för geriatrik. Göteborg 1992.
- Åkerlund (Hellner) Britt-Marie. Dementia care in an ethical perspective: An exploratory study of caregivers' experiences of ethical conflicts when feeding severely demented patients. UmU: Umeå University Medical dissertations, New Series, 299. Department of Advanced Nursing. Umeå 1990.
- Åström, Gunilla. The meaning of caring as narrated, lived, moral experience. UmU: Umeå University Medical Dissertations, New Series, 428. Department of Advanced Nursing. Umeå 1995.
- Åström, Sture. Attitudes, empathy and burnout among staff in geriatric and psychogeriatric care. UmU: Umeå Faculty of Medicine, New Series, 267. Department of Geriatric Medicine, Department of advanced Nursing. Umeå 1990.

Barnmorskor som disputerat under perioden 1977-1998

- Adatia-Sandström, Shirin. Internationalisation in Swedish nursing education: It's interpretation and implementation in the context of nursing with tender loving care. Department of Education, University of Helsinki. Helsingfors 1998.
- Andersson, Inger. Utveckling av metoder för mätning av vårdkvalitet – med inriktning mot omvårdnad. Linköping Medical Dissertations, 464. LiU: Institutionen för omvårdnadsforskning, Hälsouniversitetet. Linköping 1995.
- Binett, Barbro. Mor och barn. En studie av samspel och tidiga relationsmönster hos mödrar och barn med olika familjebakgrund. LU: Sociologiska institutionen. Lund 1988.

- Bjelvenhammar, Bo & Olsson, Henny. Samspel och omvårdnad. Analys av utbildning, organisation och samspel inom omvårdnad. GU: Institutionen för sociologi. Göteborg 1982. (Endast Olsson är sjuksköterska)
- Christensson, Kyllike. Care of the newborn infant, satisfying the need for comfort and energy conservation. KI: Department of women and child health and IHCAR. Stockholm 1994.
- Crang-Svalenius, Elisabeth. The use of routine ultrasound in pregnancy. LU: Department of Obstetrics and Gynecology. Lund 1997.
- Dykes, Anna-Karin. Group B streptococci during pregnancy and childbirth with special reference to prevention of neonatal colonization. LU: Department of Obstetrics and Gynecology. Lund 1988.
- Elander Lindberg, Noomi. Psychological processes in somatic disease. KI: Dept. of Public Health Sciences, Division of Psychosocial Factors and Health. Stockholm 1997.
- Ericsson, Kjerstin. Kan en figurteckning ritad vid 4 år predicera barnets fortsatta utveckling? UU. Acta Universitatis Upsaliensis, Studia Psychologica Upsaliensia 11. Uppsala 1985.
- Faxelid, Elisabeth. Quality of care for patients with sexually transmitted diseases in Zambia. KI: IHCAR, and Department of Public Health. Stockholm 1997.
- Fridh, Gerd. Förlossningssmärta. GU: Institutionen för obstetrik och gynekologi. Göteborg 1988.
- Hansson, Gurli. Mwana ndi mai: Toward an understanding of preparation for motherhood and child care in the transisional Mberengwu District, Zimbabwe. UU: Department of Theology. Uppsala 1996.
- Jonsson, Monica. Sexually transmitted disease and sexual behaviour among young Swedish women: a population based study. Umeå University medical dissertations, New series 568. Umeå 1998
- Negussie, Birgit. Traditional wisdom and modern development. A care study of traditional perinatal knowledge among elderly women in southern Shewa, Ethiopia. SU: Institute of International Education. Stockholm 1988.
- Nissen, Eva. Effects of Some Ward Routines on Hormonal and Psychological Adaptation to Breast-Feeding. KI: Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Stockholm 1996.
- Nyberg, Karin. Studies of Perinatal Events as Potential Risk Factors for Adult Drug Abuse. KI: Department of Clinical Alcohol and Drug research. Stockholm 1993.
- Rahm, Vivi-Ann. Chlamydia Trachomatis among sexually active teenage girls. A clinic-based epidemiological study. UU: Department of Obstetrics and Gynaecology. Uppsala 1991.

- Ransjö-Arvidsson, Anna-Berit. Childbirth care in affluence and poverty. KI: IHCAR. Stockholm 1998.
- Rådestad, Ingela. Att föda ett dött barn. KI: Institutionen för obstetrik och gynekologi. Stockholm 1998.
- Röckner, Gunny. Reconsideration of the Use of Episotomy in Proariparas. KI. Stockholm 1991.
- Ternstedt Östman, Britt-Marie. Hjärtopererad som barn – Hur gick det sedan? En deskriptiv studie av 32 hjärtopererade personer. UU: Institutionen för socialmedicin, Institutionen för pediatrik. Uppsala 1989.
- Tydén, Tanja. It will not happen to me. Sexual behaviour among High School and University students and evaluation of STD prevention programmes. UU: Department of Gynecology and Obstetrics. Uppsala 1996.
- Udén, Giggi. Säkrare vård – en analys av patientolycksfall. LU: Institutionen för Ortopedisk kirurgi, Malmö allmänna sjukhus. Malmö 1986.
- Wahlberg, Vivian. Reconsideration of Credé Prophylaxis. A study of Maternity och Neonatal Care. KI: Department of Pediatrics, Department of Obstetrics and Gynecology. Stockholm 1982.
- Waldenström, Ulla. Early discharge after hospital birth. UU. Acta Universitatis Upsaliensis, Faculty of Medicine, 79. Department of Obstetrics and Gynaecology. Uppsala 1987.
- Widström, Ann-Marie. Studies on breast feeding: Behaviour and peptide hormone release in mothers and infants: Applications in delivery and maternity ward care. KI: Department of Pediatrics. Stockholm 1988.

3 Bilaga 4

Hur ska vården styras i framtiden?

-hearing den 12 januari 1999 på
Rosenbads konferenscenter, Stockholm

Dokumenterad av Camilla Gramner
och Catrin Oscarsson

3.1 Inledning

Ulla Åhs, HSU 2000:

HSU är en kommitté som tillsattes år 1992 i anslutning till den strävan som då fanns att förändra styrningen av hälso- och sjukvården i Sverige. År 1994 fick HSU ändrade direktiv som innebär att styrningen ska vara oförändrad, i den meningen att nuvarande sjukvårdshuvudmän ska ha ansvaret för hälso- och sjukvården, samt att finansieringen ska vara utformad som i dag.

Bland HSU:s insatser kan bl.a. nämnas fokuseringen på patientens rätt, vilket lett till vissa ändringar inom hälso- och sjukvårdslagen. Den stora läkemedelsreformen var också ett initiativ av HSU.

Det som återstår av HSU:s uppdrag är *vårdforskningens finansiering och organisation* samt *statens styrning av hälso- och sjukvården*. Fokus för hearingen är hur förändringar i omvärlden kommer att påverka statens styrning av hälso- och sjukvården i framtiden.

Sedan de nya direktiven för HSU 2000 skrevs, har omvärlden utsatts för ett antal förändringar. Sverige har blivit medlem i EU, nya storregioner har vuxit fram, kommunerna har blivit stora sjukvårdshuvudmän och hemvården har fortsatt att få en starkare betydelse i vårdpolicyn. Ny teknik har vuxit fram och det talas om kunskapssamhället och det livslånga lärandet. Frågan är hur denna utveckling påverkar

människor och deras preferenser. Hur kommer svensk hälso- och sjukvård att utvecklas och styrningen av den att påverkas? Hur kan förändringarna påverka relationen mellan sjukvårdshuvudmännen, som finansierar och organiserar hälso- och sjukvården, och staten som har det övergripande nationella ansvaret?

Det finns en inbyggd spänning mellan statlig styrning och en stark decentralisering av organisationen med kommunalt självstyre. Frågan är i vilken mån tillsyn och kontroll behövs för att upprätthålla Hälso- och sjukvårdslagens mål om att alla som bor i Sverige ska ha vård på lika villkor och av god kvalitet. Verkar kommunerna och landstingen själva för att organisera vården på ett bra sätt och för en god kvalitet eller behövs nationella riktlinjer och normer som garanter? Samtidigt med strävan att avreglera och införa färre regler för att uppnå större kreativitet och utveckling inom landstingen så förs diskussioner om behov av ökad lagstiftning och fler riktlinjer. Hur rimmar detta med talet om lärande organisationer och kunskapsstyrning?

Om hälso- och sjukvården är en lärande organisation, kanske staten borde inrikta sig mer på att stödja forskning och utveckling, underlätta för professionen, genomföra kunskapssammanställningar, sprida FoU-resultat och underlätta för kvalitetsutveckling. Med en sådan syn bör staten styra så litet som möjligt med normer och regler. Det gäller att finna en balans. Kanske har den balansen uppnåtts i dagens system där alla är lite missnöjda. Kommuner och landsting tycker att staten styr för mycket, medan regering, riksdag och Socialstyrelsen gärna skulle vilja ha mer inflytande och påverkansmöjligheter för en större enhetlighet i Sverige.

Hearingens upplägg

Hearingen behandlar inledningsvis ett antal förändringar i omvärlden som påverkar medborgarna. Hur ser framtidens medborgare på hälso- och sjukvård och hur klarar vården att bemöta mer informerade patienter? Därefter presenteras frågor kring kulturtillhörighet, jämställdhet och social tillhörighet. Har alla lika möjligheter till vård? Eftermiddagen behandlar europafrågor och hur Sveriges medlemskap i EU kan påverka svensk hälso- och sjukvård samt hur regioner, landsting och kommuner ser på styrningen av hälso- och sjukvården. En paneldebatt avslutar därefter dagen. Varje block åtföljs av en utfrågning under ledning av Ewa Stålldal, VD på Vårdalstiftelsen, samt Johan Calltorp, professor vid Nordiska Hälsovårdshögskolan.

3.2 Nya värderingar

Thomas Fürth, Institutet för Framtidsstudier:

Ett sätt att närma sig framtiden är att studera unga människor och deras värderingar. Genom dessa studier kan vissa slutsatser dras om hur värderingarna i framtidens samhälle kommer att se ut. Både svensk och internationell värderingsforskning visar att människors grundläggande föreställningar, värderingar och synsätt grundas under uppväxttiden. "Barn av sin tid" är ett gammalt uttryck som betyder att människor formas av den tid de lever i. Många av de synsätt som grundas under ungdomstiden bär människor med sig in i framtiden. Trots att unga och gamla lever i samma värld så lever generationerna väldigt olika. Den värld som dagens unga människor växer upp i skiljer sig på många sätt från den som deras föräldrar upplevde som unga. Förändringstakten i nutidens samhälle har varit oerhört snabb.

En studie som genomförts av ungdomar och deras värderingar vänder sig till ungdomar födda på 70-talet och början av 80-talet (redovisad av bl.a. Thomas Fürth, Åke E Andersson, Ingvar Holmberg, red. anm). Studien visar att åtta av tio ungdomar går minst tolv år i skola. Det är dock redan en gammal uppgift – i dag går snarare nio av tio ungdomar minst tolv år i skola. Trettio år tillbaka i tiden motsvarade tolv års skolgång en studentexamen. Statistik från mitten av 60-talet visar att fem till tio procent av en åldersgrupp tog studentexamen. I dag motsvarar denna siffra andelen ungdomar som inte går ut gymnasiet.

Till bilden hör att Sverige i dag är på väg att utvecklas till det EU-land som har lägst andel av ungdomar i 20–25 årsåldern som läser vidare på högre utbildningar. En någorlunda paritet med andra EU-länder återfinns först i åldersgruppen 30–35 år. Kanske håller Sverige på att bli en nation av "överliggare". En sådan utveckling kan ha både positiv och negativ inverkan. Högre utbildning är i dag ofta ett måste på arbetsmarknaden. Om det är bättre att få utbildningen direkt efter gymnasiet eller senare får framtiden utvisa. Det kan dock konstateras att de flesta gymnasieungdomarna i dag vill läsa vidare men inte bereds möjlighet till det.

Det har under de senaste årtiondena skett markanta förändringar i perspektiv mellan generationerna. Svenska ungdomar reser utomlands i betydligt högre utsträckning än deras föräldrar gjorde. Ett exempel är att svenska ungdomar tåguffar mest i världen. Två tredjedelar av alla 17-åringar har varit utomlands utan vuxet sällskap.

Andra tecken på perspektivförändring är utvecklingen av televisionen. Inte alltför långt tillbaka i tiden var TV:n svartvit och det fanns endast en kanal. I dag finns det i många hem 20–25 kanaler dygnet runt. Ett annat exempel är handelns tillgänglighet. I dag kan människor,

i alla fall i storstadsregionerna, handla livsmedel när som helst på dygnet. Många andra typer av service såsom väderrapporter, banktjänster m.m. är också tillgängliga dygnet runt. Detta kan tyckas vara en trivialitet utan relevans för debatten om framtidens sjukvård. Frågan är dock vilken inverkan ändrade rutiner och nya valmöjligheter får på unga människors syn på samhällsservice, t.ex. sjukvård.

Dagens unga är morgondagens vuxna

Mediautbudet gör att unga människor i dag har större möjligheter än tidigare generationer att välja mellan tillhörigheter. Media skapar rekvisita för flera olika roller att växla mellan. Äldre generationer kunde byta tillhörighet genom att göra klassresor och geografiska resor men det var relativt ovanligt att de växlade mellan olika grupptillhörigheter. I dag kan unga människor drastiskt uttryckt vara tandläkare på dagen och medlemmar i Hells Angels på kvällen. Det gäller att möta vederbörande vid rätt tidpunkt, vilket har betydelse i valet av målgrupper. I dag räcker det inte längre att söka efter rätt målgrupp, det gäller också att hitta rätt målgrupp vid rätt tillfälle. Befolkningen ses ofta i ett antal stora kollektiv där de mer eller mindre håller sig kvar hela livet. Nu kan människor tillhöra mängder av olika kollektiv och de kan till och med växla över dagen.

Uttrycket "dagens unga är morgondagens vuxna" kan även det upplevas som en trivialitet. De unga har alltid blivit vuxna, om än inte på samma sätt. Genom att studera unga människor och deras värderingar kan en debatt skapas om framtiden och hur samhället kan förbereda sig för de förändringar som kommer att uppstå.

För befolkningen generellt, visar värderingsundersökningar på att huvuddelen är materialister, dvs. sätter materiella värden högt. Undersökningar visar också att värderingar beror på generationstillhörighet. *Försörjningsvärderingar* eller *basbehovsvärderingar* finns hos den äldsta befolkningen, de som var unga före andra världskriget. *Yttervärldsvärderingarna*, behovet av materiella saker, är vanligt bland 40-talisterna och andra som är födda strax före eller något decennium efter andra världskriget. De unga brukar kallas *postmaterialister* då de inte värdesätter det materiella på samma sätt som materialister – det materiella ses som nödvändigt men inte tillräckligt. Andra värden såsom livskvalitet och relationer värderas högre.

I ett historiskt perspektiv kan sägas att varje generation tar med sig sin ungdomstid genom livet. Skillnaderna mellan generationerna bör dock inte överdrivas. Det finns också stora likheter. Ett exempel är att

unga även i dag ser vård, skola och omsorg som de viktigaste frågorna för välfärdssamhället.

Inom grupperna kan också vissa skillnader iakttas. De postmateriella värderingarna delas av ca 60–70 procent och är vanligare bland flickor än pojkar. Utbildning rankas högt liksom intressanta arbetsuppgifter. Denna grupp är också beredda på att flytta, till och med utomlands. Inom 10–15 år kanske en utvandringsdebatt kommer att vara aktuell i Sverige. Unga människor är också s.k. "sociala duvor", dvs. mindre fientligt inställda än vuxna till människor som är annorlunda, invandrare eller handikappade.

Bland ungdomar finns också en grupp som kan kallas för materialister. De är ofta pojkar som bor på mindre orter ute i landet. De hyser förhoppningar om att få jobb på det bruk som pappa och farfar jobbade på. Detta är en grupp unga som kanske är födda för sent och skulle ha passat bättre i sina föräldrars generation.

Framtidens medarbetare och patient

Framträdande egenskaper hos framtidens medarbetare, liksom framtidens patient, kommer att vara: välutbildad, välinformerad, berest, respektlös, självkritisk och ifrågasättande. De kommer att vara kvalitetsmedvetna, upplevelseinriktade och kommer att kunna se igenom staplar, diagram och tabeller. Framtidens medborgare kommer att ställa krav på ett annat sätt än i dag. De kommer att vara "både och", inte "antingen eller" som tidigare generationer. De kan vara både Hells Angels och tandläkare fast vid olika tillfällen. Rutinerna kommer att vara andra än de dagens samhälle är van vid. Dessutom kan de befinna sig var som helst i världen. Passar det inte så finns det risk för att de sticker – de röstar kanske lättare med fötterna än med valsedeln.

3.3 Om egenvård – utvecklingslinjer

Bertil Marklund, Primärvården i Halland:

Egenvård definieras som den vård en människa kan ge sig själv utanför ramen av en medicinsk institution. Egenvård innefattar förebyggande, diagnostiska, behandlande och rehabiliterande åtgärder som individen vidtager på egen hand. Dessutom ska kunskap om var, när och hur vårdapparaten används innefattas i egenvården.

Under 70-talet hade egenvården låg status och refererades snarast till som "snömos". Förklaringen kan ligga i att detta var tiden för inlärandet av "den stora hjälplösheten". Under 80-talet ökade egenvårdens

status. För första gången började man rita vårdpyramider där egenvården utgjorde basen. Det startade nerifrån och gick uppåt istället för som tidigare tvärtom. Utvecklingen har sedan dess gått framåt och i dag kan egenvården sägas ha blivit en trend. Det är "inne" med fibrer, motion och kolesterol och det har även ett nyhetsvärde. Man kan anta att den utvecklingen går vidare för att under 2000-talet ha gjort det möjligt för individen att ytterligare ta till sig definitionen av egenvård och göra hälsa till en livsstil.

Under 2000-talet kommer intresset för egenvård att öka. Nyckeln till denna drivkraft är att den kommer från individen själv. Det kollektiva tänkandet går över i ett individuellt tänkande och bättre självförtroende, vilket leder till en ökad känsla av att kunna utöva egenvård.

En viktig del är att fler läkemedel blir receptfria. Inköpsställena blir fler, tillgängligheten ökar och informationsutbudet blir större. Det är inte längre kollektivet som står för all information utan individer bygger själva upp sociala nätverk, hälsonätverk, via Internet och byter erfarenheter med varandra. Massmedia kommer att spela en stor roll som opinionsbildare.

Ett egenvårdsprojekt

Primärvården och apoteken har tillsammans genomfört en studie med 200 barnfamiljer. Hälften av familjerna fick extra information vid två tillfällen. I samband med ett vanligt besök på barnavårdscentralen betonade personalen att föräldrarna alltid var välkomna att ringa om de undrade över något och att personalen gärna svarade på frågor. Föräldrarna fick också information på apoteket där de bl.a. fick skriftligt material om olika barnsjukdomar och enkla regler om när läkare bör kontaktas och vad man kan göra själv. Under fyra månader följdes sedan familjerna upp, både de 100 som fått extra information och de 100 som ingick i kontrollgruppen. Alla symptom som barnen hade och de åtgärder föräldrarna gjorde registrerades.

Resultatet visar att föräldrarna i båda grupperna ringde ungefär lika ofta till sjukvården. I informationsgruppen ringde dock föräldrarna åtta av tio gånger till primärvården eller apoteket, medan kontrollgruppen bara gjorde det i fyra fall av tio. I resterande fall ringde de istället till barnsjukhuset. Gruppen som fått information gjorde även färre besök till sjukvården totalt och de valde också oftare barnavårdscentralen och vårdcentralen framför specialistvården. Studien visar att enkel information påverkar beteendet i hög grad och det är ett spel där resurser frigörs och alla vinner.

Strategi för en bra egenvård på 2000-talet

För att skapa en bra egenvård på 2000-talet, är det naturligt att satsa på utbildning. Egenvård bör därför finnas som ett basämne i skolan för att få en bra grund att bygga vidare på. Ett av de större framtida bekymren är att kvalitetssäkra egenvårdsinformationen, t.ex. på Internet. Det är viktigt att ta fram en producentbunden egenvårdsinformation som individer kan lita på.

I framtiden kan sjukvården komma att behöva omorganiseras för att möta behovet av rådgivningsservice. Sjukvården måste finnas tillgänglig som det första ledets rådgivare. Det kan bestå av apotek, jourcentraler, sjukvårdsupplysningar, sjuksköterskor på vårdcentraler som kan ge service samt fungera som vårdlots genom att tala om när det är rätt tid att komma in i vården och när det inte behövs. På samma sätt är det en viktig del i folkhälsoarbetet att svara på hälsofrågor i första ledet. För forskning och utveckling måste modeller tas fram och utvärderas, samt en diskussion föras om hur pengar och idéer kan användas på bästa sätt.

På 2000-talet kommer egenvård att bli en livsstil och det är viktigt att sjukvården kan ge bra information. Resurser måste därför anpassas så att primärvården och apoteken som möter människor i första ledet kan ge den stöttning som behövs. Eftersom det i dag inte finns någon som har egenvård som sin huvuduppgift kan det vara viktigt att skapa en nationell grupp som tar fram en handlingsplan för hur man ska utveckla egenvården under 2000-talet.

3.4 Om Infomedica – visionen

Bengt Holmberg, projektledare, Infomedica:

Infomedica skapades med visionen att kunna möta den unga generationens ökande behov av information och kunskap. Infomedica var från början ett samarbetsprojekt mellan landsting, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och inledningsvis även SPRI. Syftet var att tillhandahålla ett medel eller ett verktyg för allmänheten och patienter att skaffa kunskap med hjälp av IT. I det sammanhanget talades det även om Intranet, en uppdaterad information som lämnas på apotek och vårdcentraler. I dag finns Infomedica på Internet men inom några månader kommer den nationella intranet-lösningen att finnas.

Inom hälso- och sjukvården råder i dag ingen brist på information. Problemet är att informationen ofta är svår att värdera och kvalitetsbedöma. Det är därför viktigt att hitta en gemensam informationskanal där vårdgivare och patienter kan mötas. En annan viktig aspekt är att

informationen som tillhandahålls inte ska vara förknippad med en kostnad för användaren. Det finns därför behov av ickekommersiella, obundna informationskanaler.

Patientinflytande och stöd för vårdpersonal

Syftet med Infomedica som hjälpmedel och verktyg i den fortsatta utvecklingen är att stärka patientens ställning och öka dennes inflytande över behandlingar, undersökningsformer och val av vårdplats. En väl informerad och förberedd patient är mer motiverad, vilket kan resultera i en bättre dialog med vårdgivaren och därmed en bättre vårdkvalitet.

En ökad tillgång till teknik och information bör också leda till större jämlikhet. Därmed är det väsentligt att många i samhället har kunskap att utnyttja tekniken. Den tekniska utvecklingen och människors tillgång till IT går i dag mycket snabbt.

Infomedica är ett sätt att stärka patientens möjligheter att påverka sin vård. I den meningen handlar Infomedica om en maktförskjutning från vårdgivare till patient. Infomedica ska dock ses som ett komplement till den redan existerande information som vårdgivarna ger och inte som en ersättning.

En gemensam kvalitetssäkrad information via Internet kan vara ett hjälpmedel för att nå en förbättrad folkhälsa. Infomedica kan få genomslagskraft i samhället, då Internet i dag innehåller väldigt mycket svårdefinierad information. Det är därför viktigt att enas kring en gemensam värderingsgrund i vårt svenska medicinska samhälle.

Som en gemensam bas för patienter och vårdpersonal kan Infomedica fungera som ett pedagogiskt stöd för vårdpersonalen. Detta kan illustreras genom ett exempel från den onkologiska kliniken på Umeå universitetssjukhus. Onkologsköterskorna visade sig ha stor användning av presentationsmaterialet som omfattar cancersjukdomar. Materialet användes som ett pedagogiskt hjälpmedel vilket i lugn och ro kunde gås igenom tillsammans med patienten.

Trovärdig informationskälla

Infomedica ägs i dag fortfarande av landstingen och Apoteket AB. För de två årens projektarbete finns en finansiell grund via staten. Arbetet är nu i en fas där den projektbaserade organisationsformen kan ifrågasättas. Konkurrensen är stor från en mängd andra informationsgivare på Internet. Ägarna bör se till att permanenta Infomedica som en nationell och kvalitetssäkrad informationsbärare av hälso- och sjukvård via

Internet. För att trovärdigheten ska bestå framöver är det viktigt att understryka att ägarna, sändarna och de ansvariga för innehållet måste vara hälso- och sjukvårdens egna organisationer. Infomedica skall, till skillnad från många andra informationsbärare på Internet, alltid ha en ansvarig sändare av informationen. Patienten som besöker sidan ska känna att det är en trovärdig informationskälla. Infomedica finns på Internetadressen: www.infomedica.nu.

3.5 Utfrågning

Utfrågare: Ewa Ställdal och Johan Calltorp

Vilken medvetenhet om konsekvenserna av den informerade patienten finns i dag inom hälso- och sjukvården? Vad kommer att krävas för att kunna möta patienternas önskemål om valfrihet och flexibilitet?

Thomas Fürth: Det scenario som jag målat upp är en successiv förändring. De nya värderingarna finns både hos unga och medelålders, men dessa värderingar kommer inte att dominera förrän på längre sikt. En stor andel av patienterna kommer ännu en lång tid framöver att ha de gamla synsättet. Trots detta bör vården redan nu förbereda sig för de förändringar som kommer genom att ta reda på var de "nya" patienterna finns och hur de hanteras i dag.

Bertil Marklund: Landstingets organisation är otidsenlig i den mening att den inte klarar av att möta nya krav på tillgänglighet och service. Risken är att människor i allt större utsträckning kommer att söka sig till andra alternativ som kanske inte håller samma kvalitet. En lösning är att till en relativt liten kostnad bredda basen i vården. Det finns redan i dag en kapacitet som skulle kunna nyttjas bättre utan att det skulle kosta mer. Det gäller att ta hand om patienterna på rätt nivå i vården.

Bengt Holmberg: Dagens hierarkiska organisationsform kan innebära ett hinder i sig. Den stora organisationen har svårt att ställa om till nya förutsättningar. Omställningarna i vården har varit många och det är svårt att veta vilka regler som gäller. Det talas mycket om valfrihet, vilket i det närmaste kommit att användas som politiskt slagord i debatten. Men valfrihet för den enskilde vårdgivaren ses ofta som ett hot mot den egna verksamheten. Det saknas kunskap om hur "de upplysta patienterna" ska hanteras när de kräver någonting annat än de får. Det är viktigt att fundera över hur besluten hanteras i hela organisationsapparaten: Vilken kunskap finns "på golvet" där patienten möter

vårdgivaren? Det finns en eftersläpning och otydlighet som behöver åtgärdas.

Vilka hot och möjligheter ser ni i den här utvecklingen? Det finns t.ex. många sanningar kring cancer både internationellt och nationellt. Hur ska informationen bli så enhetlig och allmängiltig att den passar alla?

BH: Patientinformationen som utvecklas måste vara anpassade för patienter. Den får inte bli för vetenskaplig i sin framtoning. Informationen ska vara sådan att den håller i en allmän bedömning från medicinsk utgångspunkt som patienten och vårdgivaren tillsammans kan diskutera utifrån. Det är sant att konsensus inte råder på alla medicinska områden. Därför är det viktigt att informationen fokuserar på det väsentliga och syftar till att ge en grundläggande kunskap. Även om informationen presenteras på ett populärvetenskapligt sätt kan den vara vetenskapligt baserad. Det gäller att inte bara se problemen och huka för professionens vetenskapliga krav – då kommer den här typen av informationsprodukter aldrig att komma till stånd.

BM: Senaste nytt och medicinsk information är färskvaror. I arbetet med att ta fram riktlinjer har det framkommit att informationen är väldigt olika på olika platser. Det har dock visat sig att det går att komma överens. Vårdöverenskommelser är ett bra sätt att öka samverkan och skapa en bättre hantering av ny information på vårdområdet.

TF: I framtiden kommer kanske patienter att vara lika bevandrade vad gäller sina sjukdomar som personalen. Det som alltid kommer att skilja dem åt är personalens rutin och erfarenhet.

BH: Det är viktigt att skillnaden mellan patientinformationen och den professionella informationen tydligt framgår. Hittills har efterfrågan på patientinformation via Internet inte slagit igenom bland Sveriges befolkning men när den gör det kommer de etiska ställningstagandena att aktualiseras. Informationen kommer att finnas på nätet oavsett om landstingen står som huvudmän eller inte. Det är därför viktigt att medverka i utvecklingen för att så gott det går säkerställa kvaliteten på den tillgängliga informationen. Ansvaret bör ligga nära sjukvården.

3.6 Jämställdhetsaspekten

Birgitta Hovelius, Professor i allmänmedicin, Lunds universitet:

Hälsoparadoxen är benämningen på det faktum att kvinnor i de flesta kulturer lever längre än män, men att kvinnor samtidigt drabbas av fler hälsoproblem. I västvärlden är skillnaden i levnadsår ungefär fem år mellan män och kvinnor. Om kvinnor är sjukare än män kan diskuteras. Klart är dock att kvinnor söker läkare oftare än män gör. Det kan möjligen bero på att kvinnor är mer kroppsmedvetna medan män undviker att visa svaghet och inte söker vård i samma utsträckning. Det finns även stora skillnader i hälsa mellan olika åldersgrupper och socioekonomiska grupper, t.ex. beroende på etnicitet och utbildning.

Kvinnor rapporterar oftare besvär. Det gäller särskilt besvär såsom oro, sömnproblem, nedstämdhet och ibland värkproblem. Åtstörningar är ett annat problem som drabbar kvinnor oftare än män (10 gånger vanligare hos kvinnor). Sådana besvär kan kanske relateras till socio-kulturella faktorer såsom utseendeideal, sexualitet och ungdomlighet. Andra besvär som rapporteras oftare av kvinnor är nack- och axelbesvär. Detta kan möjligen bero på att kvinnor har annorlunda muskulatur men även på att kvinnor ofta har enklare och monotona arbeten, samt att kvinnor oftare dubbelarbetar. Läkemedelsanvändningen är också större hos kvinnor. Det gäller särskilt psykofarmaka och smärtstillande.

Förklaringsmodeller till skillnader mellan kvinnor och män

De *biologiska/genetiska* skillnaderna mellan kvinnors och mäns kroppar tycks ur hälsosynpunkt vara till kvinnors fördel. I fosterstadiet leder pojkfoster oftare till missfall än flickfoster. Den biologiska skillnaden i levnadsår har beräknats till ca två år. I några enstaka länder har kvinnor kortare levnadslängd än män. Kvinnors generellt långa livslängd är dock inte alltid förknippad med hög livskvalitet. Ofta innebär kvinnors sista levnadsår vård av en åldrig make eller egenvård. Den största överdödligheten hos svenska män finns i 20-årsåldern och förklaras framför allt av olycksfall och självmord. Beteenden som till stor del förklaras av sociokulturella faktorer som har med risktagande, alkoholkonsumtion och aggressivitet att göra.

Identitetsutveckling och socialisation hos flickor och pojkar har också hälsokonsekvenser. Flickors uppfostran är ofta relationsinriktad medan pojkar socialiseras till prestationer. I vårt patriarkala samhälle värderas egenskaperna olika – kvinnligt förhållningssätt värderas lägre än manligt.

Hälsan hos kvinnor och män förklaras också av *beteende och livsstil*, t.ex. vad gäller rökning och alkohol. Kvinnor röker i dag mer än män i Sverige, och mer i vårt land än i något annat land. I kvinnors *livsvillkor och livslopp* har graviditet, barnafödande och ammande betydelse för hälsa och sjuklighet. Graviditet, menstruation och klimakterium har i vår kultur kunnat tolkas som sjuklighet. Förhållanden hos kvinnan beskrivs ofta i negativa termer i läroböcker, medan mäns förhållanden beskrivs i positiva termer. Strikt biologiska förhållanden kan alltså tolkas på ett värderande sätt.

Svenska kvinnor har den högsta förvärvsintensiteten i världen – ca 80 procent. Kvinnor har också lika långa arbetsdagar som män, det obetalda arbetet i hemmet inräknat. Arbetsmarknaden är dock påtagligt könssegregerad både horisontellt och vertikalt.

Våld mot kvinnor är också ett hälsoproblem. I en enkätundersökning genomförd i Umeå rapporterar 14 procent av kvinnorna att de utsatts för våld. Kunskapen om följdtilstånd efter våld eller sexuellt trakasserier är begränsade. Det kan bl.a. röra sig om kroniska smärttillstånd, depressioner, ångest, sömnsvårigheter och underlivsproblem.

Kvinnors livsvillkor kännetecknas av en *underordnad ställning i samhället*. Om detta råder en relativt stor enighet. Maktbalansen i parrelationer är mer komplicerad. Katarina Hamberger och Eva Johansson har studerat sjukskrivna kvinnor med värk. De menar att äktenskapskontraktet är ett bra begrepp i vården som kan hjälpa sjukvårdspersonalen att se den segregerade arbetsfördelningen i hemmet och att synliggöra den dolda underordningen.

Den sexualitet som unga kvinnor möter har ofta ett manligt ansikte. Den är prestationsinriktad och inriktad på samlag, penetration och orgasm. Unga kvinnors sexualitet verkar vara mer relationsinriktad med längtan efter intimitet, gemenskap och ömhet. För unga män kan sexualitet vara förknippad med en viss grad av tvång eller våld. Fortfarande lever föreställningen kvar att kvinnor vill ha samlag även när de säger nej. Sexualiteten speglar ett samhälles maktstruktur. Den sexuella frigörelsen har visserligen varit till glädje för både kvinnor och män men i dag kan man se en viss tillbakagång för jämställdhet. Vården är involverad vad gäller bl.a. preventivmedelsrådgivning och abortrådgivning och har således en möjlighet att inverka.

Maskuliniseringstendenser inom hälso- och sjukvården

Företagsekonomen Ulla Johansson framhåller i sin uppsats om den offentliga sektorns paradoxala maskuliniseringstendenser, att det är viktigt att skilja mellan mäns och kvinnors kroppar, och mellan masku-

lint och feminint förhållningssätt. Det maskulina förhållningssättet är prestationsinriktat medan det feminina förhållningssättet sätter omtanke, relationer och situationer i centrum. Båda förhållningssätten är nödvändiga och finns hos både kvinnor och män, men balansen behöver uppmärksammas mer. Johansson menar att den offentliga sektorn i hög utsträckning släppt in kvinnor med sina kroppar men att deras omsorgsperspektiv och deras värderingar nu verkar vara hotade. Hon ger i sin uppsats också exempel på patriarkatsbefästande tendenser som både kvinnor och män medverkar i. Ett sådant exempel är den låga lönen i omsorgsycket jämfört med tekniska och administrativa yrken. Ett annat exempel är ledningsvärderingar som ofta är mer ekonomiskt än kvalitativt inriktade.

Kvinnors underordning inom hälso- och sjukvården

Medicinsk forskning har i regel bedrivits av män med manliga referensramar. Detta har medfört en *brist på kunskap om kvinnors hälsosituation*. Kvinnors psykiska besvär har t.ex. historiskt ofta förklarats av kvinnors underlivsorgan. För att öka kunskapen är det viktigt att få in fler kvinnor som forskare inom medicin och vård.

Hormoner har i vår tid haft stor betydelse för att förklara kvinnors besvär. Biologiska skillnader har på så sätt kunnat osynliggöras. För samma sjukdom behandlas kvinnor och män ibland olika utan att det finns skäl för det, sk *omedveten särbehandling/könsbias*. Kärlsjukdomar är ett exempel på detta. Magsår är ett annat. En gammal kunskap sa att magsår var vanligare hos män än kvinnor. Noggranna undersökningar visar dock att så inte är fallet. Skillnaderna kan bero på att kvinnor inte undersökts så noga med röntgen eller gastroskopi.

Andra faktorer som är viktiga att ta med i en diskussion om jämlikhet i vården är skuldbeläggning av kvinnor, *sjukliggörandet och medicaliseringen* samt läkares benägenhet att uppfatta kvinnliga patienters besvär som oklara och diffusa.

Kvinnor har en uttalad benägenhet att *skuldbelägga sig* och tro att det är deras *eget fel* att de råkar illa ut i t.ex. misshandelsfall. Därför är det svårare för vården att upptäcka våld mot kvinnor. Sjukliggörandet drabbar såväl kvinnor som män i samband med t.ex. förebyggande åtgärder. Mycket talar för att det är lättare att göra kvinnor till patienter än män. Läkare tillskriver ofta kvinnor en psykisk diagnos när de uppfattar besvären som oklara. När försökspersoner uppmanas ge en beskrivning av en frisk person som man känner, så beskriver både kvinnor och män i första hand en man. Definitionen av vad som är ett

medicinskt problem, vad som är friskt eller sjukt, har således ofta med kön att göra.

Vården borde vara bättre på att nyttja den överlevnadskunskap som kvinnor har vad gäller omvårdnad, posthygien och livsstil. Den kunskapen borde synliggöras och användas i hälsobefrämjande syfte.

Feministisk praktik och konsultation

Det är synnerligen angeläget att diskutera bemötande och vård i ett könsperspektiv. I bl.a. Nederländerna och England har speciella mottagningar öppnats för kvinnor. De har använt sig av idéerna om hur kvinnors resurser kan mobiliseras genom att ta tillvara kvinnors kunskaper, uppmuntra självbestämmande, undvika sjukliggörande och medikalisering, satsa på samarbetsrelationer, dvs. söka minska maktbalansen mellan patient och läkare och se patienten som en expert på sitt område.

Vad gäller resurser visar forskning att en kvinnas redogörelse för hennes resurser kan påverka läkarens ställningstagande och behandling på ett positivt sätt. Hälsa- och sjukvården borde börja arbeta och tänka i resursfaktorer istället för riskfaktorer.

3.7 Etnicitet och vård

Valerie DeMarinis, bitr. professor teologiska institutionen, Uppsala universitet:

Frågeställningen "lika vård eller lika respekt" är intressant ur flera hänseenden. Begreppet *respekt* har att göra med ställningstagande medan *lika villkor* har att göra med målsättningar och sätt att utvärdera någonting. Dessa områden är viktiga vid studier av etnicitet och kulturella bakgrunder.

Kulturella frågor är ett relativt nytt inslag inom området hälso- och sjukvård. Det är därför viktigt att från början klargöra betydelsen av vissa vanligt förekommande begrepp. Mångkulturell eller multikulturell t.ex., är begrepp som beskriver en situation, inte ett ställningstagande. Med ställningstagande menas vilken orientering eller synsätt ett samhälle har. Monokulturell orientering och tvärkulturell orientering är däremot begrepp som beskriver ett ställningstagande. En monokulturell orientering i ett samhälle innebär krav på anpassning till den dominerande kulturen. Ett multikulturellt samhälle kan således samtidigt vara monokulturellt orienterat. Tvärkulturell orientering kan ses som en motsats till monokulturell. I ett tvärkulturellt samhälle verkar man med-

vetet för de olika institutionernas och organisationernas strävan för att skapa ett samhälle uppbyggt på respekt för andra kulturella bakgrunder. Det bygger på att människor med andra kulturella bakgrunder ska vilja bli integrerade i samhället.

Att skapa ett tvärkulturellt samhälle

Det ställs ofta upp målsättningar vad gäller etnicitet och vård som är omöjliga att uppnå. Vården kan t.ex. inte bli experter på olika kulturer och det är heller inte nödvändigt för att skapa ett tvärkulturellt samhälle. Ett tvärkulturellt samhälle måste bygga på en integrationsprocess i flera steg. Utmaningen ligger i att skapa en miljö där en person, oavsett bakgrund, kan samarbeta med vårdpersonalen.

Den faktor som spelar störst roll i integrationsprocessen är vad som händer under personens första år i det nya landet. Det är aldrig för sent, men det bemötande som personen möter i samhället under den första tiden är av stor vikt för den fortsatta viljan att integreras. Ansvar för bemötandet ligger inte bara på de som arbetar i organisationer, myndigheter och andra som möter personen i det nya landet, utan även på individen, familjen och gruppen.

Människor med samma kulturella bakgrund kan ha väldigt olika förhållningssätt till den svenska kulturen. Det är därför viktigt inom vården, liksom inom andra områden, att inte ta något för givet. Det är svårt att i förväg veta hur personer vill vara med i det nya samhället. Ett tvärkulturellt samhälle måste lämna plats för individer.

I en tvärkulturell miljö med en tvärkulturell orientering, tillför personen själv de resurser som behövs till organisationen. En ny vårdprocess bör kunna beakta patienternas förhållningssätt till kultur och existentiella frågor. Internationell forskning visar att tillgången till denna typ av information och resurser kan leda till en mer effektiv och billigare vård då patienten kan användas som en del i teamet.

Organisatoriska aspekter

Resonemanget ovan har också organisatoriska aspekter. För att skapa ett tvärkulturellt samhälle är det viktigt att få en större spridning av kulturella bakgrunder hos personalen. Detta skapar behov av nya antagningsmetoder som ger en bild av personers förhållningssätt mellan sin egen kultur och den svenska.

En organisationsmodell kan presenteras med tre olika nivåer. Den första nivån är den filosofiska nivån eller *vårdprogrammets filosofi*,

dvs. det ställningstagande som verksamheten ska grundas på. Ställningstagandet är att man vill skapa en tvärkulturell miljö baserat på respekt för individen och de förhållningssätt som denne har till det nya samhället. Den andra nivån handlar om *vårdprogrammets utformning* vilket har att göra med rekrytering, utbildning, handledning och utvärdering. Det är viktigt att vården har tillräcklig kunskap om symboliska och existentiella frågor. Den sista och mest praktiska nivån handlar om att *utvärdera* de olika instrument som finns och *anpassa* de olika delarna i vårdprocessen till att kunna möta olika kulturella beteenden och förhållningssätt.

3.8 Socioekonomiskt perspektiv – Europa

Denny Vågerö, professor i medicinsk sociologi, Stockholms universitet: Även om vi uppnår "vård på lika villkor" så kvarstår det faktum att personer med olika social bakgrund löper olika stor risk att insjukna och dö i förtid. Detta är temat i Norman Daniel's bok "Just health care" som behandlar Rawl's "Theories of justice" på hälsoområdet. Det handlar i detta sammanhang mindre om vård på lika villkor och mer om lika förutsättningar för hälsa. De viktigaste politiska instrumenten för att påverka folkhälsan är inte sjukvårdspolitik utan snarare socialpolitik, inkomstfördelning, utbildningspolitik, miljöpolitik, livsmedelshygien eller alkoholpolitik. Skillnaderna mellan europeiska länder i detta avseende är avsevärda och trots att EU i och med Maastricht-avtalet fått nya befogenheter att agera till skydd för folkhälsan så saknas det en gemensam europeisk politik på området.

Maastricht-avtalets § 129 säger att:

"Gemenskapen skall bidra till att en hög hälsoskyddsnivå uppnås genom att välja samarbete mellan medlemsstaterna och vid behov stödja deras insatser. Insatserna skall inriktas på att förebygga sjukdomar och hälsoskyddslagen skall ingå som ett led i gemenskapens övriga politik."

Det har däremot inte sagts att EU har speciell kompetens för att bedriva sjukvårdspolitik. Hälsopolitik på EU-nivå och på alleuropeisk nivå måste därför framför allt syssla med prevention, dvs. reducera hälsorisker, inte med att förbättra sjukvården i olika länder.

Bestämningsfaktorer för folkhälsa

Kunskap är ett viktigt instrument i arbetet med att förebygga ohälsa. Förutsättningarna för att implementera ny kunskap borde därför beröras

inom forskningen. Det handlar inte bara om förutsättningar för individer att ändra sitt beteende utifrån ny kunskap, utan även om förutsättningar för regeringar och parlamentariker att utnyttja ny medicinsk kunskap i beslut som får konsekvenser för folkhälsan.

Folkhälsoinstitutet har på uppdrag av EU-kommissionen tagit fram rapporten "Determinants of the burden of disease in the European Union" (Vågerö, Diedrichsen). Rapporten ger en viss ledning till i vilken riktning en europeisk hälsopolitik skulle kunna orienteras. Den behandlar bl.a. frågan om vilka sociala förhållanden som är de viktigaste bestämningsfaktorer för folkhälsan i de europeiska länderna.

Rank	Risikfaktor	Attributable fraction (%)	Impact fraction (%)
1.	Tobaksrökning	9.0	2.9
2.	Alkoholkonsumtion	8.4	5.6
3.	Övervikt	3.7	1.3
4.	Yrkesrisker	3.6	-
5.	Lågt intag av grönsaker/frukt	3.5	-
6.	Relativ fattigdom	3.1	2.2
7.	Arbetslöshet	2.9	1.5
8.	Drogmissbruk	2.4	2.2
9.	Trafikskador	-	2.0
10.	Andra oavsiktliga skador	-	2.0
11.	Fysisk aktivitet	1.4	-
12.	Hög mättad fet kost	1.1	-
13.	Luftföroreningar (utomhus)	0.2	-

Som synes av figuren ovan är de viktigaste faktorerna till ohälsa enligt undersökningen: tobaksrökning, alkoholkonsumtion, övervikt, yrkesmässiga risker, relativ fattigdom och arbetslöshet. För att komma fram till detta har man utifrån vardera faktor gjort en bedömning kring vilka sjukdomsdiagnoser och sjukdomsgrupper som denna är kopplad till. Attributable fraction är ett mått för hur mycket faktorn bidrar till sjukvårdsbördan i samhället. Impact fraction mäter hur mycket faktorn skulle bidra till sjukvårdsbördan om alla länder hade samma nivå som det land som har lägst attributable fraction.

Detta är ett sätt att åskådliggöra sjukvårdsbördan och de faktorer som hänger samman med denna. Det kan också ge underlag för en bedömning av vilka politiska områden som är intressanta för europeisk folkhälsopolitik.

Europeisk politik

Utifrån resultatet av undersökningen verkar produktion, distribution och konsumtion av tobak, alkohol och livsmedel vara mer centrala att påverka än spridningen av HIV eller narkotika. De sistnämnda kan vara lika viktiga av andra orsaker såsom bekämpning av kriminalitet. Ur folkhälsosynpunkt framstår dock jordbrukspolitiken vara av mer central betydelse, vilket också borde diskuteras mer på de europeiska hälsovårdsministrarnas möten. Särskilt som Maastricht-fördraget hävdar att all politik ska granskas utifrån frågan "Vilken påverkan har beslutet på folkhälsan?". I dag saknas det dock en gemensam instans inom EU som granskar olika besluts konsekvenser på folkhälsan.

Arbete och arbetsmiljö är ett annat område med betydelse för folkhälsan. Även här saknas mer moderna synsätt t.ex. kring att även arbetets organisation påverkar hälsan, inte endast traditionella industririsker.

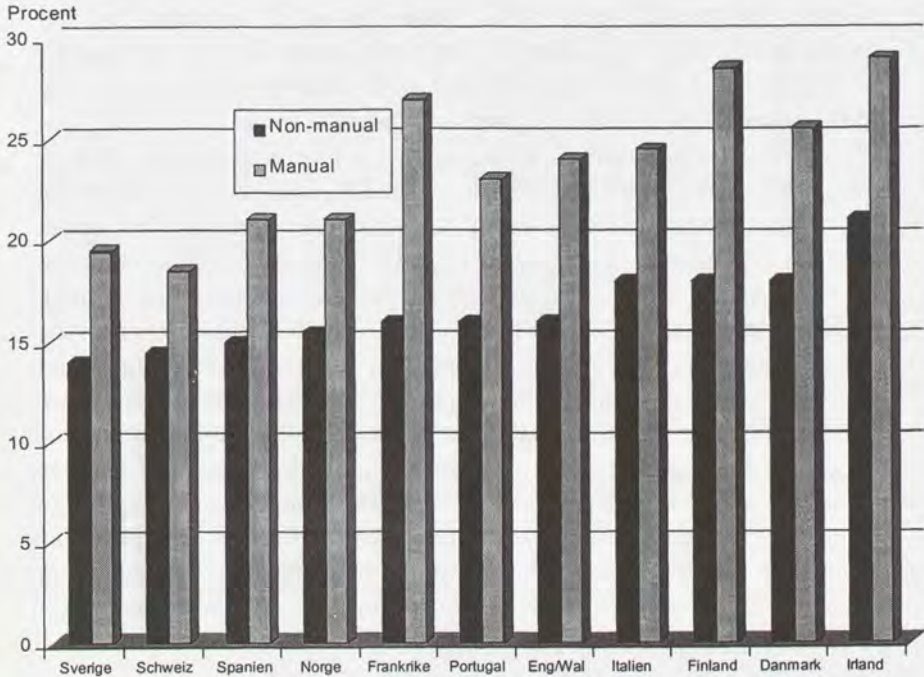
En viktig princip i Europasamarbetet är vad man kallar social cohesion, dvs. social sammanhållning. Principen har bl.a. lett till inrättandet av s. k. strukturfonder, ett stöd till de delar av Europa som släpar efter socialt och ekonomiskt. Social sammanhållning har också betydelse för folkhälsan. Enligt den vetenskapliga litteraturen är social sammanhållning förknippad med god folkhälsa, låg kriminalitet och förmodligen även hög ekonomisk tillväxt. Länder med hög grad av jämlikhet i inkomster, t.ex. Sverige och Norge, har också relativt god folkhälsa. Motsatsen gäller för länder med stora ojämlikheter i inkomster, t.ex. USA eller i länder där inkomstspridningen ökar plötsligt som fallet är i t.ex. Ryssland.

Ett av WHO:s främsta mål är att minska hälsoskillnaderna mellan grupper och länder. I början av 1980-talet satte man upp målsättningen att till år 2000 ha minskat skillnaden i hälsa mellan länder med minst 25 procent.

Sociala skillnader och ohälsa

De sociala skillnaderna i hälsa har analyserats i en europeisk studie som finansierats via EU:s ramprogram. Den visar att klasskillnader i hälsa och dödlighet finns i alla europeiska länder, bland män och kvinnor, liksom bland unga och gamla. Skillnaderna verkar dock vara större i östra än i västra Europa. Studien belyser sannolikheten för den som fyllt 45 år att dö utan att ha hunnit fylla 65 år. Statistiken har tagits fram som en jämförelse mellan arbetare och tjänstemän. I samtliga länder finns en systematisk skillnad mellan grupperna till tjänstemännens för-

del. Skillnaderna är relativt små i länder som Sverige, Schweiz och Norge och relativt stora i t.ex. Frankrike och Finland. I Sverige är sannolikheten 20 procent för en arbetare som fyllt 45 år att dö före 65 år. Motsvarande siffra för tjänstemännen är 13–14 procent. Studien omfattar endast män då statistik angående kvinnor saknas i många länder.



Figur: Sannolikheten att dö mellan den 45:e och 65:e födelsedagen. Tjänstemän och arbetare.

Östeuropeiska länder visar på större skillnader mellan grupperna än de västeuropeiska. Påpekas bör också att skillnaderna mellan tjänstemän i olika länder inte är så stor. Om politiker vill verka för att minska gapet mellan Västeuropa och Östeuropa vad gäller hälsa, är insatser för att minska klasskillnader ett sätt att uppnå det.

Resonemanget baseras på absoluta skillnader. Om man i stället skulle titta på kvoten mellan grupperna i vardera land (dvs. det procentuella dödstalet för arbetare i förhållande till motsvarande tal för tjänstemän) skulle Sverige halka ner i jämförelse med de övriga länderna. Utan att gå in mer på relativa tal i förhållande till absoluta jämförelsetal, kan det konstateras att sociala skillnader vad gäller hälsa finns i alla västeuropeiska länder, men att svenska arbetare har en högre för-

väntad livslängd än de flesta arbetare i Europa. Det samma gäller för våra svenska tjänstemän.

Intressant är också att studera de fynd som framkom vid en analys av specifika dödsorsaker. Hjärt-kärlsjukdomar tenderar att vara utpräglade klassjukdomar i länder där de är vanliga, t.ex. i norra Västeuropa. En reduktion av risken för hjärt-kärlsjukdom är en strategisk uppgift för att minska ojämlikheten i hälsa. Detta har också betydelse för bestämningsfaktorerna för hälsa som nämndes ovan. Genom att påverka dessa faktorer skulle man kunna bidra till att minska både de vanligaste dödsorsakerna och den totala sjukdomsördan.

Slutligen tycks WHO ha misslyckats med sin målsättning inför år 2000. Skillnaderna mellan länder har ökat i Europa, särskilt mellan öst och väst. Sociala skillnader inom länderna, mätt som lön, har också ökat. Det tycks som om varken EU, WHO eller de enskilda länderna har varit särskilt framgångsrika i att uppfylla sin centrala målsättning. Kanske saknas det strategiska tänkandet. En hypotes skulle kunna vara att det strategiska tänkandet alltför mycket varit en förlängning av det kliniska medicinska tänkandet. Frågan om hur man kan gynna länder eller grupper som är mest utsatta för självvalda eller påtvingade hälso-risker kan inte bara besvaras utifrån medicinsk kunskap. Det handlar också om att kunna analysera policyförutsättningar och motstridiga gruppers intressen när man skall ändra på förhållanden som påverkar människors inkomster eller försörjning. Ett exempel är att undanröja subventioner till tobaksodlingar i södra Europa eller ändra jordbrukspolitikens fundament.

3.9 Utfrågning

Utfrågare: Ewa Ståldal, Johan Calltorp

Finns det en risk att ett hälso- och sjukvårdssystem som bygger på den informerade patienten leder till en ännu större ojämlikhet mellan de som lätt tar till sig information och de som inte gör det? Vilka mekanismer kan nyttjas för att förhindra en negativ utveckling och vem har ansvaret för det?

Birgitta Hovelius: Ett sätt att förbättra jämställdheten är att lyfta fram den i central lagstiftning. Denna möjlighet diskuterades i Bemötandenedredningen men kom inte med i hälso- och sjukvårdslagen.

Valerie DeMarinis: Det är mycket viktigt att satsa på förebyggande insatser. En annan viktig aspekt är att lära sig kommunicera på olika

sätt för att kunna nå olika grupper. Det finns modeller för kommunikation och information som kan användas och följas upp med utvärdering. De allra flesta vill ha information men har svårt att erhålla den på grund av kommunikationssvårigheter som är av kulturell eller köns-mässig natur.

Denny Vågerö: Information kan aldrig vara negativt. De informationskampanjer som bedrivits har visserligen framför allt nått välutbildade grupper. Ett exempel är anti-rökkampanjer. Det är dock inte negativt för dem som inte slutar röka att några andra slutar. Däremot bör mer uppmärksamhet riktas mot de grupper som normalt sett inte tar till sig informationen. En möjlighet är att nyttja biblioteken som informationscentrum för t.ex. Infomedica. Vad gäller den andra frågan om ansvaret så har staten i form av riksdag och regering en självklar roll. Ingen annan kan ta det övergripande strategiska ansvaret och föreslå förändringar på nationell nivå.

Vidmakthåller den offentliga sjukvården en gammal syn på kvinnofrågan och konserverar felaktiga förväntningar?

BH: Ekonomer menar att den offentliga sektorn är mer hierarkisk än den privata sektorn. Ordet "feminiseras" används ofta för att beskriva en utveckling i riktning mot mindre hierarki. Kvinnor i toppen har dock ofta varit tvungna att applicera manliga förhållningssätt och tankesätt för att nå dit.

3.10 Europa

Philip Berman, Director, European Healthcare Management Association:

The European Union started with the Coal and Steel Community, which was the predecessor of the European Union. The Coal and Steel Community had a public health unit that originated in concerns about the health problems in the coal and steel activities. The Treaty of Rome does not mention health activities and there is no legitimacy for any health activities under that treaty. In fact, the Single European Act of 1986 hardly mentions health at all. With the Maastricht Treaty in 1992, health was legitimised as an activity within the European Union.

The aim of Article 129 in the Maastricht Treaty, which is now going to be known as Article 152 in the Amsterdam Treaty, is the statement that a high level of human health protection shall be insured in the definition and implementation of all Community policies and activities.

Despite this statement health has a relatively insignificant role in the European Union. For example, the European Union spends about 1,000 million Euro in support of tobacco farmers and, whereas 11 million Euro is allocated to the European Cancer Campaign.

Article 129/152

- Community action, which shall *complement national policies*, shall be directed towards improving public health, preventing human illness and diseases, and obviating sources of danger to human health. Such action shall cover the fight against the *major health scourges* by promoting research into their causes, their transmission and their prevention, as well as health information and education.
- The community shall complement the Member States' action in reducing *drugs-related* health damage, including information and prevention.
- The community shall *encourage co-operation* between the Member States in the areas referred to in this Article and, if necessary, lend support to their action.
- Member States shall, in liaison with the Commission, *co-ordinate among themselves* their policies and programmes in the areas referred to in paragraph 1. The Commission may, in close contact with the Member States, *take any useful initiative* to promote such co-ordination.
- The Council...shall contribute to the achievement of the objectives referred to in this article through adopting:
 - measures setting high standards of quality and safety of *organs* and substances of human origin, *blood* and *blood derivatives*; *these measures shall not prevent any Member State from maintaining or introducing more stringent protective measures*;
 - measures in the veterinary and phytosanitary fields which have as their direct objective the protection of public health;
 - Incentive measures designed to protect and improve human health, *excluding any harmonisation of the laws and regulations of the Member States*.
- Community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the Member States for the reorganisation and delivery of health services and medical care. In particular, measures referred to in paragraph 4(a) shall not affect national provisions on the donation or medical use of organs or blood.

At a first glance article 129 sounds promising, but on further reflection certain queries must be raised. Community action shall only complement national policies. Nothing can be done at a European level that can better be done at a national level, The principle of subsidiarity. The corollary is that activities will be done at a European level only where there is added value by undertaking activities at a European level. The article goes on to specify drugs-related health damage, which does not

seems logical when there are many other things that they might as well have been mentioned as well.

"The Community shall encourage co-operation between the Member States and lend support to their action". The language in this paragraph, about the process, is extraordinarily weak. In practice it means that nobody needs to do anything and that there is no authority to enforce any action. It probably reflects the fact that the European Union is primarily an economic organisation where the desire to strengthen the economies of the Member States is at the forefront of thinking. The social concerns almost always seem to take second place.

The Council shall contribute to improved health by adopting measures concerning organs, blood and so on, but not prevent Member States from maintaining or introducing more stringent protective measures. Once again it seems strange to pay attention to one specific matter, such as blood, instead of a strategy. The Council shall exclude any harmonisation of the laws and regulations of the Member states.

This final point, about harmonisation, responds to a fear that if we are not careful we might see a single health care system in Europe. We are never going to see a single health care system in Europe. Health care and health service systems are the products of history, educational systems, financial systems, and culture and of the relationship between health and social service. But nevertheless, the Commission felt it necessary to add that clause to try to ensure that there will be no move in that direction.

The health priority areas are all very worthy (see below). There has some criticism against them. The health problems are based on disease, rather than focusing on the risks factors associated with these diseases. Today there is a move to develop a new set of programs, which will have a more appropriate multi-sectoral approach. These new programs will focus on three strands of activity; improving information for public health, reacting rapidly to health threats, and tackling health determinants through health promotion and disease prevention.

Current health priorities areas in the European Union

- Health promotion, education & training
- Health data & indicators; disease monitoring & surveillance
- Cancer
- Drugs
- AIDS and other communicable diseases
- Accidents and injuries
- Pollution-related diseases
- Rare diseases

The Single European Market

The Single European Market is concerned with the freedom of goods, capital, services and people. The European Union sees health services, particular the hospitals, as no different than a factory. Almost anything that applies to industrial or commercial organisations, in terms of European legislation through the Single European Market, will also apply to a hospital.

There is no impediment to the trade of medical *goods* around Europe, but we have not seen the price reduction that one might have hoped for. The introduction of the Euro, and the great transparency that the Euro provides, will lead to more competition as a result of the fact that prices will be easier to compare. Even if Sweden does not have the Euro-currency it will be difficult to avoid at least some of the implications of the Euro in health terms. Concerning the pharmaceutical market, people are learning that they can buy drugs internationally. The current process of protection, national protection, of pharmaceutical pricing cannot survive. The move towards a liberalisation of the pharmaceutical market is coming from the Industry sector of the Commission and not from the Health sector.

Substantial possibilities, particularly in the private sector, for the movement of *capital* are linked in with services in the health care sector. For example, a British health insurance organisation, which currently operates not only in the United Kingdom but also in Ireland and Spain, provides health insurance linked with private hospitals.

There are opportunities for the development of diagnostic *services* on a multi-national basis. An x-ray can be taken in one country and the analyses of that x-ray can be made in another Member State.

The free movement of people concerns workers and professionals. An increasing number of people are moving within the European Union. If a Swedish *worker* moves to a southern European country he might expect, since he pays social welfare contributions and taxes in Sweden, that he will have the same benefits in the southern country. That should in theory be the case if there is one single European Market. In reality not all countries have the same level of health care provisions as for example, Sweden. Thus, there will probably be a demand for convergence of health care systems. More similar levels would encourage people to move in Europe and get proper health care wherever they go.

Even if the Member States has mutual recognition of professional qualifications of doctors, nurses and so on there are barriers to mobility. There are ways that countries can put up barriers to mobility. In one way you can have some sympathy with these barriers because

the qualifications are not the same thing as the actual experience of a doctor or a nurse.

In the future there may be demographic pressures. Many countries have, or will have, a shortage of nurses, or other professionals, and will then be able to find nurses in other European countries. To attract the nurses to come to Sweden, one has to pay the ongoing rates they have in their native countries. This could have a substantial impact on salary rates in, for example, Sweden. With an increasing mobility the relative isolation of the Swedish health care system breaks down. There might be a European market in these specialist areas. It is more likely that this sort of flow will happen in a country such as Sweden, where the English language is understood by a majority of the population.

In the future we are likely to see the development of high technology centres of excellence. There is already evidence that some patients are moving from southern Europe to northern Europe for complex treatment mostly in the private sector but also in the public. There is also a reversed movement where people move from northern Europe to the Mediterranean countries for recuperation. This is an issue that will have an effect on Sweden in the future.

A hypothetical case has turned out to be close to reality. In Maastricht a hospital decides to build a separate orthopaedic hospital, specialising in hip replacement, to make costs lower. The Sickness Fund in Aachen in Germany decides to offer a lower premium to the members of the Sickness Fund if they travel outside Germany for treatment. Consequently, within a month there is a steady flow of patients moving to Maastricht for treatment. The inevitable consequence of this is that the German orthopaedic surgeons, who are losing business to Maastricht, starts to work in Maastricht instead. Even if this is a hypothetical case it is today close to reality. General practitioners are today moving between Germany and the Netherlands.

The moral of the hypothetical case is that the isolation of national care systems can no longer be assumed to be national boundaries. A Chief Executive has to be aware of what is going on in neighbouring countries and with the Single European Market it is likely to develop over the years to come.

The word "Euro-creep" is a description of the generic legislation. Directed decisions taken within the European Union that creep around unnoticed, until they suddenly have an impact on the health care system. The European Court of Justice recently ruled on cases of two Luxembourg citizens, Mr Decker and Mr Kohl. Mr Decker bought a pair of spectacles in Belgium and wanted the Sickness Fund in Luxembourg to reimburse him for them. The Sickness Fund turned him down because he could have bought them in Luxembourg instead. Mr

Kohl wanted to send his daughter to have orthodontic treatment in Luxembourg. The Sickness Fund in Luxembourg refused to pay for it, referring to the fact that she could get the treatment in Luxembourg. The European Court of Justice ruled that the Sickness Fund in Germany was wrong and should have reimbursed Mr Decker and Mr Kohl. The Court limited the ruling to be applied only to outpatients or ambulatory care.

This is a significant ruling. Even if it is about spectacles and orthodontic care it could probably be applied to all different kinds of health care areas as long as it concerns outpatients and ambulatory care. Citizens are entitled to receive medical treatment and to pay medical supplies in any Member State of their choice, provided this does not affect the provision of a balanced medical and hospital service accessible to all. It is unclear what that means, it has to be tested by the Court, but the point is that the impact of the European Single Market will be much more significant than the issues raised under Article 129. For example there is an EU directive which says that if a citizen is subject to an undue waiting period for a health care procedure (Sweden regards 3-month as acceptable), the patient may go to another Member State for treatment.

The future of health care

At present health is covered in about 13 different Directorate Generals. There has been discussions about creating a special Commissioner for health within the EU but it is not very likely to happen. Member States are happy to leave it as it is because if health activities were genuinely focused on within a Directorate General it would be more likely that the European Commission will seek to develop activities and that is not what the Member States want. The Member States want subsidiarity and keep health within their own countries, but with the Single European Market the States will not be able to keep health at that sort of distance. In the future there is hope for a more sensible strategy for health-related activities and the commission is working on a new strategy. The difficulty in the past has been that with the six-month presidencies, each presidency has sought to develop a new activity worth remembering. This has led to series of disconnected development taking place and is probably the reason for the apparent lack of logic structure in Article 129. That is why we have a need for a real multi-sectoral approach. It would be desirable with more collaboration between the World Health Organisation (WHO) and the European

Union. WHO has the expertise and EU has the money. Today there is rivalry between the organisations.

Now it is time for the governments of the Member States to start recognising the importance of the Euro-creep in relation to the Single European Market and also pay attention to developments that are taking place within the European Union. Since the Single European Market was introduced the principle of subsidiarity is no longer absolute in relation to health care. The Member States must also acknowledge the European Union's view that health care is no different than other sectors of the economy. Therefore, the Member States must influence the Commission and make sure that the decisions and development are benefiting the health care sector.

3.11 Utfrågning

Utfrågare: Johan Calltorp och Ewa Stålldal

Can the Single European Market affect health care to that extent that the Swedish public health integration will be less important?

Philip Berman: The Single European Market will not immediately have an enormous impact. It will happen slowly over a length of period, but the Kohl and Decker cases demonstrate that attention does have to be paid to these issues. Nevertheless it is important not to underestimate those European Union public health programs which may be developed. There are substantial opportunities to take advantage of those programs. There is a lot of money available within the European Union for researchers, policy makers and so on, to do interesting programs. It is a question of knowing how to access and take advantage of those funds.

There is a need to understand how Brussels operates to be able to take advantage of the funds. The Commission uses a very special language, which is necessary to use in order to win projects. It is necessary to spend time in Brussels, or at least work with agencies that have an office there, to understand what it is the Commission finds interesting.

If the European Union really could work just a little bit to decrease the tobacco support it would have an enormous effect. Is it not possible that Sweden, with a high level of knowledge about the inter-sectional health aspects and determinants of health, should be very active and could be able to contribute a lot?

PH: Sweden has an enormous amount to offer in EU-projects. Virtually every EU-project is put out on the basis of multi-national projects. Thus Sweden has to work with colleagues from other European countries.

Sweden has leadership problems in the health care sector. The problem is partly caused by the unclear rules and responsibilities by the politicians and professional levels. Do you have suggestions on how these problems can be solved most effectively?

PB: Leadership problems are often related to education, training and also a sense of professionalism. It is important to encourage a professionalism of management. Maybe the health care management in Sweden is not seen to be professional on its own right.

Management and leadership are not necessary the same thing. Managing a health care institution is more complex and by no means the same thing as managing a shoe factory. A health care institution has not the same way of identifying its products. It has all the difficulties of dealing with professional groups and above all, it has the complexity of dealing with the political, public environment. These issues require specialised training and a sense of professionalism amongst managers. This can be a case for developing Master programs in health care management and encouraging a wide range of professionals.

Claes Örtendahl (audience): As a consequence of the Euro and EMU, the harmonisation of taxation levels will probably come to the fore. This will effect, not only the way we look upon taxation, but also how we look at those systems that take the major cut out of the taxes that are collected. That will have a profound effect on health care and also for old-age care and social insurance.

Whilst the Council and the Commission seem eager to keep a distance to health care issues and Member States want to keep their national health care system untouched, the same can not be said about the European Parliament. What is presently happening may be one of the first steps to increase the position of Parliament, and also introducing it as a driving force for integration in other areas than have been stated in the Maastricht and Amsterdam Treaties.

The enlargement of the European Union with new states from Eastern Europe might have the effect of underlining the discrepancies between the state public health systems within the European Union. This could lead to further ambitions to bring new visions and attitudes towards health within the European Union.

PB: Both the Parliament and the European Court of Justice are going to be very significant actors in the future. The Parliament will be important, and the Kohl and Decker cases surely demonstrate that the Court is going to be important.

Eastern Europe is causing a lot of anxiety in terms of the new membership of the European Union partly because of the professional qualification issues. Doctors and nurses from east will see the huge discrepancies in salaries. Probably they will look upon Western Europe as an opportunity to make a lot of money. That is going to cause considerable disruption. There are also anxieties in terms of public status in Central and Eastern Europe.

3.12 Västra Götaland

Rosita Runegrund, riksdagsledamot (kd)

Den 1 januari år 1999 var sammanslagningen av landstingen Skaraborg, Älvsborg, Bohuslän och Göteborgsregionen genomförd. Den nya regionen kallas Västra Götaland. Sjukhusens lokalisering i Västra Götaland gjorde att det redan tidigt fanns en önskan om att kunna samarbeta. Sammanslagning av sjukhus var redan genomförd i Norra Bohuslän mellan Uddevalla sjukhus och Näl i Trollhättan med benämningen NU-sjukhuset. I Göteborgsområdet hade SU bildats och var en sammanslagning av Mölndals sjukhus, Östra sjukhuset och Sahlgrenska.

Följande motiv låg bakom bildandet av Västra Götalandsregionen:

- Decentralisering - ökad regional demokrati
- Stark och tydlig företrädare för Västsverige
- Bättre förutsättningar för utveckling av bl.a. infrastruktur och näringsliv
- Effektivare resursutnyttjande
- Icke-funktionella gränser

Byggstenarna vid sammanslagningen var de olika landstingen, som bildade Västra Götalandsregionen, och Länsstyrelsen. Från landstingen och Göteborg fick den nya regionen ansvar för: hälso- och sjukvård; tandvård; kollektivtrafik; regionala kulturfrågor och institutioner; viss utbildning; regionalpolitisk och näringslivsfrämjande verksamhet samt EU-kontakter.

Det bildades en ideell förening som kallades "Väststyrelsen". Föreningen var en politiskt sammansatt grupp som bl.a. skulle initiera läns-sammanslagningen och försöket med ökat regionalt ansvar. Resultatet

blev ett fruktsamt samtal mellan kommunalpolitiker och landstingspolitiker, där det visade sig att man hade olika syn på hur de olika områdena skulle styras.

Göteborgs ekonomi var uppdelad mellan kommunen och sjukvården och för att lösa denna fråga bildades år 1998 något som kallas "Sammanläggningsdelegerade" (SD) vilket bestod av Göteborg och de olika landstingen, en regional styrelse där alla politiska partier fanns representerade, en hälso- och sjukvårdskommitté som beredde ärenden till SD samt några utskott. SD företrädde regionen tills regionfullmäktige tillträdde 1 januari år 1999. Landstingen hade innan år 1999 sina fullmäktigemöten som vanligt men fick sedan gå vidare till "Sammanläggningsdelegerade".

Budgetprocessen skapade vissa problem för att kunna få en enhetlig regionsskatt. Först i slutet av år 1998 kunde man komma överens om hur pengar skulle fördelas mellan kommun och landsting.

Den politiska organisationen består av en borgerlig majoritet i både Regionfullmäktige och Regionstyrelsen. Det finns även 10 lokala hälso- och sjukvårdsnämnder. Den politiska organisations utgångspunkter är:

- Tydlig rollfördelning mellan befolkningsföreträdare och utförare.
- Många lokalt förankrade och tillgängliga politiker.
- Samarbete med andra aktörer, t.ex. i nätverk och projekt.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen kommer att ta hand om alla frågor angående sjukhusvård, medan de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna tar hand om primärvård och tandvård. Styrelsen är till hälften anslagsfinansierad och till hälften prestationsbaserad.

De olika platserna i regionen kommer att ha hand om olika områden. Det skapar vissa lokaliseringsproblem med hänsyn till att regionen är relativt stor. Vänersborg är residensstad men stora delar har tilldelats även Göteborg, Uddevalla, Borås, Skövde och Mariestad, vilket gör att det blir en hel del resande mellan dessa städer.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen kommer att ha rollen som:

- Övergripande företrädarroll för hela hälso- och sjukvården, tandvård och handikappfrågor.
- "Beställare" av läns- och regionsjukvård.
- Övergripande ansvar för hälso- och sjukvård.
- Fördela ramar till hälso- och sjukvårdsnämnderna.
- Besluta i strukturfrågor.
- Helhetssyn på folkhälsoarbete.
- Kvalitet, FoU, patientens ställning, avgifter m.m.

Förhoppningen är att Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ska kunna ha det övergripande ansvaret gentemot de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna. Tanken är också att den nya regionen ska medföra att människor i större utsträckning söker vård på rätt ställe. På Åstol, en liten ö utanför Tjörn, nyttjar befolkningen sjukhusen betydligt mer sällan än på andra ställen. Det beror troligen inte på att människorna är friskare där, utan på grund av det stora avståndet till sjukhusen. Människor söker istället hjälp på vårdcentraler och hos distriktssköterskor. En tanke bakom sammanslagningen av Västra Götaland är just att patienten ska söka vård på rätt ställe och få ut det bästa av den. Sjukhussammanslagningarna har gjort att vissa invånare och sjukvårdspersonal känt sig frustrerade. Det är dock mycket som har blivit bra, och det som ännu inte blivit det kommer att åtgärdas. Framtiden är därför både spännande och ljus för Västra Götaland. Något nytt ska växa fram där patientkrav kommer att tillgodoses med hjälp av den process som skett i Västra Götaland.

3.13 Skåne

Ingvar Wiberg, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skåne hade länge tre sjukvårdshuvudmän, Kristianstad län, Malmöhus län och Malmö stad. Landstingsgränserna utgjorde en skarp gräns och det fanns ingen samverkan mellan sjukvårdsnämnderna. Efter valet år 1991 började diskussioner om hur man kunde samverka mellan landstingen.

Diskussionerna ledde till ett antal utredningarna vilka konstaterade att det fanns relativt dåliga förutsättningar för att på legala grunder slå samman två distrikt över landstingsgränserna. I november år 1994 respektive januari år 1995 beslutade landstingsfullmäktige i landstinget Kristianstad län, Malmöhus läns landsting samt kommunfullmäktige i Malmö Stad att ställa sig bakom bildandet av landstinget Skåne. Det skapades en försökslagstiftning för att kunna skapa ett distrikt över landstingsgränsen mellan Ystad/Österlen. Det visade sig vara ett omfattande arbete och hela processen tog 4 år.

Parallellt med de förändringar som gjordes inom sjukvården arbetade man med att försöka samordna kommuner och landsting på andra områden än sjukvården. Det gällde främst sådana frågor som låg i gränslandet mellan landstings- och kommunal verksamhet såsom strukturplanering, näringspolitik, regional utveckling, kollektiv trafik, kultur, högre utbildning och forskning. Samtidigt pågick en regionutredning på statlig nivå om den statliga regionala organisationen. Utredningen ledde

till att det år 1997 skapades en helt ny samhällsorganisation i Skåne på försök till nästa mandatperiod. Från och med 1 januari 1997 blev hela Skåne ett län. Alla näringslivsfrågor togs på försöksverksamhet över från staten. Detta ändrade helt förutsättningarna för hur samverkan mellan näringsliv, kommuner och regionen kan ske. Från och med januari år 1997 t.o.m. december år 2002 förs ansvar över från staten (länsstyrelsen) till regionen. Skåne kan därmed ses som en helt ny samhällsorganisation där olika funktioner samverkar för att skapa en positiv utveckling av Skåne som region.

Processen med att skapa den nya sjukvårdsorganisationen påbörjades under förra mandatperioden med samverkan mellan närliggande sjukhus över landstingsgränserna. Parsjukhusbegreppet etablerades, vilket innebar att arbetet mellan närliggande sjukhus delades upp i en elektiv del och en akut del.

Ett omfattande arbete har även skett för att hitta gemensamma gränssnitt för Skånes 33 kommuner. Nya organisationer med gemensam tandvård och annan service skapades. Det var så framgångsrikt att beslutet, att gå från tio till fem sjukvårdsdistrikt, togs ett år innan försöksverksamheten skulle börja, dvs. årsskiftet 1998/1999. Primärvården har dock varit speciell, på grund av att den haft olika utveckling i Kristianstad län, Malmöhus län och Malmö stad.

Utvecklingen kan bli annorlunda i framtiden. Den nuvarande majoriteten har sagt att två sjukhus ska bilda egna bolag och Simrishamns sjukhus ska ut på entreprenad. Detta kan innebära att parsjukhusverksamheten rivs upp. En utvärdering av parsjukhusutvecklingen görs, för att se hur verksamheten kan löpa vidare. Beslut har även fattats om att införa Beställar/Utförarekonceptet. Distrikten är beställare och sjukhusen separata produktionsenheter som lyder under regionstyrelsen. Utformningen av det nya styrsystemet är fortfarande något oklart.

I framtiden kommer det att bli en helt annan diskussion om konkurrensutsättning i Skåne. Många sjukhus kommer då att finna andra organisationsformer. Det kommer att bli en helt annan öppenhet för olika typer av konkurrensutsättning och privatisering m.m. Arbetet pågår också för att införa garantier såsom vårdgaranti, värdighetsgaranti, hjälpmedelsgaranti och tandvårdsgaranti.

Generellt sett arbetar Skåneregionen med att förändra inriktningen på styrningen av sjukvården. Den i dag starka styrningen inom kliniker och primärvård måste förändras till att bli mer processtyrd. Kommunerna och hushållen fyller en viktig funktion i det arbetet. Det positiva är att Skåne län är överens med Skånska kommunförbundet och de enskilda kommunerna om att tillsammans skapa något nytt i Skåne. Samtliga sjukhus i Skåne är mer än 100 år gamla och det är svårt att

bryta upp befintliga strukturer. I framtiden är förhoppningen att kunna frigöra sig från befintligt tänkande och tidigare gränser för att istället fokusera på patienter.

Ett projekt har initierats där Skånes kommuner, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och andra intressenter ska diskutera framtidens sjukvård i Skåne ur ett bredare perspektiv med patientfokus. En ny samhällsorganisation är viktig för Skånes framtid. Tillsammans gäller det att hitta ett nytt sätt att angripa strukturen och fokusera på nästa årtusendes sjukvård.

Skåne och Själland är en stark region. Tillsammans har Skåne och Själland 3–4 miljoner invånare inom en timmes restid. Fem universitet och 60 procent av Nordens läkemedelsindustrier finns i området. Detta har resulterat i Medicon Valley Academy som är ett gemensamt nätverk. Det finns en stark tilltro till forskningssamarbete med EU och framför allt tillsammans med kommunerna. Öresundskommittén är ett exempel på samverkan mellan svenska och danska kommuner. Det vore bra om statsmakten harmoniserade en del av frågorna kring Östersjöregionen; arbetsmarknadsfrågor och skattelagstiftning är bl.a. sådant som måste harmoniseras över landgränserna då det i dag är en realitet att folk bor och arbetar på båda sidor om sundet. Om 1–2 år kan man åka från Lund till Roskilde på nästan 45 minuter och från Lund till Köpenhamn på 15–20 minuter. Självklart måste dessa förutsättningar tas med i beräkningen när man ser på Skåne som en framtidsregion.

3.14 Västerbottens landsting

Jan Andersson, f.d. landstingsråd,
Västerbottens läns landsting

Västerbotten är ett landsting med 260 000 invånare; sjukvårdsregionen omfattar halva Sverige. För de fyra nordligaste landstingen finns den högspecialiserade vården i Umeå. Drygt 80 procent av befolkningen i Västerbotten bor utefter kusten och de andra i inlandet. Avståndet mellan kusten och norska gränsen är drygt 40 mil. Det måste finnas hälso- och sjukvård även i den delen av landet. Det finns därför begränsade möjligheter till strukturförändringar i styrningen av sjukvården då avstånden är väldigt stora och det kan vara svårt att garantera alla en bra hälso- och sjukvård.

Precis som på många andra ställen har mycket hänt i Västerbotten under 90-talet. Mellan år 1991 och 1997 har vårdpersonalen minskat med 21 procent. Vårdplatserna har under samma tid skurits ned med 35 procent och kostnadsvolymen har minskat med 8,5 procent. Lands-

tingen i Sverige har en genomsnittlig minskad kostnadsvolym på 7 procent. Det här har inneburit att Västerbotten tvingats vidtaga hårda kostnadsprioriteringar. Västerbotten har lägre lönenivåer än andra landsting i Sverige. Alla prioriteringsbeslut är väl genomarbetade. Därmed inte sagt att rätt beslut alltid har fattats. Till exempel har all utlandsvård för reumatiker och hudsjuka m.fl. tagits bort.

Västerbottens landsting har blivit allt mer beroende av staten när det gäller ekonomiska förutsättningar. Skatteintäkter som tidigare växte i takt med ekonomin har i dag ersatts av statsbidrag som står stilla om inte regeringen beslutar att de ska höjas. Det här har lett till att en allt större andel, mellan 5 procent till 10 procent, av landstingets intäkter kommer från staten. Inkluderar man läkemedel stiger siffran till någonstans mellan 15–10 procent. Genom lagstiftningen om balanskrav och överenskommelser om skattestopp, som motprestation till statsbidrag, kan staten kontrollera storleken på landstingssektorn.

I samband med detta har staten i allt högre utsträckning börjat göra anspråk på att styra innehållet i hälso- och sjukvården. Det gjorde inte staten i början på 90-talet när de stora budgetsaneringarna inleddes. Ett exempel på statens styrningsanspråk på hälso- och sjukvården är den här konferensen. Staten, istället för landstingen, fattar beslut om att man ska utreda sjukvårdens långsiktiga förutsättningar. Prioriteringsprinciper har beslutats av riksdagen, statsbidragen förutsätter numera förbättrad tillgänglighet, ökade insatser för äldre, stärkt patientinflytande och satsningar på personal m.m. I många fall behövs pengarna istället för att korrigera de största bristerna i verksamheten som uppstått på grund av nedskärningarna. Staten tillsätter utredningar och kommissioner som ska analysera kompetensförsörjningens behov inom hälso- och sjukvården eller hur sjukhuspersonalen disponerar sin arbetstid. Det finns även initiativ tagna, och genomförda, av staten för att utreda förutsättningarna för nationella vårdgarantier. Det talas alltmer om nationella riktlinjer av den typ som Socialstyrelsen gjort beträffande diabetes.

Det kan anses rimligt att staten med sitt allt större ansvar för samhällsekonomin också är insatt i landstingssektorns utveckling. Den typ av ekonomisk kontroll som staten i dag utövar över landstingssektorn ställer dock betydligt högre krav på att staten verkligen förstår den skilda problematik som finns i olika delar av landet, och inte anlägger det centrala perspektiv som finns i dag. Genom daglig kontakt med medborgarna i länet har landstinget och dess politiker goda möjligheter att se vilka behov och förutsättningar som finns i länet.

Det stötvisa statsbidragssystemet är välkommet när det kommer men är förödande ur ett planeringsperspektiv. Stödet försvårar trovärdiga, långsiktiga prioriteringar och strukturförändringar. Pengarna skapar

förväntningar hos befolkningen och personalen som landstinget har svårt att uppfylla på grund av det svåra ekonomiska läget och de skilda ekonomiska förutsättningar som finns i olika landsting.

Statens anspråk på att styra sjukvårdens innehåll och organisation kan många gånger skapa förväntningar som enskilda landsting sedan inte kan leva upp till. Det är också tveksamt om uniformerade lösningar verkligen skapar drivkraft och utveckling i de olika länen eller en god hälso- och sjukvård. Det är bra att staten och landstingssektorn är överens om de övergripande målen för hälso- och sjukvård men processen måste bli klarare och ansvarsfrågorna tydliggöras. Utvecklingen bör nu gå mot att landstingssektorn formulerar visionen för den svenska hälso- och sjukvården. Om landstingssektorn har ambitionen att skapa världens bästa hälso- och sjukvård och staten inte vill att landstingen höjer skatten för att åstadkomma detta, så blir det upp till riksdag och regering att antingen säga nej till visionen eller att omprioritera statens budget. Det här resonemanget förutsätter givetvis att landstingssektorn kan redovisa en god effektivitet samt blir bättre på att kommunicera sinsemellan om de övergripande gemensamma målen och visionerna för hälso- och sjukvården.

I stället för att tala om statliga nationella åtgärder bör en inriktning ske mot gemensamma riktlinjer vilka med fördel kan vara överenskommelser mellan landstingen eller mellan landsting och stat. Det här skulle öka kraven på sammanhållning mellan de olika huvudmännen.

I fortsättningen kommer staten ha en viktig roll inom uppföljning av produktivitet och kvalitet inom forskningen samt utveckling av undervisningen inom hälso- och sjukvården. Den kliniska och sjukdomsorienterade forskningen har tagit stryk av gjorda neddragningar som skett när sjukvården bantats och nya styrsystem införts i landstingen. I framtiden är det därför viktigt att staten har en aktiv roll genom att t.ex. besluta om förläggning av riksspecialiteter m.m. Staten bör även besluta om uppföljning och kvalitetssystem i vården, förutsatt att utvecklingen sker i linje med hälso- och sjukvårdens och Socialstyrelsens föreskrifter. En sådan här klar uppdelning mellan landsting och stat skulle driva utvecklingen framåt för hälso- och sjukvården i Sverige.

3.15 Vilhelmina kommun

Annelie Nordström-Eriksson, kommunalråd
(s), ordförande i Prioriteringsdelegationen

Dagens komplicerade samhälle ställer nya krav på en utveckling av närdemokratin. Det är viktigt att finna former för demokratin som är anpassade till nutidsmänniskan. Partiorganisationen är inte längre den enda vägen till kommunikation med människor. Det går att lära sig mer genom att gå ut och prata med människor på andra platser.

Sveriges befolkning har en internationellt sett hög tillit till hälso- och sjukvården som system och som servicegivare. Denna tillit är det viktigt att slå vakt om. Tilliten är värdefull både sett ur ett filosofiskt perspektiv och ett kostnadsperspektiv. Den kan inte organiseras fram utan skapas i ett öppet samtal. Transparens i systemet är ett sätt att skapa tillit och således en viktig aspekt att tänka på i skapandet av stora komplexiteter såsom EU och de nya regionerna. Alternativet till tillit är en rättighetslagstiftning som i sig kostar pengar att följa och kontrollera tillämpningen av.

Ett nyckelbegrepp för framtidens samhälle är uttrycket "både och". I framtiden måste samhället klara av att både ha centrala och lokala aktiviteter, att ha både decentraliserade och centraliserade system, att använda både ny och gammal kunskap, att vara både tekniskt avancerade och använda sunt bondförnuft. För att klara av detta är det nödvändigt att kunna prioritera.

Detta gäller också i det lilla perspektivet. En bra egenskap hos en politiker är att vara en god pedagog. När BB-avdelningen skulle läggas ner i Vilhelmina övertygades de arga mammorna om att det i själva verket var säkrare att föda barn någon annanstans. De var i slutändan snarast tacksamma för att de fick föda barn i trygga händer på Lycksele lasarett eller ännu hellre på universitetssjukhuset i Umeå. Men samtidigt som människor vill ha säkerhet, vill de också ha närhet till kvalificerad rehabilitering och bassjukvård. Denna sida av "både och" är en fråga som kommer att diskuteras i prioriteringsdiskussionerna som regeringen initierat.

Till resonemanget om "både och" hör också en rättviseaspekt vilken åskådliggjorts av de aktuella diskussionerna kring skatteutjämnings-systemet. Oavsett rådande förhållanden i det egna närsamhället vill alla få tillgång till samma service, likartad utveckling och möjligheter. Skillnaderna i befolkningsstruktur och möjligheter till utveckling skapar ytterligare spänningar.

3.16 Örebro kommun

Karin Hallerby, kommundirektör

Hälso- och sjukvården i Örebro befinner sig under stor stress, bl.a. beroende på de oklara förutsättningarna i samarbetet mellan kommunen och landstinget samt den situation som råder för regionsjukhuset i Örebro. Det finns även oro kring den framtida kompetensförsörjningen samt hur kompetenskraven kommer att stärkas, kanske inte minst genom den statliga hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Örebro kommun har en ambition av att se vårdtagaren i hela processen vilket gör sjukhusets insatser till en länk i vårdkedjan. Honnörorden är i dag patientsäkerhet, kvalitet och kostnadseffektivitet. Huvudmännen, kommun eller landsting, är emellertid inte särskilt duktiga på att se till vårdtagaren i hela vårdprocessen. Det som Örebro tog över i den s.k. "Ädelreformen", dvs. omvårdnadsuppgifter och enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär, liknar inte den vårduppgift som finns i dag.

Hemsjukvården är uppdelad i ordinärt och särskilt boende och innefattar hjälpmedel, dagligverksamhet och rehabilitering. Antalet vårdplatser på regionsjukhuset i Örebro har minskat med 40 procent under 90-talet. Det hänger samman med kommunernas övertagande av vårduppgiften men baseras också på kortare vårdtider, fler behandlingsplatser polikliniskt, kortare vårdköer och kanske även för att tekniken går framåt. Den medicinska utvecklingen ökar successivt möjligheterna att vårda i hemmen. I samband med den utvecklingen sker även en förskjutning av ansvaret. Problemet är hur den samplanerade processen ska kunna bygga upp resurser som måste finnas på plats för att klara vårdinsatsen i hemmen.

Färre sjukhusplatser och landstingets tolkningsföreträdare för när en patient ska anses färdigbehandlad och skrivas ut, gör att Örebro kommun har väldigt kort tid på sig, kanske 5 dagar, för att förbereda omhändertagande av patienten. Det kan i dessa fall röra sig om en patient som ska vårdas i hemmet i flera år. Det kan vara svårt att bygga upp en ögonblicklig beredskap för dessa omhändertaganden, bl.a. på grund av bristande resurser och kompetens. Trots stora insatser på kompetensutveckling – 58 procent av personalen har undersköterskekompetens och antalet sjuksköterskor ökar – upplevs en brist på stöd för den nya organisationen inom primärvården. Det innebär att kommunen har haft stora kostnadsökningar och primärvården vill ha ytterligare resurser.

Det finns även stress i de krav som uppställs i lagstiftningen såsom den dubbla dokumentationen samt gränsen mellan de rättighetsbaserade reglerna i bl.a. Socialtjänstlagen och de skyldighetsbaserade reglerna i

Hälso- och sjukvårdslagen. Det är två olika system med två olika kulturer och det är inte länge sedan de infördes i den kommunala världen. Staten genomför i Örebro en tillsyn med två olika system och verksamheter på länsplanet. De två regelsystemen flyter emellertid samman eftersom det är samma baspersonal som utför uppgifterna inom båda systemen. Det är inte formellt klargjort när personalens uppgifter övergår till skyldigheter och ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Staten kommer att genomföra ett tillsynsuppdrag i Örebroregionen och kommer då antagligen att lägga märke till den oklara gränsdragningen i organisationen. Det är svårt att veta vad som kommer att komma fram angående den statliga styrningen i regionen. Förmodligen finner de att det verksamhetsansvar som finns uttryckt i lag, och de krav som finns på en organisation, inte överensstämmer med den organisationsstruktur och hierarki som verksamheten i sin helhet är uppbyggd på. Detta beror i sin tur på att Örebro lämnat sektorsindelningen.

Liksom i Vilhelmina arbetar Örebro med perspektivet av lokalsamhälle. Inom kommundelarna finns en stark inriktning på folkhälso-perspektivet för friskvårdsinsatser och de kriterier som leder till ohälsa. Arbetet är nedbrutet på kommundsnivå. Det finns utbildning och uppföljning av kriterierna på basis av områdesdata. Örebro har inkluderat förutsättningarna för lokalsamhällsperspektivet i en översiktsplan med beaktande av miljö, arbetsmarknadsfrågor och näringslivsinsatser. Frågan är om det statliga perspektivet fångar upp dessa ambitioner och avsikter.

Det finns inte enbart statlig tillsyn som är kopplad till hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens regionala enhet, utan även andra statliga krav, såsom krav på redovisningar och värderingar. Självklart finns det ett behov hos staten och andra verksamheter att erhålla kunskap om hur det ser ut för att kunna styra verksamheten. Rapportering måste ske regelbundet för att politikerna och regionerna själva ska ha något att reagera och agera på. Baspersonalen är de som måste engageras för att färdigställa rapporterna, samtidigt som de är fullt sysselsatta med sina vardagliga uppgifter. Detta upplevs som mycket belastande. Kanske det är dags att arbeta för kvalitetsstyrning och använda det som bas för utveckling av verksamheten istället för statliga tillsynsinsatser som genomförs stötvis. Ett certifieringsinstitut vore bra för att kunna visa att det finns dokumenterade rutiner som omfattar hela lagstiftningen på området. Det kunde även visa att Örebro arbetar med standardiseringsmetoder och systematisk kvalitetssäkring.

Örebroregionen arbetar med att komma överens om de frågor som skall omfattas av samarbetet mellan parterna. Det finns ett samarbete mellan alla huvudmän och näringslivets organisationer som handlar om strategier för tillväxt och utveckling i regionen. Det sker ett utbyte

mellan Utvecklingsrådet och de aktörer (både universitet och sjukhus) som finns i Mälardalen, Värmland, Östergötland, Sörmland och lands-tinget i Örebro. Det pågår således en regional utveckling även om detta inte sker på någon organisatorisk grund.

3.17 Utfrågning

Utfrågare Ewa Ställdal, Johan Calltorp

Vad beror det på att många kommuner, trots starka tendenser till ökad samverkan i samhället i övrigt, går i motsatt riktning? Hur ska vårdkedjan kunna fungera när huvudmännens förutsättningar att möta de ökade kraven i informations-samhället ser så olika ut?

Karin Hallerby: Den politiska uppdragsgivaren har ett starkt patos och en ambition att sätta demokratifrågor i fokus. Örebroregionen har erfarenhet av en kommunindelning helt nyligen då en del av regionen blev en egen kommun, Blekebergs kommun. Ett sätt att öka det politiska engagemanget är att samverka kring utvecklingen i området tillsammans med medborgarna. Hos medborgarna finns förutsättningarna för välbefinnande och livskvalitet. Genom samverkan kan kvaliteten höjas. Samma utveckling kan ske på det regionala planet vilket är viktigt för förståelsen av sektoriserad samverkan.

Anneli Nordström-Eriksson: Indelningen i mindre kommuner kan ses som en revolt mot att människor inte kommit till tals i den tidigare organisatoriska modellen. När nya demokratiska strukturer byggs är det därför angeläget att de är transparenta så att medborgaren vet var han befinner sig i systemet och kan utnyttja den demokratiska strukturen för att påverka. När Prioriteringsdelegationen talat med andra länder, som arbetar med prioriteringar inom hälso- och sjukvården, har det talats om just vikten av att skapa en demokratisk struktur. Resonemang kan då föras med befolkningen på ett tydligt och öppet sätt. Sverige har en demokratisk struktur men förstår sig inte på att använda den. Därför måste nya mönster ta form.

I Norrland kan man se att byarna inte avfolkas i samma takt som tätorterna. I byarna finner människor ett engagerande liv och när demokratin känns påtaglig. En kommun behöver kanske inte vara ett geografiskt avgränsat område utan kan istället bygga på intressegemenskap. Till exempel kan en by i Sverige ha mycket gemensamt med en liknande by i Kanada.

Hur kan balansen i informationssamhället säkerställas mellan befolkningens krav, professionens ansvar för kvalitet och politikernas vilja att tillfredsställa sina väljare?

Rosita Runegrund: Frågan kring hur specialistfunktionerna inom hälso- och sjukvård ska bibehållas, samtidigt som medborgarnas ska kunna påverka, är viktig. När Västra Götalands regionen slogs samman kände invånarna inte att de var delaktiga i processen. Det var tjänstemän och högre politiker som beslutade.

Västra Götalandsregionen består av mindre kommuner och Göteborg är indelat i stadsdelsnämnder. Riktlinjerna när det gäller vården i regionen är att ta vara på patientens rätt, utveckla valfriheten inom vården, öka tillgängligheten till sjukvård samt närheten till specialister. Regionbildningen har lagt grunden för en starkare demokrati.

AN-E: Även om riksdagen beslutar att prioriteringar ska genomföras inom hälso- och sjukvården, är frågan öppen hur prioriteringarna ska ske i förhållande till andra samhällsområden. Sverige använder förhållandevis lite pengar till hälso- och sjukvården på grund av effektiviseringsåtgärder. Det är svårt att se hur den kommunala aktiviteten ska kunna upprätthållas på alla områden i de olika små kommunerna. För att kunna behålla alla typer av specialiteter måste det ske en större samverkan mellan kommuner. Genom samverkan kan man effektivisera på områden där befolkningen inte är i behov av närkontakt med t.ex. omvårdnadspersonal, för att istället ge större utrymme åt hälso- och sjukvårdsområdet. För att i framtiden kunna klara vårdkedjan för de äldre i kommunerna kommer hälso- och sjukvårdsområdet behöva större resurser.

Samtidigt som staten verkar styra mer än tidigare i vissa delar av landet, verkar andra delar, såsom Skåne och Västra Götaland ha tagit över mer ansvar och styrning. Vad ska utredningen göra av de olika önskemålen som finns vad gäller statens styrning av hälso- och sjukvården i regionerna och landstingen?

IW: I Skåne tror man mycket på synergieffekter mellan näringslivet och olika ansvarsområden i regionen. Regioner själva har störst möjlighet att se helheten och ta fram bästa samverkansområdena. Framför allt gäller detta regionsjukvårdens och forskningsresursernas samverkan med andra samhällsfunktioner. Ser man på vårdkedjorna så måste samverkan även där ske med andra samhällsfunktioner. Det gäller att hitta en helt ny gemensam arena för kommuner och andra intressenter.

KH: Det är nödvändigt att släppa tanken kring organisationsstrukturer och istället inrikta sig på processerna med vårdtagaren i centrum. Statens regionala tillsynsmyndighet ska inte bara se till det kommunala arbetet utan även kontrollera hur vårdtagarens intressen tillgodoses i vårdprocessen. Ur det perspektivet ska sedan göras en löpande kvalitetsuppföljning av vården. Statens styrning borde även utgå från folkhälsokriterier som ska vara regionbaserade på samma sätt som tillväxtkriterier. Regionerna kommer själva att kunna skapa samverkansprojekt, vilket borde uppmuntras.

Jan Andersson: Även om avsikten inte är att gå samman i en region i Västerbotten så har samarbetet med kommuner och kommunförbundet ökat under senare år. Från årsskiftet 1998/1999 skapades en ny organisation som skall utveckla regionen och samarbeta inom hälso- och sjukvården. Samarbete har tidigare skett inom samverkansnämnder i sjukvårdsdelar och det samarbetet går att utöka utan att formellt bilda nya organisationer.

Fortfarande är det regionerna som styr genom att bestämma om skatteuttaget, men statens styrning över hälso- och sjukvården har utökats genom att det i dag utgår bidrag under förutsättning att inte regionerna höjer skatten. Risker är att vi får en utarmad hälso- och sjukvård, varför staten måste omprioritera från andra områden till sjukvården.

3.18 Paneldebatt

Debattledare: *Ulla Åhs*

Deltagare i panelen:

Ingalill Björn, Astma- och Allergiförbundet

Karin Hallerby

Annelie Nordström-Eriksson

Denny Vågerö

Ingvar Wiberg

Claes Örtendahl, f.d. generaldirektör Socialstyrelsen

Ingalill Björn: Kroniskt sjuka och funktionshindrade människor har stor kunskap och erfarenhet av vårdfrågor, och skulle vilja delta mer i det demokratiska arbetet. Den informerade individen finns redan i dagens samhälle. Det är positivt, men innebär också en risk då kunskapen beror på var i landet individen bor.

Allergisjukdomar är ett exempel där professionen inte säger samma sak till sina patienter som man överenskommit på olika seminarier,

symposier eller forskningsstämmor. Detta är ett problem för patienten och dess anhöriga. Med gemensam kunskap som man kommit överens om i hela landet skulle detta problem minska. Den nya tidens patientinformation via Internet kan skapa en stress hos de som inte har möjlighet att ta del av den, t.ex. gamla människor. Patientinformation via IT kan heller inte ersätta det viktiga samtalen människor emellan.

Det finns i dag ett stort gap mellan förväntningar på sjukvården, vad den faktiskt står för samt vilka möjligheter sjukvården har att ställa upp i olika situationer. Det borde finnas ett tydligare budskap om vad sjukvården klarar av. Inom sjukvården är det viktigt att få en bättre helhetsyn på människan som söker hjälp. Patienter och vårdpersonal talar olika språk.

Resursfördelningen ser olika ut för olika sjukdomar. För vissa sjukdomar får patienter endast stöd från läkaren. Det är i sig inte dåligt men många människor behöver ytterligare resurser. Detta är frågor som bör diskuteras oavsett om de ska skötas på statlig eller lokal nivå. Egenvård är bra men kan behöva preciseras. Ofta är egenvård till för de som är besvärsfria men har småkrämpor. Egenvård för en kroniskt drabbad person kräver mer omfattande kunskaper om sin sjukdom.

Jämlikhet ska betraktas i ett större perspektiv där varje patients behov tillgodoses. Ojämligheter existerar inte bara mellan man och kvinna utan även mellan olika regioner i landet, mellan sjukdomar och beroende på vilken kunskap patienterna har. Begrepp såsom rättvisa och respekt inom vården kan vara svåra att definiera. Är det rättvist att inte vara sjuk?

Inom handikapprörelsen har det framkommit att nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården är önskvärda. Genom nationella riktlinjer kan en likvärdighet uppnås. En gemensam och uppdaterad kunskapsbas bör utvecklas i hela landet. Det finns redan inom t.ex. diabetesvården. Det är viktigt att kunskaperna kommer ut till alla människor för att de drabbade ska kunna leva ett kvalitativt liv. Det måste finnas någon slags daglig styrning av utbildningen för läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, etc, för att man ska kunna tillgodose behovet av olika kompetenser.

Claes Örtendahl: Det finns ingen slutlig modell för förhållandet mellan stat och kommun på vårdområdet. Det är en viktig utgångspunkt inför diskussionen om statens styrning av hälso- och sjukvården. Modellen måste vara föränderlig och anpassas till de problem som ska lösas i varje enskilt tidsskede.

Hälso- och sjukvårdsutredningen kom för några år sedan med ett resursbetänkande som beskrev framtida resursbehov inom vårdsektorn för att klara av situationen med teknologikutveckling och demografiska

förändringar. Utredningen konstaterade att det finns ett tilltagande gap mellan resurser och behov. Det finns i dag inga lösningar på problemet.

Vårdkostnadsfrågorna har diskuterats och analyserats av OECD. Demografins utveckling med dess effekter på kostnaderna samt även dess sammanhang med de nationella ekonomiernas utveckling, har visat sig komma få stor betydelse. Analysen visar att det kommer bli nödvändigt, för att klara de problem som uppstår när 40-talisterna blir gamla, att minska per capita kostnaden för vård och omsorg. Antagligen blir det även nödvändigt att höja pensionsåldern till någonstans i närheten av 70 år.

National Institutes of Health har en enhet som sysslar med sjukvårdskostnadernas utveckling i USA. Den konstaterar att i cirka 6–7 år har de amerikanska sjukvårdskostnaderna legat stilla på cirka 13,5 procent av bruttonationalprodukten. Under de närmaste 4–5 åren räknar enheten med att sjukvårdskostnaderna kommer öka till cirka 16,5 procent av den amerikanska bruttonationalprodukten, som en följd av demografiförändringar och teknologiutveckling. Möjligheterna till ytterligare förstärkningar av styråtgärder, reorganisation och vårdprogram är redan uttömda i USA.

Överför man det amerikanska resonemanget på Sverige kan man konstatera att de flesta är ense om att skattehöjningsutrymmet i Sverige redan är uttömt. Frågan blir då hur Sverige kan klara sjukvårdskostnadsökningen och även klara en sänkning av per capitakostnaden.

Ett sätt är att göra tydliga prioriteringar. Det engelska sjukvårdssystemet karakteriseras t.ex. av betydligt hårdare prioriteringar än i Sverige. Det har bidragit till att hålla nere sjukvårdskostnaderna. Ett annat sätt är att höja resursutrymmet till omkring 10–15 procent av bruttonationalprodukten vid år 2010. Det in sin tur leder till att andra delar av samhället, kanske pensionssystemet och socialförsäkringssystemet får minskade resurser. En tredje möjlighet är att kraftigt höja egenavgifterna. Det kan ske genom höjda avgifter för läkarbesök, höjda arbetsgivaravgifter, avgifter för slutna vård eller skapa ett system med tilläggsförsäkringar.

Fundamentalt för frågeställningen om statens styrning i ljuset av de påfrestningar som de nationella ekonomierna kommer att utsättas för i framtiden, är frågan om vart kommunalskatten tar vägen. När staten griper in i utvecklingen av sjukvårdskostnaderna måste den ha kunskap om vad den bestämmer över. Staten säger i dag bara vad Sverige har råd med, sedan är det upp till sjukvårdshuvudmännen och äldreomsorgen att hålla sig inom givna ramar. Ökar påfrestningarna på den kommunala ekonomin uppkommer frågan huruvida resurserna kommer att räcka.

En möjlighet är då att skapa en mer långsiktighet i utvecklingen av den kommunala ekonomin. En annan möjlighet är att arbeta med behovsbaserade bidrag som skulle kunna ersätta en del av diskussionen kring skatteutjämning. En tredje väg är att fortsätta låta kommunerna ha en fiktiv möjlighet att höja och sänka skatterna i kommunerna, med återkommande skattestopp och skatteutjämningsbidrag. Det här skulle då leda till diskussioner cirka var 4:e år och ett antal revideringsförhandlingar, mellan staten och landstingen respektive kommuner, kring olika statsbidrag eftersom man inte har årliga inflationsjusterade uppdrag.

Man kan även diskutera om en fortsatt integration av vårdkostnadsansvaret, av samma slag som gjordes när man lämnat över läkemedelskostnaderna till landstingen. Det kan tolkas som en ökad statlig styrning, men styrningen måste basera sig på att staten har kunskap om vad den gör när den värderar vårdens behov av resurser.

Genom många länder går en rörelse som internationellt kallas Doctors Discontent. Det innebär att den ekonomiska situationen framtvingar styrimpulser som begränsar det professionella handlingsutrymmet för de som arbetar inom vården. Därmed försvinner en del av arbetsglädjen. De hårda prioriteringarna och stränga kvalitetsuppföljningarna riktas helt mot produktionen av vården, samtidigt som kraven på prestationer stiger.

För att kunna möta personalens känsla av förlorad arbetsglädje och ansvar börjar det ske en inriktning mot ett friare professionellt yrkesutövande i form av bolagiseringar av sjukhus och entreprenadsatsningar.

I framtiden kommer staten att behöva bli mer konsekvent i de krav som ställs på kommuner, landsting och dess fria yrkesutövare. Kraven kan till exempel inkludera vårdprogram, att tillgodose statistik och kvalitetskontrollrutiner. Att införa ackreditering och certifiering är också tänkbart eftersom huvudmännen kommer att ha verksamhet i egen regi. Det måste även finnas ett strängare system för att godkänna vårdutövare som drivs av tredje part. Om man ska ha en befriad profession måste man kunna diskutera vem som skall kontrollera att professionen gör det som den är avsedd att göra.

Denny Vågerö: Nacka kommun har försökt utsätta vården för konkurrens. De konsultrapporter som ofta ligger till grund för förändringarna innehåller inte sällan väldigt luddigt formulerade målsättningar. Målen formuleras inte i termer av avsikten att uppnå ett visst vårdresultat, utan snarare av att det ska vara en viss omsättning av omhändertagande.

En av de viktigaste principerna inom offentlig vård är offentlighetsprincipen. Offentlighetsprincipen får inte slarvas bort i samband med

experiment med privata institutioner inom vården. Staten bör se till att medborgarna får insyn i de privata institutioner som bedriver vård, genom till exempel certifiering och krav på kvalitetskriterier.

Ewa Stålldal: Kan konsekvensen av statlig styrning bli en ökad professionalisering?

CO: En lösning på personalproblemen kan vara att skapa ett större och friare professionellt utrymme. Den här diskussionen förs inte bara i Sverige utan även i Tyskland, Frankrike, Storbritannien och USA. Många tror att det är friare yrkesutövning i USA. Handlingsutrymmet i en management-care organisation är dock mycket kringskuret. Skall man möta kraven på friare professionell yrkesutövning inom vården och samtidigt behålla det folkliga ansvaret för vilken vård som bedrivs, så måste prioriteringarna och kraven som ställs bli tydligare. Detta är en förutsättning för att kunna bedriva en sjukvård som stämmer överens med grundläggande begrepp om en solidarisk finansiering och lika tillgång till vård för alla.

Annelie Nordström-Eriksson: Känslan hos de anställda inom vården visar en tendens som finns i samhället i sin helhet. Hela samhällets struktur, tidspress och effektivitet har förändrats, och vården med den. Trycket som uppstår inom olika områden i samhället är ett utslag av den ökade kunskap och medvetenhet som finns hos medborgarna. Förhållandet mellan vårdpersonal och patient har förändrats på grund av patientens medvetenhet och högre ställda krav. Det här är trender som politikerna inte bara kan acceptera, utan istället måste försöka hantera.

Politiker är i allmänhet också arbetsgivare i vårdsammanhang. Arbetsgivarrollen har under senare år fått stå tillbaka för politikernas uppgift att effektivisera sjukvården. Det är angeläget att uppmärksamma att det mer generellt även handlar om en arbetsmiljösituation.

Det politiska uppdraget på central nivå handlar om att måla visioner för folket, i samklang med befolkningen, för framtiden. Det är långsiktiga visioner för hälsan som känns som det mest angelägna politiska målet på sjukvårdsområdet i dag. Dessa visioner är naturligtvis beroende av ekonomin. I dag handlar politiken, både inom Sverige och EU, mest om insatser på andra områden än hälsoområdet.

Lena Öhrsvik, Företrädare för Handikappförbundens Samarbetsorgan i HSU 2000: De nationella riktlinjerna upphöjdes aldrig till allmänna föreskrifter, vilket ur ett patientperspektiv hade givit större möjligheter. Även om ingen kan veta hur det blir i praktiken, så känns det i dag som om riktlinjerna hänger lite i luften och inte har någon formell status.

Rättighetslagstiftning skulle i det här fallet blivit för detaljerat, men kanske riktlinjerna borde upphöjas till någonting mellan nationella riktlinjer och lagstiftning.

Det finns i dag mycket vackra ord men det har visat sig att vården inte fungerar bra överallt. Då måste det finnas någon slags bas att arbeta utifrån och inte bara nationella riktlinjer. Det talades tidigare om helhetsperspektivet inom vården. Vilka styrinstrument ska användas för att nå det helhetsperspektivet?

DV: Staten har en något oklar och generell roll när det gäller hälso- politik och hälsovård. Staten borde ha som norm att formulera en målsättning för till exempel folkhälsan, precis som har gjorts på andra områden. På så sätt kan man bedöma politikernas arbete gentemot målsättningarna. Målsättningarna på hälsoområdet bör ge vägledning och handledning, vilket innebär att staten måste veta vilka hälsorisker som är påverkbara och realistiska att formulera sig kring. För att till exempel påverka och minska hjärtsjukdomar i Sverige, är det viktigt att veta vilket område man ska gå in på. Staten bör därför ta på sig en kunskaps- och forskningsroll i framtiden.

CÖ: Tanken med att använda begreppet nationella riktlinjer, var att inte tillgripa instrument som var rättsligt tvingande. Avsikten var istället att ta fram riktlinjer till en samarbetsprocess mellan huvudmän, professioner och partiföreträdare. En riktlinje måste vara förknippad med tydliga kriterier och tekniker för uppföljning av utfallet samt med ett system för kontinuerlig avrapportering.

Sverige har erfarenhet av folkhälsomålsättningar efter att ha deltagit i WHO:s arbete med att reformera målsättningar. Man ska vara försiktig och återhållsam med att formulera målsättningar. Ska det tas fram viktiga mål inom hälso- och sjukvårdsområdet måste viktiga områden prioriteras och inte allt tas på samma gång. Det ska anges tydliga mål i siffror, som ska vara knutna till realistiska bedömningar av vad som faktiskt kan uppnås och som har ekonomisk bärkraft. Målsättningar kan då bli effektiva styrmedel för en god vård.

IB: Vårdpersonal är viktig kunskap och kompetens. Medlemmar i olika handikapporganisationer är också professionella inom sina områden, dvs proffs på att leva med kroniska sjukdomar och funktionshinder. Det handlar inte bara om sjukvård utan även om mycket annat som kroniskt sjuka människor behöver för att klara sin vardag. Medlemmarnas kunskap borde tas till vara på ett bättre sätt och de bör även få vara med och delge och delta i utvecklingsprocesser inom hälso- och sjukvård.

Johan Calltorp: Demografifrågan kommer att ha betydelse för resurserna inom vård och omsorg. Den politiska frågan huruvida man ska höja pensionsåldern är oerhört intressant. Skåne har beskrivits som en region där man tagit resursproblemen i egna händer och kopplat ihop samhällssystem som transfererar mycket pengar.

Det har även framkommit att demokrati och tilltro måste öka hos medborgarna. Frågan är vad staten kan göra. Paradoxalt nog har staten avhänt sig styrning förutom en väldigt hårdhänt ekonomisk styrning. Därmed finns det nästan ingen hälsopolitisk styrning från statens sida. Hälsopolitiken kanske kan formas med hjälp av annan kunskap än medicinsk kunskap, såsom sociologi och statsvetenskap, m.m.

Roger Hammarström, landstinget i Jönköping: Det finns fortfarande en detaljstyrning inom hälso- och sjukvården. Det finns dock olikheter mellan landstingen vilket inte behöver vara en anledning till oro, eftersom det förs en debatt mellan landstingen. Skillnader i t.ex. högstnadsskydd och egenavgifter jämnar ut sig i längden. Landstingen kan själva hantera dessa situationer och behöver inga riksdagsbeslut.

När pengarna inte räcker till finns en tendens att staten gärna styr med hjälp av projektmedel. Det leder ofta till felprioriteringar samt att det görs särskilda anpassningar för att leva upp till projektkraven. Det här är ett irrationellt sätt att använda resurserna på.

CO: I dag får vårdpersonalen fungera som stötdämpare mellan de resurser som finns och patienters behov. De som ska leda personalen står inför en väldigt svår uppgift. De ska hantera politikernas besparingskrav, organisationskrav och funktionskrav i relation till personalen som känner sig pressad. Det förklarar varför tjänsten som sjukhusdirektör är bland de omöjligaste arbeten som finns.

Det är en allvarlig situation. Det förtroende som funnits i relationen mellan uppdragsgivarna, personalen och de presumtiva patienterna är något som måste diskuteras och tas på stort allvar. Påfrestningarna kommer att bli ännu större i framtiden. Demokratin, pedagogiken och debatten måste bli bättre för att man ska kunna ta emot kunskap och insikt samt nå ut till dem som de ytterst drabbar. För att kunna lösa vårdproblemen under de närmaste 15 till 20 åren måste kritiken och konkurrensen minska sinsemellan olika grupper och istället ge plats till ett ökat samarbete. Ändras inte samhällsklimatet kommer svårigheterna för att upprätthålla den solidariska vårdpolitiken att bli oöverstigliga.

AN-E: Genom att samla resurserna såsom i Skåne, är förhoppningen att nå ökade synergieffekter samt att få mer ut av det privata näringslivet när det gäller utvecklingspotential och tillväxtklimat.

På Partnerskapkonferensen i Västerbotten talades det om hur tillväxtavtal mellan kommuner, landsting och privata näringslivet bör skapas för att använda de statliga resurserna på bästa sätt för en ökad tillväxt. Uppfattningen är staten menar att det privata näringslivet ska vara aktivt och satsa en del för att få en del. Det har man goda möjligheter till i Skåne efter omorganisationen. I Skåne finns också ett livskraftigt näringsliv som underlättar tillväxtavtal. Det kan då jämföras med Vilhelmina där det största företaget har 26 anställda.

Den statliga inblandningen i den offentliga ekonomin kommer att behöva se olika ut, på olika ställen i landet, om avsikten är att hela Sverige ska leva.

Ingvar Wiberg: I Skåne satsar regionen mycket pengar på forskning och utveckling på regionsjukhusen. Det finns därför anledning för Skåne att delta i diskussionen om statens framtida styrningsroll i forsknings- och utvecklingsammanhang.

DV: Det är inte bara individer som måste ändra sitt beteende när de får ny kunskap. Politiken måste också ändras när människor erhåller ny kunskap om hälsa, därför att politik är i princip upplysta människors kollektiva agerande för att undvika hälsorisker. Det måste finnas ett slags beredskap hos staten eller riksdagen, lokalt eller centralt, att agera. Staten behöver då medicinsk kunskap samtidigt som det handlar om implementeringen av beslut som måste kunna vara genomförbara. Hälsofrågor är inte bara en fråga för individer, alla måste reagera gemensamt och då har staten och politiker en viktig roll att spela.

IB: Med anledning av den relativt svaga ekonomin inom hälso- och sjukvården, är det viktigt att bli tydligare och ta reda på vad svenska folket vill ha ut av vården. Många människor har i dag behov av hälso- och sjukvård som inte blir tillfredsställda. Svenska folket vill säkert ha den sjukvården de alltid haft tidigare. En diskussion om vårdens framtid måste tas upp vid andra tidpunkter än när det är allmänna val, då kanske inte de mest trovärdiga argumenten och bästa informationen kommer fram.

Förord till bilaga 5

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har enligt sina direktiv bl.a. i uppdrag att överväga formerna för den statliga styrningen av hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument. De s.k. Dagmarmedlen, dvs. det särskilda statsbidrag till hälso- och sjukvården, som har fördelats efter årliga överläggningar mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet sedan 1985, har varit en komponent i den riktade finansiella styrningen av hälso- och sjukvården. Den kommunala hälso- och sjukvården har inte omfattats av överenskommelserna.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har på uppdrag av kommittén analyserat Dagmaröverenskommelsernas betydelse för den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Uppdraget, som redovisas i denna rapport, har utgjort ett underlag för kommitténs ställningstaganden vad gäller statlig styrning genom överenskommelser mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. IHE har i sin analys utgått från såväl ett nationellt som ett lokalt/regionalt perspektiv med tyngdpunkt på erfarenheter bland sjukvårdshuvudmännen. I rapporten behandlas huvudsakligen fyra frågeställningar. För det första beskrivs förändringar i Dagmaröverenskommelsen över tiden vad gäller ersättning och innehåll. För det andra fokuseras hur överläggningarna har gått till under senare år samt vilken betydelse överenskommelsen har för staten och Landstingsförbundet. För det tredje redovisas och granskas erfarenheter bland landstingen vad gäller överenskommelsens betydelse för verksamheten. För det fjärde, slutligen, diskuteras olika roller för den framtida statliga styrningen och konsekvenser för Dagmaröverenskommelsen. Analysen omfattar Dagmaröverenskommelserna för åren 1985-98. Därefter har ytterligare en överenskommelse träffats för år 1999. Eftersom uppdraget överlämnades till HSU 2000 i juni 1997 omfattas inte den senaste överenskommelsen av analysen.

Stockholm i juni 1999

Christina Kärvinge, direktör Socialstyrelsen

4 Bilaga 5

Statlig styrning av hälso- och sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen

Av Anders Anell och Patrick Svarvar

4.1 Introduktion

Staten förfogar över en rad styrmedel utifrån vilka hälso- och sjukvårdens utveckling kan påverkas. Det gäller finansiella styrinstrument, lagstiftning, tillsyn, tillståndsgivning, finansiering av forskning och utbildning, uppföljning och utredningar m.m. Styrningen förmedlas i sin tur via en rad olika institutioner och organisationer, vilket gör det svårt att entydigt bestämma effekterna av statens samlade agerande. En komponent i den statliga styrningen av sjukvården är de årliga överläggningarna med sjukvårdshuvudmännen, som resulterat i fördelning av s.k. Dagmarmedel. I överenskommelsen för 1997 sägs att dess syfte är att "ge en plattform för en nationellt önskvärd inriktning för de kommande åren". Vidare anges att överenskommelsen ska "stimulera vissa utvecklingsinsatser" och "finansiera delar av hälso- och sjukvårdens stödfunktioner" och på så sätt bidra till en långsiktigt hållbar utveckling av sjukvården.

Dagmaröverenskommelsen beskrivs alltså som ett centralt dokument för styrning mot nationella sjukvårdsmål. I mindre utsträckning är känt huruvida överenskommelsen också uppfattas som ett betydelsefullt styrmedel bland sjukvårdshuvudmännen, och vilken konkret betydelse överenskommelsen har. Frågan måste av flera skäl anses som viktig att besvara. För det första kan konstateras att de statsbidrag som numera fördelas som Dagmarmedel är relativt blygsamma; 1997 utgjorde de sammanlagt 1 169 Mkr. Det motsvarar ungefär 1 procent av de samlade

hälso- och sjukvårdskostnaderna. För det andra finns tendenser till ökat intresse från statens sida att stärka den statliga styrningen av sjukvården. Ett exempel är att Socialstyrelsens tillsynsroll förstärkts fr.o.m. 1997. Samtidigt kan noteras att det mot bakgrund av utvecklingen bland huvudmännen – inte minst framväxten av nya storlandsting i Skåne och Västsverige – finns anledning att fundera på hur man bäst får genomslag för nationell politik i en decentraliserad sjukvård.

I föreliggande rapport behandlas huvudsakligen fyra frågeställningar. För det första beskrivs förändringar i Dagmaröverenskommelsen över tiden vad gäller ersättning och innehåll. För det andra fokuseras hur överläggningarna numera går till samt vilken betydelse överenskommelsen har för staten och Landstingsförbundet. För det tredje redovisas och granskas erfarenheter bland sjukvårdshuvudmännen vad gäller överenskommelsens betydelse för verksamheten. För det fjärde, slutligen, diskuteras olika roller för den framtida statliga styrningen och konsekvenser för Dagmaröverenskommelsen. I vår analys har vi således utgått från såväl ett nationellt som ett lokalt/regionalt perspektiv. Tyngdpunkten ligger på en kritisk granskning av erfarenheter bland huvudmännen.

Det nationella perspektivet är utgångspunkten för vår analys i avsnitt 2 och 3. I avsnitt 2 analyseras samtliga överenskommelser (Dagmar I–XI) avseende ersättningar och innehåll. Ersättningarna analyseras utifrån utvecklingen av den totala nivån samt utifrån fördelningen mellan allmän sjukvårdsersättning och särskilda (öronmärkta) ersättningar. Innehållet analyseras bl.a. utifrån förändringar i sammanställningen av komponenter och av karaktären i texten. En mer detaljerad sammanställning av utvecklingen finns redovisad i bilaga A. I avsnitt 3 diskuteras överenskommelsens nuvarande funktion och betydelse sett utifrån statens respektive Landstingsförbundets perspektiv. Material hämtas från ett urval intervjuer genomförda februari–mars 1997 med företrädare för förhandlingsparterna, dvs från i första hand Socialdepartementet och Landstingsförbundet (se bilaga B).

Det regionala/lokala perspektivet utgör utgångspunkt för avsnitt 4 och 5. Material hämtas från genomförda intervjuer bland sjukvårdshuvudmännen i februari–april 1997. Sammanlagt omfattar denna intervjustudie åtta sjukvårdshuvudmän; Göteborgs stad, Landstinget Halland, Landstinget i Kristianstad län, Landstinget Kronoberg, Malmöhus läns landsting, Malmö stad, Norrbottens läns landsting samt Stockholms läns landsting. Detta urval ger en god spridning vad gäller sjukvårdshuvudmän av olika storlek och geografiska respektive befolkningsmässiga förutsättningar. Fyra av huvudmännen (Göteborg respektive Kristianstad, Malmöhus och Malmö stad) omfattas dessutom av förändringar i Västsverige och Skåne mot storlandsting.

Hos varje huvudman har intervjuer genomförts med aktörer i den centrala politiska och administrativa ledningsfunktionen, dvs med landstingsråd, i de flesta fall både från majoritet och opposition, samt landstingsdirektör, ekonomidirektör och/eller sjukvårdsdirektör (se bilaga B). Aktörer på central politisk och administrativ nivå har ansetts mest relevanta vad gäller översiktliga kunskaper i frågor om på vilket sätt respektive huvudman berörs av Dagmaröverenskommelser. Det är också bland företrädare på central politisk och administrativ ledningsnivå som man kan förvänta sig allmänna synpunkter på hur staten bör styra sjukvården, grundade på erfarenheter av hur statlig styrning genom Dagmarmedel och andra åtgärder tidigare fungerat.

Intervjumaterial som specifikt behandlar erfarenheter av Dagmaröverenskommelser och hur dessa uppfattas redovisas i avsnitt 4. Material som fokuserar den bredare frågeställningen om hur staten bör styra hälso- och sjukvården i framtiden redovisas i avsnitt 5. Det skall noteras att intervjustudien baseras på ett fåtal intervjuer i ett begränsat urval sjukvårdshuvudmän; studien är därmed i första hand explorativ. Vårt resonemang om hur Dagmaröverenskommelser påverkat verksamheten baseras dessutom i huvudsak på aktörers uppfattningar, vilket begränsar möjligheten att lämna bestämda slutsatser.

I avsnitt 6 förs en sammanfattande diskussion kring Dagmaröverenskommelsens utveckling, funktion och betydelse. Vägval för den framtida statliga styrningen och konsekvenser för Dagmaröverenskommelsen identifieras.

4.2 Dagmaröverenskommelser 1985–1997

I detta kapitel beskrivs och analyseras Dagmaröverenskommelserna över tiden baserat på en genomgång av olika dokument, i huvudsak Landstingsförbundets cirkulär av Förbundsstyrelsens beslut i ärendet. Kapitlet tar upp bakgrunden till introduktionen av Dagmar, innehållet i överenskommelserna, samt ersättningarna. En viktig fokusering i kapitlet är förändringar över tiden. I bilaga A ges en mer detaljerad sammanställning av innehållet och ersättningarna; även denna sammanställning behandlar företrädesvis förändringarna i varje ny överenskommelse. Avslutningsvis redovisas i kapitlet även resultaten av tillgängliga uppföljningar av Dagmar.

Bakgrund

Dagmar avser sjukvårdsersättning från den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen enligt lagen om allmän försäkring. Dagmarersättningarna har gällt sedan 1985. Genom införandet av Dagmar skedde successivt en övergång från prestationsrelaterade ersättningar till en fast ersättning per invånare i form av en allmän sjukvårdsersättning. Motiven bakom förändringen hängde främst samman med det övergripande mål som Hälso- och sjukvårdslagen 1982 ställde upp om en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen enligt det tidigare bidragssystemet baserades till stora delar på löpande prestationer, eller vad gäller statsbidraget till psykiatriska vården på produktionskapaciteten. Båda principerna ansågs stå i dålig överensstämmelse med Hälso- och sjukvårdslagen där behovet av vård skulle vara styrande vid resursfördelningen. Det prestationsrelaterade ersättningssystemet betraktades dessutom som kostnadsdrivande. En annan tanke bakom introduktionen av Dagmar var att den geografiska fördelningen av läkare skulle utjämnas. En rättvisare regional fördelning av sjukvårdsresurserna skulle uppnås genom en behovsanpassning av resurserna. Andra explicita målsättningar vid introduktionen var att bättre samordning mellan offentlig och privat sjukvård skulle uppnås, att ökad satsning skulle ske på öppna vårdformer och på förebyggande vård samt att statens kostnader för hälso- och sjukvård bättre skulle kontrolleras, bl.a. genom en begränsning av expansionen inom privat läkarvård.¹

Före Dagmar utgick ett antal ersättningar till sjukvårdshuvudmännen och ett direkt statsbidrag för den psykiatriska vården. Sjukförsäkringens ersättningar 1984 utgjordes av ersättning för läkarvård per besök, röntgen- och laboratorieundersökningar per patient, sjukvårdande behandling per besök, preventivmedelsrådgivning m.m. per besök, sjukhusvård per vård dag, samt invånarrelaterade ersättningar för ambulanstransporter, handikapphjälpmedel, förebyggande hälsovård och primärvård samt för utveckling av öppna vårdformer inom psykiatri. Dagmar I som avsåg 1985 och 1986 var det första steget mot ett nytt schabloniserat ersättningssystem. Det nya systemet grundades på ett enhetligt belopp per invånare; en allmän sjukvårdsersättning. För att mildra omfördelningseffekterna tillämpades dock särskilda övergångsregler för 1985 och 1986. I den allmänna sjukvårdsersättningen inkluderades också det tidigare allmänna statsbidraget till den psykiatriska vården.

¹ RRV, 1991, Förvaltningsrevisionen utreder Fu 1991:3, Statsbidragen till sjukvården – en analys av Dagmarreformen m.m.

Den allmänna ersättningen omfattade även privatpraktiserande läkare. Detta är viktigt eftersom Dagmar I utöver ett nytt ersättnings-system innehöll nya regler för etablering av privatläkare och sjukgymnaster. Samverkan mellan privatpraktiserande vårdgivare och huvudmännen skulle regleras via samverkansavtal där villkoren skulle förhandlas mellan Landstingsförbundet och Läkarförbundet. På detta sätt fick huvudmännen kontroll över etableringarna av privatpraktiker. De offentligt anställda läkarna som bedrev fritidspraktik skulle inte få stå kvar i försäkringssystemet. En praktisk konsekvens av samverkan var att den allmänna sjukvårdsersättningen som huvudmännen erhöll visst år reducerades med belopp som motsvarade den prestationsbaserade ersättning som utgått till privata vårdgivare under föregående år.

Vid sidan av den allmänna sjukvårdsersättningen fanns i Dagmar särskilda ersättningar; för hemsjukvård, förebyggande insatser, tillhandahållande av hjälpmedel för handikappade, ambulanstransporter samt sjukhusvård. Dessa särskilda ersättningar skulle "underlätta utvecklingen" av verksamheten i enlighet med de övergripande sjukvårdspolitiska målsättningarna. De flesta av dessa särskilda ersättningar utgick emellertid även före introduktionen av Dagmar. Den enda helt nya särskilda ersättningen gällde utvecklingen mot utökad hemsjukvård. Uppföljningsbehovet är något som explicit tas upp i Dagmar I; det anges att Socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet skall följa utvecklingen i allmänhet och i synnerhet (i samarbete med Spri) avseende primärvårdens utveckling, de förebyggande insatserna samt utvecklingen mot öppna vårdformer inom psykiatrin.

Förändringar över tiden

Utifrån sammanställningen i bilaga A kan konstateras att ersättningsnivån och innehållet successivt förändrats. Vad gäller innehållet har förändringar skett i termer av att komponenter successivt integrerats i den allmänna sjukvårdsersättningen samt att nya komponenter tillkommit. Förändringar har också gjorts i fördelningsmodellen för den allmänna sjukvårdsersättningen, dvs principerna efter vilken den totala allmänna ersättningen fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen. Även karaktären på texten i överenskommelserna har ändrats över tiden. Några variabler framtagna utifrån bilaga A redovisas i Tabell 1, från vilken utvecklingen kan diskuteras.

Tabell 1. Utvecklingen av innehållet i Dagmar.

Dagmar avseende år	I 85-86	II 87	III 88	89	IV 90	V 91	VI 92	VII 93	VIII 94	IX 95	X 96	XI 97
Total ersättning, miljoner kronor.	11259	12075	12575	13955	14786	15448	12296	6995	2703	2698	1354	1169
Antal komponent er	7	4	4	5	7	10	9	10	10	11	9	8
Överens- kommelsen klar	mars	april	nov		april	okt	juni	okt	nov	dec	dec	nov
Redovisnin gskrav						Dagm 400	Dagm 400	Dagm 400	Dagm 400	Dagm 400	Dagm 400	Dagm 400
							Vård-gar Vård- gar.	Vård- gar.	Vård- gar.	Vård- gar.	Vård- gar.	

Vad gäller *ersättningsnivån* kan konstateras att den reducerades kraftigt i Dagmar VII (1993), Dagmar VIII (1994) samt i Dagmar X (1996). Dessa förändringar beror framförallt på omläggningar av statsbidragssystemet; pengar har växlats över från Dagmar till det generella statsbidragssystemet till kommuner och landsting.

Med *komponenter* avses här de poster i Dagmar som är direkt hänförliga till finansiella ersättningsströmmar från staten. Att beskriva utvecklingen av Dagmar i termer av komponenter fångar emellertid inte upp att vissa överenskommelser, däribland den senaste, har ett omfattande innehåll vad gäller policyuttalanden utan direkt koppling mellan uttalanden och ersättningar. Fram till Dagmar V och VI, dvs. avseende år 1991-92, integrerades flera enskilda komponenter i den allmänna sjukvårdsersättningen. I dessa överenskommelser utgjorde särskilda ersättningar, dvs. specialdestinerade eller öronmärkta ersättningar, endast en liten del av totala ersättningen. Utifrån utgångspunkten vid omläggningen av bidragssystemet hade man således vid denna tidpunkt kommit långt i strävandena efter ökad schablonisering. Utvecklingen därefter förefaller att gå i helt motsatt riktning. Till stor del förklaras

detta emellertid av omläggningar av statsbidragssystemet. Den allmänna sjukvårdsersättningen reducerades successivt från 1992 för att slutligen ersättas med ett särskilt bidrag för hälso- och sjukvård från 1994. Minskningen hängde samman med Ädel samt förändringar i statsbidragssystemet. Till en början skulle det särskilda bidraget för hälso- och sjukvård motsvara vad som betalats ut av försäkringskassorna till privata vårdgivare under föregående år. När statsbidragssystemet lades om 1994 och det direkta finansieringsansvaret för privat vård överfördes till huvudmännen, ansågs inte längre tidigare utgifter för privat vård vara en relevant grund för beslut om storleken på det särskilda bidraget.

Vad gäller nya komponenter märks en stor förändring från Dagmar V (1991). Parterna kunde detta år inte komma överens om den totala ersättningen vilket innebar att staten ensidigt fastställde bl.a. storleken på den allmänna sjukvårdsersättningen. Den överenskommelse som träffades innehöll ett niopunkters program; många av de nio punkterna var helt nya komponenter. De flesta av de nya komponenterna omfattade dessutom relativt små belopp jämfört med tidigare överenskommelser. Man kan vidare konstatera att antalet komponenter i Dagmar är fler under 1990-talet, från och med den överenskommelse där parterna inte kom överens om ersättningen, än under 1980-talet. I takt med en krympande ersättningsnivå har alltså antalet komponenter med särskilda ersättningar ökat. Under 1990-talet har det också blivit vanligare att viss del av Dagmarmedlen går till finansieringen av nationella institut, t.ex. SBU och Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen.

Ytterligare två aspekter kring utvecklingen kan diskuteras utifrån Tabell 1. För det första kan konstateras att de tidiga överenskommelserna blev *färdigställda* relativt tidigt året före de skulle gälla, till skillnad från framförallt de senaste 4–5 överenskommelserna. Detta har rimligen betydelse för huvudmännens möjligheter att i praktiken beakta överenskommelsen. Detta är anmärkningsvärt eftersom antalet komponenter varit fler i de senaste överenskommelserna. För det andra kan konstateras att *kraven på huvudmännen att redovisa* användningen av resurserna generellt sett varit små; redovisningskrav och villkor har i första hand varit knutna till insatser inom rehabiliteringsområdet och vad gäller vårdköer. Den särskilda ersättningen för psykoterapeutisk verksamhet har också villkorats; inte med krav på redovisning men med krav på att kontrakt med vårdgivare skulle slutas. En sista observation som kan göras är att det vid två tillfällen under 1980-talet, alltså i början av Dagmarhistorien, förhandlats fram överenskommelser som gällde för 2 år medan detta verkar vara en överspelad ansats under 1990-talet.

Förutom de trender och brytpunkter i utvecklingen som erhållits genom sammanställningen i Tabell 1 och bilaga A, kan utvecklingen av innehållet bedömas efter *karaktären i texterna* i cirkulären från Landstingsförbundet. Man kan konstatera att det blivit mer text i takt med att totala ersättningarna reducerats och antalet komponenter med särskilda ersättningar ökat. I korthet; mindre pengar men mer text. Vidare måste den senaste överenskommelsen lyftas fram som en överenskommelse som tydligt skiljer sig från tidigare överenskommelser; det gäller dels de nya komponenterna och deras uppdelning på nationell och regional nivå, och dels den policy-betonade texten. Överenskommelsen innehåller t.ex. uttalanden som börjar med "Vi vill...". Det framgår vidare att överenskommelsens "syfte är att ge en plattform för en nationellt önskvärd riktning för de kommande årens utveckling. Vidare att genom statligt stöd stimulera vissa utvecklingsaktiviteter och att finansiera delar av hälso- och sjukvårdens stödfunktioner som medicinska kvalitetsregister och uppföljnings- och utvärderingsarbete. Överenskommelsen skall bidra till en långsiktigt hållbar utveckling och ligga till grund för kommande överläggningar". De nya komponenterna i den senaste överenskommelsen är en ny vårdgaranti, patientens möjlighet till delaktighet, nationella riktlinjer, kunskapsbaserad hälso- och sjukvård, verksamhetsutveckling samt informationsförsörjning.

Viktigt utifrån sjukvårdshuvudmännens perspektiv är förstås också *förändringar i fördelningsprinciper*; både vad gäller förändringar i fördelningen av den allmänna sjukvårdsersättningen och det särskilda bidraget för hälso- och sjukvården i Dagmar, och vad gäller det generella statsbidragssystemet inklusive skatteutjämningen. Förändringarna i fördelningsprinciper för den allmänna sjukvårdsersättningen genomfördes 1987–1990 då den strikt invånarrelaterade modellen ersattes av en modell i vilken viss hänsyn togs till behovsfaktorer, samt 1997 för det särskilda bidraget för hälso- och sjukvård, då en strikt invånarrelaterad modell återinfördes. Den senare förändringen skall ses mot bakgrund av att förändringar av statsbidragssystemet genomfördes 1996, i vilket man bl.a. tar hänsyn till behovsfaktorer i skatteutjämningsdelen.

Utifrån beskrivningen och analysen av förändringar i Dagmar, står det tämligen klart att Dagmar genomgått stora förändringar sedan tillkomsten vad gäller ersättningsnivå och innehåll. Tre huvudfaser kan identifieras; (1) Dagmar I–IV, där idén om ett generellt bidragssystem utan alltför många specialdestinerade ersättningar dominerade, (2) Dagmar V–X, där ersättningsnivån successivt reducerades och de särskilda, öronmärkta, ersättningarna blev fler, samt (3) Dagmar XI, där överenskommelsen tenderar att ha ett större policyinnehåll.

Ett annat och kompletterande sätt att beskriva och analysera Dagmar är att försöka kategorisera ersättningarna i Dagmar efter deras syften.

Åtminstone tre olika sådana kategorier kan identifieras; ersättningar med syfte att (1) reglera förhållanden mellan stat och landsting, (2) stimulera viss utveckling av vården, samt (3) omfördela resurser mellan huvudmän. I den första gruppen återfinns komponenter där förhållanden mellan stat och landsting av skilda slag regleras, t.ex. handledning av kiropraktorer, rikssjukvård för HIV-smittade, sjukresor inklusive lufttransporter, finansiering av Handikappinstitutet, etc. I den andra gruppen, ersättningar med syfte att *stimulera*, återfinns komponenter där ersättningarna kan ses som ett led i statens ambitioner att påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården på lokal nivå, t.ex. ersättning för förebyggande åtgärder, avinstitutionalisering, hemsjukvård, rehab- och behandlingsinsatser, psykoterapeutisk verksamhet, kunskapsbaserad vård, informationssystem, kvalitetsregister, etc. Den tredje gruppen, ersättningar med syfte att *omfördela resurser*, består av komponenter där staten har utnyttjat möjligheten att omfördela/utjämna de finansiella resurserna mellan huvudmännen. Främst har omfördelningen skett inom den allmänna sjukvårdsersättningen.

Uppföljningar

I flera av de senare överenskommelserna har konstaterats att en samlad utvärdering av Dagmar saknats. Den enda uppföljningen av Dagmar i sin helhet på nationell nivå är gjord av RRV och avser 1985–1988². Det finns därutöver ett antal lokalt framtagna utvärderingar av enskilda komponenter; företrädesvis avseende Dagmar 400 (rehabiliterings- och behandlingsinsatser) och i viss mån operationsköernas utveckling. Dessa lokala utvärderingar har inte studerats närmare inom ramen för föreliggande projekt.

I RRV:s rapport görs en utvärdering av Dagmar I-III utifrån de övergripande sjukvårdspolitiska målsättningarna vid introduktionen. Sammanfattningsvis visar RRV:s studie att målsättningarna vid introduktionen av Dagmar till stora delar inte hade uppnåtts 1988. Som en förklaring angavs att den studerade tidsperioden möjligen varit i kortaste laget. Vidare konstaterade RRV att satsningen på uppföljning och utvärdering av Dagmar, något som det för övrigt lagts stor vikt vid i överenskommelsen, enbart delvis förverkligats.

En intressant slutsats av RRV avser utformningen av det nationella kostnadsansvaret. RRV menar att ställningstagandet i Dagmar var att frikoppla det nationella kostnadsansvaret från löpande prestationer.

² RRV, 1991, Förvaltningsrevisionen utreder Fu 1991:3, Statsbidragen till sjukvården – en analys av Dagmarreformen m.m.

Den statliga finansieringen skulle baseras på en schabloniserad invånarrelaterad modell, i vilken staten avsåg sig möjligheter till inflytande vad gäller prioriteringar mellan verksamhetsområden. RRV konstaterade emellertid att "Vissa inslag i det fortsatta Dagmarbygget bryter dock mot huvudlinjen för omläggningen." (Dnr 1988:1949, s. 40). De exempel som ges är operationsköbidraget och Dagmar 50-medlen (se bilaga A); särskilda bidrag som utgör en form av "stimulansbidrag" och som dessutom fokuserar på slutna vård trots att grunden i Dagmaromläggningen snarare betonade de öppna vårdformerna.

Redan efter några år hade således huvudlinjen i Dagmar om inte förändrats så åtminstone kompletterats. Ser man till den fortsatta utvecklingen, dvs. efter 1988, kan man snabbt konstatera att många nya komponenter lyfts in i Dagmar. I det sammanhanget är det lite märkligt att konstatera att man så sent som i utgångspunkterna för Dagmar IX (1995) och X (1996) betonade att de sjukvårdspolitiska målsättningar bakom introduktionen av Dagmar fortfarande gäller; "Även om en mer samlad utvärdering av Dagmarreformens effekter inte har gjorts är parterna överens om att de angivna syftena för Dagmarreformen har fortsatt giltighet och därför kan utgöra utgångspunkter för en överenskommelse även för år 1996." Detta är anmärkningsvärt eftersom det i nämnda överenskommelser inte utgick vare sig en allmän sjukvårdsersättning eller särskilda ersättningar för en utveckling mot öppnare vårdformer eller förebyggande vård.

4.3 Det nationella perspektivet

Med utgångspunkt i avsnitt 2 kan konstateras att ersättningar, komponenter och textkaraktären i Dagmaröverenskommelsen förändrats påtagligt över tiden. En intressant fråga mot bakgrund av utvecklingen är vilken uppfattning de båda förhandlingsparterna – Socialdepartementet och Landstingsförbundet – har om dagens överenskommelse. I föreliggande avsnitt koncentreras framställningen till denna fråga. Material har insamlats via intervjuer med aktörer vid departement och Landstingsförbundet samt med personer som tidigare varit knutna till dessa parter. Det skall noteras att kapitlet baseras på ett fåtal intervjuer, sammanlagt 10 stycken. Det huvudsakliga syftet med framställningen är att komplettera bilden av Dagmar, såsom den framställts i föregående kapitel, med en inblick i de politiska och administrativa processer som överläggningarna påverkas av och initieras.

Uppfattningar om historiken

De intervjuade förefaller eniga om att dagens Dagmaröverenskommelse inte har mycket gemensamt med överenskommelsen som den såg ut under 1980-talet. Samtidigt poängteras att dagens överenskommelse till viss del är en återspeglning av historiska förhandlingsresultat och förhållanden. En rad komponenter och finansieringslösningar som introducerats vid viss given tidpunkt har sedan följt med i överenskommelsen över tiden. Dessa skilda komponenter och lösningar har i sin tur drivits fram av olika målsättningar och ambitioner. Inledningsvis handlade Dagmar om att åstadkomma kontroll över statens utgifter och sträva efter en jämnare läkarförsörjning i landet. Därefter kan noteras att Dagmaröverenskommelsen även kopplats samman med överföringar av ansvar till landstingen mera generellt, andra typer av regleringar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, delfinansiering av verksamheter vid nationella institut samt drivande av policyfrågor rörande önskvärd utveckling i vården. Som konsekvens av en av de tidiga politiska ambitionerna bakom införandet av Dagmaröverenskommelsen – att ge huvudmännen etableringskontroll över privatläkarna – menar flera intervjuade att det fortfarande kan finnas politiska skiljelinjer vad gäller uppfattningar om överenskommelsen i sig.

Tidigare kunde det vara ganska hårda förhandlingar mellan parterna. Idag, och sedan pengarna i huvudsak lyfts ut ur överenskommelsen, handlar förhandlingarna mera om att försöka hitta gemensamma ståndpunkter i aktuella frågor. Det man inte tror kommer att accepteras av den andra parten tas därför rimligen inte upp till diskussion, menar man. Det innebär i sin tur att det sällan blir några allvarliga konflikter vid överläggningarna.

De intervjuade är helt överens om att pengarna numera skall ses som stimulansmedel och inte som något finansiellt stöd till vården, även om man också menar att det nog inte alltid uppfattas så bland sjukvårdshuvudmännen. Generellt anser de intervjuade att överenskommelsen under senare år i större utsträckning lyft fram policyfrågor. En del kopplar samman denna utveckling med ett ökat allmänt intresse hos staten att försöka styra och påverka utvecklingen bland huvudmännen. Den allmänna debatten om problem i sjukvården sätter press på beslutsfattare i hälso- och sjukvården, och Dagmaröverenskommelsen erbjuder i detta sammanhang ansvariga vid Socialdepartementet en kanal ut i vården och en plattform för konkret sjukvårdspolitik.

En vanlig reflektion bland intervjuade är att Dagmaröverläggningarna nog uppfattas som betydelsefulla av nationella aktörer, dvs av politiker och tjänstemän vid respektive förhandlingspart. Ett konkret exempel som man pekar på är att överenskommelsen under senare år

slutförhandlats av politiker och att avvikande meningar vid behandling av Landstingsförbundets styrelse protokollförts. Samtidigt menar man att sjukvårdshuvudmännen förmodligen fäster mindre vikt vid överenskommelsen, men att man trots allt lyssnar till vad man har att säga på nationell nivå i aktuella sjukvårdsfrågor.

Flertalet av de intervjuade poängterar att man inte enbart kan se till själva överenskommelsen vid bedömning av effekterna. Dagmaröverläggningarna erbjuder därutöver en arena för nationellt samtal om önskvärd utveckling i hälso- och sjukvården. Någon av de intervjuade menar att överläggningarna i detta sammanhang fyller samma funktion som t ex den statliga utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Överläggningarna ger också de båda parterna en gemensam referensram kring önskvärd utveckling i vården, vilken kan fungera som utgångspunkt vid återkommande samtal under året i andra frågor.

Överläggningar och spridning av resultaten

Överläggningarna kring Dagarmedlen påverkas till stor del av respektive förhandlingsparts utgångsläge inför förhandlingarna. Det är t.ex. staten via Socialdepartementet som har ett avgörande inflytande över hur pengarna skall användas, även om de ägs av sjukvårdshuvudmännen. Ett annat viktigt utgångsläge är att beslut om total ersättning fattas (av Riksdagen) innan förhandlingar om själva innehållet i överenskommelsen och fördelningen av Dagarmedlen mellan huvudmännen påbörjas. Landstingsförbundet kan således inte påverka de totala Dagarmedlens storlek inom ramen för överläggningarna.

Det är tjänstemän vid Socialdepartementet som initierar överläggningarna genom att man tar utgångspunkt i vad som hänt sedan senaste överenskommelsen och bedömer vilka frågor som nu kan vara lämpliga att aktualisera. Under denna behandling tas också underhandskontakt med tjänstemän vid Landstingsförbundet. Efter utarbetande av tjänstemannaförslag presenteras detta av respektive tjänstemän för departementsledning och Landstingsförbundets styrelse. Vad gäller processen på den statliga sidan inhämtas synpunkter på förslaget även från tjänstemän vid bl.a. Inrikes- och Finansdepartementet. Inom Landstingsförbundet genomförs ett ganska omfattande arbete med att informera om överenskommelsen och dess komponenter, parallellt med att överläggningarna pågår. Framför allt tas sådan information upp vid de regelbundna möten med landstingspolitiker och högre tjänstemän som Landstingsförbundet arrangerar. Det har också förekommit att synpunkter insamlats mera systematiskt genom enkät. I huvudsak sker

förhandlingarna på tjänstemannanivå, med regelbunden avrapportering till politiska grupperingar. I slutskedet har Landstingsförbundet under senare år tillsatt en politisk förhandlingsgrupp som överlagt direkt med ansvarig minister.

Information till sjukvårdshuvudmännen om färdig överenskommelse sprids i första hand av Landstingsförbundet genom olika cirkulär och vid regelbundna möten. Sett till den allra senaste överenskommelsen har man också initierat nätverksgrupper som anknyter till de olika komponenterna i Dagmaröverenskommelsen och som huvudmännen kan ansluta sig till. Staten har å sin sida att översätta färdig Dagmaröverenskommelse till regleringsbrev för de myndigheter och huvudmän som berörs av olika komponenter. Formellt sett är det dessa regleringsbrev, och inte själva Dagmaröverenskommelsen, som har en styrande funktion. I samband med översättningen tillkommer administrativa regler för utbetalning av medel.

Uppföljning av överenskommelsens effekter bland sjukvårdshuvudmännen betecknas av de intervjuade själva som tämligen svag. Departementets egen uppföljning är i huvudsak koncentrerad till en administrativ sakkontroll som följer regleringsbreven. Därutöver kan tillkomma vissa punktinsatser. Flertalet av de intervjuade, både vid departement och Landstingsförbund, påtalar att flera komponenter i de senare Dagmaröverenskommelserna är svåra att utvärdera eftersom de anknyter till en generell utveckling. Det blir då mycket svårt att försöka bedöma Dagmaröverenskommelsens bidrag till utvecklingen i stort. Ett problem i sammanhanget, som förs fram av flera intervjuade, är att det till stora delar är oklart vilken trovärdighet överenskommelsen egentligen har bland huvudmännen. Staten (och även Landstingsförbundet) är till stor del utlämnade åt huvudmännens goda vilja att genomföra överenskommelsens intentioner; inte minst då Landstingsförbundets möjligheter att styra sina medlemmar är begränsade. Oklarhet i trovärdighet gäller i synnerhet de komponenter där utgående medel inte är villkorade.

Dagmars betydelse för staten och Landstingsförbundet

En samlad bedömning av vårt intervjumaterial visar att Dagmaröverenskommelsen uppfattas som betydelsefull bland tjänstemän på nationell nivå. I regel gör de intervjuade bedömningen att överläggningarna är viktiga för i synnerhet staten men även för Landstingsförbundet. Sett till *statens perspektiv* kan noteras att Dagmaröverläggningarna är en av de få kanaler direkt ut i vården som Socialdepartementet har tillgång till. Detta ger också ansvarig minister en

möjlighet att konkret bemöta alla de frågor som ställs om problem och utvecklingslinjer i hälso- och sjukvården, bl.a. från Riksdagens ledamöter. Överenskommelsen erbjuder en förhållandevis enkel och flexibel möjlighet att försöka påverka vårdens utveckling i önskvärd riktning. Att lagstifta med ambitionen att komma tillrätta med problem eller få till stånd en önskvärd utveckling är inte alltid ett relevant alternativ och ställer dessutom helt andra formella krav.

Det står också klart från våra intervjuer att Dagmaröverläggningarna är betydelsefulla sett utifrån *Landstingsförbundets perspektiv*. För det första ger överläggningarna Landstingsförbundet möjlighet att verka för att Dagarmedlen används på sätt som överensstämmer med (Landstingsförbundets uppfattning om) sjukvårdshuvudmännens egna prioriteringar av aktuella problem och önskvärd utveckling. Mera konkret kan man också hävda att överläggningarna ger Landstingsförbundet ett större inflytande över åtminstone några av de nationella institutens verksamheter. Det kan också finnas andra skäl till att överläggningarna uppfattas som betydelsefulla sett utifrån Landstingsförbundets perspektiv, skäl som har att göra med att förhandlingarna ger förbundet en formellt viktig position. Landstingsförbundet har att förhandla med staten å huvudmännens vägnar och därefter att sprida resultaten av dessa överläggningar bland sina medlemmar. Genom denna position erhålls värdefull information om skilda parter (dvs statens respektive enskilda huvudmäns) syn på prioriterade frågor och hur dessa skall behandlas, och Landstingsförbundet upparbetar dessutom betydelsefulla kontakter.

4.4 Sjukvårdshuvudmännens perspektiv

En slutsats från avsnitt 3 är att Dagmaröverläggningarna är en viktig arena för förhandlingar mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet. Även resultatet av dessa överläggningar – fördelningen av Dagarmedel – framstår som en betydelsefull markering av vilken utveckling i vården man önskar sett utifrån nationell nivå. Samtidigt kan konstateras att överenskommelsen inte utgör något egentligt kontrakt. Landstingsförbundet förbinder sig att rekommendera sina medlemmar att följa överenskommelsen, men även i de fall huvudmännen väljer att anta överenskommelsen kan man inte garantera en följsamhet.

En intressant fråga är därmed i vilken mån Dagmaröverenskommelsen verkligen påverkar sjukvårdens utveckling och i så fall på vilket sätt. Det är denna fråga som behandlas i detta kapitel. Material hämtas från sammanlagt 29 intervjuer med centrala politiker och tjänstemän

bland åtta sjukvårdshuvudmän (se bilaga B). Vid intervjutillfällena har ställts frågor om på vilket sätt Dagmaröverenskommelsen påverkat huvudmännens egna beslutsprocesser och i vilken utsträckning skilda komponenter inom ramen för överenskommelsen haft några effekter och i så fall vilka. Intervjuerna har utgått från (men inte varit begränsade till) en mall som skickats till respondenterna några dagar före intervjutillfället (se bilaga C).

Vald metod medför begränsningar i möjligheterna att tolka materialet. För det första har inte funnits någon ambition att redovisa kvantitativa resultat. Vi har inte heller kontrollerat de uppgifter som lämnats av respondenter, utöver den kontroll som medges av parallella intervjuer hos samma huvudman. Resonemanget avgränsas därmed till att behandla aktörers subjektiva *uppfattningar* om Dagmaröverenskommelser och hur dessa påverkat verksamheten. Det kan noteras att delvis motstridiga svar ibland lämnades från olika personer i ett och samma landsting. I redovisningen har vi strävat efter att ge rättvisa åt de variationer som förekom i respondenters svar genom att redovisa alternativa resonemang och synpunkter. Samtidigt har funnits en ambition att redovisa ett samlat landstingsperspektiv på de frågor som behandlas, vilket med nödvändighet inneburit att många detaljer skalats bort. Materialet är för litet för att möjliggöra diskussion om skillnader mellan enskilda huvudmän. Däremot förs ett spekulativt resonemang om skilda uppfattningar mellan aktörer hos stora respektive små huvudmän.

Uppfattningar om historiken

De intervjuade har varierande föreställningar om hur Dagmaröverenskommelsen har utvecklats över tiden. De flesta associerar överenskommelsen med en tidigare övergång från statsbidrag baserat på antalet prestationer till statsbidrag efter behovskriterier. Bakgrunden var bl.a. ett missnöje med läkarförsörjningen i olika delar av landet – statsbidrag baserat på antalet prestationer ansågs gynna huvudmän med god läkarförsörjning – samt en ambition att få kontroll över de statliga utgifterna till vårdsektorn. I sammanhanget påtalas vanligen också den generella utvecklingen från en vildvuxen flora av specialdestinerade medel till mera generella statsbidrag, och att Dagmaröverenskommelsen haft en roll i denna utveckling. Samtliga intervjuade är helt klara över att andelen statsbidrag som fördelas via Dagmar minskat. Samtidigt har själva överenskommelsen utvecklats i motsatt riktning och blivit mera innehållsrik, menar man. Många pekar på en tydlig utveckling i denna riktning – mindre pengar och mera ord – särskilt under senare år.

Med tanke på överenskommelsens utveckling är det inte förvånande att de intervjuade framhåller att det egentligen inte är mer än namnet som förenar de senaste överenskommelserna, jämfört med motsvarande under 1980-talet. Det finns också en helt samstämmig bild av att det numera inte finns några politiska skiljelinjer vad gäller överenskommelsen i sig, även om det naturligtvis kan finnas sådana vad gäller innehållet. Det finns inte heller någon uppfattning om att systematiska skiljelinjer skulle råda mellan t ex sjukvårdshuvudmän av olika storlek eller mellan tjänstemän och politiker. Vår egen analys av intervjuresultaten bekräftar till stor del denna uppfattning. Det kan konstateras att den största variationen i uppfattningar om Dagmaröverenskommelsen finns mellan olika individer, snarare än mellan t.ex. politiker och tjänstemän. Vårt intervjumaterial pekar emellertid på skillnader såtillvida att i synnerhet de större huvudmännen är mera allmänt kritiska till överenskommelsen och denna form av statlig styrning. De mindre huvudmännen förefaller mera lojala mot innehållet i Dagmar; åtminstone vid direkt förfrågan om överenskommelsens betydelse.

Kunskapen om innehållet i överenskommelsen framstår vid direkt fråga som ganska låg. Några säger sig t.ex. inte själva ha läst innehållet i senaste överenskommelsen, utan hänvisar till föredrag eller sammanfattningar utarbetade inom det egna landstinget. Denna bild av en bred okunskap om innehållet i överenskommelsen är delvis missvisande. Samtliga intervjuade har kunskaper om t.ex. vårdgarantin och särskilda ersättningar avsedda för rehabilitering och psykoterapi, och kan dessutom övergripande redogöra för dessa åtgärders effekter i den egna verksamheten. Det innebär att huvudmännen i första hand tycks identifiera Dagmaröverenskommelsen indirekt via dess komponenter. De intervjuade menar själva att detta förmodligen gäller i ännu högre grad bland verksamhetsansvariga.

Medverkan vid överläggningar och spridning av resultaten

Enligt intervjuresultaten förefaller sjukvårdshuvudmännen tämligen passiva vid överläggningar om Dagarmedel. De intervjuade påtalar att lokala politiker som även är aktiva i t.ex. Landstingsförbundets styrelse eller arbetsutskott ger viss insyn och underhandsinformation. Landstingsförbundet lämnar också information vid de möten man arrangerar för politiker och centrala tjänstemän, men inte utifrån syftet att lokala representanter skall ha möjligheter att påverka förhandlingarna. Av våra intervjuresultat att döma är det inte heller så att man

från huvudmännens sida är särskilt intresserade av sådana möjligheter att påverka överläggningarna.

En vanlig kommentar bland intervjuade är att Dagmaröverenskommelsen blir färdig för sent i förhållande till huvudmännens egen planeringsprocess. 1997 års överenskommelse presenterades t.ex. i slutet av november. Vid den tidpunkten hade huvudmännen själva redan hunnit fatta beslut om de riktlinjer som skall gälla för verksamheten och hur resurserna skall fördelas. Man menar att det åtminstone funnits en potential till större genomslag om överenskommelsen kommit tidigare. I samband med att mål, planer och budgetar upprättas söker man dokument som kan fungera som diskussionsunderlag och stöd för argumentationen. En del aktörer, tydligast i Halland, Kronoberg och Norrbotten, menar att man nu försöker gissa vad som ska komma i Dagmar, och att man sedan får revidera sina planer med utgångspunkt i faktisk överenskommelse. En generell regel verkar vara att man utgår från att samma belopp som under senaste året skall tillfalla den egna verksamheten som Dagmarmedel.

De intervjuade upplever att de vet ganska lite i förväg om vad som skall komma i överenskommelsen. Det gäller både fördelningen av pengar och de komponenter som lyfts fram. Mot bakgrund av det låga intresset för själva överläggningarna är det dock osäkert om denna okunskap beror på brist på förhandsinformation från nationell nivå. Mera konkret har t.ex. både Göteborg och Malmö stad förvånat sig över den omfördelning av Dagmarmedel som skett inför 1997, till dessa sjukvårdshuvudmäns nackdel. Det leder till problem för de båda huvudmännen eftersom budgetar måste revideras. Flertalet pekar också på dålig framförhållning vad gäller avveckling av komponenter inom ramen för överenskommelsen; ett exempel i detta avseende är särskilda medel för psykoterapi.

Av våra intervjuer framgår mycket tydligt att det i första hand är fördelningen av pengar som tilldrar sig störst intresse bland aktörerna. I andra hand studerar man i vilken mån fördelningen av pengar är förbundet med några villkor. Därefter läser man den övriga texten i överenskommelsen. Som regel sprids informationen vidare till förvaltningschefer och politiker på distriktsnivå och motsvarande. I de flesta fall är det cirkulär från Landstingsförbundet som skickas vidare, men t.ex. i Norrbotten sammanställs särskild PM som beskriver huvuddragen i överenskommelsen. Intervjuade menar också att man ibland lånar argument från överenskommelsen vid sammanställning av egna texter om vårdens utveckling. Det finns inga direkta krav från central ledningsnivå att informationen till distriktsnivån och motsvarande skall spridas vidare till verksamhetsansvariga, och man vet inte heller i vilken mån detta görs. Det förekommer att verksamhetsansvariga ställer

frågor till centrala tjänstemän med utgångspunkt i Dagmaröverenskommelsen, exempelvis att man undrar var pengarna för olika komponenter finns, eller att man hämtar argument med hänvisning till texten. Det allmänna intrycket från våra intervjuer är dock att sådana frågeställningar och sådan argumentation inte är särskilt frekvent förekommande.

Det finns mycket små möjligheter att på verksamhetsnivån identifiera Dagmarmedlen. Samtliga huvudmän fördelar resurser till definierade distrikt eller beställare i klumpsumma. Det finns ingen särskild markering gentemot respektive distrikt/beställare om hur stor andel av denna klumpsumma som avser Dagmarmedel. De intervjuade menar att Dagmarmedlen uppfattas som en intäkt bland andra, vars samlade syfte är att finansiera en löpande verksamhet. Undantag från denna regel är Dagmarmedel förbundna med villkor för utbetalning. Det mest tydliga exemplet, som intervjuade vanligen återkommer till, är Dagmarmedel för rehabilitering. Dessa rehabiliteringspengar fördelas på projekt i samarbete med Försäkringskassan och efter ansökningar från verksamheten. Det innebär också att det finns en direkt koppling mellan verksamhet och Dagmarmedel. Andra exempel där motsvarande sammankoppling har varit möjlig är t.ex. pengar för psykoterapi.

Uppföljning av Dagmaröverenskommelsen bland sjukvårdshuvudmännen bestäms helt av motsvarande ambitioner från den nationella nivån. Av vår studie framgår att denna uppföljning upplevs som svag bland centrala politiker och administratörer. Undantag som intervjuade pekar på är i viss mån en nationell uppföljning av kösituationen (kopplat till vårdgarantin) samt särskilda regler för utbetalning av medel och utvärdering inom rehabiliteringsområdet. Det som huvudmännen själva berörs av är uppföljning av projekt inom rehabiliteringsområdet, som då i huvudsak görs av de verksamhetsansvariga som tilldelats medel.

Har Dagmar någon betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling?

Vid direkt förfrågan menar intervjuade att överenskommelsen förmodligen är viktig för staten och till en del även för Landstingsförbundet, men att betydelsen för den egna verksamheten är högst begränsad. Flertalet menar att den text som följer med Dagmarmedlen – inte minst vad gäller de allra senaste överenskommelserna – kan betraktas som kosmetika och en återspeglning av vad som redan sker bland sjukvårdshuvudmännen. Man menar att överenskommelsen slår in öppna dörrar. Flera påtalar att Dagmar tidigare drev utvecklingen mot kortare vård-

tider och förbättrad rehabilitering, men att denna roll nu är överspelad. Kopplingen mellan text och fördelning av pengar uppfattas som svag eller t.o.m. obefintlig. Denna uppfattning har förstärkts under senare år då texten utvecklats från att vara relativt konkret till att vara mera policyinriktad. En del påtalar det omfattande arbete med utveckling av register, informationssystem m.m. som huvudmännen skulle behöva utföra om överenskommelsen helt togs på allvar. I detta avseende menar man att statens generellt sett begränsade förståelse för implementeringsproblemen är tydlig.

Intervjuades spontana reaktioner enligt ovan ger inte en helt rättvisande bild av Dagmaröverenskommelsens betydelse för sjukvårdens utveckling. Exempelvis menar en handfull av de personer vi intervjuat att Dagmaröverenskommelsen har relativt stor betydelse för de resonemang som förs på lokal nivå, och att överenskommelserna klart påverkar de mål och riktlinjer som gäller för den egna verksamheten. Dessa personer återfinns främst bland de mindre huvudmännen i vårt urval, vilket antyder att skillnader i uppfattningar beroende på huvudmannens storlek kan föreligga. Av svar på mera konkreta frågeställningar från de mera kritiska respondenterna, som alltså är i majoritet, nyanseras också bilden av betydelsen av Dagarmedlen och de olika komponenter som omfattas av överenskommelsen.

För det första står klart att Dagarmedlen trots allt uppfattas som ett viktigt (om än marginellt) finansiellt bidrag till huvudmännen. Med tanke på den besvärliga finansiella situation som råder är alla intäkter till verksamheten av betydelse, även de begränsade medel som fördelas via Dagmar. För det andra menar man att den allmänna texten i överenskommelsen eventuellt kan ge ytterligare legitimitet för en bestämd utveckling. Som regel är man intresserad av att lyssna till vad staten har att säga om sjukvårdens utveckling, och Dagmaröverenskommelsen uppfattas som uttryck för detta. De som arbetar med olika sakfrågor på olika nivåer i verksamheten kan också genom överenskommelsen få ytterligare argument att tala för sin sak. Mot denna bakgrund är det möjligt att överenskommelsen kan skynda på utvecklingen i viss riktning och att man i viss mån får större likhet mellan sjukvårdshuvudmännen vad gäller utvecklingsinsatserna. Samtidigt påtalar intervjuade att staten då inte styr mot någon ny inriktning; huvudmännen har möjlighet att ta till sig det resonemang i överenskommelsen som passar den egna strategin.

Huvudintrycket från våra intervjuer är att sjukvårdshuvudmännen fäster ganska liten betydelse vid överenskommelsen. Det betyder emellertid inte att man ogillar resonemanget i texten. Tvärtom kan konstateras att flera av de intervjuade sympatiserar med de tankar som presenteras i t.ex. 1997 års överenskommelse. Samtidigt noterar man

att årets överenskommelse inte är särskilt kontroversiell. Vid fråga om vilka konkreta effekter man tror överenskommelsen får är de flesta skeptiska; man menar att utvecklingen redan är på gång och att bidraget från Dagmaröverenskommelsen knappast är möjligt att utvärdera. Man poängterar också att i takt med krympande resurser har den löpande driften högsta prioritet. Frågor kring besparingar och strukturomvandling är klart överordnade implementering av olika komponenter i Dagmar.

Vid följdfrågor kring de komponenter som ingår i överenskommelsen nyanseras bilden av Dagmars effekter ytterligare. Vid direkt fråga om vilka komponenter inom ramen för Dagmar som gett effekter på den egna verksamheten nämns vanligtvis vårdgarantin, rehabiliteringsprojekt samt pengar för satsningar inom psykoterapi. Faktorer som man menar bidragit till att just dessa komponenter fått genomslag är att de varit konkreta och vardagsnära, att det funnits en direkt koppling mellan verksamhet och pengar respektive uppföljningskrav samt att det funnits konsensus mellan nationell och huvudmannanivå om att frågeställningarna varit viktiga. De flesta talar också i positiva ordalag om effekterna av dessa komponenter.

Det finns emellertid också dem som är mer kritiska mot styrningen och effekterna av nämnda komponenter. En vanlig kommentar är t.ex. att öronmärkta pengar är förbundna med omfattande regelverk som gör dem administrativt betungande för sjukvårdshuvudmännen. Inom rehabiliteringsområdet finns t.ex. bland huvudmännen vanligen särskilt ansvariga för övergripande projektkoordination. De som menar att resultaten inte alltid varit så lyckade påtalar att det ibland brister i samsynen mellan nationell och lokal nivå, vad gäller väsentliga problem som bör prioriteras och även hur dessa skall lösas. Dagmaröverenskommelsen, som baseras på ett nationellt perspektiv på sjukvårdens utveckling, påverkar via riktade medel verksamhetens karaktär på ett sätt som innebär att denna inte helt överensstämmer med prioriteringar och problem sett utifrån det lokala perspektivet. Dagmar skapar alltså verksamheter lokalt som annars inte skulle prioriterats.

Det är i sammanhanget intressant att även notera vilka komponenter som inte nämns av de intervjuade på frågan om vilka komponenter som påverkat verksamheten. Exempelvis är det inte någon aktör, vare sig som representant för huvudmännen eller den nationella nivån, som alls har nämnt de finansiellt relativt stora särskilda ersättningarna i Dagmar under 1980-talet; ersättning för utveckling mot ökad hemsjukvård, utveckling mot öppna vårdformer inom psykiatri, förebyggande insatser samt för hjälpmedel för handikappade. Dessa komponenter saknar också flera av de faktorer som nämns som orsak till genomslag i verksamheten.

En del av de intervjuade menar att de specialdestinerade bidragen i alltför stor utsträckning styr upp vilka lösningar som introduceras; frihetsgraderna för huvudmännen att själva utveckla alternativ reduceras. Det innebär i sin tur att riktade Dagmarmedel inte alltid stimulerar till den förnyelse i egen verksamhet som avses. Flertalet intervjuade är också osäkra på den långsiktiga effekten av öronmärkta pengar inom ramen för Dagmar. Man känner väl till att medlen är avsedda som ett stimulansbidrag, men menar att öronmärkta Dagmarmedel i praktiken ändå uppfattas som en reguljär finansiering av särskild verksamhet. Faktorer som bidrar till denna uppfattning är enligt flertalet intervjuade att projektverksamheten i regel pågår under lång tid och utan närmare besked om hur länge verksamheten ska fortgå.

Framförhållningen när öronmärkta bidrag lyfts ut uppfattas som dålig bland de intervjuade. Det kan också leda till osäkerhet vad gäller verksamheternas fortsatta existens. När Dagmarmedlen försvinner hamnar berörda verksamheter i ett mycket mer utsatt läge. I praktiken handlar det om att man skall prioritera en fortsatt verksamhet utan särskilda Dagmarmedel framför annan reguljär verksamhet. Många pekar på att de verksamheter som finansierats via Dagmar i denna situation kan bli bortprioriterade; men lika många menar att så nog ändå inte blir fallet eftersom flertalet verksamheter fungerar väl. Mera konkret pekar en del huvudmän på att man nu påbörjat en systematisk översikt av de privata aktörer som i regel svarat för psykoteraipjänster, eftersom Dagmarmedel för denna verksamhet upphört. Flera menar att de själva bär ansvaret för dålig långsiktighet i projektstyrningen; man har inte varit tillräckligt tydliga ut mot verksamheten om att Dagmarmedlen varit en tillfällig finansieringslösning.

Sammanfattningsvis menar intervjuade vid direkt fråga att Dagmaröverenskommelsen har liten påverkan på den egna verksamheten. Samtidigt kan konstateras utifrån svar på följdfrågor att enskilda komponenter – i första hand vårdgarantin samt rehabiliterings- respektive psykoteraipengar – haft tydliga konsekvenser för verksamhetens uppbyggnad. Det är alltså i de delar av Dagmaröverenskommelsen där det finns tydliga krav på huvudmännen, och en koppling mellan pengar och verksamhet, som en effekt på verksamheten kan påvisas. Vad gäller överenskommelsen i övrigt är påverkan och konsekvenser för sjukvårdens utveckling mycket oklar. Många av dem som intervjuats menar att själva forumet, dialogen mellan i första hand Socialdepartement och Landstingsförbund, kanske är viktigare än resultatet i form av den text som presenteras i Dagmar. Det är därför svårt, menar man, att uppskatta det sammanlagda värdet av överläggningarna.

4.5 Statlig styrning enligt sjukvårdshuvudmännen

Utifrån redovisningen i avsnitt 4 kan konstateras att Dagmaröverenskommelsen har ganska liten betydelse för verksamheten som helhet, sett till de allra flesta intervjuades uppfattningar. Det faktum att Dagmaröverenskommelser inte nämnvärt tycks påverka huvudmännens egna beslutsprocesser ger också stöd för en sådan slutsats. Samtidigt är det tydligt att enskilda komponenter i Dagmar har haft mycket konkreta effekter; nya verksamheter och projekt har etablerats som annars inte skulle ha initierats. Vid intervjuer med centrala politiker och tjänstemän hos huvudmännen har även behandlats frågor om vilka statliga åtgärder som tydligast påverkat verksamheten under senare tid och hur staten mera generellt bör styra sjukvården i framtiden. Resultat från denna, mera framtidsinriktade del av intervjuerna redovisas i detta avsnitt.

Inledningsvis beskrivs de statliga åtgärder som respondenterna menar haft störst inverkan på verksamheten, sett till den senaste tioårsperioden. Därefter diskuteras villkor och förutsättningar för en effektivare Dagmaröverenskommelse. Utgångspunkten är intervjuades uppfattningar om på vilket sätt styrningen via en bibehållen Dagmaröverenskommelse kan förbättras. Avslutningsvis redovisas mera allmänt respondenternas syn på vad staten bör göra i sjukvården.

Statlig styrning under 1990-talet

Den styrning som förmedlas via Dagmaröverenskommelsen har relativt liten betydelse i jämförelse med effekter till följd av flertalet andra statliga åtgärder, menar de intervjuade. Vad gäller senaste tioårsperioden är det framför allt genom ändrad lagstiftning och ändrade ekonomiska villkor som staten påverkat verksamheten bland sjukvårdshuvudmännen. Skattestopp, ändrade regler för skatteutjämning och balanskrav för kommuner och landsting har tillsammans med Ädel-reform, husläkarlag, överföring av kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård m.m. haft långt större konsekvenser än Dagmaröverläggningarna. En del menar att vårdgarantin var ett undantag som åtminstone kan jämföras med dessa andra statliga åtgärder.

Många uppfattar att frihetsgraderna för sjukvårdshuvudmännen minskat under 1990-talet. Faktorer som verkat i denna riktning är bl.a. åtgärder som påverkat de ekonomiska förutsättningarna, bl.a. kravet på balans i ekonomin inför det 21:a århundradet. Andra exempel på minskade frihetsgrader är att fler bidrag inom ramen för bl.a. Dagmar

kopplas samman med särskilda villkor. Flertalet uppfattar det också som att staten söker nya sätt att påverka utvecklingen i sjukvården. Trots denna utveckling uppfattar de allra flesta staten som relativt svag i sin styrning av sjukvården. Utöver lagstiftning och ändrade ekonomiska villkor upplever man inte att staten är särskilt närvarande vad gäller inflytande över hur verksamheten skall utvecklas.

Vid våra intervjuer har även uppfattningar om centrala nationella institut behandlats. Sådana har i ökad utsträckning finansierats inom ramen för Dagmarmedlen under 1990-talet. Det gäller Socialstyrelsen och Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) som statliga myndigheter samt utredningsinstitutet Spri som till hälften ägs av staten. De intervjuade har ombetts lämna synpunkter på hur man påverkas av dessa instituts verksamhet och hur man uppfattar deras olika roller. En annan fråga har gällt vilka förändringar man skulle vilja se i framtiden. Generellt sett menar flertalet intervjuade att arbets- och rollfördelningen mellan nämnda institut delvis är oklar. Man menar att det finns en överlappning mellan verksamheterna.

Vad gäller påverkan på verksamheten skall inledningsvis noteras att vi enbart intervjuat ett fåtal aktörer på central administrativ och politisk nivå bland huvudmännen. För att erhålla en rättvisande bild av de nationella instituten bör naturligtvis också andra, däribland verksamhetsansvariga, tillfrågas. Sett utifrån centrala politikernas och administratörernas perspektiv är det enligt vårt intervjumaterial framför allt Socialstyrelsen och SBU som påverkar verksamheten. Vad gäller *Socialstyrelsen* pekar intervjuade i första hand på nedslagen bland akutmottagningar och den regionaliserade verksamheten vid fråga om på vilket sätt myndighetens agerande märks mest. En del menar att Socialstyrelsen successivt intagit en mera aktiv roll under 1990-talet, andra menar att de inte uppfattar någon skillnad i detta avseende. Socialstyrelsens roll uppfattas som viktig, men flera av de intervjuade har också synpunkter (av varierande slag) på hur verksamheten kan förbättras. *SBU* uppfattas generellt som professionella och beskrivs vanligen i positiva ordalag. De intervjuade är dock oklara över vilket inflytande SBU:s rapporter får; en del beskriver rapporterna som "hyllvärmare" och de flesta påpekar att rapporterna får alldeles för dåligt genomslag. Några menar att den påbörjade regionaliseringen med "SBU-ambassadörer" i verksamheten är positiv och kan bidra till ytterligare genomslag för projektresultaten. *Spris* roll uppfattas av de flesta som oklar. De intervjuade menar att verksamheten numera inte alls motsvarar den centrala position Spri hade under de årtionden när hälso- och sjukvården expanderade.

Vad gäller kommentarer från intervjuade om de nationella institutens framtid menar en klar majoritet att ett litet land som Sverige behö-

ver nationell kraftsamling inom valda områden. De nationella instituten behövs, menar man, och då även vid en fortsatt utveckling mot färre sjukvårdshuvudmän med förbättrad egen kompetens och utredningskapacitet. Tankarna om på vilket konkret sätt de nationella instituten bör utvecklas varierar. En del menar att tillsynsmyndigheten bör tillhöra staten, men att sjukvårdshuvudmännen bör ha ett avgörande inflytande vad gäller andra nationella institut. En del menar att man bör satsa mer resurser på de nationella instituten, exempelvis via Dagmarmedel, andra tycker man ska satsa mindre. Några menar att primärkommunerna nu bör vara med och betala för verksamheten, eftersom man blivit en viktig aktör inom hälso- och sjukvården. Utöver dessa variationer finns också synpunkter som återkommer vid flertalet av våra intervjuer. Det gäller t.ex. att den regionalisering som skett inom Socialstyrelsen och som inletts av SBU uppfattas som positiv. Andra synpunkter som återkommer är betydelsen av tydliga roller, att man satsar på kvalitet samt ägnar mer tid åt uppföljning och utvärdering. Flera intervjuade konstaterar också att de nationella instituten inte hinner med att driva den snabba utvecklingen bland huvudmännen.

Villkor och förutsättningar för effektivare Dagmar

Vid intervjuer har aktörer tillfrågats om vilka villkor och förutsättningar som bör vara uppfyllda för att Dagmaröverenskommelsen skall få effekt på verksamheten. Den bakomliggande frågan är på vilket sätt Dagmar kan förändras så att effektiviteten givet denna form av statlig styrning förbättras. Inledningsvis kan noteras att en majoritet av de intervjuade tycker det är ganska bekvämt att slippa "klåfingrighet" från staten och mera specifikt villkor för utbetalning av Dagmarmedel; man förordar i allmänhet en övergång till mera generella statsbidrag. Samtidigt har man viss förståelse för statens agerande med öronmärkning av pengar, bl.a. eftersom det kan ge tydliga effekter på verksamheten.

Flertalet synpunkter och kommentarer från intervjuade handlar om att den *process* som leder fram till fördelning av Dagmarmedel kan förbättras. För det första presenteras Dagmaröverenskommelsen förhållandevis sent med tanke på sjukvårdshuvudmännens eget planerings- och budgetarbete. En vanlig synpunkt från intervjuade är att Dagmar skulle kunna få större betydelse om överenskommelsen blev klar tidigare. I samband med upprättande av målbeskrivningar, planer och budgetar under perioden augusti-oktober letar man aktivt efter dokument som kan utgöra utgångspunkt för diskussioner. Flera intervjuade framhåller att man nu får gissa sig till vad som skall komma i Dagmar, både vad gäller fördelning av pengar och överenskom-

melsens innehåll. En liknande kommentar är att det är för mycket tillfälliga lösningar och brist på långsiktighet i överenskommelsen. Några intervjuade framhåller att det vore önskvärt med längre överenskommelser, som omfattade t.ex. 3–5 år.

Sjukvårdshuvudmännen tycks inte särskilt intresserade av större medverkan vid överläggningarna mellan stat och Landstingsförbund. Det är åtminstone huvudintrycket från våra intervjuer. En förklaring bakom detta låga intresse kan vara de blygsamma belopp som fördelas till huvudmännen genom Dagmar. Betydelsen av Dagmaröverenskommelsen sett till verksamhetens utveckling i stort uppfattas dessutom som begränsad. Vid en övergång till fastare överenskommelser eller rent av bindande kontrakt för enskilda huvudmän hade man förmodligen intresserat sig mer för överläggningarna, menar intervjuade. Få ser dock positivt på en sådan utveckling. Man påtalar också de praktiska problem som skulle uppstå om varje enskild huvudman t.ex. skulle begära egna överläggningar med staten. Om Dagmaröverenskommelsen skulle utvecklas i riktning mot regelrätta kontrakt hade också uppkommit helt andra krav på koppling mellan de pengar som fördelas och de krav som ställs. Dessa krav skulle förmodligen resultera i en överenskommelse som var betydligt mindre policyinriktad jämfört med 1997 års Dagmar, menar man.

Vad gäller *innehållet* i Dagmar efterlyser flera intervjuade en koncentration till färre komponenter. En sådan utveckling är naturlig, menar man, mot bakgrund av att det numera inte är så mycket pengar som fördelas. En koncentration skulle också skapa bättre översikt vad gäller innehållet i överenskommelsen, som därmed skulle bli enklare att kommunicera till andra. Nuvarande Dagmar blandar stort och smått vilket är pedagogiskt olämpligt, menar man. Vad gäller utformning av enskilda komponenter hänvisar intervjuade till tidigare erfarenheter. Faktorer som beskrivs av de intervjuade som villkor/förutsättningar för att komponent i Dagmar skall få effekt är att:

- den frågeställning som berörs har stor aktualitet;
- det finns en samsyn mellan nationell och huvudmannanivå om frågans betydelse;
- frågan anknyter till ett "tryck" från patienter och befolkning;
- frågeställning och lösning skall vara konkret, tydlig och enkel att kommunicera;
- det skall vara möjligt att mäta resultat och uppföljning skall ske;
- det skall finnas tydlig koppling mellan komponent och fördelning av pengar.

Exempel på komponenter i Dagmar där flertalet av ovanstående villkor samverkade var enligt intervjuade vårdgarantin och rehabilite-

ringspengarna. Båda dessa komponenter utgick från frågor med stor aktualitet och det fanns en samsyn mellan nationell och regional nivå vad gällde frågornas betydelse. Båda komponenterna anknöt också till patienternas ställning och man fick härigenom draghjälp av massmedia. Vidare formulerades konkreta krav där pengar och verksamhet kopplades samman samt att resultaten följs upp. Vad gäller projekt inom rehabiliteringsområdet var huvudmännen också skyldiga att upprätta lokala överenskommelser med Försäkringskassan, vilket bidrog till att verksamheter kom igång.

Sammanfattningsvis kan således sägas att Dagarmedlen får tydligast effekter om ingående komponenter kan få draghjälp av andra incitament än de som ingår i själva överenskommelsen. Det gäller inte minst incitament i form av krav från patienter och befolkning som kanaliseras via media. Därutöver förefaller det också som om komponenterna bör utformas på sätt som sjukvårdshuvudmännen gillar minst, dvs med tydliga krav och villkor samt med uppföljning av resultaten. Även om en förändring i denna riktning skulle kunna förbättra effekterna av Dagmaröverenskommelsen är det emellertid långt ifrån säkert att en sådan strategi för statlig styrning är den mest effektiva. Sett till majoriteten av de administratörer och politiker vi intervjuat är det inte heller en sådan utveckling av Dagmar som huvudmännen själva önskar sig.

Vad bör staten (inte) göra?

Vid fråga om hur staten bör agera i sjukvården, respektive hur man inte bör agera, varierar svaren bland de intervjuade. De allra flesta förefaller eniga om att nationella mål kommer att vara viktiga också i framtiden – oavsett svenskt medlemskap i EU och framväxten av storlandsting – och då inte minst målet om vård på lika villkor. Många av de intervjuade efterlyser också större tydlighet i den statliga styrningen såtillvida att denna koncentreras till färre uppgifter och sker efter uttalade principer. En klar majoritet har t.ex. uppfattningen att frågor kring löpande drift snarast bör decentraliseras ytterligare. I detta sammanhang bör staten också visa större respekt för problem vid implementeringen av nya lösningar; flertalet menar att det brister på denna punkt. Det tycks även finnas en bred enighet om att staten bör satsa mer på uppföljning av hur verksamheten i olika regioner utvecklas i förhållande till nationella mål.

I övrigt går dock meningarna om hur staten bör styra sjukvården isär. Det gäller även i frågor om på vilket sätt samhällsutvecklingen i stort kommer att påverka förutsättningarna för statlig styrning. Motsva-

rande variation i svaren uppkommer vid mera konkreta frågor om huruvida staten bör ha större inflytande vid t.ex. beslut om sjukhusstrukturer och högspecialiserad vård, även om en klar majoritet är av uppfattningen att strukturfrågorna i mycket hög grad är och skall vara ett regionalt/lokalt ansvar. Det går dock att urskilja ett mönster i de svar som erhållits från respondenter. Detta mönster hänger enligt vår egen tolkning av intervjumaterialet i sin tur samman med att de intervjuade (implicit) tilldelar staten olika roller. Synpunkter på vilken roll staten skall inta i sin styrning av sjukvården kan i sin tur kopplas samman med respondenternas tankar om hur Dagmaröverenskommelsen bör utformas.

Även om de allra flesta menar att nationella mål för sjukvården kommer att bli viktiga också i framtiden, hävdar flertalet att det kommer att bli svårare att få genomslag för den nationella politiken. En viktig bidragande faktor är den pågående utvecklingen mot större och starkare regioner, men även samhällsutvecklingen mot mera decentraliserade strukturer i största allmänhet påtalas. Flera av de intervjuade menar att statens roll i takt med denna utveckling kommer att begränsas; *staten blir en garant för att grundläggande krav efterlevs*. Statens uppgifter blir i första hand att fatta beslut om minimikrav på verksamheten – baserat på nationella mål – och i andra hand att följa och utvärdera verksamheten givet dessa krav. Uppgifterna att fastställa nationella mål, minimikrav samt följa och utvärdera verksamheten kan ske utan koppling till de statliga bidragen, menar man, som med fördel kan klumpas samman i en enda pott. Utvecklingen kommer inte enbart ha betydelse för möjligheterna att driva nationell politik i sjukvården, utan kommer också att ställa nya krav på de nationella instituten och även på Landstingsförbundet.

Det kan noteras att det i första hand, men inte enbart, är representanter från Stockholm, Skåne och Göteborg som uttalar en syn på vad staten bör göra enligt ovanstående. Bland nämnda huvudmän, men företrädesvis bland de mindre huvudmännen i vårt urval, finns emellertid även aktörer som i sina svar ger uttryck för en mera aktiv syn på statens roll. Enligt vår tolkning av intervjumaterialet kan två sådana mera aktiva roller för vad staten bör göra identifieras. Till stor del förklaras variationerna i denna del av skilda uppfattningar – såväl mellan intervjuade politiker som administratörer – om i vilken grad huvudmännen självmant förmår uppnå en effektiv verksamhet även i de fall en sådan utveckling t.ex. kräver obekväma beslut. En del hävdar att staten kan ge huvudmännen förtroende i detta avseende; andra hävdar att så inte är fallet.

I det förra fallet – huvudmännen förmår självmant uppnå en effektiv verksamhet – blir *staten en hjälpende hand*. Statens uppgift blir att ta

fram och sprida relevant kunskap för användning hos huvudmännen. Vad gäller Dagmar kan fördelningen av pengar enligt detta synsätt skiljas från själva överenskommelsen. Dagarmedlen kan föras till det generella statsbidraget och själva överenskommelsen kan utvecklas vidare inom nuvarande ramar, men utan någon koppling till särskild resursfördelning från statens sida. Man hävdar att huvudmännen ändå kommer att lyssna till budskapet i texten och beakta detta vid fortsatt utveckling av den egna verksamheten. Eventuellt kan nuvarande former för samlade överläggningar överges helt. Flera av de intervjuade ger uttryck för en sådan syn, och menar att förhandlingar om nationella mål och en gemensam syn på den framtida utvecklingen inom olika områden ändå kommer att ske mellan berörda parter.

I det senare fallet – huvudmännen förmår inte på egen hand uppnå en effektiv verksamhet – blir *staten en direkt styrande instans*. Enligt detta synsätt bör staten direkt intervensera och försöka påverka verksamhet och beslut bland sjukvårdshuvudmännen, t.ex. genom att sjukvården inte tilldelas några pengar villkorslöst; så inte heller Dagmar-medel. Man menar att det är meningslöst att fördela pengar till huvudmännen utan medföljande krav och villkor, och tro att det ska ge några effekter på verksamheten. Nuvarande Dagmaröverenskommelse, och även den statliga styrningen generellt, uppfattas som kraftlös. För en effektivare styrning krävs mera krav och uppföljning med tydlig markering att man inte enbart litat till sjukvårdshuvudmännens egen goda vilja.

En övergripande tolkning av intervjumaterialet ger som resultat att få aktörer bland huvudmännen vill tilldela staten en roll som direkt styrande instans; åtminstone enligt definitionen ovan. De flesta, inte minst bland de stora huvudmännen, vill se staten som garant för att vissa minimikrav efterlevs. Flertalet, inte minst bland de mindre sjukvårdshuvudmännen, ser helst att staten intar rollen av hjälpande hand. Det skall noteras att denna indelning baseras på en grov klassificering av materialet i kategorier konstruerade av oss själva; ingen av de intervjuade aktörerna har själva fått välja mellan de olika statliga rollerna. För att ytterligare belysa skillnader mellan huvudmän krävs ett större och mera strukturerat empiriskt material än det som redovisas i föreliggande rapport. Det skall också noteras att de olika rollerna inte är varandra uteslutande. Man kan mycket väl tänka sig att staten i ett sammanhang intar en direkt styrande roll, för att i ett annat sammanhang inta en roll som hjälpande hand eller som garant för att vissa minimikrav efterlevs.

4.6 Sammanfattande diskussion

De statsbidrag till hälso- och sjukvården som numera fördelas som Dagmarmedel är relativt blygsamma; 1997 utgjorde de sammanlagt 1 169 Mkr. Det motsvarar ungefär 1 procent av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna. Det är en kraftfull förändring i jämförelse med de förhållandevis stora belopp som fördelades via Dagmaröverenskommelsen under perioden 1985–1993. Som visats i rapporten är det inte enbart den totala ersättningen i Dagmar som förändrats. Under 1990-talet har också skett en utveckling såtillvida att antalet komponenter i överenskommelsen blivit fler, andelen särskilda ersättningar har ökat och överenskommelsen har färdigställts senare under året. Den uppfattning som råder om Dagmar hos intervjuade aktörer – mer ord och mindre pengar – finns det alltså belägg för enligt vår egen dokumentanalys. Med denna utgångspunkt är det också väsentligt att försöka utreda vilka konsekvenser överenskommelsen egentligen har för verksamhet och aktiviteter bland sjukvårdshuvudmännen.

En majoritet av intervjuade politiker och högre tjänstemän bland sjukvårdshuvudmännen menar att Dagmaröverenskommelsen är viktig för staten och till en del även för Landstingsförbundet, men att betydelsen för den egna verksamheten är liten. Överenskommelsen tycks inte heller på något nämnvärt sätt påverka huvudmännens egna beslutsprocesser, vilket ger stöd för en sådan slutsats. Flertalet menar att den text som följer med Dagmarmedlen kan betraktas som en återspeglning av vad som redan sker i sjukvården. Kopplingen mellan text och fördelning av pengar uppfattas som svag eller t.o.m. obefintlig. Denna uppfattning har förstärkts under senare år då texten utvecklats till att vara mera policyinriktad.

Intervjuades spontana reaktioner ger dock inte en helt rättvisande bild av Dagmaröverenskommelsens betydelse. Det skall också noteras att en handfull av de aktörer vi intervjuat menar att Dagmaröverenskommelsen har relativt stor betydelse för de resonemang som förs på lokal nivå, och att överenskommelserna klart påverkar de mål och riktlinjer som gäller för den egna verksamheten. Dessa aktörer återfinns främst bland de mindre huvudmännen i vårt urval. Av svar på mera konkreta frågeställningar från de mera kritiska respondenterna, som alltså är i majoritet, nyanseras också bilden av överenskommelsens betydelse.

För det första är Dagmarmedlen ett viktigt om än marginellt finansiellt bidrag till verksamheten. Med tanke på den besvärliga finansiella situation som råder bland huvudmännen är alla intäkter till verksamheten av betydelse, även de begränsade medel som fördelas via Dagmar. För det andra menar man att den allmänna texten i överenskom-

melsen eventuellt kan ge ytterligare legitimitet för en bestämd utveckling. Som regel är man intresserad av att lyssna till vad staten har att säga om sjukvårdens utveckling, och Dagmaröverenskommelsen uppfattas som uttryck för detta. Det är möjligt att överenskommelsen på detta sätt kan skynda på utvecklingen i viss riktning och att man i viss mån får större likhet mellan sjukvårdshuvudmännen vad gäller utvecklingsinsatserna. Samtidigt påtalar intervjuade att staten då inte styr mot någon ny inriktning; huvudmännen tar till sig det resonemang i överenskommelsen som passar den egna strategin. Ett problem i sammanhanget som intervjuade påtalar är att överenskommelsen kommer för sent och i alltför liten grad präglas av kontinuitet. För det tredje kan konstateras utifrån respondenters svar på följdfrågor att enskilda komponenter – i första hand vårdgarantin samt rehabiliterings- respektive psykoterapipengar – haft tydliga konsekvenser för verksamhetens uppbyggnad.

Det är alltså i de delar av Dagmaröverenskommelsen där det finns specifika krav på huvudmännen, och en koppling mellan pengar och verksamhet, som en konkret effekt på verksamheten kan påvisas. Faktorer som beskrivs av de intervjuade själva som villkor/förutsättningar för att komponent i Dagmar skall få effekt är att:

- den frågeställning som berörs har stor aktualitet;
- det finns en samsyn mellan nationell nivå och huvudmannanivå om frågans betydelse;
- frågan anknyter till ett "tryck" från patienter och befolkning;
- frågeställning och lösning skall vara konkret, tydlig och enkel att kommunicera;
- det skall vara möjligt att mäta resultat och uppföljning skall ske;
- det skall finnas tydlig koppling mellan komponent och fördelning av pengar.

Dagmarmedlen får alltså tydligast effekter om ingående komponenter kan få draghjälp av andra incitament än de som ingår i själva överenskommelsen. Komponenterna bör också utformas på sätt som sjukvårdshuvudmännen gillar minst, dvs. med tydliga krav och villkor samt med uppföljning av resultaten.

Även om en förändring i denna riktning skulle kunna förbättra de konkreta effekterna av Dagmaröverenskommelsen är det långt ifrån säkert att en sådan strategi för statlig styrning är den mest effektiva. Inom ramen för vår studie har vi inte studerat denna fråga närmare. För att fullständigt besvara denna fråga måste hänsyn tas till de administrationskostnader på nationell och regional nivå som överläggningarna och den efterföljande kontrollen ger upphov till. Det ska också noteras att en förändring i nämnd riktning skapar aktiviteter och verksamheter

på regional/lokal nivå som annars inte skulle uppkommit. Detta är förvisso själva poängen, men problem kan uppstå om avvikelserna mellan prioriteringar på nationell och regional/lokal nivå blir för stora. Det kan i sämsta fall leda till uppbyggnad av en "genomsnittsverksamhet" som inte stämmer med vare sig nationella eller lokala önskemål. Då Dagmarmedlen enbart är stimulanspengar finns också risk att projekt omprövas eller t.o.m. helt läggs ned då finansieringen upphör. Även sådana långsiktiga effekter måste beaktas vid en helhetsbedömning av denna form av statlig styrning.

Sett till majoriteten av de administratörer och politiker vi intervjuat är det inte en utveckling av Dagmar enligt ovan som huvudmännen själva önskar sig. En utveckling av Dagmarmedlen i riktning mot mer öronmärkta pengar, fler krav och villkor etc utgår från att staten ges en direkt styrande roll. Få av de aktörer vi intervjuat ger uttryck för önskan om en sådan statlig styrning. De flesta, inte minst bland de större huvudmännen, tycks hellre vilja se staten som garant för att grundläggande krav efterlevs. Flera, särskilt bland de mindre huvudmännen, ser gärna att staten blir en hjälpare inom ramen för den fortsatta utveckling man själv identifierat. Med utgångspunkt i dessa olika roller för staten kan också föras ett resonemang om vad staten bör göra och hur Dagmaröverenskommelsen bör utvecklas. Vår egen tolkning av sambanden baserat på intervjumaterialet redovisas i tabell 2.

Tabell 2: *Statens roll, agerande respektive konsekvenser för Dagmar överenskommelsen.*

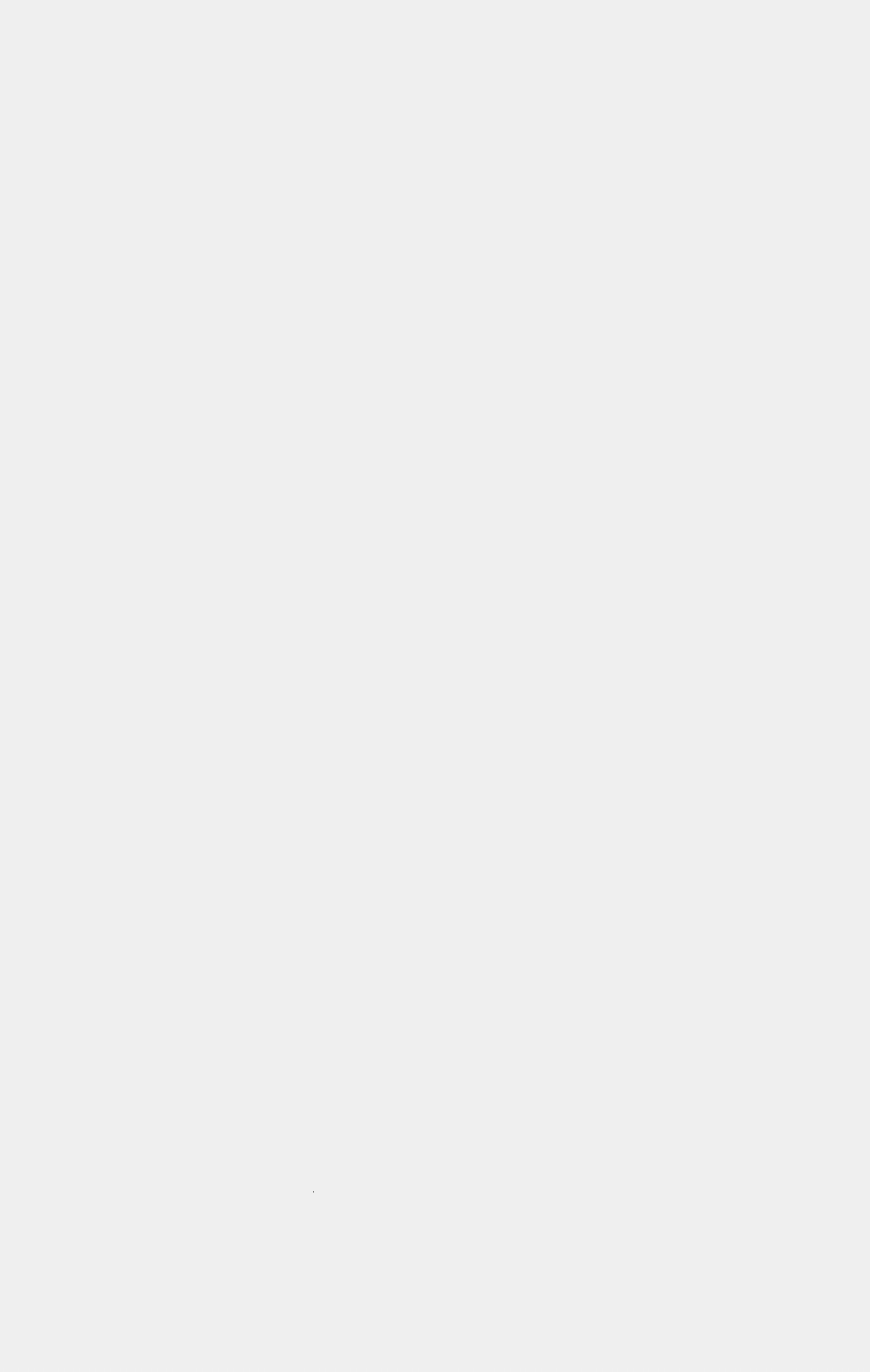
OLIKA ROLLER FÖR STATEN	VAD SKA STATEN GÖRA?	HUR BÖR DAGMAR UTVECKLAS?
<p>Större, starkare regioner och mer decentraliserade strukturer begränsar statens roll.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Staten som garant för efterlevnad av grundläggande krav</p>	<p>Fatta beslut om minimikrav på verksamheten, baserat på nationella mål.</p> <p>Följa och utvärdera verksamheten givet krav.</p>	<p>Pengar kan föras till generellt statsbidrag.</p> <p>Beslut om nationella mål, minimikrav och utvärdering kan ske utan koppling till bidrag.</p>
<p>En mera aktiv statlig styrning fortfarande legitim. Huvudmännen förmår självmant uppnå effektiv verksamhet.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Staten som hjälpare hand</p>	<p>Ta fram och sprida relevant kunskap för användning hos huvudmännen.</p>	<p>Pengar kan föras till generellt statsbidrag.</p> <p>Överenskommelsen utvecklas vidare inom nuvarande eller andra ramar.</p>
<p>Aktiv styrning. Staten kan inte helt lita till huvudmännens egen förmåga.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Staten som direkt styrande instans</p>	<p>Staten bör direkt försöka påverka verksamhet och beslut bland sjukvårdshuvudmännen.</p>	<p>Inga statsbidrag bör fördelas villkorslöst. Uppstramning med mera krav och uppföljning.</p>

Önskemål från sjukvårdshuvudmännen om vad staten bör göra är naturligtvis inte tillräckliga argument för att staten i sin styrning av hälso- och sjukvården faktiskt också skall utvecklas enligt önskemålen. Det finns naturligtvis anledning att förhålla sig kritisk till synpunkter från dem som närmast är berörda av styrningen. Med utgångspunkt i allmängiltiga incitament inom ramen för varje principal-agent relation finns skäl att anta att sjukvårdshuvudmannen (agenten) helst ser att man ensam får fatta beslut om vilka frågor som ska prioriteras och hur problem ska lösas. Statens (principalens) insatser efterfrågas endast i de fall man själv tycker att man inte kan (eller vill) hantera uppkomna problem, t.ex. att man begär mer pengar i en situation med akut ekonomisk kris. De latent konflikter mellan styrande och styrda som blir

konsekvensen av dessa incitament existerar alltid inom en decentraliserad struktur, och påverkar rimligen också de svar som de styrda ger på frågor om lämpliga former för styrning. Detta hindrar nu inte att önskemål bland tongivande aktörer hos sjukvårdshuvudmännen, och inte minst de bedömningar om en fortsatt utveckling mot decentraliserade strukturer och starkare sjukvårdsregioner som de baseras på, är viktiga förutsättningar att beakta vid formulering av framtida strategi för den statliga styrningen.

De olika rollerna för statlig styrning enligt tabell 2 skall enligt vår egen bedömning heller inte tolkas som varandra uteslutande; de är snarast komplementära. Med en nationell hälso- och sjukvårdslag som grund för verksamheten kommer det alltid att finnas behov av statliga interventioner bland huvudmännen för att komma tillrätta med akuta problem, och även för att slå in de dörrar som huvudmännen själva säger är öppna men som kanske i själva verket inte alltid är det. I ett litet land som Sverige kommer det också framgent att finnas anledning till nationell kraftsamling vad gäller exempelvis framtagande av kunskap, vilket ger staten en roll som hjälpande hand. Staten har slutligen sedan länge haft en roll i sjukvården som garant för efterlevnad av grundläggande krav, en roll som snarast måste förstärkas i tider av ekonomisk åtstramning, framväxt av storlandsting och mer decentraliserade strukturer. Det strategiska valet för staten handlar om att kombinera och utforma dessa roller med hänsyn till givna förutsättningar och en viljeyttring om hur svensk hälso- och sjukvård i stort skall styras.

Oavsett val bör staten enligt vår uppfattning tydligt ange i vilken roll man agerar och koppla samman val av styrmedel med denna roll; det gäller även vid eventuell fortsatt styrning inom ramen för Dagmar. En konsekvent användning av en sådan strategi skulle kunna få ganska stora konsekvenser för överläggningarna mellan stat och sjukvårdshuvudmän, och mera specifikt även för uppläggningsen av Dagmaröverenskommelsen. Befintlig överenskommelse har ända sedan tillkomsten snarast varit uppbyggd utifrån den motsatta strategin; staten agerar i olika roller inom ramen för ett och samma styrmedel. Således har t.ex. vårdgaranti (efterlevnad av grundläggande krav) blandats med bidrag till utvecklingsinsatser inom valda områden (hjälpande hand) och krav på uppbyggnad av nya lokala aktiviteter och verksamheter (direkt styrande instans) inom en och samma överenskommelse. Enligt vår bedömning av redovisade intervjuresultat finns anledning att tvivla på om denna strategi varit framgångsrik. Samtidigt skall poängteras att vår studie enbart varit explorativ. Hållbarheten i våra resonemang bör prövas i fortsatta studier där möjligheter ges till insamling av mera omfattande empiriskt material.



BILAGA A: Innehållet i Dagmaröverenskommelserna 1985-1997

I denna bilaga ges en beskrivning av innehållet och ersättningsnivåerna i Dagmar över tiden. Som grund för beskrivningen ligger huvudsakligen Landstingsförbundets cirkulär avseende Dagmar ersättningsåren 1985-1997, dvs. Dagmar I-XI. I Tabell A1 har slutligen samtliga överenskommelser sammanställs avseende innehåll och ersättningar. De olika komponenterna i Dagmar redovisas i Tabell A1 i den ordning som de tillkommit.

Före Dagmar utgick ett antal ersättningar till sjukvårdshuvudmännen och ett direkt statsbidrag för den psykiatriska vården. År 1984 utgick ett allmänt statsbidrag för den psykiatriska vården om 4 300 miljoner kronor och ett särskilt statsbidrag om 142 miljoner kronor; dessa bidrag härstammade från en överenskommelse 1981³; bl.a. skulle det särskilda bidraget som hade ersatt byggnads- och utrustningsanslag fasas ut och utgå till landstingen t.o.m. 1991. Grunden var att landstingen tog över den statliga mentalvården 1967. Sjukförsäkringens ersättningar 1984 utgjordes av ersättning för läkarvård per besök, röntgen- och laboratorieundersökningar per patient, sjukvårdande behandling per besök, preventivmedelsrådgivning m.m. per besök, sjukhusvård per vård dag, samt invånarrelaterade ersättningar för ambulanstransporter, handikaphjälpmedel, förebyggande hälsovård och primärvård samt utveckling av öppna vårdformer inom psykiatri.

I *Dagmar I* som avsåg 1985 och 1986, hade ersättningarna höjts totalt med 240 miljoner kronor per år jämfört med 1984. *Dagmar I* var det första steget mot ett nytt schabloniserat ersättningssystem. De tidigare prestationsbundna ersättningarna ersattes med ett system som grundades på ett enhetligt belopp per invånare; en allmän sjukvårdserättning. För att mildra omfördelningseffekterna tillämpades dock särskilda övergångsregler för 1985 och 1986. Den allmänna sjukvårdserättningen inkluderade vidare medel som tidigare utgått som allmänt statsbidrag till den psykiatriska vården. Den allmänna ersättningen omfattade även privatpraktiserande läkare. Utöver ett nytt ersättningssystem innehöll *Dagmar I* nämligen nya regler för etablering av privatläkare och sjukgymnaster. Samverkan mellan privatpraktiserande vårdgivare och huvudmännen skulle regleras via samverkansavtal för vilka

³ RRV, 1991, Förvaltningsrevisionen utreder Fu 1991;3, Statsbidragen till sjukvården – en analys av Dagmarreformen m.m.

villkoren skulle förhandlas mellan Landstingsförbundet och Läkarförbundet. På detta sätt fick huvudmännen kontroll över etableringarna av privatpraktiker. De offentligt anställda läkarna som bedrev fritidspraktik skulle inte få stå kvar i försäkringssystemet. En praktisk konsekvens av samverkan var att den allmänna sjukvårdsersättningen som huvudmännen erhöll reducerades med ett belopp som motsvarade den prestationsbaserade ersättning som utgått till privata vårdgivare under föregående år.

Vid sidan av den allmänna sjukvårdsersättningen fanns ett antal särskilda ersättningar; för hemsjukvård, förebyggande insatser, tillhandahållande av hjälpmedel för handikappade, ambulanstransporter samt sjukhusvård. Dessa särskilda ersättningar skulle "underlätta utvecklingen" av verksamheten i enlighet med de övergripande sjukvårdspolitiska målsättningarna. De flesta av dessa särskilda ersättningar utgick emellertid även före introduktionen av Dagmar. Den enda helt nya särskilda ersättningen var för utvecklingen mot utökad hemsjukvård. Utöver ersättningsnivåerna togs regleringen av patientavgifterna upp inom ramen för Dagmar, något som naturligtvis också påverkade huvudmännens finanser. I Dagmar I framgick att huvudmännen fick höja den maximala patientavgiften till visst belopp. Uppföljningsbehovet är något som explicit tas upp i Dagmar I; det angavs att Socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet skulle följa utvecklingen i största allmänhet samt tillsammans med Spri vad gäller primärvårdens utveckling, utvecklingen av förebyggande insatser samt utvecklingen mot öppna vårdformer inom psykiatri.

Dagmar II avseende 1987 var i stort sett utformat som Dagmar I; förändringarna var:

- Den allmänna sjukvårdsersättningen förändrades i vilken nu ingick ersättning för slutenvårdspatienter, compensation till huvudmän som åsamkats inkomstbortfall till följd av att differentierade vårdavgifter inte längre fick tillämpas, ersättning för ambulanstransporter, samt för vård av värnpliktiga, anhållna, häktade och intagna.
- De särskilda ersättningarna för psykiatri och hemsjukvård sammanfördes till ett bidrag; ett särskilt bidrag för avinstitutionalisering.
- I överenskommelsen angavs vidare att parterna var överens om att bedriva utredningsarbete avseende sjukresor (överföring från försäkringskassorna till huvudmännen), socioekonomiska faktorer som fördelningsgrund av allmänna sjukvårdsersättningen (skulle samordnas med förändringar i skatteutjämningen som kunde komma att föreslås) samt avseende anslutningsregler för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster.

I *Dagmar III* som avsåg 1988 och 1989 hade några förändringar skett:

- Fördelningsprinciperna avseende den allmänna sjukvårdsersättningen förändrades för att bättre ta hänsyn till behov. I fördelningen togs hänsyn till vissa socioekonomiska faktorer; skillnader i befolkningens dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensionering samt antalet ensamboende äldre. Huvudmännen delades in i tre olika behovsklasser för vilka ersättningen skilde 50 kronor per invånare mellan klasserna. Förändringen infördes successivt och fullt ut från 1990. Till följd av omläggningen av fördelningsprinciperna gavs en särskild kompensation 1989 till Malmö för anpassning inför omfördelning av den allmänna sjukvårdsersättningen.
- Fr.o.m. 1989 införlivades slutenvårdsbidraget i den allmänna sjukvårdsersättningen.
- Inom ramen för *Dagmar I* hade ett särskilt köbidrag för att öka viss operationskapacitet avseende höftledsoperationer, starroperationer och kranskärloperationer tillkommit och tillämpats andra halvåret 1987; Fr.o.m. 1988 inordnades detta särskilda bidrag i den allmänna sjukvårdsersättningen.

Dagmar IV avseende 1990 innebar inga större förändringar. Nytt var:

- En särskild ersättning för ökad kapacitet och tillgänglighet (*Dagmar 50*). Ersättningen avsåg utredningsarbete och seminarieverksamhet vad gäller köer, långa väntetider och färdigbehandlade patienter som hade identifierats som problemområden.
- En särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet som avsåg att möjliggöra för huvudmännen att öka tillgången på psykoterapeutiska behandlingsresurser, bl.a. genom att kontraktera privata vårdgivare. En förutsättning för ersättningen var att huvudmännen slöt vårdavtal, som skulle godkännas av socialstyrelsen, med privata vårdgivare.
- En särskild ersättning för produktkontrollregister.

Intressant i *Dagmar V* avseende 1991 var att överläggningarna inte ledde till någon samlad överenskommelse; parterna kunde inte enas om den totala ersättningsnivån för 1991 varför staten ensidigt fick fastställa bl.a. storleken på den allmänna sjukvårdsersättningen. Överenskommelsen ser i övrigt lite annorlunda ut än de föregående; överenskommelsen omfattade nio "delöverenskommelser". Förändringarna var:

- I den allmänna sjukvårdsersättningen hade avinstitutionalisering-bidraget, ersättningen för förebyggande åtgärder och hjälpmedel åt handikappade inordnats.
- En särskild ersättning för utvecklingsarbete (bl a fördjupning av *Dagmar 50*).

- En särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser 400 (Dagmar 400). Dagmar 400 infördes med ambitionen att minska väntetiderna för de medicinska delarna av rehabiliteringen. Flaskhalsar för rehabiliterings- och behandlingsarbetet skulle reduceras. En förutsättning för att ersättning skulle betalas ut var att sjukvårdshuvudmännen träffade en överenskommelse med försäkringskassan om hur medlen skulle användas, samt även senast under mars 1992 redovisade resultaten av de vidtagna åtgärderna för kassan.
- En särskild ersättning för handledning av kiropraktorer.
- En särskild ersättning för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland.
- En särskild ersättning för rikssjukvård av HIV-smittade.
- Handikappinstitutet finansierades via särskild ersättning (hade tidigare ingått som del i särskild ersättning för hjälpmedel för handikappade)
- En särskild ersättning för den psykiatriska vården (sista bidraget i utfasningen av statsbidrag för psykiatri).
- Fr.o.m. 1991 ändrades vidare avgiftssystemet; bl.a. avreglerades avgifterna vilket betydde att landstingen själva fick besluta om avgiftsnivåer.

Dagmar VI som avsåg 1992 liknar *Dagmar V*. Förändringarna var:

- Den allmänna sjukvårdsersättningen reducerades med 3 066 miljoner kronor till följd av Ädelreformen.
- Den särskilda ersättningen för produktkontrollregister hade utvecklats och innefattade fr.o.m. 1992 även ersättning för fortsatt arbete med att öka tillgänglighet och kapacitet (fortsättning av *Dagmar 50*), samt ersättning för att förbättra informationsförsörjningen.
- Ett ytterligare led i en förbättrad informationsförsörjning var inrättandet av epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen som skulle syssla med folkhälsofrågor, till vilket en särskild ersättning utgick.

Utöver ersättningarna i *Dagmaröverenskommelserna* utgavs ersättning för sjukresor inklusive luftburna transporter med 1396 miljoner kronor. Fr.o.m. 1992 övertog huvudmännen huvudmannskapet för sjukresorna. I en särskild överenskommelse hösten 1991 enades parterna om storleken på beloppet.

Dagmar VII för 1993 skall ses mot bakgrund av förändringar i statsbidragssystemet för landstingen. År 1993 genomfördes omfattande förändringar i de statliga bidragssystemen till kommuner och landsting

efter förslag från den kommunalekonomiska kommittén SOU 1991:98⁴. För landstingen gjordes dock begränsade förändringar 1993. Skatteutjämningsbidraget behölls i stort sett intakt. Statsbidragen för färdtjänst, omsorger om psykiskt utvecklingsstörda och särskola samt avräkningskatten avskaffades. Under 1993 behölls skatteutjämningsavgiften även om den sänktes och togs bort helt först 1994. Förändringen i skatteutjämningsbidraget innebar en förändring av den allmänna sjukvårdserättningen inom Dagmar:

- Inom socialdepartementets område föreslogs bl a vad gäller bidraget till vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen att en utgiftsram på 6995 miljoner kronor skulle fastställas för år 1993. I propositionen framhölls att utgiftsramen skulle avse bl.a. de ändamål som omfattades av ersättningsbidraget för år 1992. Utgångspunkten vid fastställandet av storleken på den allmänna sjukvårdserättningen var att det belopp som varje sjukvårdshuvudman blev berättigad skulle överstiga summan av de försäkringsersättningar som under föregående år betalats ut av försäkringskassan till de anslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna. Den behovsbaserade fördelningen med tre behovsklasser vad gäller fördelningen av den allmänna sjukvårdserättningen gällde dock fortfarande.

En annan förändring inom Dagmar var:

- Särskild ersättning för sjukresor.

Vad som också togs upp i Dagmar VII var den särskilda överenskommelse som staten och Landstingsförbundet träffade i april 1991 om att en central vårdgaranti skulle införas år 1992. För att underlätta vårdgarantins införande utgick ett särskilt statligt bidrag till sjukvårdshuvudmännen om 500 miljoner kronor år 1992. Parterna konstaterade att erfarenheterna av vårdgarantin var goda. Landstingsförbundet rekommenderade därför huvudmännen riktlinjer för en fortsatt vårdgaranti under år 1993, dock utan att ett särskilt bidrag utgick. Vårdgarantin har således hanterats finansiellt inom ramen för Dagmar men vid sidan av de ordinarie årliga Dagmaröverenskommelserna. Texter och rekommendationer har dock inkluderats i Dagmar.

Dagmar VIII som avsåg 1994 skall ses mot bakgrund av att sjukvårdshuvudmännen övertog kostnadsansvaret för och administrationen av ersättningarna till försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster, och att förändringar i statsbidragssystemet skett. Förändringarna i statsbidragssystemet gick bl.a. ut på att öka den generella

⁴ Inrikesdepartementet, Landstingsförbundet samt Svenska Kommunförbundet, 1996, Nytt utjämningsssystem – en skrift om utjämning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting.

bidragsgivningen och att skatteutjämning skulle ske mellan huvudmän bl.a. utifrån behovskriterier; "Genom att pengarna utgår som generella verksamhetsbidrag utan närmare ändamålsbestämning – 'alla pengar i en påse' – kan kommunerna och landstingen göra prioriteringar av resurserna så att de används på ett effektivt sätt."⁵ Dessa förändringar medförde förändringar av den allmänna sjukvårdsersättningen:

- Eftersom sjukvårdshuvudmännen övertog kostnadsansvaret för ersättningarna till nämnda vårdgivare var det inte längre aktuellt att argumentera för att huvudmännen skulle ersättas med minst det belopp som utbetalats av försäkringskassan under föregående år till de försäkringskasseanslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna; "Eftersom det inte längre finns behov av den allmänna sjukvårdsersättningen och eftersom behovsskillnader på grund av ohälsa m.m. beaktas i strukturkostnadsutjämningen, bör den allmänna sjukvårdsersättningen kunna avvecklas och motsvarande belopp tillföras ett nytt bidrags- och utjämningsystem för landstingen."⁶ Omläggningen av bidragssystemet för landstingen år 1994 och det samtidiga överförandet av det direkta finansieringsansvaret för vården av privatpraktiserande till landstingen innebar således att varken förutsättningar eller behov längre ansågs föreligga att utge en allmän sjukvårdsersättning som skulle överstiga varje huvudmans kostnader för dessa vårdgivare. Det innebar att parterna enades om att en jämfört med tidigare år mindre del av den totala ersättningen skulle utgöras av en allmän sjukvårdsersättning. Fortfarande enligt behovsanpassad modell dock.
- Som ett led i utvecklingen enligt punkten ovan omvandlades fr.o.m. 1 juli 1994 den allmänna sjukvårdsersättningen till ett särskilt bidrag till hälso- och sjukvård. Den allmänna sjukvårdsersättningen betalades ut av försäkringskassan medan det särskilda bidraget utbetalas av Socialstyrelsen.

I *Dagmar IX* som avser 1995 märks några få nyheter ersättningsmässigt jämfört med *Dagmar VIII*:

- Den särskilda ersättningen till Centrum för epidemiologi och social analys överfördes till socialstyrelsens myndighetsanslag.
- En särskild ersättning för att stimulera utvecklingen av rehabilitering av äldre och funktionshindrade (*Dagmar 300*). Socialstyrelsen pekade i 1994 års uppföljning av *Ädel* på vissa brister när det gäller

⁵ SOU 1994:70, Inomkommunal utjämning, Landstingsekonomiska utredningen.

⁶ SOU 1994:70, Inomkommunal utjämning, Landstingsekonomiska utredningen.

rehabiliteringen och ansåg att det bl.a. rådde oklarhet när det gäller ansvarsfördelningen i fråga om rehabilitering.

- En särskild ersättning för att bidra till SBU:s verksamhet och underlätta implementeringen av resultaten.

Ur överenskommelsen framgår vidare att landstingens ökade kostnader till följd av det nya ersättningssystemet för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster inte hade kompenserats fullt ut. Vad gäller vårdgarantin var parterna överens om att gemensamt utreda hur en vårdgaranti successivt kunde utvidgas. I avvaktan på denna utredning angavs att vårdgarantin i nuvarande form skulle bibehållas, dock utan särskilt ekonomiskt stöd. Det framgår dessutom att sjukvårdshuvudmännen skulle bidra med vissa expertinsatser t.ex. vad gäller arbete för Spru och SBU. Parterna var överens om att en del av beloppet för särskilt bidrag till hälso- och sjukvård skulle inkludera ersättning för sådan verksamhet. Det rekommenderades i överenskommelsen att den särskilda ersättningen för rehabilitering och behandling i större omfattning skulle inriktas mot rehabilitering av människor med psykiska störningar.

För *Dagmar X* som avser 1996 har utgiftsramen ytterligare reducerats. Ändringarna i statsbidragssystemet för landstingen fr.o.m. 1 januari 1996⁷ innebar en förändring:

- Särskild ersättning för sjukreseersättningen överfördes till statsbidragssystemet.

Vad gäller ersättningarna i övrigt kan nämnas att SBU erhöll drygt dubbelt så mycket bidrag som föregående år. Inom den utökade ramen angavs att SBU dels skulle få bättre förutsättningar för implementeringen av utvärderingsresultat, dels skulle kunna lämna ersättning för experter hos sjukvårdshuvudmännen som engagerats i SBU:s utvärderingsverksamhet.

⁷ Det nya bidragssystemet innehåller olika delar; det *generella statsbidraget* (12 miljarder kronor 1996) som utgår med lika belopp per invånare. Detta bidrag ligger helt vid sidan av *inkomst-* och *kostnadsutjämningen*. Finansieringsprincipen gäller inom det generella bidraget. Inkomstutjämningen utjämnar skillnader i skatteinkomster; landsting och kommuner med skattekraft under riksgenomsnitt erhåller bidrag från staten. Inkomstutjämningen är ett nollsummespel visavi avgifter från huvudmän med högre skattekraft. Kostnadsutjämningen utjämnar för strukturella behovs- och kostnadsskillnader. Kostnadsutjämningen är också ett nollsummespel. Kostnadsutjämningen i landstingen tar hänsyn till ohälsa och bebyggelsestruktur. Ohälsan bygger på åldersstruktur, andelen ensamboende över 16 år och medellivslängd.

I övrigt konstaterades att rehabiliteringsinsatserna för äldre (Dagmar 300) utvecklats mycket positivt under det gångna året och att parterna var överens om att fortsätta utvecklingsarbetet. Parterna angav vidare att de var överens om att tillgängligheten bör förbättras för alla patienter oavsett vilken sjukdom de lider av eller vilken behandling som erfordras, vilket skulle innebära att vårdgarantin borde utvecklas. Man konstaterade dock att det under ett övergångs- och uppbyggnadsskede kunde finnas anledning att bibehålla den nuvarande vårdgarantin.

Liksom i Dagmar IX diskuteras vissa expertinsatser. Nya begrepp i Dagmar X var dock *vårdkontrakt* och *vårdprogram*. Rekommendationer om vårdprogram avsåg svåra kroniska sjukdomar där en tydlig diagnos och konsensus om behandlingsformer finns. I sådana fall bör ett enskilt kontrakt upprättas mellan vårdgivare och enskild patient; där det framgår patientens rätt till information om sin sjukdom, vilka vårdinsatser och inom vilka tidsintervall dessa skall ske liksom information om vad patienten själv kan göra. Det angavs att vårdprogram bör innehålla specifika uppgifter om diagnos, behandling, prevention, rehabilitering och mätbara kvalitetsindikatorer. Program ansågs viktiga instrument för att kontrakt skulle kunna upprättas och utarbetas på nationell nivå eller lokalt. Nationella program skulle utarbetas av Socialstyrelsen efter samråd med bl.a. företrädare för berörda patientorganisationer och professioner. Parterna var överens om att det första nationella programmet skulle avse diabetes.

Den allra senaste överenskommelsen, *Dagmar XI* som avser 1997, skiljer sig relativt mycket från tidigare överenskommelser, både vad avser innehåll och ersättningar. Den innehåller förhållandevis mycket text av policynatur; "Vi vill...". Det framgår t.ex. att överenskommelsens "syfte är att ge en plattform för en nationellt önskvärd riktning för de kommande årens utveckling. Vidare att genom statligt stöd stimulera vissa utvecklingsaktiviteter och att finansiera delar av hälso- och sjukvårdens stödfunktioner som medicinska kvalitetsregister och uppföljnings- och utvärderingsarbete. Överenskommelsen skall bidra till en långsiktigt hållbar utveckling och ligga till grund för kommande överläggningar".

En *ny vårdgaranti* introduceras i vilken patienter garanteras kontakt med primärvården samma dag; läkarbesök inom 8 dagar, samt specialistbesök inom 3 månader (oklar diagnos 1 månad). Garantin anger inte längre tidsgräns (tidigare 3 månader) för behandling; "Utifrån bedömningar skall behandling påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar. Om inte den egna huvudmannen kan erbjuda vården inom ovan nämnda tidsramar har patienten rätt att söka vård hos annan sjukvårdshuvudman."

Vidare betonas vikten av patientens möjlighet till delaktighet. Nationella riktlinjer (tidigare vårdprogram), lokala vårdprogram och individuella överenskommelser (tidigare vårdkontrakt) skall utvecklas. En komponent behandlar *kunskapsbaserad hälso- och sjukvård*. Utgångspunkten är att variationen mellan olika vårdgivare vad gäller medicinsk praxis är otillfredsställande. På den nationella nivån skall riktlinjer för god medicinsk praxis utvecklas, SBU fortsätta sitt arbete samt arbete med nationella kvalitetsregister fortsätta. På den regionala nivån skall ändamålsenligheten utvecklas ur ett patientperspektiv. Det innebär bl a att lokala uppföljningssystem för att dokumentera och analysera verksamhetens ändamålsenlighet måste utvecklas och etableras hos huvudmännen. Parterna är överens att ge hög prioritet åt den regionala nivån (550 miljoner kronor).

Verksamhetsutveckling skall också ske på nationell samt regional nivå, med finansiell betoning på regional nivå. På den nationella nivån avses utvecklingsinsatser för att bryta hierarkier och revirtänkande (15 miljoner kronor). Vad gäller den regionala nivån är parterna överens om att arbetsorganisationen måste utvecklas så att personalens kompetens på alla nivåer bättre kan tas tillvara (100 miljoner kronor). Vad gäller *informationsförsörjning* skall även den stimuleras både på nationell och regional nivå. På den nationella nivån avsätts 6 miljoner kronor för producentobunden läkemedelsinformation. Medlen disponeras av Läkemedelsverket som skall se till att det finns en arbetsgrupp, som löpande deltar i diskussionerna om hur den producentobundna läkemedelsinformationen till läkemedelskommittéerna utformas och organiseras. Parterna har vidare enats om att avsätta 140 miljoner kronor att disponeras av sjukvårdshuvudmännen för att stärka möjligheterna att med informationsteknologi stödja en patientfokuserad och kunskapsbaserad utveckling.

Vad gäller *rehabilitering* anser regeringen samverkan mellan huvudmännen och försäkringskassorna vara så etablerad att den i huvudsak förutsätts kunna ske med befintliga resurser. En neddragning av de särskilda stimulansmedlen med 185 miljoner kronor 1997 och 200 miljoner kronor 1998 respektive 1999 ansågs därför motiverad.

Tabell A1. Överenskommelse om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för åren 1985-1997, miljoner kronor i löpande priser.

Dagmar	I	II	III		IV
	85/86 mar-84	87 apr-86	88 nov-87	89	90 apr-89
Överenskommelse					
Allmän sjukvårdsersättning	8242	10169 (3)	10669 (4)	12039	12778
Ersättning för hemsjukvård	585				
Ersättning för öppna vårdformer inom psykiatri	200				
Ersättning för förebyggande åtgärder	400	401	401	401	408
Ersättning för tillhandahållande av hjälpmedel för handikappade (1)	668	711	711	711	722
Ersättning för ambulanstransporter	242				
Ersättning för sjukhusvård	922				
Ersättning för avinstitutionalisering (2)		794	794	794	807
Särskild kompensation till Malmö stad				10	
Särskild ersättning för ökad tillgänglighet och kapacitet (Dagmar 50)					50
Särskild ersättning för psykoterapeutisk verksamhet					19
Ersättning för produktkontrollregister					2
Utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården					
Särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser (Dagmar 400)					
Särskild ersättning för handledning av kiropraktorer					
Särskild ersättning för överföring av vissa patienter från Sverige till Finland					
Särskild ersättning för anordnande av rikssjukvård för HIV-smittade som tvångsomhändertag					
Finansiering av Handikappinstitutet (8)					
Särskilt bidrag till den psykiatriska vården					
Särskild ersättning till epidemiologiskt centrum					
Ersättning för sjukresor inkl. akuta lufttransporter					
Bidrag till hälso- och sjukvård					
Ersättning för rehabilitering för äldre och funktionshindrade (Dagmar 300)					
Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU)					
Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård					
Verksamhetsutveckling					
<i>Summa</i>	<i>11259</i>	<i>12075</i>	<i>12575 (5)</i>	<i>13955</i>	<i>14786</i>

V (6) 91 okt-90	VI 92 jun-91	VII 93 okt-92	VIII 94 nov-93	IX 95 dec-94	X 96 dec-95	XI 97 nov-96
14772,5 (7)	11706,5 (10)	5006 (12)	700 (14)			
21	23	24,5	39,5	60	65	
4	20 (11)	20	21	21	21	168 (16)
10						
400	485	485	510	435	435	250
1	1	1	0,5	0,5	1	1
2	1,25	1	0,25	0,25	0,75	0,75
5	5,25	5,5	5,75	6,25	7,25	7,75
46,5	49	51	51	51	51	51
186 (9)						
	5	5	5			
		1396 (13)	1370	1344		
				625	762,5	
				150		
				5	10,5	
						575,5 (17)
						115 (18)
15448	12296	6995	2703	2698	1354 (15)	1169

- (1) Av hjälpmedelsersättningen avsattes visst belopp per invånare till särskild fond för handikappinstitutets verksamhet. Särskild överenskommelse träffas mellan staten och Landstingsförbundet om finansieringen av handikappinstitutets verksamhet.
- (2) Ersättningen till psykiatri och hemsjukvård sammanfördes till ett bidrag.
- (3) Inkluderade numera: Ersättning för slutenvårdspatienter; kompensation till huvudmän som åsamkats inkomstbortfall till följd av slopade differentierade vårdavgifter; ersättning för ambulanstransporter; ersättning för vård av värnpliktiga, anhållna, häktade och intagna.
- (4) Fördelning av allmänna delen förändrades. Fördelningen skulle fr.o.m. 1989 ske utifrån socioekonomiska faktorer. Modellen infördes successivt men skulle vara fullt genomförd fr.o.m. 1990. Fr.o.m. 1989 inkluderades slutenvårdsbidraget i den allmänna sjukvårdsersättningen.
- (5) Ett särskilt köbidrag om 70 miljoner kronor, vid sidan av ovan nämnda ersättningar, tillämpades under andra halvåret 1987 för att öka viss operationskapacitet och minska köerna till höftledsoperationer, starroperationer och kranskärlsoperationer. Detta särskilda bidrag upphörde gälla fr.o.m. 1988 och inkluderades istället i den allmänna sjukvårdsersättningen.
- (6) Överläggningarna ledde inte till någon samlad överenskommelse. Parterna kunde inte enas om den totala ersättningsnivån för 1991 varför staten ensidigt fastställde bl.a. storleken på den allmänna sjukvårdsersättningen. Den överenskommelse som träffades mellan parterna omfattade i stället nio "delöverenskommelser".
- (7) Avinstitutioniseringsbidraget, ersättningen för förebyggande åtgärder och hjälpmedel åt handikappade, inordnades i allmänna sjukvårdsersättningen.
- (8) Handikappinstitutet gavs en delvis ändrad uppgifts- och arbetsinriktning; den normerande karaktären upphörde och institutet skulle genomföra utredningsarbete.
- (9) Staten hade förbundit sig att till huvudmännen utge ett särskilt bidrag till den psykiatriska vården.
- (10) Den allmänna sjukvårdsersättningen reducerades med 3 066 miljoner kronor till följd av ÄDEL-reformen.
- (11) Avsåg fr.o.m. 1992 dels ersättning till huvudmän som åtog sig att svara för nationella register för produktkontroll, dels ersättning för fortsatt arbete med att öka tillgänglighet och kapacitet, dels ersättning för att förbättra informationsförsörjningen. Kallades fr.o.m. 1992 Särskild ersättning för informationsförsörjning och produktkontroll.
- (12) I regeringens kompletteringsproposition för budgetåret 1992/93 föreslogs vissa ändringar i statsbidragssystemet för landstingen. Inom socialdepartementets område föreslogs bl.a. vad gäller bidraget till vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen att en utgiftsram på 6 995 miljoner kronor skulle fastställas för år 1993.
- (13) Fr.o.m. 1992 övertog huvudmännen det ekonomiska och administrativa huvudmannaskapet för sjukresorna. I särskild överenskommelse under hösten 1991 enades parterna om storleken för 1992 om 1396 miljoner kronor, förutom ett

engångsbelopp på 20 miljoner kronor för initialkostnader. För 1993 kom parterna överens om ett oförändrat belopp om 1 396 miljoner kronor.

(14) Parterna enades om att en jämfört med tidigare år mindre del av den totala ersättningen skulle utgöras av en allmän sjukvårdsersättning. Omläggningen av bidragssystemet för landstingen år 1994 och det samtidiga överförandet av finansieringsansvaret för vård tillhandahållen av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till landstingen innebar att det ansågs varken finnas förutsättningar för eller behov längre av att utge en allmän sjukvårdsersättning som skulle överstiga varje huvudmans kostnader för dessa vårdgivare. Fr.o.m. 1 juli 1994 omvandlades det allmänna sjukvårdsbidraget till ett särskilt bidrag till hälso- och sjukvård. Den allmänna sjukvårdsersättningen betalades ut av försäkringskassan medan det särskilda bidraget utbetalas av Socialstyrelsen.

(15) Totala ersättningsramen reducerades till följd av att statsbidragssystemet för landstingen ändrats fr.o.m. 1 januari 1996 och att sjukreseersättningen därmed överförts till detta.

(16) Uppdelat på nationell nivå, 22 miljoner kronor respektive 146 miljoner kronor på regional nivå (varav 6 miljoner kronor för informationssystem för patienter och allmänhet).

(17) Uppdelat på nationell nivå, 25,5 miljoner kronor (varav 10,5 SBU och 15 kvalitetsregister) respektive 550 miljoner kronor på regionalt nivå.

(18) Uppdelat på nationell nivå, 15 miljoner kronor respektive 100 miljoner kronor på regional nivå.

BILAGA B: Förteckning över intervjuade personer

Socialdepartementet

Per-Olof Burén

Ingrid Petersson, departementsråd

Björn Reuterstrand (telefonintervju)

Landstingsförbundet

Toivo Heinsoo, direktör.

Berit Högman (telefonintervju)

Ulf Winblad

Göteborgs stad

Jan Hallberg, Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Tomas Kollberg, direktör Hälso- och sjukvårdsnämndens kansli.

Owe Nilsson, Hälso- och sjukvårdsnämnden (telefonintervju).

Juhani Vekselius, ekonomidirektör Hälso- och sjukvårdsnämndens kansli.

Landstinget Halland

Björn Ahlquist, landstingsråd.

Stanley Brodén, landstingsdirektör.

Göran Johnsson, ekonomidirektör.

Sune Samson, sjukvårdsdirektör.

Landstinget i Kristianstads län

Sven-Erik Bergquist, landstingsråd.

Olof Eliasson, landstingsdirektör.

Henrik Hammar, landstingsråd, vice ordf. i Landstingsförbundets styrelse.

Rune Thulin, ekonomidirektör.

Landstinget Kronoberg

Arne Pettersson, landstingsdirektör (telefonintervju).

Bernt Sjöström, landstingsråd (telefonintervju).

Malmö stad

Christer Jarbo, ekonomidirektör, Malmö sjukvård.
Marie-Louise Henriksson, Hälso- och sjukvårdsnämnden.
Per-Olof Olofsson, Hälso- och sjukvårdsnämnden.
Olle Östman, direktör, Malmö sjukvård.

Malmöhus läns landsting

Ingvar Wiberg, landstingsdirektör.
Göran Hedsund, ekonomidirektör.
Eva Åsare, landstingsråd

Norrbottens läns landsting

Kenneth Backgård, oppositionsråd (telefonintervju)
Toivo Hofslagare, landstingsråd.
Caj Skoglund, sjukvårdsdirektör.
Tore Öberg, ekonomidirektör.

Stockholms läns landsting

Elisabeth Erwall, HSN-staben.
Siv Kimbré, HSN-staben.
Elaine Kristensson, landstingsråd.
Folke Schött, landstingsråd.

Övriga

Bengt Holgersson, Landshövding, Skåne.
Agneta Rönn-Diszfalusy, Inrikesdepartementet.

BILAGA C: INTERVJUMALL

HISTORIK OM DAGMAR

- Hur har Dagmaröverenskommelsen förändrats till sin karaktär sedan mitten av 1980-talet, och vilka konkreta effekter har detta fått för landstinget? Hur viktig är Dagmaröverenskommelsen i dag jämfört med 5 resp. 10 år sedan?
- Nämn några komponenter i Dagmaröverenskommelser som fått stor genomslagskraft?

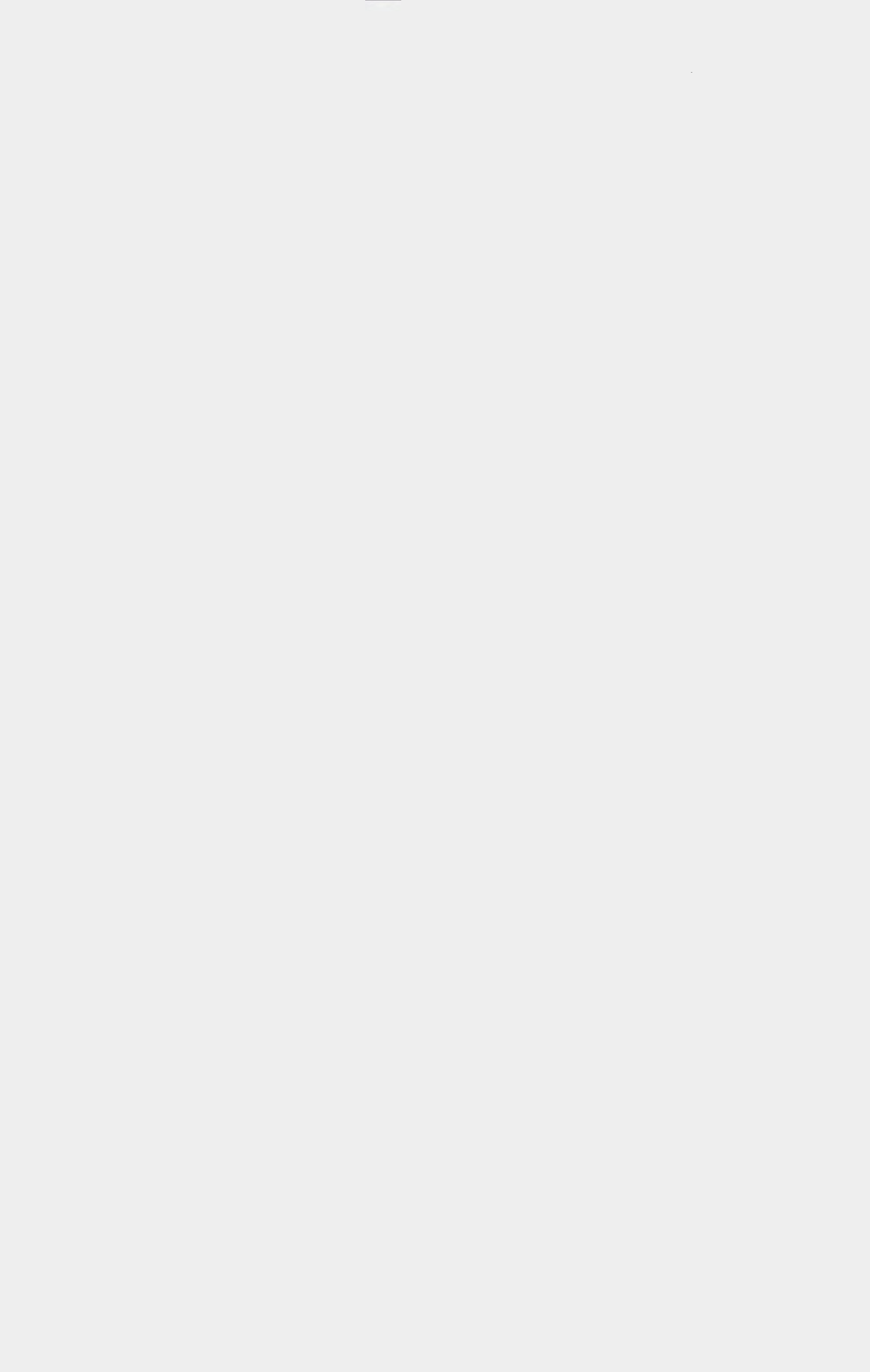
SPECIFIKT OM DAGMAR IDAG

- På vilket sätt medverkar landstinget (genom olika representanter) i förhandlingen om ny Dagmaröverenskommelse?
- Varifrån och på vilket sätt kommer information när överenskommelsen är klar? Hur sprids denna information vidare till sjukvården? Sprids information till befolkningen, patienterna?
- Hur identifieras Dagmaröverenskommelsen på central- resp. distriktsnivå? Hämtar verksamhetsansvariga argument från Dagmar vid t.ex. budgetarbete?
- På vilket sätt hanteras pengar från staten inom ramen för Dagmaröverenskommelsen? Kan dessa medel identifieras hos beställare/distrikt eller ingår de i totalram? Hur viktiga är dessa pengar; ska de ses som finansiellt stöd eller stimulansmedel?
- På vilket sätt följs överenskommelsen upp från nationell nivå respektive från landstinget? Vilka möjligheter finns för uppföljning?
- Hur tror Du 1997 års överenskommelse kommer att påverka verksamheten?
- Vilken roll har enligt Din uppfattning Dagmar vad gäller statens samlade styrning av sjukvården?
- Hur viktig är Dagmaröverenskommelsen enligt Din uppfattning för staten respektive Landstingsförbundet?
- Hur viktig är Dagmaröverenskommelsen enligt Din uppfattning för olika landsting (olika storlek etc) resp. olika vårdgivare?
- Hur viktig är Dagmar för Ditt landsting?
- Finns skillnader i tjänstemäns och politikers sätt att se på Dagmar?
- Vad betyder en separering av beställare-utförare i landstingen för Dagmars funktionssätt? Vad betyder en primärkommunalisering av delar av vården?
- Hur skulle landstingens agerande påverkas om överenskommelsen var mera bindande?

- Vilka villkor måste vara uppfyllda för att Dagmar skall få effekt på verksamheten?

ALLMÄNT OM STATLIG STYRNING

- Hur har landstinget konkret påverkats av statliga styråtgärder under senare år?
- På vilket konkret sätt påverkas landstinget av verksamheten vid Socialstyrelsen, SBU, Spri, andra nationella institut? Kan man notera någon förändring i dessa instituts agerande; konkreta exempel? Synpunkter på denna utveckling?
- Vad bör staten ägna sig åt och hur bör man agera i sjukvården? Vilka mål/aktiviteter bör beslutas nationellt; vilka åtgärder bör staten ta till för att nå mål/genomföra aktiviteter?
- Hur får man genomslag för nationell politik i en decentraliserad sjukvård?



5 Bilaga 6

Mot bättre vetande - Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården

Av Peter Garpenby och Per Carlsson

The mere knowledge of a fact is pale; but when you come to realize a fact, it takes on color. It is all the difference between hearing of a man being stabbed to the heart, and seeing it done.

Mark Twain, *A Connecticut Yankee*, 1889

5.1 Inledning

Uppdraget

I februari 1997 erhöll Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) vid Linköpings universitet ett uppdrag från Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) att utarbeta en rapport rörande statlig styrning av hälso- och sjukvården med särskild betoning på kunskapsstyrning. Arbetet har genomförts av fil. dr. Peter Garpenby och docent Per Carlsson vid CMT under perioden februari till och med juni 1997, samt december 1998 till och med januari 1999.

5.1.1 Syfte

Syftet med denna rapport är att beskriva och analysera statens⁸ styrning av hälso- och sjukvården, särskilt sådana styrformer där sammanställning av information (t ex om aktuellt forskningsläge och om god klinisk praxis) och informationsspridning utgör centrala inslag. Sådana aktiviteter är inte nya i sjukvården, men betraktade som inslag i statens styrning av hälso- och sjukvårdssektorn är de under stark utveckling. Av allt att döma kommer intresset för att nyttja systematiskt sammanställd information som ett inslag i styrningen av hälso- och sjukvården att öka, vilket även medför behov av aktiviteter som stärker förutsättningarna att lokalt tillgodogöra sig information. Avsikten med rapporten är att tydliggöra statens roll vid "kunskapsstyrning" av hälso- och sjukvården.⁹ Möjligheten att utveckla en nationell strategi för ett mer kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården diskuteras.

Analysen har genomförts med hjälp av våra tidigare studier inom området, vilka har kompletterats med ny litteratur, utredningar m.m. som belyser olika aspekter i anslutning till kunskapsstyrning. Vår beskrivning av relevanta aktörer och pågående aktiviteter inom den svenska sjukvårdssektorn har varit föremål för kommentarer från berörda parter.

5.1.2 Varför skall staten styra hälso- och sjukvården?

Efter det andra världskriget har ambitionen att påverka samhällsutvecklingen förstärkts och olika styrformer har kommit att tillämpas i de västliga demokratierna (Hernes 1978). I de skandinaviska välfärdsstaterna har politiska/administrativa ingrepp i ökad utsträckning använts för att korrigera icke önskvärda effekter av marknaden, vilket medfört att många olika styrformer prövats.

Inom olika samhällssektorer förekommer vanligtvis flera offentliga nivåer/organisationer/enheter/myndigheter som kompletterar och

⁸ Med staten avses riksdagen, regeringen med dess kansli (departementen) samt statliga myndigheter och företag. Bland myndigheter vilka är relevanta i detta sammanhang återfinns t.ex. Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) – vilka sorterar under Socialdepartementet – men också Medicinska Forskningsrådet och universitet och högskolor – vilka sorterar under Utbildningsdepartementet. Bland statliga företag kan nämnas t.ex. Apoteket AB.

⁹I texten används begreppen hälso- och sjukvård och sjukvård synonymt, och i hälso- och sjukvårdslagens mening, om inte annat anges.

balanserar varandra. I ett samhälle som tycks bli alltmer komplicerat betraktas det ofta som en tillgång att flera enheter är inblandade när det gäller drift av verksamhet, initiativ och kontroll. Ökad komplexitet skapar emellertid ibland problem med koordineringen mellan olika enheter/sektorer (Peters 1998). För att balansera inslag av differentiering uppstår behov av samordning, vilket ger upphov till nya styrprocesser. Detta gäller även hälso- och sjukvårdssektorn.

Sverige är en enhetsstat vilket innebär att den representativa demokratin kanaliseras genom nationella organ – riksdag och regering. Staten är dock mindre väl skickad att föreslå detaljerade lösningar och genomföra förändringar nära medborgarna, på grund av oförmågan att känna till lokala och individuella förhållanden – detta gäller inom alla samhällssektorer och antagligen i särskilt hög grad inom sjukvården. I hälso- och sjukvårdssektorn har man löst detta problem genom att flytta en stor del av de politiska besluten till landsting och kommuner.¹⁰ Detta kan uppfattas som fördelaktigt – eftersom det ökar möjligheterna att åstadkomma lokal anpassning – men det begränsar också statens möjligheter att direkt påverka vårdens inriktning och utförande.

I Sverige – med en utvecklad kommunal självstyrelse – finns en inbyggd motsättning mellan önskemålet att låta den kommunala organisationen ta ansvar för vitala samhällsfunktioner, och intresset att ingripa från nationell nivå med instrument som skall garantera effektivitet, åstadkomma återhållsamhet i offentlig konsumtion och tillförsäkra medborgarna lika behandling i olika avseenden. I takt med att staten frångått sig driftsansvaret inom sjukvården blir styrning genom påverkan på förutsättningar och omgivningsfaktorer av allt större betydelse. Staten förbehåller sig också rätten att genom uppföljning, utvärdering och kontroll följa utvecklingen inom landsting och kommuner. Så länge dessa har sitt mandat från den nationella nivån har staten en skyldighet att följa utvecklingen, men också att vidta korrigerande åtgärder.

¹⁰ Från 1 januari 1999 används även begreppet region för två av landets sjukvårdshuvudmän (Region Skåne och Västra Götalandsregionen). Det innebär att hälso- och sjukvårdslagens (HSL) uppgifter enligt §§ 3–9 (bl a primärvård, länssjukvård och regionsjukvård) fullgörs av 18 landsting, 2 regioner och 1 kommun (Gotland). Begreppet region i detta sammanhang skall inte förväxlas med de äldre sjukvårdsregionerna som bildas av flera samverkande landsting. Uppgifterna enligt HSL § 18 (hälso- och sjukvård för äldre) fullgörs av 289 kommuner. När begreppet landsting används fortsättningsvis avses de sjukvårdshuvudmän som fullgör uppgifter enligt HSL §§ 3–9, dvs. även de nytillkomna regionerna. När begreppet kommun används i texten i samband med hänvisning till hälso- och sjukvårdsuppgifter avses uppdraget enligt HSL § 18 (hälso- och sjukvård för äldre) om inte annat anges.

5.1.3 Vilka problem kan identifieras vid statens styrning av hälso- och sjukvårdssektorn?

Man kan identifiera ett antal generella problem som uppstår när staten söker styra, dvs. påverka handlingsmönstret inom en samhällssektor (i detta fall hälso- och sjukvårdssektorn). Det gäller t.ex. svårigheten att identifiera vilka inslag som – på kort eller lång sikt – kan utgöra reella problem och som därför kan behöva påverkas, att fastställa riktningen på den förändring staten eftersträvar, att finna adekvata metoder för att påverka sektorn och slutligen att bilda sig en uppfattning om vad som har inträffat sedan ansträngningar gjorts för att påverka (feedback).

Ett flertal faktorer avgör framgången i dessa sammanhang. Dit hör bl.a. förmågan att "inringa" (definiera eller tydliggöra) det problem som skall åtgärdas. Ibland ter sig problemet "diffust" eller "mångfacetterat". Man behöver vidare skapa sig en uppfattning om vilka förhållanden som råder inom den samhällssektor som skall påverkas – detta kan ske med hjälp av erfarenheter från tidigare försök att påverka. Slutligen är frågan vilka organisationer staten disponerar för att påverka utvecklingen – tillgången till adekvata organisationer (med lämplig kompetens) kan vara avgörande, liksom valet av organisation för att lösa en specifik uppgift (t.ex. någon form av intervention i en samhällssektor). Valet av organisation kan vara avgörande för hur problemet kommer att definieras och vilken strategi som väljs vid genomförandet (Rist 1998). Det sistnämnda är särskilt viktigt i den svenska miljön eftersom staten på den nationella nivån uppträder i olika skepnader och har olika typer av relationer till andra nationella organisationer. Man kan således tala om en intern styrprocess som gäller fördelning av uppgifter och koordinering bland statliga organisationer, samt en extern som gäller relationen till landsting och kommuner samt privata företag och organisationer.

Om vi fokuserar enbart på sjukvårdssektorn uppvisar denna egenskaper som komplicerar bilden ytterligare. Målet för hälso- och sjukvårdens verksamhet är vagt formulerat och detta kan uppfattas som en försvårande omständighet vid ambitioner att styra och påverka sektorn. "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" (HSL 2 §). Ett antal problem uppstår i sammanhanget. För det första att fastställa vad som är en god hälsa, då olika individer kan ha synnerligen skiftande uppfattningar om sin egen och andras hälsa och livskvalitet. För det andra att fastställa sjukvårdens roll när det gäller att påverka befolkningens hälsa; det finns andra faktorer som i hög grad bidrar till att förbättra hälsoläget i befolkningen. Man kan dock konstatera att landstingen genom hälso- och sjukvårdslagen har givits ett övergripande planerings- och uppfölj-

ningsansvar för befolkningens hälsa inom respektive geografiska områden. Slutligen att avgöra hur ambitionen en god hälsa skall förhålla sig till ambitionen en vård på lika villkor – vad detta i olika situationer innebär med avseende på fördelningen av insatser i sjukvården i relation till fördelningen av en god hälsa. Det är dock inte orimligt att tänka sig att målbeskrivningen i hälso- och sjukvårdslagen mera är ett uttryck för "symbolisk politik" än vägledning vid styrning av sjukvården – dvs. målbeskrivningen skall i första hand bidra till positiva associationer bland medborgarna och på detta vis stärka förtroendet för sjukvården (Edelman 1988). Det kan därför finnas anledning för staten att i specifika sammanhang komplettera denna allmänna målbeskrivning med mer detaljerade mål.

Eftersom hälso- och sjukvården till största delen både finansieras och administreras av kommunala enheter (en utveckling som staten medverkat till) förutsätts enligt den svenska modellen ett betydande inslag av självstyrelse. Sjukvården är en samhällssektor som erhållit en allt större självständighet i förhållande till nationella politiska organ och myndigheter – en utveckling som varit särskilt tydlig under de senaste 25 åren. Landsting och kommuner har givits en allt större organisatorisk frihet, liksom rätten att sköta den ekonomiska förvaltningen utan statlig detaljreglering. Denna frihet utvidgades genom 1977 års respektive 1991 års kommunallagsreform. Frågan inställer sig vad som är en lämplig nivå på inflytande från staten i en samhällssektor som i betydande utsträckning kontrolleras av direktvalda kommunala organ. Eftersom Sverige är en enhetsstat och inte en federal stat är dock inte den kommunala självstyrelsen total. Även om de grundläggande principerna är allmänt vedertagna i vårt land, och grundlagsfästa, kan det praktiska genomslaget av kommunal självstyrelse variera från sektor till sektor och från en tid till en annan.

Den svenska sjukvården står under "demokratisk kontroll" – genom riksdag/regering och kommunala församlingar – men verksamheten kontrolleras i hög grad av professioner (yrkesgrupper med utbildning för att självständigt kunna bedöma adekvata insatser). Denna situation är inte specifik för Sverige utan är karakteristisk för sjukvården generellt. Legitimitetsgrunden för sjukvården är inte i främsta rummet de demokratiskt fattade besluten, utan befolkningens förtroende för den kunskap – ofta vetenskapligt grundad – som förmedlas av yrkesgrupper med särskild utbildning (Rothstein 1991). Sjukvårdens innehåll kan inte detaljstyras utan staten har delegerat en omfattande rätt till definierade yrkesgrupper att på egen hand tillämpa sina förvärvade kunskaper (genom möjligheten att legitimera vissa yrkesgrupper). Staten förutsätter emellertid att dessa yrkesgrupper följer vissa spelregler, där egenkontrollen intar en central plats, dvs. att uppföljning sker av

verksamheten och att avvikelser fortlöpande korrigeras. Vidare förutsätts att yrkesgrupperna och dess medlemmar agerar enligt en gemensamt fastställd etisk kod, som framför allt styr beteendet gentemot patienterna.

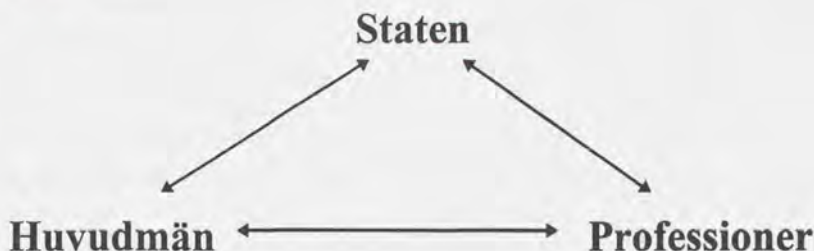
Tidigare angav hälso- och sjukvårdslagen att det fanns ett utrymme för självständigt medicinskt beslutsfattande vid diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter, i vilket hälso- och sjukvårdspersonalen inte var underställd sjukvårdshuvudmannen. I dag är dock relationen dem emellan inte helt tydlig med avseende på olika besluts-situationer. Man kan dock konstatera att sjukvårdspersonalen alltjämt har en direkt relation till staten i medicinska frågor, dels i form av tillsynsmyndigheten – Socialstyrelsen – och dels i form av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som har att ta ställning till personalens handlande i enskilda situationer. Därutöver kan staten sägas ha en direkt relation till sjukvårdens personal i utbildnings- och forskningsfrågor.

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är det med andra ord *två parter* (huvudmän och professioner) som är föremål för statens ambitioner att påverka (att styra). Det finns andra parter vilka dock i detta sammanhang måste behandlas mera översiktligt (se vidare nedan). Varje aktör – det gäller enskilda huvudmän liksom professionella sammanslutningar – söker i sin tur på olika sätt påverka omgivningen för att uppnå olika syften. Staten är givetvis också föremål för påverkan från olika intressegrupper och organisationer (även om inte detta kan benämnas styrning).¹¹ Förenklat kan vi för hälso- och sjukvårdssektorn illustrera grunden för styrprocessen (vad gäller "kunskapsstyrning") som ett trepartsförhållande med staten (hit räknas riksdag, regering, statliga myndigheter och statliga företag), huvudmän (landsting och kommuner inklusive dess företrädare på nationell nivå, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet) samt professionella yrkesgrupper, vilka kan vara organiserade i nationella sammanslutningar men också i andra grupperingar. Läkargruppen är vanligtvis den dominerande yrkesgruppen, men andra vårdyrkesgrupper har stärkt sin ställning under senare år. Vi menar att alla legitimerade yrkesgrupper är intressanta i detta sammanhang, även om vi när det gäller flera av de pågående aktiviteterna har valt att fokusera på läkarkåren.

Interaktionen mellan de aktörer som är intressanta i den styrprocess som vi behandlar illustreras genom figur 1.

¹¹ Debatten om "statens autonomi", dvs. förmågan att agera självständigt, är omfattande; se bl.a. Lowi 1969; Nordlinger 1981; Krasner 1984; Skocpol 1985.

Figur 1



Parterna befinner sig i ett starkt beroendeförhållande till varandra, vilket framgår av den stora mängd samverkansformer och allianser som förekommer. Även om staten i vissa fall är suverän – har i princip möjlighet att lagstifta inom alla områden – blir den moderna staten i hög grad beroende av expertstöd, inte minst från professionella grupper. Numera är statens relation till sin omvärld mera präglad av ambitionen att skapa "nätverk" mellan offentliga och privata intressen, än av ensidig tillämpning av auktoritet som styrform (Peters 1998). I Sverige där landsting och kommuner spelar framträdande roller inom den offentliga sektorn blir också dessa viktiga partner till staten (även om de formellt är underordnade statens vilja). Styrningen blir därmed inte enkelriktad utan snarast en interaktion mellan flera parter som tillsammans fastställer villkoren.

Ytterligare en "part" kan identifieras vilken kan bli föremål för statens ambition att påverka med avseende på att uppnå hälsorelaterade effekter och effekter inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Denna part utgörs av allmänheten/ befolkningen, och i den mån befolkningen söker hjälp av hälso- och sjukvården, av patienter.¹² Vi kommer i det följande att endast i ringa utsträckning behandla denna "styrrelation". Man bör dock notera att staten kan påverka villkoren för hälso- och sjukvården genom att påverka allmänhetens värderingar och handlingsutrymme. Exempel på detta är Folkhälsoinstitutets verksamhet, som riktar sig mot offentliga aktörer (landsting och kommuner) samt organisationer, men också direkt till allmänheten ("Institutet skall, när det är

¹²Att staten skall styra/påverka medborgarnas värderingar kan tyckas motsägelsefullt, då "folkstyre" skall präglade det svenska samhället, dvs. att folket skall styra sig självt. Portalparagrafen i Regeringsformen anger: All offentlig makt utgår från folket. Det måste dock uppfattas som legitimt i en representativ demokrati att folkets valda ombud i goda avsikter söker påverka värderingar och handlingsmönster hos medborgarna. Hur långt man bör sträcka sig i detta avseende är dock en av demokratins svåra frågor.

särskilt motiverat och då det bedöms ändamålsenligt och effektivt genom opinionsbildning, kunskapsspridning och information öka individens möjligheter och förutsättningar att fatta välgrundade och självständiga beslut om levnadsvanor som främjar hälsan och förebygger sjukdom"). Andra vägar är att påverka möjligheterna för befolkningen att bedriva egenvård, vilket t.ex. kan ske genom regler för tillhållande av läkemedel. Apoteket AB spelar i detta avseende också en roll som informatör till allmänheten. Tillsammans med landstingen är Apoteket AB huvudman för InfoMedica – en stor satsning för att sprida information om sjukdomar, behandlingsalternativ, läkemedel m.m. till allmänheten via Internet. Genom Socialstyrelsen sprids även patientinformation kring sjukdomar och behandling direkt via Internet, och SBU producerar korta patientversioner av sina rapporter (se vidare avsnitt 5.6.2 och 5.6.3). Genom att ändra reglerna för legitimering av yrkesgrupper verksamma inom hälso- och sjukvårdens område, med åtföljande möjligheter för dessa att erhålla offentlig subventionering av sin verksamhet, kan staten påverka befolkningens vårdkonsumtion. Ett liknande förhållande gäller för subventioneringen av läkemedel och andra produkter där staten genom det s.k. högkostnadsskyddet indirekt kan påverka befolkningens konsumtion.

Slutsatsen blir att staten kan använda ett antal "instrument", för att söka påverka individer, organisationer och samhällssektorer, vilka sträcker sig från tvång till resursöverföring, övertalning och omgivningsförändringar. Många försök har under årens lopp gjorts att klassificera de "instrument" som staten disponerar (Linder och Peters 1989). Fristående eller i kombinationer kan dessa "instrument" benämnas styrformer (se vidare avsnitt 5.4).

I det följande kapitlet lämnas några exempel på instrument eller styrformer som kommit till användning för att påverka utvecklingen inom den svenska sjukvårdssektorn i ett historiskt perspektiv. Exempelen gäller främst åtgärder riktade mot sjukvårdshuvudmän och yrkesgrupper.

5.2 Gamla och nya styrformer

Den moderna hälso- och sjukvården är till stora delar en kunskapsbaserad¹³ och synnerligen komplex organisation. Det innebär att kombinationer av olika styrformer vanligtvis används för att påverka dess ut-

¹³ Utövandet av hälso- och sjukvård skall enligt lag baseras på "vetenskap och beprövad erfarenhet" (1994:953). Detta är en markering att olika former av kunskap måste förekomma i verksamheten. Se vidare avsnitt 5.5.1.

veckling. Även i ett historiskt perspektiv – då sjukvården var avsevärt mindre komplicerad än i dag – har flera olika styrformer tillämpats parallellt. I Sverige har styrningen av sjukvården åtminstone sedan 1600-talet baserats på en relation mellan å ena sidan politiska institutioner och myndigheter och å andra sidan läkarkåren – den medicinska professionen. Läkarkåren förväntades stå för adekvat tillämpning av kunskap, medan staten utövade sin makt genom ekonomiska incitament – ersättningsformer – och påverkan på sjukvårdens organisation. Efter hand har sjukvården lagreglerats och offentliga institutioner har tagit ett fastare grepp om såväl organisation som ekonomiska villkor. Under 1900-talet finner vi en växande flora av styrformer, vilka använts till att påverka sjukvården och dess olika aktörer. Den följande redovisningen syftar till att beskriva de viktigaste styrformer som staten använt för att påverka hälso- och sjukvården från början av seklet fram till 1990-talet. Den första avdelningen behandlar en ”äldre” och mera traditionell uppsättning av styrformer, av vilka några fortfarande är högst relevanta, medan andra har förlorat i betydelse. Det andra avsnittet behandlar brytpunkten i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet då ambitionen att hitta nya och effektivare styrformer – av annan karaktär – blev särskilt märkbar.

5.2.1 Historik

a. Lagstiftning

I Sverige har särskilt sjukhusens verksamhet under detta sekel varit föremål för en detaljerad reglering. Genom lagstiftning har den institutionella ramen påverkats, både den lokala politiska representationen och sjukhusens inre organisation. Utnämningen av läkare i överordnad ställning skulle enligt lag kontrolleras av staten. Personalens åligganden slogs fast i bl.a. allmän läkarinstruktion och i reglementen för sjuksköterskor och barnmorskor. Successivt under 1970-talet skedde en uppluckring av den detaljerade statliga kontrollen och 1977 års kommunallagsreform markerade en ökad frihet på det politiska och ekonomiska planet för landsting och kommuner. I början av 1980-talet manifesterades den pågående förändringen genom tillkomsten av hälso- och sjukvårdslagen (1983:762). Denna är en ramlag som ger sjukvårdshuvudmännen en betydande frihet att själva sätta sin prägel på verksamheten. Genom 1991 års kommunallag (1991:900) har landsting och kommuner givits ytterligare handlingsfrihet vad gäller rätten att organisera det politiska inflytandet (vilket t.ex. underlättat vid införandet av s.k. beställar-utförarmodeller).

b. Statsbidrag

Staten uppfattade tidigare statsbidrag i kombination med tillämpningsföreskrifter som en verkningfull styrform för att påverka sjukvården. Genom olika anläggnings- och driftsbidrag ville riksdag och regering förmå huvudmännen att utveckla och prioritera vissa verksamheter. Villkoren för statsbidrag innehöll ofta krav på upprättandet av planer vilka kontrollerades av den centrala sjukvårdsmyndigheten (före 1968 Medicinalstyrelsen, därefter Socialstyrelsen). Från 1970-talet och framåt har de direkt riktade statsbidragens roll som styrmedel inom sjukvårdssektorn väsentligt tonats ned. (Det framgår bl.a. av den analys av Dagmaröverenskommelsen som Anell och Svarvar gjort på uppdrag av HSU 2000). Kvar finns dock ett generellt skatteutjämningsbidrag och särskilda ersättningar till sjukvårdshuvudmän. De senare har hittills fördelats genom årliga s.k. Dagmaröverenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet (och de kan vara mer eller mindre preciserade).

Synen på statsbidragens roll som styrmedel är dock ambivalent. Å ena sidan betonas att systemet skall garantera självständighet för landsting och kommuner, men å andra sidan framhålls behovet att kunna nyttja en del av bidragen i styrande syfte (SOU 1994:144). En allmän trend har varit att avveckla predestinerade bidrag, men riksdagens beslut 1987 om en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom vissa specialiteter utgjorde ett undantag. Det är också vanligt att staten i samband med större reformer – under senare år t.ex. den s.k. Ädelreformen och Psykiatireformen – fördelar utvecklingsmedel till lokala huvudmän, vilka är förenade med villkor, t.ex. krav på avtal eller etablerad samverkan mellan huvudmän.

c. Tillsyn och granskning

Fram till 1970-talet hade den statliga sjukvårdsmyndigheten, Medicinalstyrelsen och dess efterföljare Socialstyrelsen, en uttalat vägledande och kontrollerade roll gentemot den lokala sjukvården. Myndigheten kunde agera med stöd av lagstiftning och instruktioner men också genom sin auktoritet. Före 1970-talet hade t.ex. landstingen att underställa Medicinalstyrelsen alla planer på nya sjukhus för godkännande. En statlig regional organisation inom sjukvårdens område – förste provinsialläkaren och senare länsläkaren – existerade fram till 1981. Under 1970-talet, och än mer under 1980-talet, begränsades den centrala sjukvårdsmyndighetens möjligheter att påverka huvudmännen. Myndigheten kunde dock fortfarande agera gentemot hälso- och sjukvårdens

personal, i form av föreskrifter och genom rätten att bedriva tillsyn, och möjligheten att initiera disciplinära åtgärder. Under 1990-talet diskuterades i flera omgångar behovet av en utökad statlig tillsyn över hälso- och sjukvården. Genom en ny lagstiftning (1996:786) har Socialstyrelsen givits ökade befogenheter, genom att tillsynen omfattar all verksamhet inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården – oberoende av om den bedrivs av staten, landsting, kommuner eller i enskild regi. Man kan påstå att staten markerat betydelsen av formell tillsyn i en tid då huvudmännens självständighet i kombination med ekonomisk resursknapphet leder till att många nya organisatoriska lösningar prövas.

d. Förändrat huvudmannaskap och nya organisationsformer

Genom att initiera och genomdriva förändringar av huvudmannaskapsgränser har staten sökt påverka landstingen och därmed indirekt inriktningen av sjukvården. En koncentration av högspecialiserad verksamhet till sjukvårdsregioner, i förening med krav på samverkan mellan huvudmän, gjorde att staten från 1960-talet och framåt kunde påverka vårdens struktur. Med början under 1960-talet har en successiv överflyttning av drifts- och finansieringsansvaret för olika verksamheter skett från staten till landstingen. Inledningsvis berörde detta den öppna vården utanför sjukhus samt de större psykiatriska sjukhusen, därefter ett antal större undervisningssjukhus, och under senare tid privatläkarvården och läkemedel förskrivna i öppen vård.

Staten har även sökt förändra ansvarsgränser mellan kommunala huvudmän. Avsikten har varit att förmå huvudmännen att samordna verksamhet, att utveckla vissa verksamhetsformer och att hitta goda samhällsekonomiska lösningar. Som exempel kan nämnas den s.k. Ädelreformen som 1992 gav kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg av äldre och handikappade. Från 1995 har kommunerna givits ett utökat ansvar för psykiskt funktionshindrade personer. Under senare år har flera försök genomförts där avsikten varit att utveckla samverkan mellan olika parter – främst försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten – för att därmed finna former för en mer adekvat ansvarsfördelning. Ett exempel är försöksverksamheten med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (FINSAM) som påbörjades 1993 i fem län, och som avslutades 1997. Avsikten var att studera hur medel från sjukförsäkringen kunde styras över till vård och rehabilitering. En fortsättning av försöken med finansiell samordning pågår fram till år 2001 inom åtta områden i landet (SOCSAM) där parterna samverkar i ett gemensamt ledningsorgan (ett beställarförbund, ett kommunalförbund eller en beställarnämnd) (Riks-

försäkringsverket och Socialstyrelsen 1998). En försöksverksamhet av annat slag påbörjades 1992 då ett antal kommuner fick möjlighet att överta driftsansvaret för primärvården. Avsikten med detta försök var framförallt att pröva möjligheterna till samverkan och integration mellan primärvård, socialtjänst, äldreomsorg, skola m.m. Försöksperioden har sedermera förlängts till och med utgången av 1999, dock under medverkan av färre kommuner än vad som ursprungligen ingick i försöket (Socialstyrelsen 1998a).

e. Etableringskontroll

Efter det andra världskriget införde staten en byggnadsreglering som under 1950-talet i hög grad påverkade huvudmännens möjligheter att expandera sjukvården. Statlig prövning av landstingens planer på nybyggnation har tillämpats ända in på 1970-talet.

I samband med tillkomsten av regionsjukvården under 1960-talet erhöll landstingen investerings- och driftsbidrag från staten att användas till utbyggnad av undervisningssjukhusen. Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) var statens kontrollant, med uppgift att godkänna investeringar, och i viss mån samordna utbyggnaden av undervisningssjukhusen. Efter invändningar från framför allt sjukvårdshuvudmännen avskaffades NUU och dess granskning omkring 1990.

För den privat bedrivna sjukvården har staten tillämpat en särskild etableringskontroll. Redan 1931 infördes en lag som slog fast att tillstånd från Medicinalstyrelsen krävdes för att inrätta och driva enskilda (privata) vårdanläggningar (av viss storlek) som uteslutande finansierades privat. En reglering av privata anläggningar har fortlevt in i vår tid.

I samband med tandvårdsreformen 1974 blev det möjligt för försäkringskassan att på vissa grunder neka privatpraktiserande tandläkare anslutning sig till tandvårdsförsäkringen. Motiven för anslutningsbegränsningar har varierat från en tid till en annan. Vid mitten av 1980-talet infördes en etableringskontroll för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Anslutningen av heltidspraktiserande till sjukförsäkringen krävde fortsättningsvis att respektive landsting tillstyrkte detta (undantag inom vissa stödområden). Staten har också vid några tillfällen ändrat reglerna för anslutningen till sjukförsäkringen av offentligt anställda läkare (s.k. fritidspraktiker). Under senare år har ett allt större ansvar för etableringskontrollen med avseende på privat verksamhet placerats på sjukvårdshuvudmännen.

f. Utbildning

Grundutbildningen för läkare har under 1900-talet varit en statlig angelägenhet. Staten hade dock länge begränsade möjligheter att styra specialistutbildningen, som i hög grad kontrollerades av den medicinska professionen. Före andra världskriget förekom ingen organiserad vidareutbildning av specialister, och det var professionen som långt fram i tiden ansvarade för sådana kurser. Genom ett riksdagsbeslut 1969 skapades ett nytt utbildningssystem för läkare, som kompletterades med rullande planer för sjukvårdens läkarförsörjning inom olika specialiteter. Staten kunde nu inte bara reglera antalet studenter som påbörjade läkarutbildning utan även hur många läkare som fick påbörja specialistutbildning länsvis. Rullande planer för utvecklingen av sjukvårdens läkarbemanning infördes (läkarfördelningsprogrammet). Ansvaret för planeringen av sjukvårdens personalförsörjning har senare överflyttats till landstingen.

g. Ersättningsformer

Genom bestämmelser i lagen om allmän sjukförsäkring om ersättning till sjukvårdshuvudmän kunde staten från 1955 direkt påverka inriktningen av sjukvården. Eftersom det var möjligt att justera nivåerna på ersättningen hade detta en effekt på fördelningen av resurser mellan öppen och sluten vård. Under 1980-talet infördes en populationsbaserad sjukvårdersättning vilket reducerade möjligheten för staten att den vägen söka påverka sjukvårdens struktur.

Genom ersättningsformerna för läkare har staten kunnat påverka den direkta patientvården. Under 1950-talet påbörjades en process i riktning mot totallön för läkare i offentlig tjänst (genom att rätten för läkare att ta emot ersättning direkt från patienter successivt inskränktes). Processen fullföljdes genom den s.k. Sjukronorsreformen år 1970 varvid all öppenvård vid offentliga sjukvårdsenheter blev reglerad och läkarna fick en fast lön.

Sedan 1974 respektive 1975 har privatpraktiserande tandläkare och läkare kunnat ansluta sig till sjukförsäkringen, och därvid har också deras taxor kommit att regleras. Under åren 1985 till 1993 reducerades statsbidraget till sjukvårdshuvudmännen med en summa som motsvarade statens utgifter för privata vårdgivare, vilket i praktiken innebar att landstingen hade det egentliga finansieringsansvaret. Från den 1 januari 1994 övertog sjukvårdshuvudmännen det formella finansieringsansvaret. Även om inslag av förhandling om storleken på ersättningen till privata vårdgivare har förekommit sedan mitten av 1970-talet har det i

sista hand varit möjligt för staten att bestämma en lämplig nivå. Intresset för privat etablering har därmed kunnat påverkas. I en översyn av ersättningsreglerna för privat vård (privat specialistläkarvård och sjukgymnastik) konstateras att det är ologiskt att staten fastställer ersättningsnivån medan landstingen har finansieringsansvaret (SOU 1996:91). Utredningen föreslår istället att de berörda parterna (sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna) skall få ett större ansvar för att själva utforma ersättningssystemet inklusive taxenivåerna, men också förutsättningar att ta ett större ansvar utan statens inblandning.

h. Patientavgifter

År 1960 fick sjukvårdshuvudmännen ett lagstadgat ansvar för öppen vård vid sjukhus och 1963 utsträcktes detta till att gälla även vård utanför sjukhus. Patientavgifterna var vid denna tidpunkt endast delvis reglerade. Genom den s.k. Sjukronorsreformen år 1970 infördes en enhetlig patientavgift i offentlig vård. Staten fastställde ett tak för de avgifter som huvudmännen kunde avkräva patienterna vid öppenvårdsbesök. År 1991 slopades detta tak och huvudmännen fick möjlighet att själva utforma sitt avgiftssystem för den öppna vården. Det innebar också att differentierade avgifter kunde börja tillämpas, t.ex. olika avgifter för besök i primärvård respektive hos specialist vid sjukhus. Under 1998 hade 24 av 26 sjukvårdshuvudmän utnyttjat möjligheten att införa differentierade avgifter (Socialstyrelsen 1998b). Avsikten med olika avgifter är att söka styra patientströmmarna, i första hand från sjukhus till primärvård.

i. Kunskapsöversikter samt plan- och metodstöd

År 1943 skapades Centrala sjukvårdsberedningen (CSB), en statlig organisation för planläggning av sjukhus, standardisering av utrustning och arbetsstudier inom sjukvården. Avsikten var också att beredningen skulle bistå huvudmännen i frågor om rationalisering i sjukvården. I början av 1960-talet tillkom Rådet för sjukhusdriftens rationalisering (SJURA) med uppgift att stödja huvudmännen genom att initiera utvecklingsprojekt. Dessa och andra uppgifter överfördes 1968 till det nybildade Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), som ägdes gemensamt av staten och sjukvårdshuvudmännen. En första uppgift för Spri var att bygga upp en "utredningsbank" där information inom olika ämnesområden samlades, för att denna lätt skulle kunna

tillgodogöras av sjukvårdshuvudmännen och andra intresserade. I början av 1970-talet utvecklade t.ex. Spri metodkompendier avsedda som vägledning för landstingen vid upprättandet av långtidsplaner för sjukvården. Spri spelade också till en början en roll när det gällde stöd till huvudmännen i byggnads- och utrustningsfrågor. Under 1990-talet har staten alltmer önskat renodla uppgifterna för Spri, som skall koncentrera sig på långsiktigt kvalificerat utvecklingsarbete för att bl.a. utveckla sjukvårdens kvalitet, ta fram metoder för effektivare resursutnyttjande och underlätta utbytet av information mellan olika vårdenheter. Under senare år har dock Spri:s roll kommit att ifrågasättas, liksom huvudmännens engagemang (Skoglund 1998)¹⁴. Landstingsförbundet har under 1990-talet påtagligt stärkt sina resurser för att kunna bistå medlemmarna (sjukvårdshuvudmännen) med metodstöd inom flera områden, såsom kvalitetsutveckling, förbättringsarbete, patientinformation m.m.

Även Socialstyrelsen har arbetat med att ta fram kunskapsunderlag av varierande slag, som riktat sig till sjukvårdshuvudmännen. Exempel på detta är de s.k. HS-80 och HS-90 rapporterna. Ofta har sådana översikter ett dubbelt syfte: att ge underlag till staten samt att fungera som stöd för huvudmännen. Inom Socialstyrelsens läkemedelsavdelning påbörjades också en publicering av systematiska läkemedelsöversikter; en verksamhet som övertagits av Läkemedelsverket.

j. Överenskommelser

Under 1970-talet initierades diskussioner i Socialdepartementets dåvarande sjukvårdsdelegation mellan representanter för staten och sjukvårdshuvudmännen med avseende på inriktningen av sjukvården och prioriteringar mellan verksamhetsområden. Avsikten var att skapa en konsensus mellan de statliga aktörerna och sjukvårdshuvudmännen om sjukvårdens utveckling. Under första delen av 1980-talet började formella överenskommelser träffas mellan staten (genom Socialdepartementet) och sjukvårdshuvudmännen (genom Landstingsförbundet) i form av s.k. Dagmaröverenskommelser. Innehållet i dessa gällde både överföring av ekonomiska resurser från staten till landstingen men också i ökad utsträckning inriktningen av verksamheten inom sjukvårdssektorn. Med tiden har dessa överenskommelser mera fått karaktären

¹⁴ Staten och Landstingsförbundet, dvs. huvudmännen för Spri, beslutade i april 1999 att avveckla institutet. Verksamheten skall upphöra den sista december 1999.

av gemensamma "policyuttalanden" (se vidare Anell och Svarvar 1999).

5.2.2 Framväxten av nya styrformer under 1980- och 1990-talen

I samband med reformeringen av regionsjukvården i slutet av 1970-talet uppmärksammades behovet att – av ekonomiska och kunskapsmässiga skäl – ytterligare koncentrera vissa medicinska specialiteter – t.ex. thoraxkirurgi, organtransplantationer, brännskadevård – till några få sjukhus. Landstingsförbundet tog på sig huvudansvaret för uppbyggandet av en rationell struktur för den högspecialiserade sjukvården. Regeringen ställde sig positiv till ett sådant arrangemang och under tidigt 1980-tal började förbundet, med hjälp av de regionala samverkansnämnderna, samla in uppgifter om verksamheter vilka borde regleras. Därefter utfärdades rekommendationer angående den högspecialiserade vården till landstingen. Den första förteckning R – som reglerade remisser över regiongränser – trädde i kraft 1986. Denna reglering upphörde dock i början av 1990-talet, sedan det visat sig svårt att uppnå konsensus bland landstingen beträffande lämplig lokalisering av några specialiteter, och därför uppstod svårigheter att få alla landsting att acceptera förbundets rekommendationer.

En viktig faktor i sammanhanget var att den medicinska professionen lokalt inte var nöjd med det kunskapsunderlag som låg till grund för politikernas ställningstagande i Landstingsförbundets styrelse. Det öppnade möjligheter för professionen och lokala sjukvårdspolitiker att argumentera för avvikelser från den struktur Landstingsförbundet förordade. Genom att underlaget var bristfälligt eller gav utrymme för olika tolkningar fick värderingar fylla tomrummet, vilket snart minskade trovärdigheten för den s.k. R-listan.

Ambitionen att påverka huvudmännen genom beslut och rekommendationer på nationell nivå fick ge vika för rätten till fritt val – en frihet för huvudmännen att sälja och köpa högspecialiserad vård. Denna frihet skulle dock kompletteras med bättre översikter; "ett aktivt informations-, uppföljnings- och utvärderingssystem" där Socialstyrelsen i samarbete med den medicinska professionen skulle producera en katalog att användas av huvudmännen (Carlsson, Garpenby och Bonair 1991).

Svårigheten att tillämpa den s.k. R-listan resulterade i ett "paradigm-skifte" med avseende på valet av styrform i svensk sjukvård. Den nationella nivån insåg problemen med att detaljstyra sjukvårdssektorn, och övergick istället till att ta fram god information som skulle ligga till

grund för beslutsfattandet hos huvudmännen – såväl den politiska som den kliniska nivån. Så ersattes t.ex. R-listan med en mindre styrande vårdkatalog för högspecialiserad vård (riksspecialiteter) sammanställd av Socialstyrelsen.

Redan innan implementeringen av R-listan kommit att uppfattas som ett problem hade dock flera initiativ tagits i riktning mot att förstärka kunskapsbasen i sjukvården. Inom läkemedelsområdet var staten, genom Läkemedelsverket, tidigt ute; redan 1982 började man utarbeta terapirekommendationer. I vissa fall inrättades också nya organisationer med syfte att utarbeta kunskapsunderlag. En arbetsgrupp inom Socialdepartementet konstaterade 1986 att utvecklingen av det medicinska handlandet under de närmaste decennierna krävde ställningstagande och prioriteringar utifrån en mer samlad kunskapsbas än den som då fanns tillgänglig. Man noterade att det saknades en resurs på det nationella planet som i ett samlat perspektiv kunde ansvara för utvärderingar av medicinskt handlande. Avsikten var att skapa kunskapsunderlag – byggda på systematiska utvärderingar – vilka hade förutsättningar att respekteras av såväl läkare som andra beslutsfattare i sjukvården. Diskussionen mynnade ut i bildandet av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU), först en beredning under Socialdepartementet, och från 1992 en permanent och fristående myndighet.¹⁵ Under 1990-talet har även uppdraget till Socialstyrelsen förändrats genom att ansvaret för kunskapsförmedling har förstärkts.

5.3 Förändrade roller och relationer mellan sjukvårdens aktörer

5.3.1 Nya roller för sjukvårdens aktörer

Vi kan konstatera att många av de förändringar som inträffat i det svenska samhället under de två senaste decennierna har påverkat rollerna för sjukvårdens aktörer. Under det senaste decenniet har de sjukvårdsekonomiska frågorna i ökad utsträckning kommit i förgrunden. Den främsta anledningen till detta är att sjukvården – en sektor som under perioden efter det andra världskriget har uppvisat en stark tillväxt mätt i såväl kostnader som antalet anställda – märkbart har drabbats av effekterna av en svag samhällsekonomisk utveckling. Resultatet kan

¹⁵ SBU har sedermera bytt namn till Statens beredning för medicinsk utvärdering.

avläsas som ett växande gap mellan allmänhetens förväntningar och det som sjukvården med sina nuvarande ekonomiska resurser förmår prestera. Många av de reformer som har introducerats i hälso- och sjukvårdssektorn under senare år lanserades utan att konsekvenserna i detalj hade diskuterats. En rad frågor i anslutning till de långsiktiga effekterna lämnades obesvarade. På vilket sätt bidrar olika reformer till ett effektivare medicinskt beslutsfattande? Förstärks eller försvagas den medicinska professionens ställning? Skapas incitament för att utveckla modeller och ta fram information som redovisar nyttan eller vårdens kvalitet? Vilka behov av rationell samordning och styrning krävs i framtiden?

Staten

Staten har det övergripande hälsopolitiska ansvaret, även sedan landsting och kommuner i allt högre grad tagit över det direkta ansvaret för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård – en process som pågått sedan början av 1960-talet. När det gäller kostnadskontroll agerar staten i dag främst genom förhandlingar med sjukvårdshuvudmännen, men även genom tvingande lagstiftning. Eftersom staten numera knappast producerar någon vård är det indirekta metoder som står till buds för att påverka inriktning och omfattning av hälso- och sjukvården. Genom överföringen av finansieringsansvaret för privat vård och läkemedel i öppen vård till landstingen under 1990-talet har statens möjligheter att påverka sjukvården i finansieringsledet minskat ytterligare.

Jämfört med andra europeiska länder med skattefinansierad sjukvård intar den svenska staten en unik position, genom att den successivt avhånt sig många av de instrument som kan användas till att påverka sjukvårdssektorn, t.ex. ekonomiska styrformer eller eget driftsansvar. Det medför att andra styrformer måste tillämpas i de fall man ändå önskar påverka utvecklingen.

När det gäller statens möjligheter att påverka sjukvårdens kvalitet och kostnader finns dock fortfarande några direktverkande instrument kvar. Kontrollen av sjukvårdspersonalens kvalitet faller på staten. Inom utbildningsområdet är staten formellt sett närvarande i hög grad, men har inte i praktiken visat särskilt stor aktivitet för att påverka sjukvårdspersonalens vidareutbildning, och därmed bibehållandet av kompetensen. Vad gäller kontrollen av god praxis bland sjukvårdens professioner sker denna främst i efterhand, då någon incident eller anmärkningsvärd händelse inträffat (uppgifterna fullgörs av Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd). Kontrollen av

vårdinstitutionernas kvalitet ingår i Socialstyrelsens uppgifter. Etableringen av Socialstyrelsens regionala enheter under 1990-talet förstärkte möjligheterna att bedriva statlig tillsyn över sjukvården och dess personal. Genom tillkomsten av den nya lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården (1996:786) kan man påstå att staten har skärpt den formella övervakningen av sjukvården samt skapat ett utrymme för att direkt ingripa genom reglering (möjligheten att utfärda förbud för verksamhet i vissa fall). Kontrollen av medicinska teknologier sker genom Läkemedelsverket som har att bedöma om nya läkemedel skall godkännas för den svenska marknaden samt följa upp dess kvalitet, säkerhet och tillämpning efter godkännandet, medan Socialstyrelsen har möjligheter att övervaka säkerheten för medicinteknisk utrustning och implantat genom lagen om medicintekniska produkter (1993:584).

Styrning av sjukvårdens inriktning, omfattning och fördelning sker för statens vidkommande främst genom en omfördelning av ekonomiska resurser och genom utbildning av personal till sjukvården. Kommunala utjämningsbidrag används för att skapa förutsättningar för en likartad fördelning av utbudet av sjukvårdstjänster, såväl geografiskt som socioekonomiskt. De ekonomiska villkoren för sjukvårdshuvudmännen har sedan mitten av 1980-talet också reglerats i samband med de tidigare nämnda årliga förhandlingarna mellan staten och landstingen. Även om tendensen varit att statens styrning blivit alltmer generell till sin natur finns exempel på specialdestinerade ekonomiska bidrag.

Utöver de medel som fördelas via Dagmaröverenskommelsen slussar staten i olika sammanhang ekonomiska resurser till hälso- och sjukvårdssektorn. Ett område som ökat i betydelse under 1990-talet, och som erhållit stöd via olika kanaler, är rehabilitering av långtidssjuk-skrivna (arbetslivsinriktad/yrkesinriktad rehabilitering). Försäkringskassorna har därvid givits möjlighet att upphandla yrkesinriktade rehabiliteringstjänster som är individuellt anpassade. Under 1995 köptes tjänster för ca 700 miljoner kronor. Dessutom avsattes genom Dagmaröverenskommelsen knappt 500 miljoner kronor som landstingen och försäkringskassorna gemensamt skulle fördela. Försöket med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (FINSAM) som påbörjades 1993 omsatte 15 miljoner under 1995 i särskilda projekt. Samma år utbetalade Socialstyrelsen 300 miljoner kronor som tillfälliga utvecklingsmedel för intensifierade rehabiliteringsinsatser för äldre (över 65 år). Likaså avsattes under detta år 1,2 miljarder till stöd för utvecklingen av nya arbetsformer mellan socialtjänst och psykiatri, med syfte att förbättra villkoren för psykiskt funktionshindrade. Sammantaget visar dessa exempel att staten utöver Dagmarmedlen kanaliserar betydande summor till hälso- och sjukvården. Det är dock inte alltid klart vilka effekter dessa medel åstad-

kommer eller om de olika penningströmmarna är koordinerade (Riksförsäkringsverket 1996).

Under 1990-talet har staten även arbetat med att förbättra hälso- och sjukvårdens informationsstruktur och uppföljning/utvärdering av hälso- och sjukvården. Det har skett genom omorganisation och resursförstärkning. Tillkomsten av Epidemiologiskt Centrum (EpC) inom Socialstyrelsen, samt uppgiften till myndigheten att var samordnande beställare av all hälso- och sjukvårdsstatistik, är ett led i denna riktning. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har också tillförts nya uppgifter och resurser.

Sammantaget visar utvecklingen under senare år på en splittrad bild. Statens intresse av och möjligheter att tillämpa direkt styrning på hög detaljeringsnivå (genom lagstiftning, direktiv och andra styrformer som baseras på auktoritet, samt åtgärder kopplade till statsbidrag) har minskat. Istället har staten inriktat sig mot att förstärka kompetensen när det gäller tillsyn och uppföljning. Det finns också en tydlig tendens att staten genom sina myndigheter (Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, SBU m.fl.) söker etablera "arenor" tillsammans med huvudmän och organisationer som representerar sjukvårdens olika professioner, för att ta fram underlag till och sprida information till sjukvårdens många aktörer – ett inslag i utvecklingen mot en mer kunskapsbaserad sjukvård.¹⁶

Huvudmän

Landsting och andra sjukvårdshuvudmän

Till sjukvårdshuvudmännen har vanligtvis räknats landstingen och de s.k. landstingsfria kommunerna med sjukvårdsansvar enligt HSL. Från 1999 har även två regioner (Skåne och Västra Götaland) sådana uppgifter. Indelningen i landsting och kommuner och uppgiftsfördelningen dem emellan går tillbaka till 1862 års kommunalförordningar. Under 1900-talet har förändringar skett främst vad gäller kommunindelningen, i mindre utsträckning beträffande gränsdragningen för landstingen. I Sverige har uppgiften att förse medborgarna med offentlig välfärds-service i hög grad placerats på kommuner och landsting. Efter det andra världskriget har landstingen renodlats som finansiärer och producenter av offentlig hälso- och sjukvård, och de har fortlöpande tagit över

¹⁶ Huruvida bilden av statens styrning kommer att ånyo förändras återstår dock att se. Detta kan möjligen bli fallet om de aviserade ansträngningarna att hitta former för en "nationell behandlingsgaranti" blir verklighet.

uppgifter från staten. Under senare år har även hälso- och sjukvårdsuppgifter lämnats över från landsting till kommuner (se nedan).

Före det andra världskriget saknade landstingen heltidsengagerade politiker och de fåtaliga tjänstemännen var inriktade mot övergripande budgetarbete, sjukhusens bokföring, upphandling och i förekommande fall byggprojekt. Staten tillhandahöll medicinsk sakkunskap genom förste provinsialläkaren som hade möjlighet att delta i politiska sammanträden (Garpenby 1996). Kontrasten är slående jämfört med situationen i dag, vad gäller antalet heltidsarvoderade politiker och kompetensen bland tjänstemännen (variationer kan naturligtvis förekomma beroende på huvudmännens storlek och vidhängande resurser). Landstingen och kommunerna har dock generellt sett mycket större möjligheter i dag att utan statens medverkan ta ställning i olika frågor och att ta fram beslutsunderlag. Denna tendens har av allt att döma förutsättningar att ytterligare förstärkas genom tillkomsten av större sjukvårdsområden (regioner). Bland motiven för tillskapandet av större regionala sjukvårdsenheter har nämnts behovet av omstruktureringar av sjukhusorganisationen och möjligheten att lättare hantera patienternas fria val av läkare och sjukhus (SOU 1995:27). Förutom att ställa sig bakom etableringen av regioner rekommenderade den statliga regionberedningen landstingen i mindre län att samverka, t.ex. genom institutionaliserade nätverk eller kommunalförbund. Utöver förslaget att kommunerna bör få ett uttalat ansvar för folkhälsoarbetet, föreslår beredningen i övrigt ingen ändring i ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvård mellan staten, landstingen och kommunerna. Man kan i sammanhanget notera att det förutom formella förändringar upprättats nya "allianser" mellan sjukvårdshuvudmän, manifesterade i form av överenskommelser och samverkansprojekt. Detta kan utgöra grunden för att på sikt skapa ytterligare regioner.

När ansvaret för finansieringen av läkemedel förskrivna i öppen vård i sin helhet övergår till landstingen måste ny kompetens tillskapas lokalt också inom detta område. Det blir antagligen nödvändigt för landstingen att ta ställning till kostnader och nytta inte bara för läkemedel, utan för alla typer av sjukvårdsteknologier. Med ökat ansvar också för klinisk forskning och utveckling samt utvärdering (se vidare avsnitt 5.6.1) stärks förutsättningarna för huvudmännen att bygga upp ny kompetens – särskilt inom dessa områden kan samverkan mellan landsting bli aktuell.

Kommuner

Före det andra världskriget uppvisade Sverige en mycket splittrad bild vad gällde huvudmannaskap för uppgifter i anslutning till hälso- och sjukvård. Förutom att staten hade ett inte obetydligt driftsansvar var även kommunerna i hög grad inblandade i hälso- och sjukvården. Efter kriget skedde en renodling av uppgifterna med en koncentration av hälso- och sjukvård till framför allt landstingen. Under 1990-talet har denna trend brutits vad gäller fördelningen av uppgifter mellan landsting och kommuner, där de senare ånyo har blivit viktiga som huvudmän för sjukvårdsinriktade uppgifter. Den s.k. Ädelreformen som trädde i kraft 1 januari 1992 innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg till äldre och handikappade. Kommunerna övertog visst verksamhetsansvar (främst driften av sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård) från landstingen, samt fick ett betalningsansvar för insatser som tillhandahålls av landsting (eller enskilda vårdgivare). År 1992 övertog kommunerna sjukhem och andra enheter med omkring 30 000 vårdplatser. Ungefär 55 000 landstingsanställda gick över till kommunal anställning – flertalet vårdpersonal. Kommunerna tillfördes också resurser genom en ekonomisk reglering (skatteväxling, skatteutjämning m.m.).

Den fortsatta utvecklingen under 1990-talet har för kommunernas del inneburit att vårdtyngden inom äldreomsorgen ökat påtagligt, där de rent sjukvårdande inslagen blivit mer framträdande. Orsakerna är flera: demografiska genom en större andel äldre-äldre som konsumerar mer sjukvård, en medveten satsning på vård i hemmet samt tendenser till snabbare utskrivning av patienter från akutsjukvården. Enligt uppgift utförs 40–50 procent av all verksamhet riktad till äldre i kommunerna med stöd av HSL, dvs. ett mycket framträdande medicinsk och omvårdnadsmässigt innehåll.¹⁷ Det faktum att kommunerna har axlat betydligt mer av rent sjukvårdande uppgifter än vad som kunde förutses, väcker frågor om nödvändig kompetens och adekvat personalstruktur. Eftersom reformen inte förutsatte kommunalt anställda läkare, har medicinska uppgifter som kräver läkarmedverkan lösts genom överenskommelser mellan landsting och kommuner. Från kommunalt håll har man efterfrågat en högre grad av läkarmedverkan i vård och omsorg av äldre (Kommunförbundet 1998a). Det är ett problem att kvarstående behov av medicinska insatser och framför allt omvårdnad förutsätts kunna tillgodoses i öppen vård och inom kommunernas äldreomsorg,

¹⁷ Uppgiften är en grov skattning enligt vissa beräkningar och antaganden (Muntlig uppgift Gert Alaby, Svenska Kommunförbundet).

vilket i dag är lång ifrån givet, konstaterar Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 1998c).

Genom den s.k. Psykiatrireformen 1995 förtydligades och utvidgades kommunernas ansvar för stöd till psykiskt funktionshindrade. I viss utsträckning har det inneburit att kommunerna tagit över ansvaret för verksamhet som tidigare drivits av landstingen. Omfattningen på överföring av personal är dock mycket mer begränsad än i samband med Ädelreformen. I samband med genomförandet av reformen pekades på vikten av att kommunerna disponerar adekvat kompetens för att möjliggöra ett bra omhändertagande och rehabilitering av personer med psykiska funktionshinder. Staten har dock i ringa utsträckning sökt påverka huvudmännen, utöver att lämna ett särskilt bidrag för ökade kostnader som kan uppkomma vid omstrukturering och vidareutveckling av socialtjänstens och psykiatrins arbetsformer med anledning av psykiatrireformen.

Vårdproducenter

Med vårdproducenter avses sjukhus, vårdcentraler, mottagningar, sjukhem m fl enheter som bedriver uppgifter enligt HSL. Uppbyggnaden av en struktur för produktion av tjänster inom hälso- och sjukvården i Sverige under 1900-talet har skett med inslag av planmässighet. Mellan 1930-talet och 1970-talet planerades sjukhusen med utgångspunkt i landstingens geografiska indelning i sjukvårdsdistrikt, med tillhörande upptagningsområden. Utgångspunkten för lokaliseringen av vårdcentralerna har varit det geografiska befolkningsansvaret. Inom sjukhusen har uppdelningen i verksamhetsenheter följt medicinens specialisering och sub-specialisering, där den traditionella basen varit klinikerna.

Under första delen av 1990-talet inträffade ett flertal förändringar som påverkade vårdproducenterna. Bakgrunden var nya värderingar i samhället vilka kanaliserades genom politiska beslut, förändrade ekonomiska förutsättningar för sjukvården och slutligen teknologiska förändringar.

Konkret resulterade detta i ökade möjligheter för allmänheten att välja vårdgivare, vilket åtminstone i vissa delar av landet fick konsekvenser för vårdgivarna i form av minskat eller utökat patientunderlag. I kombination med prestationsrelaterade ersättningsformer till vårdgivarna kunde förändrade patientströmmar även få ekonomiska konsekvenser. Inom det teknologiska området blev användningen av mer dagkirurgi och mindre invasiva procedurer märkbara, stimulerade av nya ersättningsformer, där resultatet blev ett minskat utnyttjande av vårdplatser vilka kunde avvecklas. Genom ökade möjligheter att

bedriva sjukvård i hemmet, i samverkan mellan landsting och kommun, var det möjligt att ytterligare reducera antalet vårdplatser. Den minskade benägenheten bland landstingen inom respektive sjukvårdsregion att remittera patienter har i stor utsträckning påverkat region/universitetssjukhusen i form av ett minskat patientunderlag, vilket också bidragit till avvecklingen av vårdplatser.

Även om diskussionen om sjukvårdens framtida struktur tidvis har varit livlig har ytterst få sjukhus i Sverige avvecklats helt. Däremot har i vissa fall betydande förändringar skett i fördelningen av uppgifter mellan sjukhusen. Samverkan mellan sjukhus har blivit vanlig och i några fall har en sammanslagning av två sjukhus genomförts. Ett exempel på det sistnämnda är bildandet av Blekingesjukhuset 1996 genom ett samgående mellan sjukhusen i Karlskrona och Karlshamn samt omstruktureringen bland sjukhusen i Göteborgsområdet. Vid ett antal sjukhus utförs akutkirurgi endast under dagtid, medan akuta operationer under andra tider på dygnet hänvisas till andra sjukhus. Man kan förvänta sig en fortsatt utveckling i denna riktning, dvs. att innehållet i sjukhusens verksamhet förändras. En inre omstrukturering kan ske genom att akut verksamhet koncentreras till vissa sjukhus och planerade operationer till andra enheter. Vissa sjukhus kan behålla endast vård- och observationsplatser, eller bedriva rehabilitering, medan andra enheter står för den aktiva interventionen.

Ny informationsteknologi har faktiskt ökat möjligheterna att bevara mindre sjukhus samtidigt som dessa enheter får tillgång till hög kompetens. Genom utvecklingen av teleradiologi kan röntgenbilder skickas för tolkning till ett annat sjukhus och en överföring av provsvar kan ske mellan vårdenhet och laboratoriet. Med videokommunikation öppnas möjligheter till en dialog mellan stora och mindre sjukhus. Konsultation kan ske på distans genom att den behandlande läkaren i direkt dialog får tillgång till specialistkompetens på annan ort. Nyttjandet av telemedicin kan underlätta övergången till mer sjukvård i hemmet. Via en bärbar dator kan sjukvårdspersonal lägga in uppgifter om patienter och hämta ned patientens journal (Westander 1995).

På flera platser i landet pågår ett internt förändringsarbete vid sjukhus som syftar till att åstadkomma en mer patientcentrerad vård. Avsikten är att bryta upp mindre lämpliga strukturer – t.ex. den traditionella klinikorganisationen – vilket sker genom att den egna organisationen analyseras systematiskt med utgångspunkt i ett flödesbaserat synsätt. Resultatet kan bli en organisation som byggs kring patientgrupper, skapandet av nya centrumbildningar eller införandet av nya rutiner för överföring av information mellan vårdgivare. Genom att använda informationsteknologi går det att följa patientens väg inom sjukhuset. Exempel på olika lösningar erbjuder Skene lasarett och

Borås lasarett. Vid den förra enheten har s.k. terapilinjer organiserats för olika sjukdomsgrupper, där en multiprofessionell personalgrupp ansvarar för att vården utvecklas för respektive patientgrupp, samt föreslår förändringar och ser till att personalen får rätt utbildning. Vid Borås lasarett har programområden för sjukdomsgrupper skapats där de ansvariga kommer från olika klinik- och basenheter. Uppgiften är att identifiera vårdkedjor och vårdprogram skall utformas för specifika diagnoser eller sjukvårdsbehov. Sjukhusens klinikstruktur har på många håll genomgått stora förändringar, där sammanslagningar i centumbildningar och divisioner har inneburit nya samarbetsrelationer. Olika försök har genomförts som syftar till att integrera specialis-tvården vid sjukhusen med primärvården.

Vid sidan av strukturella förändringar har sjukvårdshuvudmännen på olika sätt arbetat med organisationsutveckling. I detta sammanhang har chefsutvecklingsprogram och andra kompetenshöjande insatser varit viktiga. Vi återkommer till detta längre fram.

Trycket på vårdproducenterna att förändra såväl yttre struktur som inre organisation kommer troligen inte att minska framöver. I skärningspunkten mellan nya värderingar, ny teknologi och pressad ekonomi kommer vårdgivarna att tvingas söka efter nya lösningar.

Den medicinska professionen

Den klassiska bilden av läkaren är den ensamme praktikern som har svårt att ta ett större samhällsansvar för sjukvården eftersom den kliniska verksamheten betonar det unika framför det generella (Freidson 1970). Denna bild har med tiden blivit inaktuell, eftersom läkarna i allt större utsträckning agerar i kollektiv och tillsammans med andra yrkesgrupper. Läkarna har blivit mer beroende av hur den medicinska verksamheten är organiserad. Dessutom har kraven på läkarkåren ökat med avseende på anpassning till en situation med begränsade resurser, där finansiering i form av staten, kommunala organ eller försäkringsgivare formulerar villkoren (Hoffenberg 1986; Wilsford 1991). Arbetssituationen för läkarna har också påverkats när kraven att inhämta och tillgodogöra sig information om nya medicinska rön blir mer påträngande. Eftersom informationsmängden har ökat markant har det – trots specialisering och sub-specialisering – blivit svårare för läkaren att hinna ta del av all relevant information. Därmed har beroendet av sammanställningar och synteser av forskningsresultat med tiden blivit större. Det finns tendenser till en segmentering av den medicinska professionen, genom att vissa läkare – framför allt de verksamma vid undervisningssjukhus – förväntas delta i utarbetandet av rekommenda-

tioner och lägga fast behandlingsstandard (Freidson 1989). Man kan notera att till väsentlig del har läkemedelsindustrin svarat för kunskapsöversikter och fortbildningsinsatser för läkare.

I många länder stimuleras läkarna – som en motvikt till fragmenteringen – till att delta i diskussioner om resursfördelning, medicinsk ändamålsenlighet och förmågan att se sjukvården i ett större perspektiv. Läkare förväntas medverka i sammanhang utöver rent medicinska. Ett svenskt exempel som följer denna trend är bildandet av en sektion för administrativ medicin inom Svenska läkaresällskapet. Detta markerar ett ökat engagemang från delar av den svenska läkarkåren som önskar ta en aktiv del i reformeringen av sjukvårdssystemet.

Den traditionella bilden av förhållandet mellan läkare och patient var att den senare inte förväntades delta i den kliniska beslutsprocessen utan stillatigande acceptera läkarens beslut. Denna bild underbyggdes av föreställningen att läkaren alltid förväntades agera i patientens intresse och dirigera alla beslut därefter (Katz 1984). I en situation där patientens roll som informerad "konsument" alltmer betonas och där utbildningsnivån i samhället höjs har det blivit omöjligt att förvisa patienten till en helt passiv roll. Alltmer framhålls betydelsen av patientens medverkan i utformningen av behandlingen; motivet är inte bara att detta stärker patientens autonomi utan att deltagandet också ger bättre förutsättningar för goda behandlingsresultat. I Sverige har från 1999 vårdgivarens skyldighet att ge patienten en individuellt anpassad information om bl.a. hälsotillstånd preciserats i lag. Vidare blir vårdgivaren – i praktiken den behandlande läkaren – skyldig att ta hänsyn till patientens val av behandling där två eller flera alternativ är möjliga. Vårdgivaren skall i vissa situationer vara skyldig att medverka till att patienten får möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare (s.k. second opinion). Uppfattningen om hur långt man bör och kan sträcka sig när det gäller patientens aktiva medverkan kan variera, men det är tydligt att läkarrollen redan har påverkats. Samtidigt som flertalet patienter sannolikt önskar se läkaren som expert förväntas denne kunna förklara tillgängliga behandlingsalternativ, dess fördelar och risker. Detta ställer ytterligare krav på läkarna att hålla sig informerade och att kunna stödja patienterna i en beslutsprocess som gäller den enskildes hälsa och livskvalitet (Deber 1994). I tider av resursknapphet där kraven på ekonomiskt hänsynstagande ökar, blir det kliniska beslutsfattandet alltmer komplicerat vilket påverkar läkarpatientrelationen.

Andra vårdyrkesgrupper

Under 1900-talet har hälso- och sjukvården utvecklats från att ha varit en verksamhet byggd runt ett fåtal yrkesgrupper – läkare, sjuksköterska, ekonomipersonal – till att bli alltmer differentierad vad gäller deltagande yrkesgrupper. Efter det andra världskriget uppvisade sjukvården i de västliga demokratierna en stark volymtillväxt, med betoning på sjukhusbaserad vård. I Sverige fick detta stora konsekvenser eftersom personalförsörjningen till en början inte var i paritet med expansionsplanerna. Hotellfunktionen inom sjukhusen kom att skötas av yrkesgrupper med relativt kort formell utbildning. Medicinalpersonalen – främst läkare och sjuksköterskor – var fåtalig, vilket medförde behov av omfattande delegering av arbetsuppgifter. För svenskt vidkommande innebar detta t.ex. att sjuksköterskor kom att handha uppgifter som i andra länder var reserverade för läkare. Under 1960-talet ökade utbildningskapaciteten för yrkesgrupper inriktade mot hälso- och sjukvård. Mellan 1970 och 1990 ökade antalet sjuksköterskor med 156 procent. Yrkesgrupperna blev också fler i antal inom offentlig vård, t.ex. sjukgymnast, psykolog och senare kurator och arbetsterapeut. Efter 1990 har ökningstakten för t.ex. sjuksköterskor avtagit medan detta inte gäller för t.ex. kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Bland yrkesgrupper som saknar högskoleutbildning har en omfattande reduktion i antalet verksamma skett inom landstingen. Yrkesgrupper med högskoleutbildning dominerar allt mer i det patientnära arbetet (Anell och Persson 1996).

Situationen är annorlunda i kommunerna vad gäller den personal som är verksam inom vård och omsorg. Ädelreformen innebar att personal med medellång vårdutbildning tillfördes kommunerna. En viss nyrekrytering har också skett under 1990-talet av personal med längre utbildning. Totalt sett är dock yrkesgrupper med högskoleutbildning i minoritet bland kommunernas vård och omsorgspersonal. Som exempel kan nämnas att kommunerna 1997 hade omkring 10 000 sjuksköterskor anställda i vård och omsorg (huvudsakligen riktade mot äldre) medan landstinget hade drygt 50 000 sjuksköterskor anställda. Den stora förändringen för kommunernas del under 1990-talet har varit bland yrkesgrupper med kort formell utbildning. Kommunerna hade i början av 1990-talet omkring 100 000 vårdbiträden – varav många saknade formell utbildning – och 7 000 undersköterskor. År 1997 fanns inom kommunerna omkring 80 000 vårdbiträden och 42 000 undersköterskor – en förändring som dels är ett resultat av övertagande av personal från landstingen och dels återspeglar utbildningsinsatser (Kommunförbundet 1998b; Socialstyrelsen 1998b).

Den svenska hälso- och sjukvården präglades länge av en storskalighet, med basen i sjukhusens öppen- och slutenvård med dess hierarkiska vårdorganisation. Under den gångna 10-årsperioden har en utveckling skett bort från slutenvård, i riktning mot öppenvård och primärvård. Vi ser också början på en trend mot allt mer avancerad sjukvård som bedrivs i patientens eget hem.

En förändring bort från storskalighet och hierarkisk organisation får sannolikt konsekvenser för de yrkesgrupper som uppträder vid sidan av den medicinska professionen i det patientnära arbetet. Större krav vad gäller kompetens kommer att ställas på dessa yrkesgrupper när arbetet bedrivs mer i tvärprofessionella arbetslag. Det innebär troligen krav på en längre formell utbildning i kombination med större inslag av forskning bland andra yrkesgrupper än läkare. Vi ser t.ex. att en mycket stor andel av yngre sjuksköterskor är intresserade av att höja sin yrkeskompetens genom vidare studier. Det finns ett stort intresse bland sjuksköterskor att arbeta mer med patientinformation och rådgivning, men det finns också ett starkt intresse att arbeta med medicinska uppgifter (Rosén och Persson 1998). Samtliga dessa arbetsuppgifter ställer rimligtvis ökade krav på förmågan att självständigt kunna inhämta och bedöma vetenskapliga underlag. Insikt i evidensbaserad vård blir en nödvändighet för alla yrkesgrupper med patientkontakt, inte bara läkare. Bland t.ex. sjuksköterskor finns en internationell trend mot att i ökad utsträckning ta modern informationsteknologi i bruk för att sprida information i syfte att stärka yrkesrollen ("nursing informatics") (Mantas 1998; Nagelkerk, Ritola och Vandort 1998).

Patienter och patientföreningar

Inte bara i Sverige utan även i många andra länder har frågan om patienternas – allmänhetens – ökade inflytandet i sjukvården och formerna för detta kommit att uppmärksammas. I debatten framhålls vanligtvis det värdefulla och det nödvändiga i att patienter kan göra aktiva val i sjukvården, men även de problem som kan uppstå i en sådan situation (Coulter 1997).

Frågan gäller dels möjligheterna för allmänheten att välja vårdgivare – sjukhus och läkare – och dels utrymmet och formerna för patienternas medverkan i valet av behandlingsmetoder. Det förstnämnda får en särskild tyngd när de ekonomiska villkoren för sjukvården ändras i riktning mot större inslag av prestationsrelaterad ersättning. Patientens val av vårdgivare får under sådana förhållanden ekonomiska konsekvenser för vårdgivaren. I takt med metodutvecklingen i sjukvården tenderar antalet behandlingsalternativ vid olika sjukdomstillstånd att

öka. En allt större del av vårdinsatserna syftar till att förbättra patienternas livskvalitet. Många behandlingsbeslut föregås av en avvägning mellan måttligt förväntade förbättringar i välbefinnandet hos patienten och små men inte obetydliga risker förenade med olika behandlingsalternativ. I modern sjukvård kräver behandlingsbeslut och resultatmätning en ökad medverkan från patienterna som i sin tur behöver tillgång till adekvat information. Olika patient- och befolkningsföreträdare kan vara pådrivande i denna process. Valet av behandlingsform kan få stora konsekvenser för såväl den enskilde som vårdgivaren (liksom finansären av vården). Det kan t.ex. gälla valet mellan att avvakta sjukdomens utveckling och att påbörja en behandling.

En förutsättning för patienternas möjlighet att ta ställning till alternativ i sjukvården – vare sig dessa avser vårdgivare eller behandlingsmetod – är tillgången till och möjligheter att tillgodogöra sig information. Informationen kan ta sin utgångspunkt i resultat- och kvalitetsmått och spegla verksamheten hos olika vårdgivare. Resultat- och kvalitetsmått kan avse både vårdgivarens service i form av väntetider och tillgängliga faciliteter, samt patienttillfredsställelse (mätt med olika enkäter), men även medicinska resultat såsom mortalitet, samt indikatorer på bristande kvalitet i form av negativa incidenter, infektioner och reoperationer.

I USA har en delstat sedan början av 1990-talet offentliggjort mortalitetssiffror efter ingrepp i hjärtat (bypass-operationer) relaterade till sjukhus men också till enskilda läkare (riskjusterade mortalitetstal). I Sverige har under 1990-talet uppgifter över t.ex. antalet kejsarsnitt vid olika sjukhus publicerats. Socialstyrelsens redovisning av mortaliteten vid landets sjukhus för patienter med hjärtinfarkt skapade mycket diskussioner.

Det finns varierande uppfattningar om hur långt man bör sträcka sig då det gäller att tillhandahålla information till allmänheten/patienter. Vilken typ av information skall tillhandahållas? Det är väsentliga skillnader mellan information som avser behandlingsformer – synteser av vetenskapliga rön i populariserad form – och faktisk resultatinformation från sjukvården, t.ex. mortalitetssiffror från olika sjukhus. Vem skall tolka informationen? Är det läkaren som skall kommunicera all information till patienten eller skall en tredje part – landsting eller myndigheter – förse allmänheten med "kvalitetskontrollerad" information? (Se vidare Garpenby och Carlsson 1996).

Hur aktiv skall sjukvården vara när det gäller att tillhandahålla information? Det finns argument som talar för att individen har rätt att få tillgång till all information som kan ha relevans för den egna livssituationen, men det går också att finna argument för att information

både kan förvirra och till och med skada den enskilde i vissa lägen (de Haes och Molenaar 1997).

Den viktigaste konsekvensen av större öppenhet inom hälso- och sjukvården, och ökad tillgång till information, blir sannolikt bättre möjligheter för den enskilde att förstå sin sjukdom och dess behandling, samt att föra en dialog med vårdpersonalen. För personalen betyder det en större möjlighet att få kunskap om patienternas erfarenheter och upplevelser av sjukdom och behandling (Øvretveit 1996). Som tidigare konstaterats har patienternas rätt till information preciserats i HSL från 1 januari 1999.

Industrin

Företag inriktade mot att förse sjukvårdssektorn med insatsvaror har ökat sin andel i världsekonomin högst påtagligt under 1980- och 1990-talen. I många länder i Europa och Nordamerika har läkemedelsindustrin och medicintekniska företag flyttat fram sina positioner och blivit allt viktigare inslag i näringslivet (Sharp 1991). Ett uttryck för detta är att forskning och utveckling (FoU) inriktad mot medicin och hälso- och sjukvård ökar i omfattning, främst inom den privata sektorn. I USA har industrins andel av FoU ökat från 42 procent 1986 till 52 procent 1995 (Neumann och Sandberg 1998). Läkemedelskostnadernas andel av sjukvårdskostnaderna har ökat under de senaste 10 åren i Sverige liksom i många andra länder. I Sverige utgjorde läkemedelskostnaderna 9 procent av sjukvårdskostnaderna år 1986 medan de hade ökat till 16 procent år 1996 (Socialstyrelsen 1998b). Konkurrensen inom läkemedelsbranschen har tilltagit i styrka, vilket avspeglar sig i företagets ansträngningar att nå fram till nyckelgrupper i sjukvården som kan styra efterfrågan, främst läkarna, men även sjuksköterskor och barnmorskor med förskrivningsrätt är intressanta i detta sammanhang. Informationsflödet till förskrivare av läkemedel har successivt ökat i omfattning och idag är industrin en mycket stark part i detta avseende. Man kan under senare delen av 1990-talet även förmärka ett ökat intresse från industrins sida att nå ut till allmänheten, vilket kan ske genom direkt annonsering, men också indirekt genom att man via t.ex. intressanta forskningsprojekt söker väcka massmediernas intresse i syfte att få till stånd nyhetsartiklar.

Läkemedelsföretagen nöjer sig emellertid inte med riktad information kring sina produkter. Det har blivit allt vanligare att industrin anordnar utbildning för läkare i hur sjukdomar skall diagnostiseras och behandlas (se vidare avsnitt 5.6.1). Vad industrin ägnar sig åt kan faktiskt uppfattas som en form av "kunskapsstyrning". I en delrapport

till HSU 2000 tolkas övergången från äldre och billigare läkemedel till nya och dyra läkemedel som till stor del ett resultat av företagens marknadsföringsåtgärder och utbildningsaktiviteter (SOU 1995:122:235). Situationen håller också på att förändras genom introduktionen av allt fler s.k. livsstilsrelaterade läkemedel, t.ex. Viagra för män med impotens och Xenical mot fetma, som under 1998 godkändes inom EU.

Den statliga kommittén HSU 2000 har pekat på behovet av att offentliga aktörer kompletterar och i viss mån nyanserar och reviderar industrins information inom läkemedelsområdet. Det finns sedan tidigare ett antal offentliga organ som har till uppgift att sprida information om läkemedel och medverka till kunskapsupbyggnad hos sjukvårdens personal. På den nationella nivån är detta Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, SBU och Apoteket AB. Dessa organisationer har kompletterats med regionala läkemedelsinformationscentraler och rådgivande läkemedelskommittéer, där de sistnämnda tilldelats en tydligare roll som landstingens expertorgan. I samband med att ansvaret för finansieringen av läkemedel i öppen vård förs över till landstingen betonas vikten av att också utveckla de lokala läkemedelskommittéerna, för att dessa bl.a. skall kunna medverka i fortbildnings- och informationsverksamhet gentemot sjukvårdspersonalen.¹⁸

Massmedier

Fri opinionsbildning är ett fundamentalt inslag i det demokratiska samhället. Att medierna kommit att spela en allt viktigare roll för att informera medborgarna om olika samhällsförhållanden råder det inget tvivel om, även om det kan vara svårt att fastställa i vilken grad och hur mediebildens bidrar till att forma befolkningens åsikter i olika frågor. Även hälso- och sjukvården är utsatt för en allt intensivare uppmärksamhet från mediernas sida. Man kan notera att under den period då tillväxten inom hälso- och sjukvården var särskilt stark – 1960 till 1980 – var massmediernas intresse för denna samhällssektor begränsat (Westerstahl och Johansson 1985). Däremot har intresset för hälso- och sjukvården förstärkts i takt med att resurstillgången minskat – märkbart under 1980- och 90-talen – då sjukvården kom att uppvisa mer av dramatik och kontroverser. Att sjukvården blivit ett högingressant

¹⁸ Man kan notera att aktörer inom läkemedelsindustrin visat intresse för läkemedelskommittéernas arbete med information och också tagit vissa initiativ för att etablera ett samarbete genom att erbjuda plats på Internet (Blom 1998). Det finns åtminstone ett exempel i landet där ett företag samarbetar med en regional läkemedelskommitté kring utbildning.

område framgår t.ex. av etableringen av Dagens Medicin som specialiserat sig på nyhetsrapportering, med inslag av undersökande journalistik. Andra exempel på nya tidskrifter utgör Läkemedelsvärlden som publiceras av den ideella föreningen Apotekarsocieteten samt den mer kommersiella Medikament.

Medierna förmedlar vanligtvis en stark tilltro till högteknologi och intervention i den mänskliga organismen med hjälp av sofistikerad apparatur och läkemedel. En viss rapportering om problem med teknologier förekommer, men denna är av liten omfattning i förhållande till den uppmärksamhet som ägnas nya behandlingsmetoder. Det medicinska materialet konkurrerar med material från andra samhällsområden. Det medför att akutsjukvårdens teknologier har lättare att komma i fokus än teknologier inom t.ex. primärvård, långvård och psykiatri (Carlsson, Garpenby och Bonair 1991).

Medierna arbetar inte förutsättningslöst och nyhetsförmedlingen präglas av urval i olika steg. Aktörer inom såväl den medicinska forskningen, inom det offentliga sjukvårdssystemet som representanter för kommersiella intressen har möjlighet att påverka medierna beträffande valet av ämnen och hur dessa behandlas. Det intresse som medierna från tid till annan ägnar vissa sjukdomar eller lovande behandlingsformer har inte sällan sitt upphov i en medveten strategi bland olika aktörer som går ut på att få uppmärksamhet. Medborgarnas ökade kunskap och intresse för medicinska frågor och sjukvårdsfrågor kommer dock att ställa högre krav på mediernas rapportering. Det kan också finnas anledning för såväl staten som sjukvårdshuvudmännen att söka balansera informationsutbudet i medierna genom egna insatser på detta område. Ett aktuellt exempel utgör läkemedelsinformation till allmänheten. Vi kan konstatera att det finns ett förslag att staten, utöver den information som förmedlas genom vårdgivare och apotek, skall svara för "massdistribuerad läkemedelsinformation av generell karaktär", samordnad inom en myndighet (SOU 1998:41:14). Exakt vilken omfattning på denna information som eftersträvas är oklart, men uppenbarligen tänker man sig någon form av "samlad auktoritativ informationskälla", möjligen i samverkan med InfoMedica (en informationsdatabas som riktar sig till allmänheten med landstingen och Apoteket AB som huvudmän).

5.3.2 Ändrade relationer skapar behov av nya styrformer

Man kan peka på några generella anledningar att utveckla nya styrformer. En viktig anledning kan vara att de styrformer som vanligtvis

tillämpas inom en samhällssektor inte visar sig leda till förväntade resultat. En annan anledning kan vara att man önskar åstadkomma något helt nytt och därför väljer bort traditionella styrformer som förväntas vara mindre adekvata. En tredje anledning kan vara att relationerna mellan olika aktörer har förändrats, så att kapaciteten hos den styrande parten och den styrda parten har påverkats.

Det ökade intresset för kunskapsstyrning kan hänföras till de tre ovan angivna skälen. Som tidigare konstaterats har staten numera en begränsad uppsättning styrformer till sitt förfogande gentemot sjukvården, och dessa är främst generella och icke-preciserade.¹⁹ Om det finns en stark önskan att påverka sjukvården i dess möte med allmänheten behöver sannolikt nya styrformer utvecklas. Utan tvekan har relationen mellan sjukvårdens aktörer förändrats, liksom kapaciteten. I dag spelar industrin (läkemedelsföretag och den medicintekniska industrin), patienterna och dess organisationer samt massmedierna en större roll än tidigare. Kapaciteten och kompetensen hos sjukvårdshuvudmännen har ökat, och fortsätter att öka i takt med att "regioner" bildas. Betydelsen av statens insatser minskar då dessa ställs mot den kompetens som sjukvårdshuvudmännen numera besitter. Vad som är särskilt påtagligt är industrins starka ställning i dag jämfört med några decennier tillbaka. Industrins roll som "skapare av kunskap" i sjukvården, i form av utbildningsinsatser och stöd till forskning är omfattande. Hur relationen mellan industrin och sjukvårdens professioner kommer att se ut framöver är oklart – förändringar kan komma att ske, vilket kan motivera industrin att ägna större uppmärksamhet åt information riktad till patienter och allmänhet – denna tendens är redan märkbar.²⁰ Kombinationen av en bättre informerad allmänhet – där information kommer från flera olika källor, och där bara ett fåtal kontrolleras av staten och sjukvårdshuvudmännen – och större rättigheter för patienter att påverka sin egen vård kommer att förändra såväl efterfrågan på sjukvård som förutsättningarna att ge vård.

I detta perspektiv kan statens ambitioner att förstärka inslagen av kunskapsstyrning betraktas som en kvarvarande möjlighet att aktivt

¹⁹ För en närmare diskussion av dessa begrepp se avsnitt 5.4.1

²⁰ Frågan om läkemedelsindustrins relation till allmänheten är känslig. I Sverige har branschen (Läkemedelsindustriföreningen) genom att inrätta Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation (NBL) sökt upprätthålla en självreglering. Branschens uppfattning om hur informationen till allmänhet respektive anställda i hälso- och sjukvården bör utformas finns kodifierad i en särskild regelsamling ("Regler för läkemedelsinformation") Under 1998 prövades i NBL ett ärende avseende ett pressmeddelande från ASTRA som publicerades på Internet. Publicering på Internet är särskilt komplicerad eftersom hemsidor i regel är öppna för allmänheten (se vidare Falk-Wadman 1998).

påverka utformningen av sjukvårdens möte med patienterna, men också som en balanserande kraft till den "kunskapsstyrning" som i ökad utsträckning utövas av andra aktörer i samhället.

5.4 Vad innebär det att styra?

I varje social relation – mellan individer, grupper eller formella organisationer – uppstår situationer då individer/aktörer önskar påverka andra individer/aktörer i syfte att förändra preferenser och beteenden. Detta kan benämnas styrning. I första hand används begreppet för att beskriva former för påverkan inom och mellan formella organisationer och organisatoriska nivåer inom stater.

Alla relationer mellan aktörer är inte ett uttryck för ambitionen att påverka eller styra. Det är emellertid vanligt att aktörer – individer eller organisationer – genom olika medel söker påverka och förändra beteenden sinsemellan. Olika styrformer kan så gott som alltid hänföras till en begränsad uppsättning kategorier (Lundquist 1987:112). Dessa är tvång (coercion), sanktioner (sanctions), utbyte (exchange), auktoritet (authority), övertalning (persuasion) och förändring av omgivningen (change of reality).

Även om tvång också förekommer i den demokratiska staten är detta en styrform som inte är särskilt relevant i sjukvårdssammanhang. Sanktioner kan vara positiva eller negativa, i form av hot om åtgärder eller löfte om belöningar. Utbyte av information och tjänster, liksom förhandlingar och kompromisser kan också användas för att få en aktör att ändra sina preferenser och därmed beteendet. Auktoritet som styrform bygger i den demokratiska staten på befolkningens samtycke – att beslut eller handlingar anses ha tillkommit på ett rättmätigt sätt – att de har en acceptabel legitimitetsgrund.

Övertalning innebär att förändra inställningen hos den styrda i avsikt att denne skall uppfatta sin omgivning och sin situation på ett nytt sätt, och därmed finna det lämpligt att förändra sitt beteende. Styrformer med inslag av utbildning och informationsspridning är en form av indirekt övertalning. Det finns tecken på att denna styrform vinner ökad betydelse i situationer där grundläggande handlingsmönster måste påverkas. Inom det institutionella ramverket för EU är det vanligt att tillämpa "reglering genom information" (Majone 1997).

Det finns också möjligheter att påverka omgivningen runt en aktör, eller göra denna beroende av andra aktörer, i syfte att påverka i en riktning som den styrande önskar (för ett exempel med anknytning till hälso- och sjukvård se Döhler 1995). En möjlighet är att skapa nätverk där en form av kollektivt ansvar håller samman och påverkar deltagarna

(Majone 1997). Det sistnämnda förfaringssättet ligger nära de effekter som eftersträvas när uppgifter överläts till organisationer kontrollerade av professioner (dvs. att organisationens etiska regler, inslaget av kollektiv självreglering etc. skall resultera i lämpliga handlingslinjer).

5.4.1 Styrningens innehåll och riktning

Olika styrformer kan klassificeras efter kriterier som utgår från hur den styrande avser att penetrera den styrda (Lundquist 1987). Ibland kombineras styrformer av olika karaktär och utfallet låter sig då inte alltid förutsägas. Den styrande tvingas ibland skifta mellan olika styrformer, beroende på hur den styrda reagerar.

(a) **Riktad vs. Icke-riktad styrning.** Den förra styrformen avser initiativ riktade mot en specifik aktör eller flera utvalda aktörer. Den senare styrformen penetrerar omgivningen, eller tar omvägen över en tredje part, som indirekt påverkar den styrda. En icke-riktad styrning ställer andra krav på den som initierar processen (den styrande), eftersom denne måste ha förmågan att förutse reaktionen hos den styrda när förutsättningarna i omgivningen förändras. En vanlig form för icke-riktad styrning är att låta den styrda ingå i en grupp och bli beroende av aktiviteter i denna grupp.

Exempel:

Riktad styrning	Icke-riktad styrning
Etableringskontroll för tandläkare i samband 1974 års tandvårdsreform	Överföring av kostnadsansvaret för privata läkare och sjukgymnaster till landstingen 1994

(b) **Direkt vs. Indirekt styrning.** Det förstnämnda fallet avser en situation där den styrande tydligt anger hur den styrda skall agera. Direkt styrning som inte ger avsedd effekt måste ofta kompletteras med indirekta former. En vanlig form av indirekt styrning innebär att den styrande tillhandahåller resurser så att den styrda kan utveckla sin kapacitet på längre sikt. Men det kan även innebära att den styrande tillhandahåller ett forum som stärker beslutsfunktionen hos den styrda, att etablera tydliga regler, men också att skapa entusiasm hos den styrda.

Exempel:

Direkt styrning	Indirekt styrning
Föreskrifter rörande handläggning av patienter med vissa tillstånd	Utarbetande av vetenskapligt underlag som stöd för medicinskt beslutsfattande

(c) **Specifik vs. Generell styrning.** En styrprocess kan avse ett enskilt fall eller ett enstaka problem – specifik styrning – eller flera fall eller problem – generell styrning. I dagens samhälle dominerar generell styrning. Den styrande kan dock finna att en uppsättning aktörer reagerar väldigt olika beroende på att de inte kan, respektive inte vill, följa den styrandes intentioner. Särskilt problematiskt blir det med skilda typer av reaktioner, där olika aktörer är mer eller mindre ovilliga, respektive brister i förmåga. Den styrande kan då välja att ändra styrform och tillgripa en mer *indirekt* men *specifik* metod. Det kan också innebära att den styrande tvingas bryta ut olika problem och bearbeta dem separat. Detta är emellertid tidsödande och betydligt mindre effektivt än generell styrning.

Exempel:

Specifik styrning	Generell styrning
Införandet av vårdgaranti för specifika tillstånd	Hälsa- och sjukvårdslagen Prioriteringsutredning ens utveckling av en s.k. etisk plattform

(d) **Preciserad vs. Icke preciserad styrning.** Avsikten med styrningen kan vara mer eller mindre exakt formulerad. En precisering av målsättning kan ibland ske genom en förhandling mellan den styrande och den styrda. Denna variant innebär oftast att den styrande överlämnar till den styrda att avgöra vilka aktiviteter som behövs för att uppnå målsättningen. Bristen på klarhet beträffande syftet med styråtgärder beror inte alltid på oförmåga hos den styrande att precisera avsikten, utan det kan också bero på ovilja (vilket i vissa fall kan bottna i en önskan att inget konkret skall komma ut av ett visst initiativ). En tydlig formulering av avsikter ställer också krav på den styrande vilka kan vara svåra att leva upp till. En annan och viktig anledning till att en icke preciserad styrform väljs framför preciserad kan vara den snabbt skiftande omgivningen. Den styrande tvingas välja en *direkt* men *icke preciserad* styr-

form, som kompletteras med en *indirekt styrform*, som syftar till att öka den styrdas anpassningsförmåga.

Exempel:

Preciserad styrning	Icke preciserad styrning
Utveckling av s.k. nationella riktlinjer, t.ex. för diabetesvård	Överenskommelser mellan stat och huvudmän om allmänna förbättringar i hälso- och sjukvården t.ex. för att öka tillgängligheten

5.4.2 I vilken riktning utvecklas statens styrformer?

Olika styrformer kan förekomma parallellt och kan kombineras. Att påverka handlingsmönster och beteenden i ett komplext samhälle innebär inte någon form av "linjär" process, där alla åtgärder driver en organisation eller aktör i en viss riktning. Att styra innebär inte minst att förändra kapaciteten hos den man önskar påverka, vilket kan få avsedd effekt först på sikt. Tillämpningen av styrformer inom hälso- och sjukvårdssektorn kan i vissa avseenden synas förbryllande. Vår tolkning är dock att staten främst önskar (alternativt har möjlighet att) tillämpa en icke-riktad och generell styrning. Det är mycket mer komplicerat att använda riktade och specifika former – de kräver i regel en detaljerad kunskap om den process man önskar påverka. I ökad utsträckning nyttjas också indirekt styrning, t.ex. framtagningen av kunskapsunderlag. Men sjukvården är en komplicerad organisation med många beslutsfattare. Staten måste förbehålla sig rätten att i olika situationer välja alternativa styrformer. Ofta är frågan om staten kan agera genom ombud, t.ex. att överlåta ansvaret på landsting och kommuner, eller om staten tvingas agera direkt mot t.ex. sjukvårdens professioner. Ett aktuellt exempel utgör läkemedelsområdet där huvudlinjen är att flytta över ansvaret till sjukvårdshuvudmännen, men eftersom kontrollen av läkemedel vilar på många beslutsfattare – varje förskrivare – tvingas staten ibland agera mot dessa beslutsfattare genom andra styrformer, både direkta (föreskrifter) och indirekta (utbildning).

5.5 Att styra mot ett kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården

5.5.1 Kunskap finns i flera former

Kunskap kan förekomma i många olika former. Kunskap har speciella egenskaper som gör att den inte förbrukas, utan tvärtom förökas genom spridning, eftersom den stärker förmågan hos många individer. Enligt en uppslagsbok avses med kunskap: "Välbestämd föreställning om ett visst förhållande eller sakläge."

Begreppet är dock ingalunda särskilt lättfångat, vilket en mängd tänkare alltsedan antikens dagar har konstaterat. Platon var en av de först kända som intresserade sig för kunskapsbegreppet. Filosofer har framför allt ägnat sig åt att analysera hur kunskap kan etableras och vad som konstituerar säker kunskap – om det räcker att förnuftsmässigt fastställa vissa förhållanden eller om det krävs hjälp av sinnenas vittnesbörd, dvs. kunskap på empirisk väg. I modern tid har kunskapsteorin kommit att handla om bl.a. hur enskild kunskap förutsätter hela system av kunskaper för att komma till sin rätt, samt hur färdigheter som individen tillägnar sig kan betraktas som en särskild form av kunskap ("hur-kunskap"). Även former för personlig eller "tyst" kunskap har uppmärksammats.

Den moderna hälso- och sjukvårdens framgång förutsätter förekomsten av flera olika typer av kunskaper. Sjukvården har visserligen en vetenskaplig bas, men präglas också av stora inslag av vardagskunskap. Utmärkande för sjukvården är att den är klientorienterad, dvs. kunskaper skall användas för att hjälpa enskilda individer med varierande problem. För att göra detta möjligt samverkar ett stort antal yrkesgrupper i en organisation. Detta förutsätter olika kunskapsformer: dokumenterad vetenskaplig kunskap (resultat från biomedicinsk forskning och annan forskning), praktisk kunskap ("hur-kunskap") som möjligen kan övas upp, men också "tyst" kunskap i form av människokänedom, vilket förutsätter erfarenhet. Dessutom är den moderna sjukvården i högsta grad ett lagarbete vilket innebär att "system av kunskaper" kommer att utvecklas, där den enskilda kunskapen står sig slätt utan detta system.

Det hävdas ibland att kunskap svårligen låter sig prissättas, vilket är en sanning med modifikation. Inom sjukvården finns stora delar av den kunskap som används i organisationen tillgänglig i form av produkter vilka tillhandahålls på en marknad, såsom är fallet med utrustning och

läkemedel. För att rätt kunna nyttjas måste emellertid den ”produktbundna” kunskapen kompletteras med annan kunskap som finns hos personalen i sjukvården.

Viktigast i sammanhanget är sannolikt sjukvårdspersonalens förmåga att kunna tillägna sig ett kritisk förhållningssätt till fakta och information (jämför nedan). Kunskap är ingen statisk företeelse, utan den förändras hela tiden. Det krävs därför en vilja att ifrågasätta och ompröva invanda föreställningar och arbetsformer, liksom att kritiskt granska nya företeelser.

5.5.2 Begreppet kunskapsstyrning

Det finns flera skäl varför staten bör intressera sig för sjukvårdens förmåga att generera och utnyttja kunskap. Ett skäl är att bidra till sådan kunskapsutveckling som gynnar befolkningen (vilket sker genom stöd till utbildning och forskning). Ett annat skäl är att förvissa sig om att kunskap kan förmeras och därmed komma människor till del utan att nödvändigtvis fördelas på en marknad. Ytterligare ett skäl är att sörja för en kritisk värdering av kunskap, där målet är att ”bästa möjliga kunskap” – inte bara kunskap etablerad med vetenskaplig metod – skall användas i varje situation. Det sistnämnda leder oss över till åtgärder för att påskynda en sådan utveckling.

Möjligheten att styra genom att påverka förmågan hos en organisation att utnyttja och generera kunskap har under 1990-talet tilldragit sig ökad uppmärksamhet. Vad detta innebär utifrån statsmakternas perspektiv är dock ingalunda givet. Grovt räknat går det att identifiera två huvudsakliga betydelse. För det första, att påverka en verksamhet genom att nyttja information som en väsentlig resurs i kommunikationen med den som blir utsatt för styråtgärder. För det andra, att påverka omgivningen/villkoren för en organisation så att denna tar till sig information och genererar kunskap vilket leder till ett förändrat handlingsmönster.

Vi har valt att göra en distinktion mellan data, information och kunskap (Blum 1984). Detta får konsekvenser för hur vi fortsättningsvis ser på kunskapsstyrning som fenomen. Med *data* avser vi fakta av olika slag utan krav på en sammanhängande presentation. *Information* är data som har organiserats och sammanställts, men som mottagaren ännu inte har tagit till sig och bearbetat med hjälp av sin föreställningsram. *Kunskap*, slutligen, är information som mottagaren har absorberat, bearbetat och tolkat med hjälp av sin egen föreställningsram. Eftersom kunskap kan förekomma i många olika former avses ingen särskild typ

av kunskap, utan vi använder begreppet i meningen: en välbestämd föreställning om ett visst förhållande eller sakläge.

Om vi går ett steg längre och försöker närma oss begreppet kunskapsstyrning – ett begrepp som kan ge upphov till flera olika associationer – kan vi, med stöd i ovanstående resonemang, slå fast att kunskap inte kan överföras ”förpackad” för att nyttjas. Man styr således inte genom någon form av färdig eller given kunskap som överförs till en mottagare. Däremot kan man påverka mottagaren i dennes kunskapsbildningsprocess. Med kunskapsstyrning avser vi en planerad överföring av relevant information och/eller systematiska förändringar av verksamhetens villkor så att kunskapsbildningen underlättas.²¹

Kunskapsstyrning omfattar – liksom andra styrformer – ett antal olika faser. Det innebär att den som önskar påverka/styra bör ha en uppfattning om vad som skall förändras. Styrning genom information som syftar till kunskapsbildning, vilken resulterar i ett förändrat beteende innebär vidare att den styrande kan behöva påverka mottagarens referensramar, och förutsättningarna att tillgodogöra sig information, t.ex. genom överföring av resurser eller förändringar i mottagarens omgivning. Emellertid kan den styrande parten inte alltid exakt förutse hur mottagaren tolkar information och vilka beteenden denna ger upphov till. Detta innebär att korrigerande åtgärder kan behöva sättas in vid senare tillfälle. Man får även räkna med en viss tidsförskjutning mellan insatser och resultat.

Den mottagande organisationen kan behöva tid att anpassa sig till nya förutsättningar och att utveckla sin organisation så att denna förmår reagera i önskvärd riktning. Kunskapsstyrning är en särskild form av styrning som kräver en hög grad av legitimitet, dvs. att den styrda uppfattar att såväl formerna för inhämtande av information, som urvalet och presentationen av information, inger förtroende. Vi kommer att behandla dessa aspekter mera utförligt längre fram (avsnitt 5.8.2).

5.5.3 Vägen mot en förstärkt kunskapsstyrning redan utstakad?

Information från olika verksamheter kan sammanställas och utgöra underlag för beslut om styråtgärder riktade mot en organisation eller

²¹ Synen på kunskapsbildning och frågan huruvida kunskap kan överföras har varit föremål för omfattande teoribildning, och olika perspektiv existerar (von Krogh och Roos 1996). Vi ansluter oss till det synsätt som innebär att kunskap vilar på förutsättningarna hos varje enskild organisation och hos individerna i denna organisation.

samhällssektor. Information kan också utgöra grunden för självstyrande enheter, vilket innebär att denna överförs och hos mottagaren transformerar till kunskap som ligger till grund för ändrade handlingslinjer. Det finns exempel på båda dessa användningsformer inom hälso- och sjukvårdens område. Under flera decennier har staten och sjukvårdshuvudmännen diskuterat behovet av ett gemensamt informationssystem för sjukvården. Avsikten har varit att skapa bättre möjligheter att aktivt kunna följa resursanvändning och produktivitets- och effektivitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården. I detta fall är informationen tänkt att utgöra underlag för vidare åtgärder (t.ex. ambitioner att påverka sjukvården, dvs. styrning). Denna syn på information kommer till uttryck i t.ex. Dagmaröverenskommelsen för åren 1988–89:

”Fortsatt uppföljning av verksamhet och resursanvändning är angelägen för att ge underlag för regeringens ställningstaganden.”

En likartad syn på information som underlag till styråtgärder – men denna gång med fokus på huvudmannanivån – framkommer i Dagmaröverenskommelsen för år 1993. Där framhålls mot bakgrund av arbetet med att förbättra informationsåterföringen inom hälso- och sjukvården:

”Ett omfattande arbete återstår dock innan systemen kan ge den information som efterfrågas inte minst i nya styrsystem där finansieringen skiljs från produktionen och där produktionen sker i konkurrens mellan olika vårdgivare, såväl offentliga som privata.”

Att nyttja information som underlag för olika styråtgärder inom hälso- och sjukvårdens område har naturligtvis en fortsatt aktualitet. Intresset för att kunna nyttja information på annat sätt i sjukvården – inte bara som underlag för direkta styråtgärder – har emellertid tilldragit sig ett ökat intresse sedan början av 1990-talet. I Dagmaröverenskommelsen för år 1991 angav staten och sjukvårdshuvudmännen att de långsiktigt önskade skapa möjligheter för resultatuppföljning och styrning av verksamhet. Detta skulle ske genom att huvudmännen – via Landstingsförbundet – tillsammans med staten medverkade i framtagningen av ”allmänt accepterade kriterier” (för att sätta upp patienter på väntelistor och för intagning och behandling). Sjukvårdshuvudmännen skulle dessutom verka för att dessa kriterier och indikationer tillämpas lokalt. Man kan tolka detta som ett första steg i riktning mot att utveckla en ny styrform, där avsikten dels är att få till stånd en bred uppslutning kring sjukvårdens utveckling och dels att nyttja information för att frambringa nya handlingslinjer internt inom sjukvården. Samspelet mellan staten och landstingen i dessa frågor kom också till uttryck i Dagmaröverenskommelsen för år 1995, där parterna ansåg det önskvärt att stärka huvudmännens roll i relation till SBU:s verksamhet, och att underlätta implementeringen av resultat från utvärderingar i sjukvården.

En förstärkt ambition att mera systematiskt nyttja information i syfte att åstadkomma ett förändrat beteende på basnivå i hälso- och sjukvårdssektorn kan noteras i Dagmaröverenskommelsen för 1996. I detta dokument framhålls de nationella vårdprogrammen vilka är tänkta att bygga på aktuell kunskap och samsyn om diagnos och sjukdom. Avsikten är att de på nationell nivå utvecklade programmen skall tillämpas i hela landet och garantera en jämförlig vårdkvalitet. Parterna är i detta sammanhang överens om att sjukvårdshuvudmännen kan och bör komplettera de nationella programmen med lokala riktlinjer för hur vården för berörda patientgrupper skall organiseras.

Vikten av samsyn mellan staten och sjukvårdshuvudmännen med avseende på utvecklings- och förändringsarbetet i hälso- och sjukvården betonas också i detta dokument. De inblandade pekar på behovet av insatser från personal inom hälso- och sjukvården i form av expertstöd på nationell nivå – i statliga organ och olika aktiviteter. Det är intressant att notera att sådan medverkan sägs kunna bidra till personalens "kompetensutveckling."

I överenskommelsen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen för 1997 diskuteras uttryckligen en "kunskapsbaserad hälso- och sjukvård." Detta kan tyckas vara en truism eftersom sjukvården alltid har varit kunskapsbaserad. Snarare kan man tala om en utveckling mot mer av kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården. Vad som troligen avses är betydelsen av en större systematik inom denna sektor, både när det gäller att dokumentera och analysera resultaten från verksamheten, men också att kritiskt granska den vetenskapliga dokumentationen, att snabbare kunna omsätta forskningsresultat i praktiken och att ställa större krav på underlag vid introduktionen av t.ex. nya behandlingsmetoder, samt att i större utsträckning kritiskt granska gällande praxis.

Ett viktigt inslag i den styrform där information utgör ett centralt inslag är förutsättningarna i mottagarledet att kunna reagera i avsedd riktning i form av ändrat beteende. Även detta uppmärksammas i dokumentet, om än inte särskilt utförligt, genom följande stycke:

"Det behövs system för ständigt lärande och former för att anpassa de nya kunskaperna till det dagliga arbetet."

Intressant att konstatera är att man går ett steg längre genom att framhålla att omgivningsfaktorer kan behöva påverkas för att information skall transformeras till handlingsinriktad kunskap.

"Den befintliga personal- och organisationsstrukturen behöver förändras i syfte att stödja den kunskapsutvecklande arbetsplatsen."

I linje med detta konstaterande avdelas i 1997 års Dagmaröverenskommelse resurser för att huvudmännen skall kunna utveckla arbetsorganisationen så att personalens kompetens bättre skall kunna tas

tillvara. Hur huvudmännen skall gå till väga behandlas dock inte i dokumentet.

Grunden för 1997 års Dagmaröverenskommelse är ett delat ansvar mellan staten och landstingen för utvecklingsarbetet i hälso- och sjukvården. Man kan dock konstatera att ett betydande ansvar placeras på landstingen. Statens insatser består av att vara behjälplig vid framtagandet av den information som skall ligga till grund för nya handlingslinjer på lokal nivå. Landstingsförbundet får dessutom ett ansvar för att stödja sina medlemmar i arbetet med att "skapa arenor" för att utveckla dialogen mellan förtroendevalda, administratörer och verksamhetsföreträdare.

Även om dokumentet innehåller ett antal markeringar som mycket väl låter sig inordnas i begreppet "kunskapsstyrning", är det inte givet hur man tänker sig att ansvaret för olika uppgifter skall fördelas mellan parterna, liksom vilka effekter som eftersträvas.

I Dagmaröverenskommelsen för 1998 respektive 1999 fortlever den ovan nämnda inriktningen, dvs. parterna fördelar uppgifter mellan sig med syfte att främja en "kunskapsbaserad" hälso- och sjukvård. För statens del gäller detta aktiviteter inom SBU samt Socialstyrelsen; vad gäller den sistnämnda myndigheten t.ex. utvecklingen av s.k. nationella riktlinjer (en vidareutvecklingen av de tidigare nämnda "nationella vårdprogrammen") samt den medicinska faktadatabasen MARS. Resurser avsätts vidare för att landstingen skall kunna utveckla former för ett lokalt förbättringsarbete (konkretiserat genom projekt av typen "Dagmarätverket", "Ledarnätverket" och "Genombrott"). De två senaste årens överenskommelser innebär således ingen nyorientering utan är snarast ett fullföljande av den markering som kom till uttryck i överenskommelsen för 1997. Man betonar istället, såsom i överenskommelsen för år 1999, långsiktigheten i detta arbete.

"Arbetet med att introducera och utnyttja ny kunskap i det dagliga arbetet och att utmönstra dålig praxis kräver systematik och uthållighet."

I den s.k. nationella handlingsplanen för äldrepolitiken som regeringen överlämnade till riksdagen våren 1998 finns flera inslag som ansluter till "kunskapsstyrning" (Regeringens prop. 1997/98:113). De aktuella inslagen gäller både utbildning av personal och förstärkta resurser till forskning och i viss mån informationsöverföring. Regeringen betonar betydelsen av både utbildning och forskning. Det finns behov av såväl utbildning som kompetensutveckling inom äldreomsorgen liksom en högkvalitativ och systematisk forskning för att skapa en stabil kunskapsbas. Genom att tillskapa en forskningsbaserad yrkeskunskap inom vården och omsorgen om äldre hoppas regeringen att det skall bli möjligt att rekrytera och behålla personal med hög kompetens.

Man konstaterar också att förutsättningarna för spridning och tillämpning av forskningsresultat bör öka med tillgången på forskarutbildad personal. En förhöjd professionell nivå i verksamheten verkar också som en stabiliserande faktor gentemot alltför snabba kast när det gäller vårdmetoder och synsätt, menar regeringen.

Regeringen konstaterar att förändringen inom kommunernas äldreomsorg har varit så dramatisk att utbildnings- och kompetensutvecklingen inte kunnat hålla jämna steg. Större krav ställs på såväl kvalificerad omvårdnad som medicinska insatser. Man aviserar en översyn av utbildnings- och kompetensbehovet inom äldreomsorgen, tillsammans med kommun- och landstingsförbunden och arbetsmarknadens parter. Huvudansvaret för kompetensutveckling ligger enligt regeringen hos arbetsgivaren, men särskilda medel avsätts ändå för kompetenshöjning bland arbetsledarna inom vård och omsorg.

Vad gäller inslagen av forskning konstaterar regeringen att dessa ökat men inte är i paritet med omfattningen på äldreomsorgen. Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) får i uppdrag att utarbeta ett förslag till forskningsprogram för äldreforskning. Ekonomiskt förstärks äldreforskningen med 60 miljoner kronor fördelade under tre år, för att slussas till forskningsprojekt via SFR. Ett flertal forskningsområden pekas ut som särskilt angelägna, alltifrån utformning av äldreboende till studier av äldres läkemedelsutnyttjande.

Ett stöd för uppbyggnad av regional och lokal forsknings- och utvecklingsverksamhet aviseras också i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Staten är beredd att satsa medel om också kommuner och landsting ställer medel till förfogande. Vad regeringen tänker sig är regionala äldrecentrum, vilka dels kan fungera som försöksområden för utveckling av vård och omsorg (där förebilder redan finns inom t.ex. primärvård) och dels enheter vilka bedriver försöksverksamhet för att utveckla vårdkvalitet och samverkan i särskild boende. Det är dock något oklart vilken nivå på verksamheten man tänker sig vid planerade centrum för äldreforskning. Det krävs engagerade, kompetenta forskare i detta sammanhang, menar regeringen – det är mera oklart i vilken utsträckning enheterna vänder sig till kommunal personal som önskar förbättra kompetensen utan att därför långsiktigt bedriva forskning. Man kan notera att på många håll i landet har redan tillskapats regionala FoU-centrum, vars verksamhet bygger på medverkan av den kommunala personal som önskar bedriva studier.

De försöksområden som skapas med regionala centrum som grund bör knytas samman i ett nätverk och en central instans bör tillsammans med lokala företrädare svara för samordning samt uppföljning och spridning av forskningsresultat, menar regeringen. Vidare aviserar upp-

byggnaden av ett centralt individregister för äldreomsorg för att möjliggöra analyser och utvärdering av resultat inom detta område.

5.5.4 Att skapa bättre kunskapsunderlag för beslut i sjukvården – en internationell trend

I dag finns en uttalad önskan att utveckla och tillämpa metoder för bättre resursanvändning i hälso- och sjukvården. Detta är påtagligt i Västeuropa och inte minst i USA. Anledningen är dels den svaga ekonomiska tillväxten i många länder som resulterat i svårigheter att finansiera sjukvården genom skatteuttag eller allmän försäkring och dels tendensen till kostnadsökningar genom förväntningar i befolkningen i kombination med nya medicinska metoder, vilka ofta börjar tillämpas utan att allsidiga utvärderingar genomförts. Medan flertalet länder i Västeuropa upplevde en kontinuerlig kostnadsökning i sjukvården under en lång rad av år var dock Sverige en av få nationer som under 1990-talet hade i stort sett oförändrade sjukvårdskostnader.²²

Några gemensamma drag återfinns bland europeiska länder när det gäller initiativ inom sjukvårdssektorn, även om de praktiska lösningarna kan variera beroende på skillnader i politisk kultur, sjukvårdens finansieringsform och organisation bland vårdgivarna. En trend är att söka tydliggöra nationella hälsomål, att utveckla strategier för att prioritera bland verksamheter, att klargöra ansvaret mellan olika aktörer, att förbättra beställarfunktionen i sjukvården och att integrera medicinskt och administrativt beslutsfattande. En annan trend är att sammanställa och genom synteser göra tillgänglig vetenskaplig kunskap som skall ligga till grund för beslut i sjukvården om bästa möjliga patientvård (evidence based medicine), att understödja utvecklingen av riktlinjer för kliniskt verk samma (clinical practice guidelines) och att bedöma sjukvården utifrån de resultat som presteras (outcome monitoring).

Behovet av utvärderingar av nya och gamla medicinska metoder har också uppmärksamrats (health technology assessment). I första hand avses allsidiga utvärderingar där konsekvenserna på kort och lång sikt studeras (policy oriented research). I många europeiska länder har nationella enheter inrättats för detta ändamål med nära anknytning till regering och departement (Perry, Gardner och Thamer 1997). En internationell sammanslutning för nationella utvärderingsenheter bildades 1993 (International Network of Agencies for Health Technology

²² Det möter viss svårighet att korrekt beräkna utvecklingen av sjukvårdskostnaderna under 1990-talet, bl.a. på grund av den s.k. Ädelreformen då resurser överfördes från landsting till kommuner. Se Socialstyrelsen 1998d, s. 26–27.

Assessment, INAHTA). Viktigt i sammanhanget är en bättre och mer lättillgänglig information om sjukvårdens resurser och resultat och i många länder görs ansträngningar för att utveckla sjukvårdens informationssystem. Gemensamma europeiska initiativ förekommer, t.ex. inom EUs forskningsprogram (exempel utgör Telematics Applications Programme, Biomedicine and Health m.fl.). EU har också finansierat EUR-ASSESS som syftar till att öka samverkan mellan olika nationella enheter som arbetar med utvärderingar av medicinsk teknologi.

Det kanske tydligaste exemplet i Europa på en nation som kan uppvisa ett flertal initiativ på sjukvårdens område som sammanfaller med ovan redovisade trender är Storbritannien. Vid en bedömning av hur insatserna har tillkommit och hur de kommit att genomföras bör man dock hålla i minnet att Storbritannien har en statlig sjukvård; i vissa avseenden hierarkiskt styrd, utan inslag av självständigt kommunalt beslutsfattande. Även om det finns anledning att vara försiktig med att tolka alla brittiska initiativ som resultatet av en medveten och sammanhållen "strategi" kan man se att dessa går att hänföra till två huvudkategorier: (1) aktiviteter för ta fram bättre underlag för beslutsfattande – såväl hälso- och sjukvårdspolitiska som kliniska underlag – samt (2) aktiviteter för att utveckla metoder för att sammanställa och sprida underlag (forskningsresultat, kliniska riktlinjer m.m.). Redan 1991 lanserade Department of Health ett nationellt program för en kunskapsbaserad sjukvård som syftar till att kliniska och administrativa beslut skall grundas på god information om forskningsläget och vetenskapliga resultat (NHS Research and Development Programme). Programmet var speciellt såtillvida att det var helt integrerat i den offentliga sjukvårdens administrativa struktur – dvs. forskningsansvaret placerades inte som brukligt är inom sjukvårdens universitetsanknutna delar utan inom den ordinarie sjukvården (enligt brittisk tradition i form av en relativt hierarkisk struktur knuten till de olika administrativa nivåerna inom NHS). Bakgrunden till önskemålet att knyta den nya organisationen direkt till sjukvården var bl.a. misstankar om att den hittillsvarande inriktningen av den medicinska forskningen, med betoning på grundforskning, inte svarade mot behoven bland de kliniskt verkssamma, och andra beslutsfattare, att få tillgång till vetenskapligt anknutna beslutsunderlag (Black 1997).

Den forskning som kom att finansieras via den nya organisationen koncentrerades till åtta prioriterade områden, varav några var sjukdomsorienterade (t.ex. psykiatri, hjärt-kärlsjukdomar och stroke) medan andra avsåg utvärdering av hälso- och sjukvårdsteknologier och implementering av forskningsresultat. Erfarenheterna av en forskningsorganisation integrerad i den ordinarie sjukvården är inte entydiga. De frågor som har aktualiserats gäller bl.a. balansen mellan ambitionen att

sprida resurser för forskning till ett stort antal verksamma i sjukvården och behovet att stödja "spjutspetsforskning" inom några få områden. En annan fråga gäller avvägningen mellan klinisk forskning och mer samhällsvetenskapligt inriktad hälso- och sjukvårdsforskning liksom mellan ambitionen att hålla samman forskningen (en koncentration till ett fåtal i förväg bestämda områden) och ändå tillåta initiativ i periferin (Black 1997).

Introduktionen av forskningsprogrammet kom att sammanfalla med det ökade intresset internationellt för "evidenbaserad medicin" (EBM). Resultatet blev ett ökad stöd inom ramen för forskningsprogrammet till systematiska översikter av medicinska studier ("systematic reviews") samt till bildandet av ett brittiskt centrum för EBM. UK Cochrane Centre skall i samarbete med olika parter bygga upp en databas innehållande översikter över randomiserade kliniska försök (The Cochrane Database of Systematic Reviews).

Men det finns även andra aktiviteter som syftar till sammanställning och spridning av information. De har dock i många fall en nära koppling till det nationella forskningsprogrammet. UK Clearing House on Health Outcomes finansieras av NHS och skall genom publikationer och databaser sprida kunskap om resultatmätning. Vid universitet i York finns the NHS Centre for Reviews and Dissemination, som på uppdrag av NHS skall sammanställa och förmedla erfarenheter av främst hälsoekonomiska studier, men även material med ursprung från UK Cochrane Centre. Information skall sammanställas i en databas vilken görs tillgänglig för NHS. The Centre for Evidence-Based Medicine i Oxford riktar sig främst till läkare och andra professionella yrkesgrupper i sjukvården. Ett syfte är att bland kliniskt verksamma personer skapa förståelse för och kännedom om principer och metoder för ett kunskapsbaserat beslutsfattande i sjukvården. Därutöver skall enheten göra egna kunskapsammansättningar samt bedriva utbildning av sjukvårdsforskare. Ett nätverk har även bildats för utbildningsenheter vilka är intresserade av att föra in ett mer kritiskt förhållnings-sätt i den medicinska utbildningen. Inom The UK Consortium on Teaching Evidence-Based Medicine utbyts undervisningsmaterial och erfarenheter mellan utbildningscenter.

I några fall har enheter vid universitet tilldelats uppgifter att koordinera program eller stödja NHS vad gäller vetenskapliga underlag. University of Birmingham ansvarar för en "Horizon Scanning Unit", dvs. en typ av medicinskt förvarningssystem. University of Southampton koordinerar programmet för utvärdering av medicinsk teknologi (National Coordinating Centre for Health Technology Assessment) och tillhandahåller resurser för vetenskapligt metodstöd till hälso- och sjukvården (the Wessex Institute for Health Research & Development).

Regeringsskiftet i Storbritannien 1997 innebar inga förändringar med avseende på betoningen av forskning och betydelsen av välgrundade beslutsunderlag inom hälso- och sjukvården. En nyhet var dock regeringens ambition att utveckla s.k. National Service Frameworks för olika sjukdomsområden – dokument där evidensbaserade underlag, både kliniska och hälsoekonomiska, skall vägas samman med värderingar och önskemål bland allmänheten. För att bl.a. stödja denna utveckling etableras ett National Institute for Clinical Excellence (NICE), under medverkan av olika parter, inklusive företrädare för allmänheten. Avsikten är att påverka sjukvården i riktning mot en mer enhetlig standard.²³

Även i USA märks en trend i riktning mot en bättre kunskapsmässig underbyggnad av beslutsprocesser i sjukvården. I vissa avseenden har USA spelat en banbrytande roll. Utvärdering av medicinsk teknologi (medical technology assessment) utvecklades inom det numera nedlagda Office of Technology Assessment (OTA), som bildades 1972 för att förse den amerikanska kongressen med beslutsunderlag med avseende på konsekvenserna av ny teknologi. Denna inriktning har levt vidare inom olika nationella organisationer, och finns delvis kvar inom the Center for Practice and Technology Assessment som ingår i den nationella myndigheten, the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Under 1990-talet har det funnits starka ambitioner att påverka praktikmönstret i den amerikanska sjukvården genom utveckling av kliniska riktlinjer (clinical practice guidelines eller medical practice guidelines), ibland i kombination med ekonomiska incitament. Utvecklingen av kliniska riktlinjer har engagerat en mängd aktörer inom det mycket pluralistiska amerikanska sjukvårdssystemet. Enligt uppgift var vid mitten av decenniet minst 50 organisationer involverade i detta arbete, förutom AHCPR. Bland viktiga aktörer återfinns den medicinska professionens organisationer, t.ex. American College of Physicians, försäkringsgivare av olika slag inklusive Health Maintenance Organizations (HMOs), sjukhus, vetenskapliga institutioner och fristående forskare. Vid denna tidpunkt hade AHCPR, den ledande aktören i sammanhanget, hunnit med att ta fram 16 riktlinjer. Utformningen av kliniska riktlinjer liksom detaljeringsgraden kan variera; så har t.ex. AHCPR i större utsträckning betonat kostnadsaspekter i samband med kliniska riktlinjer i motsats till de professionella sammanslutningarna (Rizzo och Sindelar 1996).

²³ Denna aktivitet har stora likheter med de s.k. nationella riktlinjer som Socialstyrelsen har ansvaret för att utveckla i den svenska miljön, se vidare avsnitt 5.6.3.

Under 1996 avslutade dock den nationella myndigheten i USA sitt program för kliniska riktlinjer, vilket ersattes av ett program med annorlunda inriktning. Det nya programmet vänder sig inte enbart till läkare utan skall resultera i ett bättre vetenskapligt underlag som passar många beslutsfattare i sjukvården (Evidence-Based Practice Initiative). Detta skall praktiskt ske genom att s.k. Evidence-based Practice Centers (EPCs) tar fram material som skall ligga till grund för ställningstaganden bland vårdgivare, finansiärer av sjukvård och professionella sammanslutningar, vilka i sin tur kan resultera i t.ex. utvecklingen av kliniska riktlinjer och beslut om användning av ny medicinsk teknologi.

I syfte att sprida information om kliniska riktlinjer har AHCPR tillsammans med två privata aktörer (American Association of Health Plans och American Medical Association) utvecklat en databas över tillgängliga riktlinjer (the National Guideline Clearinghouse™). Där lämnas uppgifter om hur utvecklingen av varje specifik riktlinje har skett, och i förekommande fall jämförs riktlinjer som täcker samma område, där likheter och skillnader poängteras. Kravet för att riktlinjer skall inkluderas i databasen är att de baseras på systematisk litteratursökning och att de uppfyller kravet på aktualitet. Den amerikanska databasen har vissa likheter med ett brittiskt projekt för att sammanställa kliniska riktlinjer – the Guidelines Database Project.²⁴

Den amerikanska linjen är att myndigheten främst stödjer det stora antalet privata och offentliga aktörer i sjukvårdssystemet. I avsaknad av en samlad finansiering och produktion av sjukvård har de amerikanska ansträngningarna att uppnå kostnadskontroll kommit att utvecklas i riktning mot uppföljning av enskilda patientfall där valet av behandlingsformer skall påverkas innan dessa effektueras (managed care). I vissa sammanhang har kliniska riktlinjer som uttalat motiv att bidra till bättre kostnadskontroll, utöver att fungera som instrument för att påverka klinisk effektivitet och kvalitet i sjukvården. Aktörernas roll i sjukvårdssystemet avgör i stor utsträckning motiven för att utveckla kliniska riktlinjer, vilket också präglar innehållet och sättet på vilket de implementeras (Audet, Greenfield och Field 1990).

²⁴ Gemensamt för den amerikanska och den brittiska databasen är att de innehåller riktlinjer vilka producerats av olika aktörer, men att inkludering i databasen sker endast om riktlinjerna uppfyller vissa i förväg bestämda kriterier – ett kvalitetskrav.

5.6 Komponenter i en struktur för kunskapsstyrning

Vi har tidigare redogjort för hur man kan uppfatta styrprocessen (avsnitt 5.4) och sökt beskriva grunden för kunskapsstyrning (avsnitt 5.5). I detta avsnitt kommer vi att något mera utförligt diskutera olika inslag i en tänkt struktur för kunskapsstyrning, utifrån ett statligt perspektiv. Det sker med hjälp av konkreta exempel på aktiviteter som kan identifieras inom den svenska sjukvårdssektorn. Vår ambition är att visa hur dessa kan grupperas i olika kategorier – vilket inte säger något om hur de fungerar i praktiken. Det är inte givet att de aktiviteter som förekommer i den svenska miljön i dag ingår i ett logiskt mönster, där de samverkar och stöder varandra på ett optimalt sätt till gagn för hälso- och sjukvården och dess patienter (vi återkommer till denna fråga i avsnitt 5.10).

Grundläggande för kunskapsstyrning är att vissa aktiviteter syftar till att sammanställa och överföra information, medan andra har till syfte att påverka mottagarens förutsättningar att ta emot information och att förändra sitt handlingsmönster. De aktiviteter som vi kan observera i dagens Sverige, som låter sig inordnas som komponenter i en struktur för kunskapsstyrning, kan grupperas i ett antal kategorier. Den första utgörs av aktiviteter vilka i detta sammanhang har till uppgift att påverka förutsättningarna på verksamhetsnivån i sjukvården (de kan således uppfattas som en icke-riktad och indirekt styrform). Man kan uppfatta dessa komponenter som resurser vilka skall fungera som stöd för en kunskapsbildningsprocess. Man kan dock notera att vissa aktiviteter inte enbart ökar förutsättningarna att tillgodogöra sig information utan att de också kan generera information, vilket är tydligt i fallet med forskning och utveckling (FoU). I detta sammanhang kan dock FoU även uppfattas som en resurs på verksamhetsnivån som ökar kompetensen hos mottagaren för att reagera på information.

Den andra kategorin består av aktiviteter vilka huvudsakligen syftar till att ta fram systematiserad information om forskningsläget och/eller t.ex. effektiviteten hos enskilda medicinska teknologier. Sådan information kan överföras direkt till en mottagare för lokal kunskapsbildning eller bli föremål för fortsatt tolkning innan den överförs. En tredje kategori består därför av aktiviteter vilka kombinerar informationssammanställning med en process för generering av slutsatser. Sådana slutsatser kan i större eller mindre utsträckning grundas på vetenskapligt underlag, men också andra typer av underlag kan vägas in. Vi kommer att mer utförligt behandla den tolkade informationen –

när rekommendationer, riktlinjer etc. fogas till materialet – i ett senare avsnitt (5.6.3).

5.6.1 Extern påverkan av förutsättningarna hos mottagaren

Utbildning

Hälso- och sjukvården är i hög grad en kunskapsorganisation, men också en professionell organisation. Detta förhållande manifesteras genom sjukvårdspersonalens utbildningsbakgrund samt nödvändigheten att fortlöpande kunna omsätta nya forskningsresultat i praktisk kunskap. Utmärkande för en professionell organisation – dit hälso- och sjukvården kan räknas – är att de verksamma (i större eller mindre utsträckning) förväntas ta ett eget ansvar för fortbildning och måste i praktiken vara inställda på ett livslångt lärande (en grundläggande formell utbildning måste fortlöpande kompletteras med både formell och informell kunskapsinhämtning) Inom landstingen har drygt 50 procent av de anställda någon form av högskoleutbildning – denna siffra ökar hela tiden, främst genom att personalen inom hälso- och sjukvården får en mer kvalificerad och längre utbildning. Situationen inom kommunerna är en annan eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen utgör en mindre del av yrkesgrupper med uppgifter inom vård och omsorg, och andelen verksamma med högskoleutbildning är betydligt lägre än inom landstingen.

Utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonalen kan indelas i ett antal steg: grundutbildning, specialistutbildning/vidareutbildning, forskarutbildning samt en särskild kategori som omfattar fortbilning/efterutbildning. Villkoren varierar mellan utbildningarna, och förändringar sker fortlöpande t.ex. genom att antalet forskarstuderande liksom disputerade forskare ökar inom yrkesgrupper vid sidan av läkarna.

Grundutbildning/vidareutbildning

Den medicinska utbildningen kan indelas i ett antal olika steg där graden av statlig inblandning och reglering varierar. Vad gäller grundutbildningen bär staten ensam huvudansvaret för planering och finansiering. Infrastrukturen i form av lärartjänster vid medicinsk fakultet finansieras via statliga fakultetsanslag. Det är emellertid inte ovanligt att sådana tjänster delas med sjukvårdshuvudmännen – s.k. kombinationstjänster – men vad gäller utbildningsinslaget i tjänsterna

är detta en statlig angelägenhet. Som kompensation för de resurser inom sjukvårdsorganisationen som tas i anspråk för bl.a. klinisk utbildning ersätter staten årligen huvudmän med undervisningssjukhus via ett schablonanslag (ALF). En mindre del av pengarna är avsedd att täcka kostnader för grundutbildning, och resten forskarutbildning och forskning. Kostnaderna för den kliniska del som ingår i läkarnas fortsatta utbildning, den s.k. allmäntjänstgöringen (AT) och specialiserings-tjänstgöring (ST) finansieras av sjukvårdshuvudmännen. Inom ramen för vidareutbildningen till specialist (ST) föreskrivs deltagande i specialistkompetenskurser, s.k. SK-kurser. Dessa utgör ett komplement till den praktiska tjänstgöringen och lokala utbildningsinsatser. Staten svarar genom Socialstyrelsen för finansieringen, den övergripande planeringen och administrationen av SK-kurser. Myndigheten önskar dock i högre grad planera kursutbudet efter hörande av läkarnas organisationer – läkaresällskapet och läkarförbundet. Kursernas ekonomiska skötsel och administration har decentraliserats till de olika medicinska fakulteterna. Vad gäller vissa "smala" kurser har de olika specialitetsföreningarna ett stort inflytande. Det förutsätts att alla ST-läkare deltar i kursmässig utbildning men något fixerat antal kurser eller kursdagar krävs inte för specialistkompetens.

Utbildningen av andra yrkesgrupper inom vård och omsorg har traditionellt vilat på landstingen som en del i ansvaret för personalförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Förändringar i syfte att förbättra kvaliteten i utbildningarna och stärka möjligheterna till likvärdig utbildning över landet har länge diskuterats. Vid mitten av 1990-talet bedrevs högskoleutbildningar inom vård och omsorg vid 19 vårdhögskolor med landstinget som huvudman, sju statliga och tre enskilda högskolor. Vid dessa förekommer ett flertal utbildningsprogram som leder till yrkesexamen (t.ex. sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, biomedicinsk analytiker) varav en del är legitimationsgrundande. Verksamheten är reglerad genom ett förhållandevis komplicerat system av politiska beslut och avtal. Under 1996 påbörjades arbetet med att flytta över de så kallade medellånga vårdutbildningarna (som för närvarande omfattar 8 utbildningsprogram) till statliga högskolor, dock med bibehållet huvudmannaskap för landstingen. Detta innebär att landstingen är beställare medan staten står för produktionen av utbildning. Samarbetet regleras genom avtal. Landstingens intresse för att påverka utbildningen varierar. Formellt har landstingen ett finansieringsansvar men erhåller också statliga bidrag som täcker ca 20 procent av de totala kostnaderna. Riksdagen fastställer emellertid det totala antalet statsbidragsberättigade studieplatser. Trots ambitionen att göra utbildningarna likvärdiga finns tecken på att innehållet varierar liksom anknytningen till andra högskoleutbildningar och forskning. Frågan om

ett totalt statligt övertagande av vårdutbildningar diskuteras med bl.a. läkarutbildningen som modell för att lösa frågan om försörjning av och ersättning för bl.a. praktikplatser.

Vad gäller vidareutbildning av sjuksköterskor är det endast utbildningen till barnmorska som är statligt reglerad (ett särskilt utbildningsprogram om 60p), annan vidareutbildning sker efter lokala beslut vid högskola. Staten har dock under senare år genom Socialstyrelsen sökt precisera kraven på utbildning och kompetensutveckling för sjuksköterskor med särskild inriktning (t.ex. intensivvård, psykiatri, distriktsköterska) (SOSFS 1995:19; Socialstyrelsen 1995). Kompetens och uppgifter för de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommunerna har särskilt reglerats (SOSFS 1997:10).

Inriktningen på den grundläggande utbildningen för de vårdirkesgrupper som kommer att arbeta inom den kommunala äldreården har kommit att diskuteras eftersom vårdiryngden ökar och inslagen av hemvård blir allt mer påtagliga. Från de kommunala huvudmännens sida har hävdats att grundutbildningen i för hög grad är anpassad till landstingens behov, med tonvikt på verksamhet inom sjukhus.²⁵ Det finns anledning att öka förutsättningarna för att utveckla och förändra existerande utbildningar så att de bättre svarar mot de behov som finns inom äldreomsorgen, framhålls i den nationella handlingsplanen för äldrepolitik (Regeringens proposition 1997/98:113). Man bör tydligare definiera vilken kompetens som krävs inom äldreomsorgen, menar regeringen, och detta ansvar vilar i hög grad på arbetsgivarna, dvs. kommunerna.

Mycket talar för att ny pedagogik, t.ex. i form av problembaserat lärande (PBL), stärker förutsättningarna för sjukården som kunskapsorganisation. Det finns dock stora variationer inom landet vad gäller grundutbildningen, både för läkare och andra vårdirkesgrupper. Detta gäller, t.ex. inslagen av enhetlig pedagogik, vetenskapligt förhållningsätt, forskningsanknytning och därmed förmågan bland studenterna att efter avslutad utbildning kritiskt kunna bedöma och analysera kunskapsunderlag (Högskoleverket 1996, 1997).

Forskarutbildning

Staten har ett huvudansvar för forskarutbildningen som är knuten till universitet och högskolor. År 1969 reformerades forskarutbildningen

²⁵ Man kan notera att t.ex. Linköpings universitet avser att under 1999 påbörja ett utbildningsprogram inom Hälsouniversitetet med inriktning mot hemsjukvård.

då den nuvarande doktorsexamen infördes. Målet var att få till stånd en väl planerad utbildning som inte bara skulle förbereda för en forskarkarriär utan också för kvalificerade insatser i yrkeslivet utanför högskolan. Det har emellertid varit svårt att förverkliga inslagen av planerad utbildningsgång, med systematiska inslag av undervisning och handledning. Resultatet har blivit att utbildningen dragit ut på tiden och i värsta fall resulterar den inte i examination. Den styrning av forskarutbildningen som utövas från staten sida har inskränkts till att i anvisningarna till universitet och högskolor (regleringsbrevet) ange vilka minimibelopp av varje fakultetsanslag som skall avsättas för studiefinansiering inom forskarutbildningen. Fram till 1992/93 kunde statsmakterna även påverka dimensionering och inriktning av forskarutbildningen genom beslut om inrättande av flertalet professorer.

Under 1998 genomfördes en reformering av forskarutbildningen med syfte att effektivisera denna. I detta sammanhang påpekades värdet av att fler personer med forskarutbildning verkar i samhället utanför högskolan. I korthet innebär förändringen att riksdag och regering blir mer precis i sitt uppdrag till universitet och högskolor genom att ange kvantitativa mål för varje vetenskapsområde.²⁶ Liksom tidigare anges en miniminivå på de medel som skall användas till studiefinansiering. Vidare reformeras studiefinansieringen med sikte på att bereda doktorander bättre villkor och därigenom påverka förutsättningarna för genomströmning och examination. Finansieringen av forskarutbildningen kan ske helt eller delvis genom fakultetsanslag, men också via forskningsråd och via industrifinansiering. Industrifinansiering av forskarutbildning ställer särskilda krav vad gäller kvalitetskontroll och publiceringsmöjligheter.

Internationellt sett har en hög andel av den svenska läkarkåren genomgått forskarutbildning; ett förhållande som varit rådande under hela perioden efter det andra världskriget. En förklaring är den starka forskningsanknytningen inom hälso- och sjukvården samt behovet av meriter för att konkurrera om högre tjänster. Antalet forskarstuderande liksom avlagda doktorsexamina inom det medicinska området har ökat kontinuerligt under 1990-talet. Den största ökningen har dock varit vid prekliniska institutioner.²⁷ Man kan också notera att åldern bland de

²⁶ För det medicinska vetenskapsområdet (medicinsk, farmaceutisk och odontologisk fakultet) anges målen för examination (doktors- och licentiatexamen): 1997-99: 1 693 examina, 2000-02: 1 979 examina och 2003-05: 2 075 examina. (Regeringens proposition 1997/98:1 Bilaga 16).

²⁷ Mellan 1991 och 1997 ökade antalet doktorsexamina vid prekliniska institutioner med 55 procent mot 15 procent vid kliniska institutioner (Medicinska Forskningsrådet 1998).

som avlagt doktorsexamen tenderar att öka, särskilt inom kliniska institutioner. Frågan är dock om detta i sig skall uppfattas som ett problem – det sammanhänger nog snarast med olika karriärvägar för verksamma inom klinisk respektive preklinisk institution.²⁸ Mera problematiskt på sikt är tendensen att andelen examina vid klinisk institution minskar i förhållande till det totala antalet examina. Andelen kliniska forskare bör stå i proportion till andelen grundforskare annars finns en risk att implementeringen av forskningsresultat i patientvården försämras (Goldstein och Brown 1997). På sikt finns också andra oroväckande tendenser inom medicinsk forskarutbildning. Bristen på handledare kan bli besvärande då tillgången på kvalificerade specialister inom vissa discipliner minskar genom framtida pensionsavgångar (Medicinska Forskningsrådet 1998).

Disputerade inom andra vårdyrkesgrupper har alltid varit relativt sett färre än bland läkarna, även om andelen disputerade vårdforskare ökar kontinuerligt.²⁹ Det kan vara svårt bilda sig en uppfattning om antalet forskarstuderande (och antalet disputerade) eftersom dessa finns registrerade inom olika ämnen; vid medicinsk fakultet, men också inom ämnen som psykologi, pedagogik och sociologi. Uppenbarligen finns ett mycket starkt intresse för att genomgå forskarutbildning då antalet sökande i olika vårdrelaterade ämnen är mångdubbelt större än det antal som kan beredas plats.³⁰ De hinder som existerar gäller finansieringen av forskarutbildningen, tillgången på handledare, men också karriärvägarna efter examina. I olika sammanhang har pekats på behovet av en långsiktig uppbyggnad av handledarkapaciteten i forskarutbildningen för olika vårdyrkesgrupper. Genom att antalet disputerade varit begränsat finner de som examineras ofta sin plats inom utbildning och forskning – det är naturligt med tanke på eftersatta behov. Men det är lika viktigt att disputerade vårdforskare återfinns i praktisk patientnära verksamhet.

²⁸ För disputerade vid prekliniska institutioner är den tillgängliga karriärvägen just inom forskning (vid universitet eller inom industrin), där det är en fördel att vara ung vid tiden för examination. För disputerade vid kliniska institutioner finns karriärvägar dels inom forskning/undervisning men också inom hälso- och sjukvården.

²⁹ Man kan notera att det var först i och med högskolereformen 1977 som bl.a. sjuksköterskeutbildningen blev en högskoleutbildning, vilket har påverkat förutsättningarna för forskarutbildning. Genom reformen tillkom ett antal nya ämnesdiscipliner och möjligheterna till forskningsanknytning vidgades för andra vårdyrkesgrupper.

³⁰ Ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering av vårdforskning samt i vilka former stöd kan ges till utveckling av vårdforskning skall belysas av den statliga kommittén HSU 2000.

Fortbildning/efterutbildning

När det gäller ansvaret för fortbildning eller efterutbildning av läkare efter specialistexamen framträder en splittrad bild. Staten har i detta sammanhang inget givet huvudansvar i likhet med grundutbildningen. Ett undantag är naturligtvis forskarutbildningen för läkare inom medicinsk fakultet, som vi redogjort för ovan. I övrigt gäller dock principen att sjukvårdshuvudmännen bär det huvudsakliga ansvaret för att sörja för fortsatt utbildning av sin personal. Landstingsförbundet och läkarorganisationerna tillsatte 1997 en arbetsgrupp för att finna nya och bättre former för fortbildning.

Vad gäller initiativ till sådana aktiviteter som kan räknas till fortbildning eller efterutbildning finns dock många intressenter – sjukvårdshuvudmännen, sjukvårdens professioner, industrin och i mindre utsträckning också staten. Staten följer på detta område knappast en tydlig linje, men kan medverka i olika sammanhang. Läkemedelsverket arrangerar kurser i t.ex. läkemedelsepidemiologi och läkemedelsbiverkningar. Socialstyrelsen har lämnat visst stöd till allmänläkarnas specialitetsförening (SFAM) för utvecklingen av ett s.k. efterutbildningsprogram.

Symposier och föredrag vid den Medicinska Riksstämman kan räknas till aktiviteter för fortbildning (liksom givetvis internationella konferenser). Svenska läkaresällskapet kan anordna kurser och symposier av mer allmän karaktär, medan de vetenskapliga sektionerna/specialitetsföreningarna vanligtvis anordnar smalare kurser. Aktivitetsgraden inom sektioner/föreningar kan i detta avseende variera högst påtagligt. Ofta arrangeras sådana kurser tillsammans med läkemedelsindustrin, där dock möjligheterna till "sponsring" kan variera mellan specialiteter.³¹ Slutligen kan pekas på de fortbildningar som anordnas exklusivt av t.ex. läkemedelsindustrin. Omfattningen av industrins insatser för fortbildning av läkare torde inte gå att i detalj uppskatta – men den förefaller vara stor. Industrins roll i sammanhanget har återkommande varit föremål för debatt både inom och utanför den medicinska professionen.³² Vissa regler för industrins "sponsring" av fortbildningskurser har etablerats i avtal mellan Läkemedelsindustriföreningen (LIF) och Landstingsförbundet. Där stadgas bl.a. att varumärkesinformation inte får ingå i utbildning och

³¹ Inom t.ex. Svensk kirurgisk förening finns planer på att inrätta ett eget "utbildningsinstitut" med uppgift att planera och samordna fortbildningen av kirurger (Bengtsson 1998).

³² Det dilemma som specialitetsföreningarna ställs inför när det gäller finansieringen av fortbildning kan t. ex. illustreras av debatten bland allmänläkare (Olsson 1996).

vetenskaplig sammankomst. Läkemedelsföretag skall i god tid före ett arrangemang (t.ex. utbildning och vetenskaplig sammankomst) kontakta företrädare för huvudmännen för att läkemedelskommittéerna skall kunna samordna sin verksamhet med industrins arrangemang.

Omfattningen av fortbildning och vidareutbildning för andra yrkesgrupper än läkare varierar, ansvaret vilar dock även här på arbetsgivaren – landsting eller kommun. Kurser och konferenser kan anordnas av högskolor och professionella organisationer. Vårdförbundet anordnar sedan 1989 en hälso- och sjukvårdsstämma och Svensk sjuksköterskeförening har inrättat ett utbildningsinstitut som anordnar forskningskonferenser och kurser. Intresset för fortbildning har under 1990-talet varit starkt inom dessa yrkesgrupper och möjligheter har också erbjudits av arbetsgivaren, inte minst vad gäller utbildning för kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Ett ökat inslag av kurser anordnade av kommersiella aktörer kan noteras även för andra yrkesgrupper än läkare, inte minst då för sjuksköterskor och barnmorskor med förskrivnings- och ordinationsrätt. Vad gäller den kommunalt anställda personalen har det påpekats att det finns anledning att göra en kartläggning av behovet av fortbildning för t.ex. de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna och andra sjuksköterskor (Regeringens proposition 1997/98:113).

Forskning och utveckling (FoU)

Ansvaret för forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvårdssektorn är delat mellan staten, sjukvårdshuvudmännen och olika yrkesgrupper. Den medicinska professionen har länge dominerat forskningsdelen, men andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården har under senare år stärkt sin forskningsanknytning, inte minst genom nya professurer.

Vad gäller medicinsk forskning brukar man skilja på grundforskning (vilken i medicinska sammanhang så gott som alltid består av laboriebaserad experimentell forskning), tillämpad/klinisk forskning samt utvecklingsarbete. Den tillämpade forskningen utgår i regel från ett patientmaterial (patientnära forskning) men kan beträffande metodval vara experimentell. Med utvecklingsarbete avses sådan verksamhet som inte primärt är inriktad mot att finna ny kunskap utan att förbättra och anpassa etablerade metoder.

Den medicinska grundforskningen har alltid betraktats som ett statligt ansvar och till denna utgår stöd dels i form av fakultetsmedel – till tjänster vid medicinsk fakultet – och dels i form av rådsmedel som fördelas av Medicinska Forskningsrådet (MFR), samt medel som

betalas ut till sjukvårdshuvudmännen med anledning av avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning (ALF-medel). För år 1998 fördelade staten omkring 1,5 miljarder kronor till det medicinska vetenskapsområdet i form av fakultetsmedel direkt till universitet och via forskningsråd. Den del av s.k. ALF-medel som avser forskning och forskarutbildning utgör omkring 1 miljard kronor³³ (SOU 1998:128). I dessa belopp ingår dock medel till olika former av medicinska forskning – inte bara grundforskning. Grundforskning kan även finansieras utanför staten, t.ex. genom läkemedelsindustrin.

Inom klinisk forskning och utveckling har dock ansvarsfördelningen inte varit lika tydlig. Såväl staten som sjukvårdshuvudmännen har bidragit till finansieringen. För huvudmännens del har finansieringen av forskning och utveckling ofta varit integrerad med utvecklingen av den sjukvårdande verksamheten. I samband med att allt fler huvudmän under 1990-talet började tillämpa nya principer för ekonomisk ersättning till vården (t.ex. olika former av prestationsrelaterad ersättning) noterades att forskningskostnader därmed kunde synliggöras, men det påtalades samtidigt att utrymmet för den tillämpade kliniska forskningen vid sjukvårdsenheter kunde bli lidande när intresset alltmer fokuserades på rutinsjukvård. I detta sammanhang föreslog den statliga kommittén HSU 2000 att huvudmännens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete borde preciseras i Hälso- och sjukvårdslagen (SOU 1994:132). Regeringen konstaterade att det inte var aktuellt att ålägga landsting och kommuner något nytt ansvar, men att den redan etablerade ordningen beträffande klinisk forskning och utveckling samt folkhälsovetenskapligt forskningsarbete behövde lagregleras. Därvid betonades behovet av samverkan på regional nivå samt att huvudmännen förutsätts ta ett betydande ansvar för att den egen verksamheten utvecklas och utvärderas (Regeringens proposition 1996/97:5). Sjukvårdshuvudmännens ansvar för klinisk forskning och utveckling samt folkhälsovetenskapligt forskningsarbete är från årsskiftet 1996/97 inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen. Betydelsen av att huvudmännen tar ett ansvar även för utvärdering av hälso- och sjukvårdens insatser betonades av såväl regeringen som av riksdagens socialutskott, men lagreglering bedömdes inte vara aktuell.

Landstingens mer uttalade engagemang på detta område har bl.a. resulterat i att FoU-medel "öronmärkts" i huvudmännens budgetar. Dessa medel kanaliseras i ökad utsträckning genom ett formellt ansökningsförfarande. En typ av regionala FoU-råd har bildats eller håller på att bildas i sjukvårdsregionerna. I dagsläget (1998/99) fördelas omkring

³³ Det finns emellertid en stor osäkerhet om i vilken utsträckning dessa medel kommer forskningen till godo (SOU 1998:128).

100 miljoner kronor till forskningsprojekt inom fyra av landets sjukvårdsregioner.

Utöver den medicinska forskningen bedrivs också, med anknytning till hälso- och sjukvården, vårdforskning eller vårdvetenskaplig forskning.³⁴ Vi kan konstatera att forskningsintresset bland vårdyrkesgrupper vid sidan av läkarna är under stark tillväxt, vilket visar sig genom tillkomsten av nya s k magisterutbildningar – där dessa yrkesgrupper dominerar – samt antalet disputerade med yrkesbakgrund som sjuksköterskor, sjukgymnaster m.fl. Volymen på forskningen inom detta område – som ofta har en klinisk praktisk inriktning – har begränsats av flera faktorer – brist på handledningsresurser, tjänster samt tillgången till forskningsmedel. Det har hittills varit svårt att få tillgång till universitetsklinikernas fasta resurser. Medicinska forskningsrådet har inte prioriterat vårdforskning. Under senare år har finansieringen av vårdforskningen förbättrats dels genom tillkomsten av Vårdalstiftelsen och dels genom regionala FoU-råd. Under 1998 beslutade t.ex. Vårdalstiftelsen att lämna bidrag till forskartjänster vid universitet. Bakgrunden var en kartläggning gjord av stiftelsen som visade att de fasta forskningsresurserna inom vårdforskningen är "katastrofalt små", saknas nästan helt på mellannivån (forskarassistent) och är kraftigt underdimensionerade på lektors- och professorsnivå.

Det finns tecken på att villkoren för den kliniska forskningen har förändrats under 1990-talet. De företagsfinansierade inslagen har blivit mer framträdande på bekostnad av offentlig finansiering, t.ex. genom MFR (Medicinska Forskningsrådet 1998). En allmän ekonomisk åtstramning inom sjukvården med krav på åtföljande rationaliseringar, t.ex. nivån på "kringresurser" runt läkarna har sannolikt påverkat förutsättningarna. Men även det faktum att tyngdpunkten i vården har förskjutits från universitetssjukhusen mot länssjukvården och inte minst mot primärvården har påverkat situationen, då klinisk forskning kan vara svårare att genomföra inom t.ex. primärvården.

Vi kan konstatera att den statliga utredning som gjort en översyn över forskningspolitiken (Forskning 2000) menar att statens huvudansvar gäller grundforskning (och forskarutbildning) samt forskning och utveckling som stöd för statlig verksamhet. Inom andra samhällssektorer skall de verksamhetsansvariga själva svara för relevanta FoU-insatser. Man tillägger dock att staten skall främja forskning och utvecklingsarbete för andra samhällssektorer (än den rent statliga), när

³⁴ Tidigare har vårdforskning beskrivits som forskning bland vårdyrkesgrupper vid sidan av läkarna, men i takt med att forskningen får en tydlig hemvist inom universitet och högskolor blir det naturligt att definiera vårdforskning utifrån olika ämnesdiscipliner, t.ex. omvårdnad, sjukgymnastik etc.

detta bedöms vara de bästa insatserna för att utveckla dessa sektorer (SOU 1998:128).

Utvärderingar av medicinsk teknologi

Även om utvärdering av medicinsk metodik/teknologi numera betraktas som ett viktigt inslag i hälso- och sjukvården och integrerad med klinisk forskning, är företeelsen av relativt sent datum i Sverige. Teknologivärdering är en direktöversättning av engelskans *technology assessment*. Begreppet myntades på 1950-talet i USA och har sedan dess blivit flitigt använd, men med olika betydelser. I forskarvärlden finns dock en relativt samstämmig uppfattning om vad som avses, nämligen: "Technology assessment is a comprehensive form of policy research that examines the short and long term consequences of application and use of technology" (OTA 1976). Översatt till sjukvårdssammanhang avses en allsidig, vetenskaplig, bedömning av en teknologis såväl omedelbara som långsiktiga effekter på sociala system och på individerna i samhället.

I praktiken har begreppet kommit att beteckna en rad forskningsaktiviteter som syftar till att studera egenskaper hos nya medicinska metoder såsom säkerhet, indikationer för användning, kostnadseffektivitet och etiska konsekvenser m.m. Flertalet studier inom detta område behandlar dock vanligtvis bara en eller ett fåtal aspekter och de kan därför betraktas som partiella utvärderingar. Merparten av sådana aktiviteter kan räknas som en del av den kliniska utvärderingsforskningen. Studier som syftar till att frambringa primärdata om nya metoder, t.ex. läkemedel, utgör en särskild kategori av utvärderingar medan den andra kategorin utgörs av synteser eller resultatsammanställningar. När det gäller den första kategorin svarar fortfarande läkemedelsföretagen för en stor del av den kliniska utvärderingsforskningen. Alla läkemedel som godkänts har genomgått en omfattande utvärdering, med betoning på säkerhet.

Som tidigare redovisats finns ett ökat intresse bland sjukvårdshuvudmännen för utvärderingsstudier. Sedan 1985 också har Medicinska forskningsrådet utvärdering av medicinsk teknologi som ett prioriterat område. MFR har därvid finansierat utvärderingsstudier, ett program för framtagning av kunskapsöversikter (*state-of-the-art*) och konsensuskonferenser – de senare tillsammans med Spri.

Spri lanserade i slutet av 1970-talet ett program för utvärdering av medicinsk teknologi. I Spri:s tappning fick begreppet en bred innebörd och det gjordes försök till allsidiga utvärderingar. När SBU etablerades

ersattes området utvärdering av medicinsk teknologi inom Sprit av ett program för hälsoekonomi.

Ett fåtal enheter som lokalt arbetar med utvärderingar har etablerats på initiativ av sjukvårdshuvudmän. Det mest konkreta exemplet finns i Östergötland där landstinget i hög grad medverkade vid uppbyggnaden av Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT). Enheten som bildades 1985 är en del av Linköpings universitet och har sedan starten arbetat med utvärderingsstudier av medicinska metoder och nya organisationsformer. Arbetssättet har varit relativt allsidigt och verksamheten har utvecklats i ett nära samarbete med Landstinget i Östergötland. Liknande enheter, men i högre grad knutna direkt till respektive sjukvårdshuvudman, är under uppbyggnad inom Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Örebro läns landsting.

Det var länge en öppen fråga var ansvaret för utvärdering av medicinsk teknologi skulle placeras på den nationella nivån. År 1986 presenterades ett förslag att bilda ett nationellt organ knutet till Socialdepartementet vars uppgift bland annat skulle vara att utgöra en nationell och internationell kontaktpunkt när det gäller medicinskt handlande. Det betonades därvid att samordningsorganet inte skulle genomföra egen forskning eller stödja annan forskning, utan tyngdpunkten skulle ligga på synteser (Socialdepartementet 1986). När Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) etablerades några år senare dominerade också denna inriktning.

Vi kan konstatera att relativt lite av utvärderingsforskning som representerar den allsidiga ansatsen (medicinska, ekonomiska, sociala, etiska perspektiv) hittills har kommit till stånd i Sverige. Däremot har utvecklingen av syntesstudier varit omfattande, inte minst genom SBU:s insatser. En vetenskaplig kartläggning av innehållet i de rapporter som produceras i olika länder av offentliga utvärderingsmyndigheter visar att de svenska (som produceras av SBU) erhåller en hög poäng med avseende på allsidighet (Poulsen 1997).

Utvärderingar inom hälso- och sjukvårdens område behöver dock inte enbart avse metoder relaterade till den medicinska professionens arbetsområde, utan även metoder som tillämpas av andra yrkesgrupper. En rapport från SBU visar att det slutliga resultatet av t.ex. sjuksköterskans arbete är bristfälligt eller inte alls undersökt. Man anger därför att det finns behov av ökad nationell utvärdering av och forskning om effekterna av sjuksköterskans arbetsmetoder (SBU 1994). Med stor sannolikhet gäller ett likartat förhållande för metoder som tillämpas av andra vårdyrkesgrupper.

Kvalitetsutveckling

I Sverige definieras kvalitetsbegreppet som "alla sammantagna egenskaper hos ett objekt eller företeelse som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade och underförstådda behov" (SS-ISO 8402, 1994). Det kan även uttryckas som att kvalitet innebär att rätt saker görs på rätt sätt. I hälso- och sjukvården innebär det framför allt att klargöra vilka behov som ska tillgodoses och vilka metoder som skall användas för att tillgodose dessa behov. I begreppet kvalitet relaterat till hälso- och sjukvård ingår även säkerhet (SOSFS 1996:24).

Den moderna synen på kvalitet inom hälso- och sjukvården, där en mer systematisk kvalitetsutveckling står i fokus, gjorde sitt egentliga inträde i Sverige under 1980-talet. Det finns dock exempel på initiativ även tidigare, och vad gäller statens roll låg då tyngdpunkten på "struktur", dvs. man reglerade byggnader, utrustning och personal (Garpenby 1996).

År 1990 bildades på den nationella nivån en samrådsgrupp för kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvården. I den fanns representanter för Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri, Svenska läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening. Gruppen lämnade bl.a. stöd till många av de enskilda professionernas utvecklingsarbete.

Sedan den nationella samrådsgruppen upplöstes 1995 inrättade Socialstyrelsen ett expertråd för kvalitet och säkerhet, som ett stöd för sitt fortsatta arbete. Målsättningen för rådet är bl.a. att tillsammans med sjukvårdshuvudmännen utveckla en nationell strategi för kvalitet och säkerhet i vård och omsorg, att föreslå aktiviteter som syftar till att höja kunskapsnivån i kvalitets- och säkerhetsfrågor, att ansvara för kvalitets- och säkerhetskonferenser riktade till hälso- och sjukvården samt att samla in och sprida information om kvalitets- och säkerhetsfrågor nationellt och internationellt.

Staten har hittills haft möjlighet att påverka inriktningen av sjukvårdens kvalitetsarbete även genom sitt engagemang i Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri). Spri har under lång tid ägnat sig åt metoder för kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling i sjukvården. Staten har i sina relationer till Spri valt att särskilt betona vikten av metoder för kvalitetsutveckling med patientperspektiv.

Före 1997 var ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i ringa grad reglerad vad gäller insatser för att främja kvalitet inom hälso- och sjukvården. Visserligen fanns sedan 1994 Socialstyrelsens föreskrift om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård (SOSFS 1993:9), men denna riktade sig direkt till medicinskt ansvariga chefer och inte till den politiska och administrativa ledningen inom landsting och kommuner.

Avvägningen mellan egenkontroll i sjukvården och statlig reglering och tillsyn uppmärksammades vid mitten av 1990-talet, t.ex. av Riksdagens revisorer. Regeringen tog fasta på behovet av ett konstruktivt samspel mellan egenkontroll och statlig tillsyn. Genom förändringar i Hälso- och sjukvårdslagen och genom tillkomsten av tillsynslagen (1996:786) förtydligades sjukvårdshuvudmännens ansvar för att stödja utvecklingen av kvalitetssystem i den egna verksamheten, samtidigt som statens tillsyn genom Socialstyrelsen förstärktes. I den nya föreskriften om Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24) slås fast ett ansvar för såväl vårdgivaren (landsting och kommuner) som verksamhetschefer och vårdpersonal. Kvalitetssystem skall bl.a. innehålla rutiner för systematisk resultatuppföljning, dokumentation och återföring av erfarenheter till berörda medarbetare. Sjukvårdshuvudmän och verksamhetsföreträdare har själva att välja lämpliga metoder.

Väsentliga inslag i ett kvalitetssystem inom sjukvården är (a) teknisk/medicinsk kvalitet (riktig diagnos, rätt ingrepp, rätt medicin, osv), (b) systemkvalitet (d v s hur organisationen samverkar i alla delar för att lösa uppgiften, t.ex. väntetider, dokumentation, vårdkedjeplanering), och (c) kundkvalitet (dvs. det som upplevs som värde för patienten; bemötande, empati, information, inflytande över sin behandling osv.)

Modernt kvalitetsutvecklingsarbete kan beskrivas som organisationens förmåga att sätta avnämarna i centrum, genom att ledningen skapar förutsättning för att arbeta med processer, basera beslut på fakta, arbeta med ständiga förbättringar och att de anställda görs delaktiga. Kvalitetsutveckling är således en aktivitet som engagerar såväl ledning som medarbetare.

Som ett svar på det ökade behovet av insatser inom landstingen beslöt Landstingsförbundets kongress 1994 att förbundet skulle intensifiera sina ansträngningar att stödja sjukvårdshuvudmännen i utvecklingen av kvalitetssystem. Detta har resulterat i att enheten för hälso- och sjukvårdsutveckling inom Landstingsförbundet i dag har som sin huvudsakliga uppgift att stötta, påskynda och underlätta ett patientfokuserat utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården. Landstingsförbundet har också tagit fram ett lednings- och utvärderingsinstrument, QUL (kvalitet-utveckling-ledarskap). Det ligger också till grund för den utmärkelse som årligen utdelas till enheter och organisationer som utgör goda föredömen för ett systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete.

Landstingsförbundets enhet för hälso- och sjukvårdsutveckling har slutit ett långsiktigt samarbetsavtal med Institute for Healthcare Improvement (IHI) i USA. Avsikten är att skapa en svensk modell med

utgångspunkt i amerikanska BTS.³⁵ I juni 1997 startade i Sverige det första projekt Genombrott – köer och väntetider – med ca 20 deltagande organisationer. Initiativet är ett resultat av den arbetsfördelning som etablerats genom 1997 års Dagmaröverenskommelse. Den första delen av projektet finns numera redovisad i en rapport (Landstingsförbundet 1998a). Under hösten 1998 startade en ny projektomgång för Genombrott – köer och väntetider samt diabetesvård i ständig förbättring.

Sedan 1 januari 1998 anger socialtjänstlagen (§ 7a) att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet och att personal skall ha lämplig utbildning och erfarenheter. Denna bestämmelse är tillämplig också för kommunernas äldreomsorg. Senare samma år utfärdade Socialstyrelsen allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8). Uppbyggnaden av förordningen är likartad den som gäller för hälso- och sjukvård, dvs. det finns krav på att vissa aspekter skall beaktas men huvudmännena väljer själva typ av metod för kvalitetssäkring. Äldreomsorgen innehåller dock mycket annat än medicinska insatser vilket gör att system för kvalitetsutveckling inom detta område inte kan kopieras från hälso- och sjukvården. Behovet av särskilda metoder för kvalitetsutveckling inom socialtjänsten, inklusive äldreomsorgen har noterats (Regeringens prop. 1997/98:113).

³⁵ En del i kvalitetsarbetet är att skapa förutsättningar för sjukvården att ta till sig ny kunskap. För att få till stånd en snabbare spridning av kunskap som skapar förutsättningar för förbättringar av verksamheten, har det fristående IHI i USA introducerat ett arbetssätt som kallas Breakthrough Series (BTS). Avsikten är att stötta intresserade och motiverade sjukvårdsorganisationer att använda ny kunskap som förbättrar resultaten och samtidigt sänker kostnaderna. Man vill bygga upp en nationell organisation för kunskap om förbättringsarbete, och en "bank" av sådan kunskap. Projekten väljs efter vissa kriterier: det ska föreligga en dokumenterad skillnad mellan bästa tillgängliga kunskap och daglig praxis, det skall finnas kunskap och erfarenhet av framgångsrikt förbättringsarbete inom området, och det ska finnas tillgängligt en nationellt respekterad ledargestalt inom området. Man väljer områden där missnöjet med aktuella prestationer i systemet visat sig, t.ex. vård i livets slutskede. Tanken med detta är att skapa motivation i organisationerna för förändringar.

Verksamhetsuppföljning

Gränsen mellan kvalitetsuppföljning och system för verksamhetsuppföljning är delvis flytande. Vi har valt att redovisa några exempel på utveckling av nationella system för verksamhetsuppföljning under en särskild rubrik.

Inom Socialstyrelsen pågår ett programarbete för att ta fram modeller för informationsspridning genom återkommande verksamhetsöversikter. I många länder arbetar man med att förbättra beskrivningarna av kvalitetsutveckling och resursanvändning för olika patientgrupper. I Sverige har flera specialiteter, bland annat ortopedi, gynekologi, ögonsjukvård och under senare år även internmedicin, i samarbete med Spri, redovisat årliga verksamhetsrapporter utifrån ett omfattande enkät-system till berörda kliniker. Syftet har varit att få jämförande data tillgängliga för den lokala verksamhetsutvecklingen. Materialet kommer även att inkluderas i faktadatabasen MARS.

Under 1997 startade Landstingsförbundet ett projekt i syfte att skapa ett enhetligt regelverk som preciserar definitionerna av de begrepp som används vid bland annat insamling, registrering, rapportering och bearbetning av statistik rörande hälso- och sjukvården. Arbetet har bedrivits i samverkan med bl. a. sjukvårdsregioner, Socialstyrelsen, Spri och Svenska Kommunförbundet. Ett antal åtgärder har föreslagits i syfte att förbättra insamling och bearbetning av data som beskriver förhållanden i svensk hälso- och sjukvård. Frågan är om det går att hitta ett informationssystem som tillfredsställer behov både på administrativ och medicinsk nivå. Om samspelet mellan olika delar av vården skall kunna beskrivas och analyseras måste informationssystemet förbättras (Landstingsförbundet 1998b).

Ett exempel på uppföljning av klinisk verksamhet i svensk hälso- och sjukvård utgör de nationella kvalitetsregistren. Från att ursprungligen ha finansierats som forskningsprojekt har registren under 1990-talet finansierats genom medel i Dagmaröverenskommelsen. De har alltmer kommit att betraktas som ett viktigt inslag i sjukvårdens informationsförsörjning. Registren – drygt 40 till antalet – är främst inriktade mot olika medicinska åtgärder (några är dock sjukdomsorienterade). De innehåller vanligtvis data om patientkaraktistika, behandlingsåtgärder och medicinska effekter, inklusive komplikationer. I ungefär hälften av registren finns uppgifter om resursförbrukning i fysiska termer (vanligen vård dagar). Undantagsvis samlas uppgifter om patienternas subjektiva (självrapporterade) uppfattning om livskvalitet, komplementär vård (vårdkedjestudier) eller resursförbrukning i monetära termer (Garpenby och Carlsson 1996). Kunskapen om nationella kvalitetsregister var under första delen av 1990-talet begrän-

sad bland sjukvårdshuvudmännen. Ansträngningar har dock gjorts för att sprida information om registrens existens.

Önskemål om att åstadkomma en mer strukturerad rapportering mellan de lokala registren och den nationella nivån har framförts. Tanken är att varje register årligen skall följa ett basdataset vid rapportering, vilket omfattar aggregerade data på kliniknivå med avseende på vårdtider, köns- och åldersfördelade volymer samt trender över tid, samt en analyserande rapport som innehåller resultat/effektmått, uppföljningsvariabler samt en bedömning av utfallet. Den analyserande rapporten bör lämpligen innehålla tekniska data (vård/åtgärds/operationsdata), resultat/effektmått för vårdtillfällen (t.ex. komplikationer, biverkningar, reoperationer, död), uppföljningsdata över tid avseende resultat/effekt (komplikationer, biverkningar, reoperationer, död, men även i förekommande fall ADL-förmåga och patienttillfredsställelse), samt måluppfyllelse för registret.

En tidigare utvärdering har visat att en majoritet av medverkande kliniker uppskattar innehållet i de nationella kvalitetsregistren (Garpenby och Carlsson 1994). Denna form av registerverksamhet bygger dock i stor utsträckning på intresse och entusiasm hos de medverkande – såväl registercentrum som deltagande kliniker. Kvaliteten på inrapporterade data och därmed registrens användbarhet är starkt relaterad till viljan hos den medicinska professionen att medverka. Hittills har verksamheten med kvalitetsregister inneburit en balansgång mellan ambitionen att bibehålla den medicinska professionens engagemang och att åstadkomma en strukturerad rapportering som tillgodoser intressen på den nationella nivån.

Frågan om långsiktig finansiering av nationella kvalitetsregister och huvudmannaskapet för verksamheten har varit aktuell under hela 1990-talet. Det har dock med tiden vuxit fram en ansvarsfördelning mellan staten, sjukvårdshuvudmännen och den medicinska professionen som samtliga involverade parter betraktat som tillfredsställande. Under 1998 genomförde Landstingsförbundet tillsammans med Socialstyrelsen ett projekt kring användningen av kvalitetsregisterdata som underlag för kliniskt förbättringsarbete. Projektteamen arbetade utifrån var sitt register (katarakt, ljumskbräck, hjärtkirurgi, reumatoid artrit) med att identifiera förbättringsområden, analysera bakomliggande processer och pröva förändringar som visar sig leda till förbättring. Under 1999 genomförs en ny omgång av förbättringsprojekt med grund i kvalitetsregisterdata.

En verksamhetsuppföljning med något annorlunda inriktning har påbörjats i Svenska Kommunförbundets regi under arbetsnamnet Äldreomsorg i jämförelse. Tonvikten ligger inte på medicinska data utan avser jämförelser av kostnadsdata och kvalitetsdata inom äldre-

omsorgen. I en första omgång medverkar åtta kommuner. Bakgrunden är misstankar om bristfällig jämförbarhet för verksamhetsstatistik inom den kommunala sektorn, vilket dels omöjliggör rättvisande jämförelser mellan kommuner och dels leder till en felaktig uppfattning på nationell nivå om hur det förhåller sig i kommunerna. Ett viktigt syfte för projektet är att uppmuntra kommunerna att göra egna jämförelser som en del i förbättringsarbetet.

System för att göra medicinsk information mer tillgänglig

MARS

År 1993 började Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen utveckla en faktadatabas för hälso- och sjukvården som kom att benämnas MARS (Medical Access & Result System). Inom MARS-konceptet ryms flera syften och databasen skall stödja olika kategorier av nämare. Informationen i MARS differentieras för att kunna nyttjas av läkare, sjukvårdspolitiker, patienter och allmänhet. Dessutom skall materialet kunna nyttiggöras av Socialstyrelsen internt och ligga till grund för rapporteringen till regering och riksdag om tillståndet i hälso- och sjukvårdssektorn.

I MARS sammanställs information från existerande register (patientregister, epidemiologiska register inom EpC och nationella kvalitetsregister). Där finns även s.k. state-of-the-art dokument vilka utgör sammanställningar av det medicinska kunskapsläget, vilka enligt gällande planer skall omfatta ett 40-tal diagnoser (se 5.6.3). I anslutning till kliniska översikter finns även information avpassad för patienter. Även tolkad information ingår i form av s.k. kliniska riktlinjer och nationella riktlinjer (se 5.6.4). MARS kan betraktas som en fulltextdatabas, dvs. här finns inte enbart referenser och sammanfattningar (abstracts) utan kompletta texter inom olika områden.

Projektet har i stor utsträckning kommit att drivas av Socialstyrelsen under medverkan av medicinska experter. En utgångspunkt för utvecklingen av MARS har varit uppfattningen att kliniskt verksamma läkare, i sitt arbete med att styra och följa upp den egna verksamheten, i ökad utsträckning behöver tillgång till kunskapsdatabaser och statistikdatabaser.

I den överenskommelse om ökat samarbete som träffats mellan Landstingsförbundet och Socialstyrelsen framhålls att sjukvårdshuvudmännen i fortsättningen skall kunna ta ställning till innehållet i MARS och i större utsträckning påverka detta.

Innehållet i databasen publiceras i form av cd-rom skivor (MARS-CD-ROM) vilka främst är avsedda för läkare inom olika specialiteter. En första skiva som behandlar ortopedi framställdes 1995 och denna följdes under 1996 av en inom området ortopedi, kirurgi och urologi, och i början av 1997 presenterades en cd-rom skiva om ögonsjukvård. En stor del av materialet i MARS finns även tillgängligt via Socialstyrelsens hemsida på Internet.

Den utvärdering av MARS som genomfördes under 1997/98 visar bl.a. att det finns ett starkt stöd inom läkarkåren för elektroniska distributionsformen för den typ av material som ryms i faktadatabasen (se vidare avsnitt 5.6.2). Utvärderingen visar dock på de problem som finns att nå ut till olika läkargrupper, t.ex. allmänläkarna som i ringa grad känner till faktadatabasen. Utvärderingen visar att det finns frågetecken kring hur materialet bör presenteras för olika grupper av användare och pekar på behovet av ytterligare insatser för riktad implementering (Garpenby och Byrsjö 1998).

Vid sidan av MARS samordnar Socialstyrelsen sammanställningar av hälso- och sjukvårdsstatistik. Det sker i form av en årlig rapport, Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok, samt en analyserade rapport vartannat år (Socialstyrelsen 1998b; Socialstyrelsen 1998d).

Spriline

Spris bibliotek och utredningsbank producerar databaserna Spriline, Spriline Projekt, Lokat, Nordic Outcomes Activities Database, Patrix, och är dessutom databasvärd för WHO:s databas Wholis.

Databasen Spriline täcker hela hälso- och sjukvårdsområdet, exklusive rent medicinsk facklitteratur. Spriline innehåller referenser till böcker, tidskriftsartiklar och FoU-dokument från landsting, sjukvårdsenheter, universitet och högskolor samt videoband. Det innebär att databasen inte innehåller kompletta texter som kan läsas direkt av intresserade personer, utan uppgifter om vilka artiklar som finns tillgängliga inom olika områden. Databasen Spriline Projekt innehåller information om aktuella FoU-projekt inom bl.a. hälso- och sjukvård, folkhälsa, handikapp- och äldreomsorg i kommuner och landsting. LOKAT är en databas över tidskriftsbeståndet vid landstingens medicinska fackbibliotek. Databasen innehåller svenska och utländska tidskrifter, årsböcker och vissa monografiserier med anknytning till hälso- och sjukvårdsområdet.

I samarbete med Spri håller Svenska kommunförbundet på att bygga upp ett system för inrapportering och spridning av erfarenheter från det utvecklingsarbete som bedrivs inom kommunernas äldrevård. Avsikten

är att få till stånd en regelbunden rapportering av sådana projekt som resulterar i generella erfarenheter vilka kan nyttiggöras på annat håll i landet. Informationen skall lagras i och göras tillgänglig genom Spriline, och vara sökbar via Internet.

Svenskt medicinskt fönster

Under 1997 öppnade tre svenska myndigheter inom hälso- och sjukvårdens område – Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och SBU – samt Landstingsförbundet och Spri, en gemensam hemsida på Internet för publicering av producentobunden information. Namnet på hemsidan är "Svenskt medicinskt fönster" och där skall presenteras vissa sammanfattningar och översikter från aktuella projekt. Den viktigaste funktionen är dock att vara ingång och sökfunktion till deltagarnas befintliga hemsidor. Projektet visar hur ny teknik medför att flera aktörer finner det lämpligt att sluta sig samman och koordinera sina insatser. Projektets betydelse kan knappast bedömas på detta tidiga stadium, men det kan rimligtvis bidra till att flera nationella aktörer kan uppträda mer samordnat i sin informationsspridning till övriga delar av sjukvårdssystemet.

Uppbyggnaden av centrala sjukvårdsregister

Epidemiologiskt centrum (EpC)

I Sverige finns en lång tradition att använda personregister och därmed unika förutsättningar att samla in och sammanställa information från olika register. Det svenska personnumret ger möjligheter att länka exponerings- och utfallsdata över flera decennier. Det övergripande målet för Epidemiologiskt Centrum (EpC) som ingår i Socialstyrelsen är att följa, analysera och rapportera om utbredning och utveckling av befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala förhållanden, vårdutnyttjande och riskfaktorer för sjukdomar och sociala problem. EpC skall förse allmänhet, forskare, riksdag, regering, myndigheter, landsting, kommuner och andra organisationer med underlag inom områdena folkhälsa, sociala förhållanden samt utvärdering av hälso- och sjukvård.

EpC administrerar ett 10-tal epidemiologiska register och arbetar med att utveckla enhetliga och väl fungerande klassifikationssystem för sjukdomar, skador och åtgärder inom sjukvården. Sektionen för Rapportering om folkhälsa och sociala förhållanden har det övergripande ansvaret för att vart tredje år ta fram en nationell folkhälso-rapport och en social rapport. Dessutom redovisas hälsoutvecklingen

fortlöpande i rapportform och på cd-rom ("Hur mår Sverige?"). FoU-gruppen inom EpC har som mål att stärka registerepidemiologisk forskning på svenskt material. Detta sker genom att gruppen bedriver eget FoU-arbete, stödjer FoU-arbete inom Socialstyrelsen och samverkar med andra forskare och forskningsinstitutioner. Statistiksekretariatet arbetar med samordning och upphandling av den officiella statistiken inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Statistiksekretariatet skall bl.a. identifiera olika användares behov av statistik.

5.6.2 Sammanställning och överföring av information

State-of-the-art dokument

Sedan mitten av 1990-talet har Socialstyrelsen med hjälp av medicinska expertgrupper arbetat med en serie kunskapsöversikter (state-of-the-art) inom sjukvårdens område. Avsikten är att beskriva aktuell kunskapsnivå med avseende på diagnostik, behandling, uppföljning, efterkontroll, prevention och screening för olika sjukdomar. Det praktiska arbetet sker inom särskilda expertgrupper – inrättade i nära samråd med de vetenskapliga sektionerna inom Svenska läkaresällskapet. Följaktligen utgörs expertgrupperna i mycket stor utsträckning av läkare, företrädesvis representerande sjukhusbaserade specialiteter. Expertgrupperna skall ansvara för dokumentens kvalitet inom respektive specialitet. Innehållet skall anpassas till praktiserande läkare och fungera som ett stöd i kliniska beslutssituationer. Andra aspekter än rent medicinska har än så länge beaktats i ringa utsträckning. Patientinformation avseende vissa sjukdomar och behandlingstygärder skall i möjligaste mån bifogas respektive dokument.

State-of-the-art dokumenten skall bygga på vetenskapligt underlag och således inte belysa rådande klinisk praxis inom svensk sjukvård (denna får belysas med hjälp av annat material). Dokumenten "datumstämplas" och avsikten är att de skall uppdateras med varierande periodicitet. Flera dokument har uppdaterats redan efter något år.

Att det finns vissa oklarheter beträffande målgruppen för state-of-the-art dokumenten framgår av den utvärdering som genomförts av den medicinska faktadatabasen MARS. Materialet har dock rönt uppskattning bland t ex ögonläkare och ortopedier, av vilka omkring 80 procent anser att dessa dokument är mycket eller ganska värdefulla (Garpenby och Byrsjö 1998).

Det bör noteras att utvecklingen av state-of-the-art dokument inte sker enbart inom Socialstyrelsen. Sådana dokument framställs också i MFR:s regi och inom Läkaresällskapets sektioner. Det är särskilt sektionen för gynekologi och obstetrik som inom flera områden har producerat state-of-the-art dokument, där arbetet bedrivits i s.k. ARG-grupper. Ambitionen bland de organisationer som producerar state-of-the-art dokument är att åstadkomma en viss uppdelning sinsemellan, så att dokumenten från respektive initiativtagare behandlar olika faser i teknologiutvecklingen (innovationsfas, klinisk tillämpning etc.) och därmed också riktar sig till olika målgrupper. Huruvida det i praktiken är möjligt att undvika viss överlappning är dock oklart.

Tidig bedömning av nya medicinska metoder (Alert)

Tankar på ett medicinsk förvarningssystem (MFS) föddes som en konsekvens av 1980-talets begränsade framgång med försöken att påverka fördelningen av högspecialiserad sjukvård genom rekommendationer på nationell nivå (den s.k. R-listan). När sjukvårdshuvudmännen ställdes inför en situation där de fritt kunde välja högspecialiserad vård – liksom annan vård – uppstod ett behov av bättre information som grund för beslut. Enligt de ursprungliga planerna skulle MFS rikta sig till sjukvårdspolitiker, administratörer verksamma i sjukvårdens beställar- och utförarled liksom läkare i rådgivande funktion, t.ex. chefläkare. Avsikten var att förbättra underlaget för sjukvårdspolitiska beslut genom tidig information om nya medicinska metoder. En begränsad försöksverksamhet påbörjades 1992 – kallad NMM (Nya medicinska metoder) – som visade på ett intresse bland politiker, tjänstemän, sjukhusdirektörer och chefläkare för en fortsatt verksamhet med denna inriktning.

Under namnet SBU Alert fortsätter uppbyggnaden av ett system för information om nya medicinska metoder, där olika delar ingår: identifiering, konsekvensbedömning och informationsspridning (Carlsson, Törnwall och Ihre 1999). Ett antal nationella intressenter är inblandade och samordningsansvaret vilar på SBU. En databas finns tillgänglig via Internet där ett 10-tal färdiga dokument hade publicerats under första kvartalet 1999 (ett 30-tal metoder är föremål för bedömning). Ett samarbetsprojekt har etablerats mellan organisationer i Europa involverade i uppbyggnaden av medicinska förvarningssystem (Euro-scan).

Sammanställningar av vetenskapligt underlag inom sjuksköterskans arbetsområde ("Evidensbaserad omvårdnad")

Internationellt har behovet av att ställa samman och bedöma det vetenskapliga underlaget för sjuksköterskans handlande i olika situationer uppmärksammats. Sådana sammanställningar brukar benämnas "evidence-based nursing". Ett svenskt initiativ i denna riktning har tagits gemensamt av SBU och Svensk sjuksköterskeförening (SSF) som under 1998 har resulterat i flera publikationer i ämnet "evidensbaserad omvårdnad". Arbetet bedrivs i form av systematiska sammanställningar av studier som identifierats i databaser för vetenskaplig litteratur, varefter studiernas graderas efter vissa kriterier som skall visa vetenskaplig styrka. Den första sammanställningen behandlar sjuksköterskans roll vid strålbehandling av patienter med cancer och den efterföljande behandling av patienter med måttligt förhöjt blodtryck (SBU och SSF 1998a, 1998b). Uppdraget att göra sammanställningarna placeras på olika författare som också själva svarar för innehållet – således lämnar inte de två organisationer som initierat projektet några rekommendationer med anledning av resultaten. Däremot noterar SBU och SSF att de två rapporter som hittills publicerats visar att det vetenskapliga underlaget är knapphändigt och att det därför behövs mer utvärderingsforskning kring vårdmetoder. Avsikten är att rapporterna skall användas i såväl klinisk verksamhet som i undervisning.

Det kan nämnas att SBU även påbörjat ett samarbete med representanter för sjukgymnasterna i likhet med det som gäller för sjuksköterskornas arbetsområde. I detta fall sker en systematisk granskning av forskningsresultat kring behandling av nackbesvär respektive ländryggsbesvär. De första resultaten väntas bli klara hösten 1999 (Fagerström 1998).

5.6.3 Överföring av information som tolkats och resulterat i rekommendationer

Kliniska riktlinjer

I anslutning till de state-of-the-art dokument som i Socialstyrelsens regi produceras av medicinska experter utarbetas i vissa fall mer preciserade kliniska riktlinjer. Dessa skall innehålla slutsatser och rekommendationer som baseras enbart på det vetenskapliga underlag som finns i dokumenten. Utformningen av kliniska riktlinjer har hittills skett huvudsakligen inom den medicinska professionen men texterna kan fungera som vägledning för alla kliniska beslutsfattare. Det har i

praktiken varit de medicinska expertgrupperna som i varje enskilt fall avgjort om det finns tillräckligt entydiga underlag för att motivera framtagningen av kliniska riktlinjer (Garpenby och Byrsjö 1998). Innehållet i kliniska riktlinjer kan variera, men undantagslöst lämnas synpunkter på lämplig behandling av olika sjukdomstillstånd. Beroende på vilken sjukdomsgrupp som avhandlas kan texterna också innefatta redogörelser för såväl patofysiologi och indikationer som prevention och rehabilitering. Kliniska riktlinjer har således i hög grad varit baserade på bedömningar gjorda inom den medicinska professionen medan statens faktiska medverkan i processen är liten. Avsikten är att kliniska riktlinjer skall ingå som en del i s.k. nationella riktlinjer (vilka behandlas i ett följande avsnitt).

SBU:s syntesstudier med rekommendationer

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) arbetar med ett litet kansli och ett omfattande nätverk av experter, som bidrar med t.ex. medicinsk, ekonomisk och epidemiologisk kunskap – i ökad utsträckning knyts också annan vårdexpertis till SBU. Från 1999 omfattar SBU:s uppdrag även metoder inom tandvård. Styrelsen består av representanter för viktiga nationella aktörer, inklusive några av sjukvårdens professioner. Dessutom finns en vetenskaplig rådsgrupp med särskilt ansvar för systematiska litteratursammanställningar och ett vetenskapligt råd för SBU Alert. Systematiska litteratursammanställningar bedrivs främst i projektgrupper, som har till uppgift att göra en kritisk analys av olika ämnesområden. SBU har formulerat ett antal kriterier för identifiering av angelägna utvärderingsområden.

Området måste vara utvärderingsbart, dvs. det skall vara möjligt att hitta tillräckligt med studier av god kvalitet för att en vetenskaplig utvärdering skall vara möjlig och en samlad bedömning meningsfull.

Området bör ha stor betydelse för sjukvården t. ex. genom att:

- det berör många människor eller riktar sig mot ett vanligt sjukvårdsproblem
- det har betydande ekonomiska konsekvenser
- det medför stora konsekvenser för sjukvårdens organisation och personal
- det är kontroversiellt, t.ex. av etiska skäl, och ifrågasatt inom eller utom sjukvården

Ett annat skäl för SBU:s uppmärksamhet kan vara att metoden tilldrar sig stort intresse från allmänheten, t.ex. när det finns oro för biverkningar av läkemedel, eller att praxis inom ett område inte

överensstämmer med vetenskapliga fakta, t.ex. genom att tillgänglig kunskap inte slagit igenom i det medicinska handlandet. Projekten omfattar i regel en förstudie som bedöms av expertgrupp och styrelse inom SBU, varefter man tar ställning till om en fortsättning skall ske.

I de fall arbetet skall drivas vidare sker detta i ett antal steg. När projektgruppen har formerats och planerat arbetet sker en utbildning i systematisk litteraturgenomgång under cirka tre dagar. Utbildningen genomförs i samarbete med Cochrane Collaboration.

Därefter påbörjas det huvudsakliga projektarbetet, med sökning och granskning av litteratur efter särskilda i förväg uppställda kriterier (protokoll), samt en sammanställning av resultaten i form av ett manuskript. Efter hand har SBU skärpt kraven på den metod som används vid experternas bedömningar av materialet. I dag finns en fastställd rutin och i regel ett protokoll som skall användas av experterna när de tar del av litteraturen. Arbetet tar i regel omkring två år eller ibland t.o.m. längre tid.

Manuskript skickas sedan för vetenskaplig granskning till särskilda utsedda externa experter, samt till SBU:s styrelse och expertgrupp, varefter framförda synpunkter inarbetas. SBU:s styrelse utarbetar en sammanfattning och slutsatser av rapporten.

Rapporter distribueras från SBU till beslutsfattare, kliniskt verkssamma läkare, sjuksköterskor, och administratörer inom sjukvården. Rapporterna kompletteras sedan 1993 med ett kvartalsvis utgivet informationsblad ("*Vetenskap & Praxis*").

Utmärkande för de kunskapsöversikter som SBU producerat sedan starten är bl.a. uppdelningen mellan experternas bedömning (de vita sidorna) och den policyrekommendation som SBU svarar för (de blå sidorna).

Det finns ett uttalat krav att rapporterna förutom medicinska aspekter även skall innehålla ekonomiska, sociala och etiska aspekter samt en analys av klinisk praxis. När det gäller de sistnämnda aspekterna saknas i regel fullständiga vetenskapliga underlag, vilket gör att SBU ofta nödgas frångå principen att basera sina slutsatser på välgjorda studier som publicerats.

Betydelsen av SBU:s rekommendationer för förändringar av klinisk praxis är oklar. En uppföljning av den rapport som behandlade preoperativa rutiner visade dock att praxis förändrades på ett påtagligt sätt i linje med rekommendationerna. Uppbyggnaden av regionala SBU-råd och ett system med lokala informatörer är initiativ för att underlätta implementeringen av SBU:s produkter.

Nationella riktlinjer

I Dagmaröverenskommelsen för 1996 infördes ett stycke om nationella och lokala vårdprogram. Tanken var att de nationella programmen skulle utarbetas av Socialstyrelsen i samråd med bl.a. den medicinska professionen och brukarorganisationer. De skulle innehålla specifika uppgifter om diagnostik, behandling, prevention, rehabilitering och mätbara kvalitetsindikatorer för aktuell sjukdom. Ett viktigt underlag som lyftes fram i sammanhanget var de s k state-of-the-art dokumenten (se 5.6.2). Avsikten var att de centrala vårdprogrammen skulle tillämpas i hela landet och utgöra grunden för patienternas tillgång till jämförlig vårdkvalitet och vårdinnehåll. Sjukvårdshuvudmännen skulle kunna komplettera de nationella programmen med lokala versioner – där egna prioriteringar och bedömningar skulle vägas in – samt med detaljerade riktlinjer för omhändertagandet av olika patientgrupper. Man var överens om att det första nationella vårdprogram skulle avse diabetes.

Senare har de nationella vårdprogrammen kommit att benämnas nationella riktlinjer för god medicinsk praxis. Planerna på att utveckla sådana dokument ligger fast, men parterna har noterat att arbetet varit mer tidskrävande än vad som inledningsvis kunde förutses. Därför har staten och huvudmännen kommit överens om att riktlinjer skall utarbetas "där det finns konsensus om adekvata metoder för diagnostik och behandlingsmetoder". Man anger också att såväl ekonomiska som organisatoriska konsekvenser skall belysas i de nationella riktlinjerna. Man förklarar även att de skall inkludera underlag inte enbart från state-of-the-art dokumenten, utan även andra källor nämns (SBU:s teknologivärderingar, de nationella kvalitetsregistren och Spri:s verksamhetsuppföljningar samt tillgängliga uppgifter om variationer i medicinsk praxis).

I slutet av 1996 förelåg det första exemplet på nationella riktlinjer som avsåg vård och behandling av patienter med diabetes mellitus. Under 1998 tillkom nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård. Riktlinjerna är uppdelade på tre dokument avsedda för olika målgrupper. Ett sammanfattande dokument som främst riktar sig till sjukvårdspolitikerna och andra beslutsfattare på landstingsnivå, kliniska riktlinjer avsedda för sjukvårdens professioner samt information till patienter.

Det är meningen att nationella riktlinjer skall utgöra underlag till regionala och lokala vårdprogram som utformas av respektive sjukvårdshuvudman. Av Dagmaröverenskommelsen framgår dock inte vilken status som nationella riktlinjer har i sammanhanget. Där anges endast att vårdprogrammen – vilka skall baseras på riktlinjer – skall tillämpas i enlighet med huvudmännens prioriteringar och bedömningar

av sjukvårdsbehovet i sina respektive sjukvårdsområden. I samband med en utvärdering av den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen tillfrågades representanter för sjukvårdshuvudmännen om deras inställning till nationella riktlinjer. Det finns ett starkt stöd för principerna bakom nationella riktlinjer (att utjämna skillnader i praxis), men en majoritet av såväl politiker som tjänstemän uttryckte viss oro över de ekonomiska konsekvenserna om riktlinjer börjar tillämpas mer allmänt (Garpenby och Byrsjö 1998). I annat sammanhang har påpekat svårigheten att få en tydlig politisk lokal förankring av riktlinjerna (Agardh 1998). I de fall riktlinjerna förutsätter en höjning av kompetens och förstärkta resurser menar Socialstyrelsen att detta är ett "inriktningskrav" vilket bör kunna tillgodoses inom viss tidsperiod. Frågan är dock vilka reella konsekvenser detta får för sjukvårdshuvudmännen. Utvecklingen av nationella riktlinjer sker vanligen i en arbetsgrupp med medicinsk tyngdpunkt medan en partssammansatt remissgrupp (också denna med stark medicinsk prägel) kan konsulteras. Riktlinjerna blir föremål för en remissomgång innan de publiceras och i detta skede har samtliga sjukvårdshuvudmän möjlighet att lämna synpunkter.

Man kan notera att inom Socialstyrelsen övervägs möjligheten att utsträcka arbetet med nationella riktlinjer till att omfatta även den vård som lämnas till äldre. Detta har aktualiserats genom myndighetens uppföljning av vård och omsorg för äldre, det s.k. äldreuppdraget (Socialstyrelsen 1998c). De specifika områden som nämnts i samband med nationella riktlinjer gäller i första hand vården i livets slutskede och hemvård.

Konsensuskonferenser med uttalanden

Konsensuskonferensens syfte är att samla olika intressenter – läkare, ekonomer, representanter för allmänheten och politiker – i en panel för att dessa tillsammans skall värdera medicinska metoders nytta, positiva och negativa effekter och definiera dess användningsområden. Detta sker utifrån den information och de forskningsresultat som presenteras av en expertgrupp som förberett sina inlägg utifrån på förhand bestämda frågor. Experternas föredrag presenteras under två dagar och därefter skall frågorna besvaras av panelen. I anslutning till experternas föredragningar, som skall vara baserade uteslutande på vetenskapliga fakta, ges panelen möjligheter att värdera dessa fakta och begära förtydligande och ställa följdfrågor till experterna. Panelen skall därefter åstadkomma ett enigt utlåtande som presenteras i form av en rekommendation (ett konsensusuttalande).

Konsensusmetoden utvecklades och användes första gången för utvärdering av medicinska teknologier i USA år 1977. National Institutes of Health, som är ansvarigt för det amerikanska programmet, har arrangerat ett stort antal konferenser. I den amerikanska versionen har frågeställningarna i stor utsträckning behandlat enbart säkerhet och kliniska effekter. Genom att man i USA, i motsats till Sverige, inte väger in kostnader eller organisatoriska och etiska förutsättningar för de förändringar man föreslår har amerikanska konsensusuttalanden fått ett begränsat genomslag (Institute of Medicine 1985).

I Sverige påbörjades ett liknande program 1982 genom en konferens om den konstgjorda höften. Konferenserna som arrangeras av Spri och MFR genomförs med en frekvens av en till två per år. Formen är i princip kopierad från USA. Några av de metodproblem som har diskuterats gäller bl.a. valet av frågeställningar som skall besvaras av panelen. Utformningen av dessa blir i hög grad styrande för resultatet och ger också programkommittén en mycket viktig roll. Ett annat problem gäller urvalet av representanter till såväl expertgrupp som panel. Det är av stor vikt att dessa täcker det kunskapsområde som är relevant i sammanhanget. Här kan man på goda grunder anta att de icke-medicinska perspektiven haft svårt att hävda sig.

I två tidiga utvärderingar av de svenska konsensuskonferenserna framkom bl. a. att konferenserna är väl kända och att deras innehåll tycks vara väl spritt bland sjukvårdspolitiker och toppadministratörer (Calltorp 1986). Vid den tidpunkten tycks dock inte målet att integrera medicinska, ekonomiska och administrativa aspekter i konsensusuttalandet ha varit uppfyllda. I en studie (Johnsson 1986) som behandlade spridningen av resultat från de svenska konsensuskonferenserna till kliniskt verksamma läkare och hur detta påverkade det kliniska beslutsfattandet framkom bl. a. följande:

- berörda läkare har god kännedom om konferenserna och deras innehåll
- vidareförmedling av konferensinnehållet har skett till främst kollegor
- konferenserna har i begränsad utsträckning förändrat arbetsmetoderna på klinikerna
- läkare på länsdelssjukhus har i något större utsträckning rapporterat att konsensuskonferenserna aktualiserat ändringar av metoder

Det är svårt att påvisa att materialet från konferenserna har kunnat användas som underlag för konkreta beslut inom politik och administration. Snarare har de förstärkt en utveckling som redan påbörjats. Från 1995 och framåt har de nationellt arrangerade konsensus-

konferenserna kompletterats med regionala möten vilka syftar till att föra ut resultaten.

Läkemedelsverkets workshops med terapirekommendationer

Läkemedelsverket arrangerar sedan 1982 arbetsmöten avseende behandlingen av olika sjukdomar, s.k. workshops (för närvarande 6 ggr/år), med syfte att ta fram terapirekommendationer inom utvalda områden. Rekommendationerna avser i första hand läkemedelsanvändning men även andra metoder behandlas. Syftet är att utarbeta behandlingsrekommendationer som bygger på vetenskapligt underlag. I de fall vetenskaplig dokumentation saknas baseras rekommendationerna på beprövad erfarenhet (dvs. bästa tillgängliga information), såsom denna tolkas av inbjudna experter, och detta anges också i rekommendationerna.

En expertgrupp bestående av ca 30 läkare (inklusive 3-4 allmänläkare) medverkar och samarbete sker med Läkemedelsverkets norska motsvarighet. Ett antal av experterna förbereder inför arbetsmötet litteraturöversikter, som tillsammans täcker terapiområdet. Experterna avgör själva vilka studier som är mest relevanta för ändamålet. Alla bidrag skickas i förväg ut till deltagarna. Vid mötet presenteras, kritiserar och diskuteras dessa inledningsvis, varvid författarna får förslag till kompletteringar och klargöranden.

Vid tvådagarsmötet utarbetas en rekommendation på basis av föredragen. Arbetet sker i mindre arbetsgrupper och i plenum. Den sammanfattande rekommendationen redigeras efteråt liksom deltagarnas bidrag. Rekommendationen publiceras på svenska och engelska. En fyllig rapport publiceras på engelska i Läkemedelsverkets egen rapportserie. Avsikten är inte att uppnå konsensus i den stora expertgruppen, utan arbetsformen bygger på att olika möjligheter till tolkning av vetenskapliga data kan förekomma, och lämnar ett visst utrymme åt läsaren att själv dra slutsatser.

Ingen formell utvärdering av arbetsformen har ännu gjorts. Enligt Läkemedelsverket finns emellertid data som visar en påverkan på förskrivningen av läkemedel i vissa fall. En enkätstudie riktad till ett urval av allmänläkare, internmedicinare och övriga läkare, som genomförts på uppdrag av Läkemedelsverket, visar att material från workshops, inklusive behandlingsrekommendationer, tillsammans med biverkningsnytt, tillhör de mest uppskattade och lästa sektionerna i tidskriften "Information från Läkemedelsverket" (Silverstrand och Karlsson 1995).

Socialstyrelsens expertrapporter med rekommendationer

Det har under årens lopp förekommit en rad expertrapporter avseende nya metoder, handläggning av sjukdomar och organisation av sjukvården. Sådana rapporter är i varierande grad baserade på vetenskapliga fakta och sammanställning av litteratur sker sällan efter på förhand fastställda mallar. De arbetsgrupper som tillsatts har vanligtvis dominerats av den medicinska professionen som ofta representerats av personer med gott anseende och med god förankring i sjukvården. Expertgruppen kan komplettera kunskapsluckorna i den vetenskapliga litteraturen med bedömningar utifrån egen erfarenhet. Ofta inkluderas i expertrapporterna även bedömningar av resursbehov och organisatoriska förändringar. Expertrapporter av detta slag har framför allt producerats i Socialstyrelsens regi och exempel från 1990-talet gäller användningen av karotiskirurgi och handläggningen av patienter med hjärtsvikt.

Det är främst inom hjärtsjukvården som det är möjligt att se ett samspel mellan expertrapporterna och det politiska och administrativa beslutsfattandet. En expertgrupp inom kardiologi har under flera år varit knuten till Socialstyrelsen och denna har spelat en stor roll vid utbyggnaden av kranskärlssjukvården. En i sammanhanget viktig rapport om kranskärlssjukvårdens utbyggnad (KRUS) utarbetades i samarbete med Landstingsförbundet och utkom 1987 (Landstingsförbundet och Socialstyrelsen 1987). Därefter har flera uppföljningar skett och förslag till förändringar av kranskärlssjukvården har också tagits fram. Den aktuella expertgruppen har arbetat tillsammans med personal från Socialstyrelsen och samverkansnämnder. Slutsatser och rekommendationer har bearbetats och godkänts av Socialstyrelsens ledning innan rapporten publicerats av myndigheten.

5.7 Huvudmodeller för kunskapsstyrning

5.7.1 Två huvudmodeller

Med utgångspunkt i de tidigare presenterade exemplen på aktiviteter kan vi identifiera två modeller för kunskapsstyrning. Dessa bör uppfattas som huvudmodeller, vilket innebär att de knappast förekommer renodlade i praktiken. Emellertid återspeglar de två modellerna olika principer vad gäller uppgiftsfördelningen mellan nationell nivå och den tillämplande verksamhetsnivån. Modellerna innebär att den nationella

nivån (staten) främst skall stödja andra nivåer i samhället (subsidiaritetsprincipen)³⁶ respektive att staten skall garantera alla medborgare, oavsett var dessa är bosatta, en viss minimistandard i fråga om trygghet, säkerhet och välfärd. Applicerat på kunskapsstyrning gäller frågan närmast vilken nivå som skall tolka tillgänglig information.

Den första modellen bygger på att staten utvecklar indirekta och icke-riktade styrformer. Det sker genom påverkan av förutsättningarna för verksamhetsnivån att ta till sig information och utveckla ett kritiskt tänkande för att därigenom förbättra hälso- och sjukvården. Förmågan till ett problemorienterat förhållningssätt grundläggs redan i grundutbildningsskedet. Därför kan en reformering av studieplaner betraktas som ett viktigt inslag (se avsnitt 5.6.1). Andra väsentliga inslag i denna modell är särskild utbildning i evidensbaserad hälso- och sjukvård och klinisk utvärderingsvetenskap, samt kunskap om systematiskt förbättringsarbete, och stöd till sådan forskning som underlättar beredskapen i sjukvården för omställningar, både vad gäller organisation och kliniska processer. Hit hör också utbyggnaden av sjukvårdens informationsstruktur – inte minst vad gäller resurser till stöd för uppbyggnad och utnyttjande av register över sjukvårdens kvalitet och resultat. Avsikten är att mottagaren själv skall få bättre förutsättningar att tillgodogöra sig information, vilket på sikt kan resultera i ett ändrat handlingsmönster.

I den andra modellen intar överföring av informationen en central plats men staten nöjer sig inte alltid med att initiera och medverka i sammanställningen av systematisk information, utan driver fram en precisering i form av slutsatser, vägledning för huvudmän och verksamhetsnivå, i form av t.ex. nationella riktlinjer. Staten initierar och deltar aktivt i den process där information tolkas innan den överförs till sjukvårdens verksamhetsnivå. Exempel på detta är SBU:s rekommendationer – som är en mellanform – och de expertrapporter som utarbetas under Socialstyrelsen. Styrformen bygger på riktade och mer direkta aktiviteter, men staten kan också genom icke-riktade och indirekta styrformer påverka sjukvårdshuvudmännen för att dessa på lokal nivå skall skapa förutsättningar för att information leder till ändrat beteende.

5.7.2 Linjära och komplexa modeller

Förutsättningarna för överföring av information från ursprunglig källa till avsedd destination står i centrum för modern informationsteori. Denna hade ursprungligen en slagsida mot tekniska aspekter men lyfte

³⁶För ett utförligt resonemang se SOU 1994:12.

också fram andra aspekter såsom "semantiska" (att mottagaren förstår meningen med den information som kommuniceras) och effekt-relaterade (att informationen får avsedd effekt). Den tidiga informationsteorin kom att konkretiseras i form av en "linjär" modell, dvs. ett antal preciserade steg som skall följas för att information skall kunna överföras från källa till destination och få avsedd effekt (Shannon och Weaver 1949).

Det finns också drag av denna klassiska informationsmodell i senare tiders föreställningar om hur information (t.ex. forskningsresultat) skall kunna implementeras i hälso- och sjukvården. En "linjär" modell i detta sammanhang bygger på antaganden om att hinder kan förekomma i den lokala miljön som måste forceras innan informationen når fram till mottagaren (i exemplen är mottagaren ofta en läkare eller en grupp läkare och informationen är forskningsrelaterad). Företrädarna för denna inställning tar avstånd från passiv informations-spridning och förespråkar en aktiv strategi för implementering, som innebär att den specifika informationen skall understödjas av ett antal aktiva åtgärder, främst utbildningsinsatser.³⁷ Som en reaktion på svagheter i linjära modeller för informationsöverföring – t.ex. att bakgrundsfaktorer både vad gäller informationen och den mottagande miljön inte beaktas i tillräckligt hög grad – har på senare tid mera komplexa modeller för implementering av information i hälso- och sjukvården presenterats. Dessa bygger på antagandet att framgångsrik implementering är beroende av ett flertal faktorer, vilka är relaterade till såväl *information*, den mottagande *miljön* som särskilda *aktiviteter/stöd* i den lokala miljön i anslutning till överförandet av information (för att t.ex. förändra attityder och beteenden). Bland faktorer relaterade till *information* återfinns t.ex. styrkan i evidensen (om denna grundas på lösryckta beskrivningar av enstaka patientfall eller randomiserade studier, och systematiska sammanställningar) och graden av konsensus bland inflytelserika experter. *Miljöfaktorer* avser t. ex. huruvida den mottagande organisationen har inslag av kontinuerlig utbildning, ett tydligt ledarskap och ett medvetet kvalitetsarbete. Det är något mera oklart vad som avses med *aktiviteter/stöd* ("facilitation"), men grundtanken är att en lokal organisation kan ha bättre eller sämre förutsättningar att reagera på information, vilka kan påverkas genom särskilda insatser.

³⁷ Ett exempel på en "linjär modell" utvecklas av Lomas (1993:230–33). Han skriver bl.a.: "Finding ways to ensure that the research information flows as freely through the administrative, economic, community, and patient routes of influence as it does through the educational route will significantly enhance the probability of successful implementation through changes in the behaviour of the physician."

Den komplexa modellens styrka är att den betonar förutsättningarna hos den mottagande organisationen – det räcker inte med att överföra information. Det innebär också att den som vill påverka måste ägna uppmärksamhet åt förhållanden hos mottagaren.³⁸ Det kan t.o.m. innebära att dessa förhållanden först måste bearbetas (t.ex. genom indirekt verkande åtgärder) innan det finns anledning att överföra information.

Vi ansluter oss i princip till det synsätt som kommer till uttryck i den mera komplexa modellen, även om det kan vara svårt att exakt veta hur de olika faktorerna hänger ihop, t.ex. om ökade insatser av aktiviteter/stöd kan kompensera för brister i andra avseenden, t.ex. vad gäller informationens kvalitet eller lokala miljöfaktorer, t.ex. dåligt ledarskap. Svårigheten är att det finns relativt lite forskning kring vilka faktorer som är avgörande vid kunskapsstyrning. Att det inte är verkningfullt att planlöst sprida information torde dock stå klart (se vidare avsnitt 5.9).

5.8 Förutsättningar för en framgångsrik kunskapsstyrning

5.8.1 Att utveckla ett kontinuerligt lärande

Som framgår av tidigare resonemang menar vi att statens ansträngningar vid kunskapsstyrning kan inriktas dels mot sammanställning och överföring av information och dels mot att stödja sjukvårdsorganisationen genom överföring av andra resurser. En framgångsrik kunskapsstyrning förutsätter att den mottagande organisationen har viljan och kapaciteten att lära av ny information, och därmed skapas grunden för en lokal kunskapsbildningsprocess. Finns inte denna förutsättning är andra insatser såsom sammanställning och överföring av information av ringa värde. Vad som måste eftersträvas inom svensk hälso- och sjukvård är inget mindre än att skapa förutsättningar för en kontinuerligt lärande organisation (Batalden och Stoltz 1993; Senge 1995). Staten kan underlätta en sådan utveckling, men den etablerade rollfördelningen i den svenska hälso- och sjukvårdssektorn medför att huvudansvaret på det lokala planet måste vila på sjukvårdshuvudmän

³⁸ Ett exempel på en mer komplex modell presenteras av Kitson, Harvey och McCormack (1998). En svårighet med denna och liknande modeller är dock att de kan byggas ut med ännu flera faktorer där den relativa betydelsen av dessa kan vara svår att studera i en verklig miljö inom hälso- och sjukvården.

och kommuner, med sjukvårdens professioner som pådrivande parter. Det kan t.ex. gälla att skapa regionala och lokala grupperingar som omsluter sjukvårdens professioner, för att få till stånd en dialog kring behandlingspraxis, där syftet är att patientgrupper skall omhändertas på ett likvärdigt sätt och i enlighet med bästa tillgängliga kunskap. Sådana initiativ förekommer i dag bland såväl huvudmän som professioner³⁹, men "lokal kunskapsstyrning" kan utvecklas långt mer.

Staten kan tydliggöra ansvaret och markera rollfördelningen (vilket också sker t.ex. genom Dagmaröverenskommelsen). Däremot anser vi att staten varken kan eller bör detaljstyra utvecklingen mot en kontinuerligt lärande sjukvårdsorganisation. Vi kommer därför inte att i detalj redogöra för detta inslag, eftersom uppgiften inte primärt åvilar staten utan sjukvårdshuvudmännen tillsammans med vårdprofessioner.

Statens viktigaste insats gäller utbildningen av yrkesgrupper som skall vara verksamma i hälso- och sjukvård, både inom landsting och kommuner. Genom att lägga grunden för en god utbildning med inslag av kritiskt tänkande och färdigheter att självständigt söka och omsätta information till praktisk kunskap lämnas ett viktigt bidrag till en kunskapsbaserad sjukvård. Vidareutbildning av personal är viktig i sammanhanget, och där kan staten sannolikt göra större insatser än i dag – vi återkommer till detta längre fram. Stödet till forskningen är också viktig i sammanhanget. Man kan notera att behovet av "en forskningsbaserad yrkeskunskap inom vården och omsorgen om äldre" har uppmärksamats (se avsnitt 5.5.3). Detta är en synnerligen viktig komponent om kunskapsstyrning överhuvudtaget skall vara möjlig inom den kommunala vårdsektorn. Sannolikt är satsningar på utbildning och forskning inom denna sektor mer betydelsefulla i ett kort och medellångt perspektiv än försök att påverka genom informationsöverföring. Det kan i många situationer finnas anledning att ägna komponenter som stärker mottagarens förutsättningar större uppmärksamhet än andra komponenter (se vidare avsnitt 5.10.2).

Det måste finnas en överensstämmelse mellan statens insatser vad gäller sammanställning och överföring av information som ett inslag i kunskapsstyrning och sjukvårdsorganisationens beredskap att ta emot denna och ändra verksamheten. Man kan ifrågasätta om statens kunskapsstyrning och sjukvårdsorganisationens förutsättningar verkligen befinner sig i fas. Genom 1997 års Dagmaröverenskommelse placeras denna fråga i fokus, men det tar sannolikt tid innan hela sjukvårdsorganisationen har anpassat sig.

³⁹ Ett exempel gäller tankar bland allmänläkare att bygga upp egna nätverk, t.ex. för information och debatt om diabetesvård (Nilsson, Fritz och Carlgren 1998).

I enlighet med den rollfördelning som etablerats tog Landstingsförbundet tillsammans med sjukvårdshuvudmännen vissa initiativ under 1997. Under beteckningen "Dagmarätverket" påbörjades ett arbete för att stötta, underlätta och påskynda förverkligandet av intentionerna i 1997 års Dagmaröverenskommelse, bl. a. att skapa en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Nätverket, till vilket 20 sjukvårdshuvudmän har anslutit sig, syftar till erfarenhetsutbyte och lärande mellan deltagarna och skall driva projekt Genombrott – ett kunskapsbaserat förändringsarbete (se avsnitt 5.6.1) och ett utvecklingsprojekt kring hälso- och sjukvårdens ledarskap.

Ett annat initiativ är det s.k. beställarnätverket där sjukvårdshuvudmän som arbetar enligt en beställar/utförarorganisation samverkar inom t. ex. kompetensutveckling. I nätverket ingår också Landstingsförbundet, SBU, Socialstyrelsen samt Spri. Beställarnätverkets syfte är att stärka befolknings- och brukarperspektiven inom hälso- och sjukvården och att stödja och utveckla beställarfunktionen. Inom nätverket bedrivs ett utvecklingsarbete för att förse sjukvården med kompetenta företrädare för framtida beställarfunktioner. Under 1998 avslutades det första kompetensutvecklingsprogrammet på akademisk nivå för landstingspersonal.

Vad gäller vården och omsorgen om äldre avser staten att initiera tillskapandet av regionala centrum för äldreforskning, att drivas av kommuner och landsting. Exakt hur kopplingen till högre utbildning och forskning skall se ut är ännu inte klart. Samtidigt som det är viktigt att den äldreforskning som kommer till stånd håller en hög nivå, är det viktigt att inte avskärma forskningen från den praktiska verksamheten. Eftersom den kommunala vårdsektorn i mycket mindre grad än övrig hälso- och sjukvård har ett naturligt förhållande till forskning är det viktigt att vårdpersonal från denna sektor kan känna sig delaktig. Situationen liknar till viss del den som råder inom det brittiska forskningsprogram vi tidigare redogjort för – att väga behovet av deltagande på bredden i forskning gentemot betydelsen av "spjutspetsforskning" (Black 1997). Det ter sig viktigt med en forskarkarriär inom äldreforskning, men minst lika viktigt är att få forskarutbildad personal att stanna kvar i verksamheten. Det kan ske genom att möjligheter finns att bedriva egen forskning vid sidan av annat arbete.

5.8.2 Att skapa en legitimitetsgrund

En framgångsrik kunskapsstyrning förutsätter en hög grad av legitimitet. Det blir särskilt påtagligt i samband med inslag i kunskapsstyrning

som avser överföring av information. Legitimitet i detta sammanhang innebär att mottagaren uppfattar att det sätt på vilket information har tillkommit inger förtroende. I detta ligger en dubbel mening – både grunden för information och de faktiska formerna för sammanställning är viktiga.

I ett demokratiskt samhällsskick utgör *formerna* för tillkomsten av offentliga beslut den viktigaste grunden för legitimitet (dvs. att medborgarna uppfattar den demokratiska processen som rättvis och riktig). Däremot kan allmänheten uppfatta *innehållet* i besluten som mindre rättvist.

Grunden för kunskapsstyrning är dock inte densamma som vid många andra styrformer – där statens auktoritet (utgående från det demokratiska styrelseskickets legitimitet) kan utgöra ett viktigt inslag. Kunskapsstyrning i sjukvården riktar sig i stor utsträckning till professioner vilka uppfattar att legitimitetsgrunden för den egna verksamheten är vetenskaplig trovärdighet. En grundläggande förutsättning är att mottagaren har förtroende för (a) *formerna* för informationsinhämtning och sammanställning och (b) det faktiska *innehållet*.

En möjlighet att sörja för att (a) blir uppfyllt är t.ex. att representeranter för sjukvårdens professioner medverkar i sammanställningen av information. Detta krav är väl tillgodosett t.ex. vad gäller utvecklingen av state-of-the-art dokumenten, men även i fallet med konsensuskonferenser och Läkemedelsverkets workshops. I dessa fall förutsätts målgruppen vara läkare. Ett dilemma kan dock vara att målgruppen inte sällan är allmänläkare medan rekommendationerna uteslutande utvecklas av sjukhusbaserade specialister.⁴⁰ Det har t.ex. resulterat i ett relativt blygsamt genomslag för innehållet i den medicinska faktadatabasen MARS bland allmänläkare (Garpenby och Byrsjö 1998).

Men frågan om legitimitet enligt (a) gäller också för andra vårdyrkesgrupper. Sjuksköterskor arbetar inom ramen för SBU:s verksamhet med att utveckla underlag för "evidensbaserad omvårdnad", vilket utgör ett exempel. Det är också viktigt att även verksamma i kommunal sektor får möjlighet att utse representeranter och möjlighet att delta när underlag tas fram som berör denna del av vården.

Vidare måste förutsättningen (b) vara uppfyllt – att den vetenskapliga dokumentationen förefaller övertygande. Här finns i dag vissa frågetecken. I detta sammanhang framstår t. ex. arbetsformerna hos

⁴⁰Att representera sin egen specialitet vid utarbetandet av rekommendationer är inte helt okomplicerat. Det ställer bl a krav på att respektive specialitet har funnit former för att utse sina representeranter, annars kan legitimitetsgrunden ifrågasättas (se t.ex. Sjönell 1996; Wahlström, Björkelund och Nerbrand 1996).

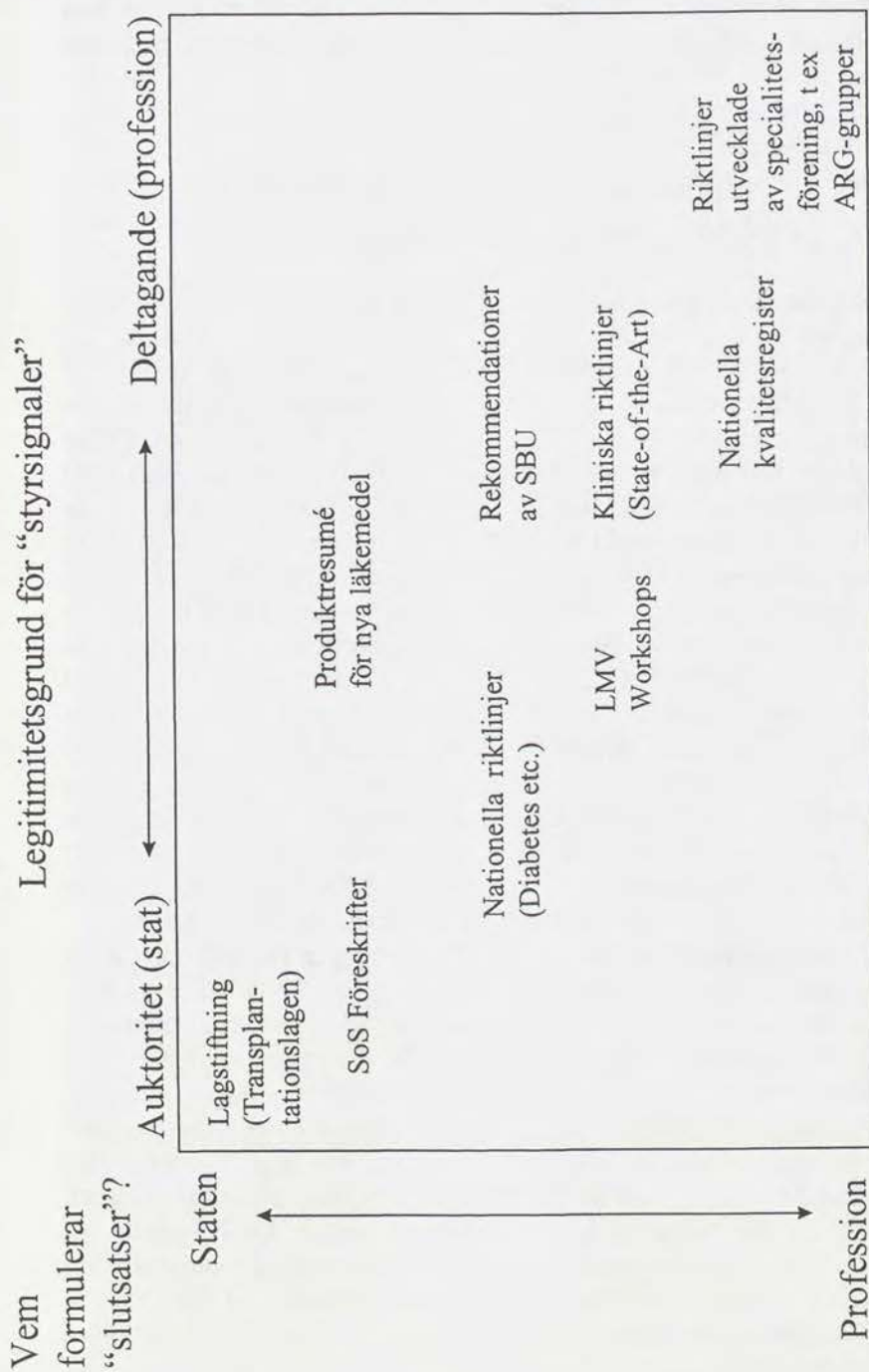
SBU – den systematiska granskningen av litteraturen och värderingen av kvaliteten hos studierna – som mer i överensstämmelse med kravet på att vara legitimitetsgrundande än vissa andra inslag. Arbetssättet är dock tidskrävande och förutsätter givetvis tillgång till ett vetenskapligt underlag.

Figur 2 är ett försök att grovt karaktärisera legitimitetsgrunden för olika "styr signaler" som riktas mot sjukvården (den exakta inplacementen av de olika aktiviteterna kan vara föremål för diskussion). De inslag som återfinns i det övre vänstra hörnet räknas inte till kunskapsstyrning (de utgör snarast exempel på regelstyrning och har tagits med för visa på styrformer vilka nyttjar annan legitimitetsgrund än den som gäller för kunskapsstyrning). Aktiviteter vilka kan betraktas som inslag i kunskapsstyrning återfinns främst i det högra fältet. Här finns dock en glidande skala, mot det vänstra fältet. Huruvida aktiviteter skall räknas till kunskapsstyrning avgörs av vilken legitimitetsgrund som dominerar.

Ett problem i sammanhanget kan vara om man blandar ihop olika legitimitetsgrunder – där styrformer baseras på statens auktoritet respektive professionens förtroende. Det kan inträffa om man fogar olika typer av riktlinjer till de ursprungliga dokumenten, och om dessa bygger på andra antaganden än vad som kan utläsas av den vetenskapliga sammanställningen. Man kan konstatera att det första försöket att utveckla "nationella riktlinjer" (för vård och behandling av patienter med diabetes mellitus) förutom inslag som baseras på vetenskaplig dokumentation rymmer uttalanden om såväl organisation som utbildning som inte direkt kan knytas till den aktuella vetenskapliga litteraturen. (Uttalanden av typen: "Kontakter med en diabetesutbildad foterapeut bör också erbjudas." och "Det skall finnas ett barnmedicinskt vårdteam med särskild kompetens i barndiabetologi, i vilket läkare, sjuksköterska, dietist, kurator och psykolog bör ingå."). Det har dock gjorts ansträngningar att hålla isär dokument som riktar sig till sjukvårdens professioner, främst läkarna, och andra beslutsfattare.

Även om det i praktiken kan vara svårt är det sannolikt en fördel om man kan hålla isär olika legitimitetsgrunder. Kunskapsstyrningen bygger på att mottagaren själv värderar materialet/informationen mot sin egen föreställningsram. Om styrformen vilar på statens auktoritet t.ex. i form av föreskrifter, har man avlägsnat sig från kunskapsstyrning. Detta utesluter inte att staten i andra sammanhang (styrformer riktade mot sjukvården) använder auktoritet. Det kan dock uppstå situationer där medverkan från statens sida krävs för att balansera olika särintressen inom en professionen – och på detta sätt bidra till att förstärka legitimitetsgrunden. Ett annat läge uppstår när det saknas såväl evidens som konsensus inom professionella grupper och staten

Figur 2



ändå finner anledning att sammanställa och överföra information till sjukvården. I detta fall finns en uppenbar risk att innehållet kan ifrågasättas och kunskapsbildningen helt utebli, liksom ett förändrat beteende.

5.9 Genomslag för kunskapsstyrning – ändrar mottagaren sitt beteende?

Syftet med kunskapsstyrning är att förändra praxis i viss riktning bland verksamma i sjukvården. Leder kunskapsstyrning automatiskt till ändrat beteende i önskvärd riktning? Frågan är berättigad, men tyvärr går det inte att lämna ett entydigt svar. Det finns inga exempel där en nation har renodlat kunskapsstyrning inom sjukvårdssektorn. Inslag som kan hänföras till kunskapsstyrning förekommer parallellt med andra styrformer, varför det blir svårt att isolera effekterna av de förstnämnda. Dessutom är inte riktningen på förändringen alltid tydlig – det gäller inte minst sådana åtgärder som syftar till att förstärka förutsättningarna. I detta sammanhang gäller dock inte frågan huruvida de inslag som kan hänföras till kunskapsstyrning överhuvudtaget är önskvärda – det är orimligt att tänka sig en väl fungerande sjukvård utan tillgång till kunskapsunderlag. Det är snarast en fråga om vilken roll staten skall spela i detta sammanhang och framför allt vilken typ av styrformer (t.ex. olika former av sammanställningar och riktlinjer) som bör utvecklas. I de fall försök har gjort att få genomslag för någon särskild typ av styrform som bygger på information kan det vara svårt att urskilja effekten av denna från effekter av faktorer som sammanhänger med den lokala organisationen (kontextuella faktorer).

Under senare år har stort intresse ägnats frågan hur information av olika typer, såsom resultat från forskning och primära teknologivärderingar, meta-analyser, kliniska översikter, konsensusuttalande, kliniska riktlinjer m.m. skall kunna få genomslag i hälso- och sjukvården. Det finns många förslag på strategier för att nå genomslag, där somliga tar fasta på faktorer som sammanhänger med informationen (t.ex. kvaliteten på kliniska studier, hur synteser har ställts samman) medan andra fokuserar på den mottagande organisationen och vad som krävs för att de individer som är berörda skall förändra sitt beteende (t.ex. utbildningsinsatser, förekomsten av s.k. opinionsledare m.m.). De förslag som framförs är mer eller mindre väl underbyggda av empiriska studier (se även avsnitt 5.7.2 om linjära och komplexa modeller).

Ansträngningar har gjorts att ta reda på om det finns tillräckligt med underlag för att uttala sig om vilka strategier som fungerar i praktiken. Det hittills kanske mest ambitiösa exemplet är en meta-analys av sådana systematiska översikter som behandlar olika försök att påverka och förbättra handlandet bland professionella grupper inom hälso- och sjukvården.⁴¹ Även om de inkluderade studierna är väldigt olika till sin natur framträder en entydig bild: strategier vilka ensidigt tar sikte på överföring av information är ineffektiva då det gäller att påverka handlingsmönstret bland läkare, oberoende av ämnesområde eller underbyggnad av information. Strategier som däremot tycks vara effektiva innehåller inslag av utbildning och olika former av datoriserade beslutsstöd. Strategier som innefattar flera olika aktiviteter ("multifaceted interventions") tycks mer verkningsfulla än enstaka aktiviteter. Däremot visar befintliga studier blandade resultat vad gäller inslag med lokala opinionsledare och konsensusprocesser. I vissa fall är underlaget (antalet studier) otillräckligt för att man med säkerhet skall kunna uttala sig om värdet av olika inslag, t. ex. nyttjandet av s.k. opinionsledare (personer som förväntas kunna utöva ett positivt inflytande på sin omgivning). Ett annat problem är svårigheter att överföra resultat mellan olika sjukvårdsmiljöer – flertalet studier är gjorda i Nordamerika (Bero, Grilli, Grimshaw et. al. 1998).

5.9.1 Kliniska riktlinjer som kunskapsstyrning

Ett relativt väl studerat område är kliniska riktlinjer (clinical practice guidelines/medical practice guidelines), vilka kan sägas vara ett inslag i ett tänkt system för kunskapsstyrning – men långt ifrån det enda. Ett problem i sammanhanget är att definitionen av kliniska riktlinjer varierar liksom synen på vad dessa skall användas till. Det innebär att man knappast kan hänvisa till "kliniska riktlinjer" och hävda att detta skulle vara ett entydigt begrepp. De kan förekomma som nationella rekommendationer men också i form av lokala varianter och vara mer eller mindre specifika till sin natur.⁴² Det är sällsynt med försök till total

⁴¹ Tydliga kriterier uppställdes före genomgången av olika databaser. Av 1139 identifierade studier var det endast 18 som uppfyllde de uppställda metodologiska kriterierna. Dessa studier täcker ett stort område: kliniska riktlinjer, kontinuerlig fortbildning, specifika strategier (t.ex. revision), mera multipla strategier, olika målgrupper (sjuksköterskor, läkare) och olika områden (t. ex. diagnostik, läkemedelsförskrivning).

⁴² En möjlighet är att indela i riktlinjer som föreskriver/påbjuder respektive avvisar/förbjuder visst beteende. I Sverige förekommer knappast den senare varianten i något sammanhang. En annan möjlighet är att skilja på riktlinjer

inventering av alla former av "kliniska riktlinjer" i en nation. Det finns ett sådant exempel från Finland, där författarna dock menar att de trots stora ansträngningar antagligen inte lyckats spåra upp allt som producerats i detta land. Sammanställningen visar bl.a. på den stora variation som förekommer bland riktlinjer, både beträffande "kunskapsbasen" och det sätt på vilket de sprids i sjukvården (Varonen och Mäkelä 1997).

Om man för ett ögonblick bortser från att riktlinjer är ett mångtydigt begrepp⁴³ finns vissa möjligheter att bilda sig en uppfattning om huruvida "riktlinjer" över huvud taget beaktas, och i så fall vilka typer av riktlinjer.

En meta-analys av sådana studier som behandlar genomslaget av riktlinjer⁴⁴ i sjukvården visade att det i en stor majoritet av fallen kunde noteras effekter (55 av 59 studier visade på en effekt av riktlinjer). Sannolikheten för genomslag var dock betydligt större för sådana riktlinjer vilka utvecklats internt inom en organisation jämfört med riktlinjer utvecklade på nationell nivå, där sannolikheten för genomslag var låg (Grimshaw och Russell 1993). Vanligtvis brukar hävdas att lokal framställning av riktlinjer ökar sannolikheten för att de skall

vilka är tänkta som vägledning respektive de som har karaktären av regler vilka t.o.m. kan vara kopplade till sanktioner. Inte heller den senare typen förekommer i Sverige. Man kan dock inte utesluta att riktlinjer kan komma att spela en stor roll i tillsynen av sjukvården, och i anslutning till ansvarsärenden, och därigenom indirekt få en legal status (Hurwitz 1998). Det är inte heller uteslutet att sjukvårdshuvudmän med beställarsystem på sikt kan välja att upphandla enbart sådan vård som överensstämmer med givna riktlinjer, fastslagna i lokala vårdprogram. Ytterligare en indelningsgrund är symtomorienterade riktlinjer (för handläggning av patienter med vissa symtom), sjukdomsorienterade riktlinjer (för behandling av specifik sjukdom) samt metodorienterade riktlinjer (avser vissa diagnostiska eller behandlingsinriktade metoder). Samtliga tre kategorier återfinns bland svenska "riktlinjer". I anslutning till Läkemedelsverkets workshops finns teraporekommendationer som är både symtom- och sjukdomsorienterade. De kliniska riktlinjer som baseras på state-of-the-art dokument är huvudsakligen sjukdomsorienterade. SBU:s rekommendationer är i ökad utsträckning sjukdomsorienterade.

⁴³Grundläggande för alla kliniska riktlinjer är dock att de syftar till att förbättra kvaliteten i sjukvården, att ge bättre kliniska resultat och att öka effektiviteten (undvika insatser vilka har inte har någon eller ringa effekt).

⁴⁴I studien användes följande definition av kliniska riktlinjer: "systematically developed statements to assist practitioner decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances."

tillämpas.⁴⁵ Resultat som pekar i helt motsatt riktning går dock också att hitta i litteraturen (Grimshaw, Freemantle, Wallace et al. 1995). Ett genomgående problem som lyfts fram i en brittisk studie, som bygger på en genomgång av 150 referenser, är att endast ett fåtal riktlinjer (nationella såväl som lokala) baseras på ett bra vetenskapligt underlag (Effective Health Care Bulletin 1994). Den tidigare refererade studien från Finland visade på att flertalet riktlinjer baseras på "tyckande" bland experter och inte på dokumenterade forskningsresultat (Varonen och Mäkelä 1997). Kliniska riktlinjer vilka utvecklats lokalt har större sannolikhet att adopteras, men riskerna att det kunskapsmässiga underlaget uppvisar brister ökar med ett sådant förfarande. En möjlighet är då att kombinera strategier så att nationella resurser koordineras i utvecklingskedet, men utrymme lämnas för lokala aktörer att anpassa dokumenten till egna förhållanden (Grimshaw och Russell 1994; Sudlow och Thomson 1997).

En viktig mottagare av information i ett system för kunskapsstyrning är den medicinska professionen som kontrollerar viktiga resurser och vars beslut i hög grad påverkar sjukvården. Det finns ganska väl dokumenterat att läkare inte alltid är mottagliga för förändring av sitt kliniska beteende trots tillgång till vetenskapligt underbyggd information (Lomas, Sisk och Stocking 1993). Vilka faktorer medverkar till att läkarna förändrar sitt kliniska beteende? Det finns ett antal studier som behandlar denna fråga (vilka framför allt bygger på utländska erfarenheter).

En intervjustudie med 50 brittiska allmänläkare och 50 överläkare visade att "kliniska riktlinjer" påverkade i liten utsträckning, jämfört med andra faktorer som medverkade till förändrat kliniskt beteende (t.ex. vetenskapliga artiklar och kontakter med kollegor) (Allery, Owen och Robling 1997). I en annan brittisk studie, baserad på enkäter till sjukhusläkare, uppgav dock 75 procent av de svarande att de återkommande använde sig av kliniska riktlinjer. Riktlinjer vilka betraktades som dåligt underbyggda negligerades i högre utsträckning än väl underbyggda. Läkarna i denna studie menade att kontakter med kollegor var det bästa sättet att uppmuntra tillämpningen av riktlinjer, medan reglering, sanktioner och ekonomiska instrument avfärdades som metoder för att åstadkomma genomslag (Mansfield 1995).

I amerikanska studier finns motsägelsefulla resultat angående betydelsen av olika faktorer för att åstadkomma genomslag för kliniska riktlinjer. I en studie lyfter författarna fram betydelsen av icke-

⁴⁵ Begrepp som lokalt och nationellt kan dock ha olika innebörd beroende på om man avser nationer som USA och Storbritannien eller en mindre nation som Sverige.

ekonomiska incitament, t.ex. utbildningsinsatser och utvecklingen av normer i kontakter mellan kollegor (Mittman Tonesk och Jacobson 1992) medan en annan studie betonar de ekonomiska incitamentens betydelse för genomslag av kliniska riktlinjer (Goodpastor och Montoya 1996). En generell observation tycks dock vara att ansträngningarna främst har inriktats mot att utveckla riktlinjer, medan implementeringen ägnats mindre uppmärksamhet. I USA saknar vissa aktörer helt en strategi för hur riktlinjer skall implementeras bland läkare, medan andra aktörer har sökt utveckla sofistikerade strategier som inkluderar datorprogram, utbildning och uppföljning (Rizzo och Sindelar 1996).

I Sverige har genomslaget av kliniska riktlinjer studerats inom primärvården. En mer traditionell spridningsform för skriftliga riktlinjer jämfördes med information om riktlinjer i kombination med utbildningsinsatser. Riktlinjerna avsåg handläggningen av hyperlipidemi (högra blodfetter). Läkare vid olika vårdcentraler fördelades på två grupper (interventions- och kontrollgrupp) varav den ena gruppen fick del av riktade informations- och utbildningsinsatser i kombination med kliniska riktlinjer. Resultatet tyder på att utbildningsmetoder kan leda till förändringar av attityder och handlingsmönster bland läkare. Det visar sig dock mycket komplicerat att studera och fastställa inverkan av olika faktorer då det gäller beslutsfattande bland läkare (Wahlström 1997). Denna studie ger stöd för uppfattningen att riktade insatser är mer effektiva än att planlöst sprida information. Studien behandlar dock en begränsad fråga i en begränsad del av hälso- och sjukvården.

Redogörelsen ovan gör inte anspråk på att vara heltäckande. Vi vill främst peka på att det är i få fall som man med någon säkerhet kan uttala sig om att åtgärder för att ändra beteende inom hälso- och sjukvården verkligen får genomslag. Det är gott om motsägelsefulla resultat och en svårighet är att överföra erfarenheter från försök som visar positiva resultat till en annan nationell miljö (flertalet studier kommer från Nordamerika). Tillgängliga studier visar dock på betydelsen av att det är nödvändigt att underlätta för adoption av information i mottagarledet. Dessa insatser måste dock ställas i relation till de resurser som kan disponeras. Kunskapsstyrning innehåller flera led: att sammanställa information, att sprida resultaten och att skapa förutsättningar i mottagarledet. Sannolikt måste mer uppmärksamhet än hittills ägnas åt möjligheterna att stödja mottagaren genom tillförsel av resurser. Det är en brist att sådana frågor uppmärksammas i så liten omfattning i Sverige. Vi behöver av allt att döma studier inom landet som belyser vilka implementeringsstrategier som kan vara framgångsrika, under olika omständigheter och i olika miljöer – det är inte

tillfredsställande att i hög grad stödja sig på utländska studier som är gjorda inom sjukvårdssystem helt annorlunda än vårt eget.

Utmärkande för Sverige är att uppgifterna i anslutning till hälso- och sjukvård är delade mellan stat, landsting och kommuner vilket leder till oklarheter när det gäller ansvaret för att riktlinjer och rekommendationer får genomslag. Om sändaren av information är staten har denna part självklart ett ansvar för att denna information görs tillgänglig och når den avsedda mottagaren. Men eftersom en effektiv implementering bygger på aktivitet hos mottagaren är det rimligt att ett stort ansvar också placeras på sjukvårdshuvudmännen och tillämpliga fall även kommuner, vilka måste engageras i processen.

5.10 Mot en nationell strategi

5.10.1 Finns det ett behov av en gemensam referensram?

Vi tror oss ha identifierat en styrform som kan benämnas "kunskapsstyrning". Den innehåller en mängd olika komponenter, vilka har det gemensamt att de alla – på olika sätt – kan bidra till ett mer kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården. Vissa inslag har snarast en stödjande funktion (t.ex. utbildning) medan andra inslag avser att direkt påverka en definierad målgrupp (t.ex. kliniska riktlinjer). Vi kan dock inte påstå att "kunskapsstyrning" är ett lättfångat begrepp – avgränsningen mot andra styrformer är inte helt given, och de komponenter som ingår i "kunskapsstyrning" förändras fortlöpande. Enligt vår uppfattning vilar dock "kunskapsstyrning" på en annan legitimitetsgrund än den som gäller för andra styrformer. Det är legitimitetsgrunden, och inte de medel som används, som skiljer denna styrform från andra.

Vad gäller mångfalden av aktiviteter, vilka faller inom ramen för "kunskapsstyrning" förefaller Sverige kunna häva sig väl i ett internationellt perspektiv. I flertalet fall har dock de olika aktiviteter (komponenter) som vi redogjort för i tidigare avsnitt, tillkommit utan djupare analys av hur de är tänkta att kunna interagera med andra aktiviteter (komponenter). Förklaringen till detta kan sökas dels i hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är organiserat – med en mycket omfattande delegering av uppgifter till landsting och kommuner – och dels i hur staten är organiserad, där ett flertal myndigheter och organisationer utför uppgifter under Socialdepartementets ansvars-

område.⁴⁶ Den svenska politikstilen utmärks därför i särskilt hög grad av att olika frågor hanteras avgränsade från varandra och det kan vara svårt att få en sammanhållen bild.⁴⁷ Situationen förenklas inte av att omvärldsfaktorer förändras i allt snabbare takt, vilket ställer krav på ständig aktivitet för att lösa hastigt uppkomna problem. Vår tolkning av situationen när det gäller inslagen av "kunskapsstyrning" är att många tillkommit ad hoc – särskilt de som avser sammanställning och överföring av information – och anknytningen till de komponenter vilka kan stödja mottagaren av information är inte i alla lägen uppenbar. Det är mycket svårt att överhuvudtaget kunna bilda sig en uppfattning om innehållet i enskilda aktiviteter (komponenter); än mindre dess faktiska roll vad gäller påverkan inom hälso- och sjukvården, och dess relation till andra aktiviteter.

I några av de nationella dokument som vi tagit del av presenteras försök att kombinera olika åtgärder vilka faller inom området "kunskapsstyrning", för att dessa sammantaget skall ge en bättre effekt. Det går peka på sådana inslag i t.ex. de senare årens Dagmaröverenskommelser för hälso- och sjukvården och i den nationella handlingsplanen för äldrepolitik. På det hela taget saknas dock en synlig (och tydlig) strategi för hur olika aktiviteter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet skall samverka i riktning mot ett mer kunskapsbaserat beslutsfattande. Frågan är dock om detta i sig skall uppfattas som ett problem. Vi återkommer till denna fråga nedan.

Är "kunskapsstyrning" värd att satsa på?

Vi kan konstatera att det finns en stark trend, framför allt i Europa och Nordamerika, att pröva olika inslag som kan hänföras till "kunskapsstyrning". Aktuella åtgärder avser vanligtvis sammanställning av

⁴⁶ Hälso- och sjukvårdssektorn i Sverige utgör en god illustration av de svårigheter med koordinering av aktiviteter som blir allt mer påtagliga i alla avancerade nationer, beroende bl.a. på att uppgifter och ansvar fördelas både horisontellt och vertikalt, bland olika myndigheter och mellan olika beslutsnivåer i den demokratiska staten såsom nationell nivå, regional nivå, lokal nivå. En annan orsak till koordineringsproblem är att fler frågor är svåra att avgränsa och hänföra till traditionella samhällssektorer; de skär tvärs igenom samhällssektorer. Se Peters 1998.

⁴⁷ Uttrycket politikstil är en direktöversättning av engelskans "policy style". Vad som avses är handlingsmönster präglade både av institutionella karaktäristiska och av omvärldsfaktorer. Det finns en debatt om huruvida skiljelinjerna i detta avseende går mellan nationer (national policy style) eller mellan samhällssektorer (sector specific policy style) Richardson 1982; Freeman 1985.

evidensbaserade underlag och system för överföring av information till verksamma inom hälso- och sjukvården, ibland i kombination med rekommendationer för kliniskt handlande. I vissa länder sker försök att ta ett större helhetsgrepp, t.ex. genom att föra samman utvecklingen av evidens (genom resurser till forskning) med resurser för sammanställning och överföring av information. Ett sådant exempel utgör Storbritannien. Det är emellertid alltför tidigt att uttala sig om effekterna av detta försök med nationell "kunskapsstyrning" inom hälso- och sjukvårdens område. Det finns litteraturöversikter som belyser effekter av vissa avgränsade komponenter (t.ex. kliniska riktlinjer). En svårighet är dock att resultaten från en nationell miljö inte kan användas som grund för att uttala sig om förhållanden i ett annat land. Sammantaget anser vi att det finns en stor osäkerhet kring effekterna av "kunskapsstyrning". En förklaring är svårigheterna att studera effekter i detta sammanhang – målet för "styrningen" är sällan formulerat i mätbara termer. Det är inte heller givet vad som skall räknas in i "kunskapsstyrning" – gränsytorerna är inte helt tydliga. Man kan t.ex. fråga sig i vilken utsträckning aktiviteter i anslutning till forskning eller utbildning skall ingå i ett "komplex" av "kunskapsstyrning".

Vi bedömer att den hittillsvarande svenska "modellen" för "kunskapsstyrning" präglas av en stegvis utveckling där aktiviteter ibland förefaller att ha tillkommit utan att deras relation till andra delar eller deras bidrag till en helhet har analyserats i någon högre utsträckning. Frågan är om detta skall uppfattas som en naturlig anpassning till de villkor om gäller inom den svenska hälso- och sjukvårdssektorn, och om de hittillsvarande försöken att tillskapa olika delar i en struktur för "kunskapsstyrning" i praktiken utgör den enda "modell" som fungerar i den svenska miljön – givet de förhållanden som är rådande i dag. Vi har t.ex. inte en statlig sjukvårdsorganisation som den brittiska NHS, utan en organisation som vilar på landsting och kommuner. Under sådana omständigheter är det mer komplicerat för staten att hitta en lämplig roll som grund för sina aktiviteter och att effektivt samspela med såväl huvudmän som vårdens professioner. Det är en helt annan sak om den hittillsvarande svenska "modellen" är resultatet av bristande insikt i vilka förutsättningar som gäller för en framgångsrik "kunskapsstyrning", eller att alltför lite kraft har ägnats åt att försöka analysera dessa förutsättningar. Vi gör inte anspråk på att kunna lämna ett uttömmande svar på frågan om hur den svenska "modellen" i detta avseende har vuxit fram, men gör bedömningen att både strukturella förutsättningar och bristande insatser för att analysera de grundläggande förutsättningarna har medverkat.

Är det önskvärt med en nationell strategi för "kunskapsstyrning"?

Först måste vi diskutera vad som avses med en nationell strategi. Skall en sådana strategi avse enbart den "domän" som staten kontrollerar, t.ex. högre utbildning och forskning? I detta fall kan staten formulera sina egna riktlinjer. Om vi däremot med en nationell strategi menar en inriktning för hälso- och sjukvården som helhet i landet, måste det bli frågan om en förhandling och en överenskommelse mellan flera parter: staten, huvudmän och professioner.

En strategi i detta avseende är detsamma som ett ställningstagande till frågan om hur beslutsfattandet i sjukvården kan bli mer kunskapsbaserat. Ett tänkbart ställningstagande skulle i och för sig kunna innebära (förhoppningsvis efter en ingående analys av frågan) att man håller fast vid den nuvarande linjen, som innebär att många olika initiativ sker parallellt och att aktiviteter tillkommer mera ad hoc. En nationell strategi för "kunskapsstyrning" avseende hälso- och sjukvårdssektorn skulle också kunna innebära ett mera omfattande och mer preciserat ställningstagande, som innebär:

- Att strategin baseras på en analys av vilka effekter man önskar åstadkomma och vilka samband man ser mellan olika aktiviteter (medel) som kan bidra till dessa effekter.
- Att strategin anger tydliga mål för olika delområden och att dessa relateras till de medel man önskar använda.
- Att det av strategin framgår vilka eventuella tillskott och omfördelningar av resurser som krävs för att kunna realisera målen.
- Att strategin innehåller en tidsplan för arbetet med att realisera de olika mål som anges.
- Att strategin ger en tydlig bild av hur ansvaret för olika aktiviteter är fördelat mellan t. ex. stat, huvudmän, professioner och andra aktörer.

Det finns emellertid en hel del frågetecken angående värdet av en tydligt formulerad nationell strategi för "kunskapsstyrning" i den svenska miljön. Området är komplicerat, inte mist vad gäller relationen mellan mål och medel, och vi bedömer att det finns osäkerhet kring vilka komponenter som bör ingå i en strategi och inte minst kring effekterna av olika komponenter. Vi finner argument både för och emot en nationell strategi.

Att tydliggöra dessa frågor i samlad form i ett särskilt dokument är i sig positivt eftersom det sannolikt ökar medvetenheten om vilka dagens svagheter är när det gäller "kunskapsstyrning" i hälso- och sjukvården, och vilka möjligheter som finns att förbättra situationen. Med större överblick följer ökade förutsättningar att åstadkomma en nationell

kraftsamling till sådana områden som kan behöva förstärkas, och det finns sannolikt större möjligheter att kombinera insatser som avser flera komponenter. I dag finns en osäkerhet inom hälso- och sjukvårdssystemet med avseende på vad nationella aktörer önskar åstadkomma med olika aktiviteter som faller inom "kunskapsstyrning". Det finns möjlighet att genom en nationell strategi bringa större klarhet i vilka mål som eftersträvas. Möjligheten att kunna utvärdera effekterna av olika aktiviteter ökar om målsättningar finns tydliggjorda i samlad form.

En strategi formulerad i ett enstaka dokument riskerar dock att leda till en förenklad föreställning om vilka åtgärder som behövs för att förstärka ett kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården. Dokumentet riskerar att bli mer retorik än resultatet av en väl genomförd analys av de komplicerade samband som finns inom detta område. Ett dokument som pekar ut de områden dit resurser skall koncentreras under ett antal år kan verka hämmande på innovationskraften i hälso- och sjukvårdssystemet. All uppmärksamhet koncentreras till vissa områden dit resurser allokeras. Det finns en fara att flexibiliteten i ett mera "ad hoc" betonat arbetssätt – vilket hittills präglat den svenska miljön – går förlorad. En samlad strategi kan även uppfattas negativt av många aktörer och ge intryck av "centralstyrning" och "planeringstänkande". Dessutom pågår stora förändringar av hälso- och sjukvårdens organisation (t.ex. skapandet av regioner) vilket kan komma att påverka utrymmet för statens handlande och relationen till huvudmän.

En tidigare studie av aktörer involverade i identifieringen av nya metoder, utvärdering och informationsspridning i svensk sjukvård visade på en komplex bild – ett stort antal aktörer var involverade (Carlsson, Garpenby och Bonair 1991). Det finns inget som talar för att bilden av den svenska sjukvårdssektorn är mindre komplex i dag. Jämfört med situationen under 1980-talet har t. ex. patientorganisationer liksom massmedierna stärkt sina positioner. Av särskilt intresse i detta sammanhang är tillkomsten av flera tidskrifter som behandlar frågor i anslutning till hälso- och sjukvården, vilka utgör viktiga sändare av information. Inte sällan finns kommersiella intressen bakom försök att överföra information till såväl verksamma inom hälso- och sjukvården som allmänheten. En alltmer komplicerad bild av informationsmönster i anslutning till sjukvården, i kombination med den i vissa stycken oklara rollfördelningen på den nationella nivån, gör att det finns risk för att verksamhetsföreträdare på det lokala planet i sjukvården blir osäkra på vem som har ansvar för olika aktiviteter och upplever att det förekommer inslag av dubbelarbete hos nationella organisationer.

Den sammanställning som vi redovisat tidigare tyder på att olika styrformer visserligen skiljer sig åt i flera avseenden, men att de i viss mening kan komplettera varandra. För sjukvårdspersonal som endast sporadiskt kommer i kontakt med olika dokument som utarbetas inom ramen för "kunskapsstyrning" måste det vara svårt att uppfatta denna distinktion. Det är inte förvånande att det finns ett stort mått av ifrågasättande bland t.ex. läkare rörande värdet av kunskapsöversikter och tvivel angående den oklara ansvarsfördelningen på den nationella nivån i Sverige. Vi tror därför att statens möjligheter att utnyttja "kunskapsstyrning" för att påverka sjukvården väsentligt skulle öka genom ett klarläggande av ansvarsfördelningen mellan olika aktörer liksom att en bättre koordinering av arbetet kan ske. Det bör t.ex. vara möjligt att på ett enkelt sätt kunna ta del av vilka kunskapsammansättningar som pågår och vad dessa syftar till.

Det framstår också som önskvärt att klargöra statens roll kontra huvudmännen och sjukvårdens professioner, när det gäller sammanställningar av vetenskapliga resultat. Här finns en konflikt mellan lokala företrädares önskan att få klara besked med avseende på statens förhållningssätt och landstingens önskan om en hög grad av autonomi gentemot staten. Samma typ av konflikt återfinns i relationen mellan staten och t.ex. den medicinska professionen.

Sammanfattningsvis anser vi att en nationell strategi motsvarande den som har utvecklats i Storbritannien borde vara ett värdefullt hjälpmedel också i Sverige – trots de argument som talar mot utvecklingen av en nationell strategi, och som vi tidigare redogjort för. Det är emellertid en öppen fråga hur detaljerad en sådan strategi kan och bör vara. Ett första steg kan dock vara att identifiera de komponenter som skall ingå i ett system för "kunskapsstyrning" av hälso- och sjukvården och ange hur dessa bör utvecklas på längre sikt.

Vår analys visar att kunskapsstyrning kan ske enligt två huvudlinjer: (1) att genom extern påverkan stärka förutsättningarna hos mottagarna – dvs. verksamhetsföreträdare i vården – för att dessa skall tillgodogöra sig ny kunskap i sitt arbete, (2) att överföra resurser till vården i form av adekvat information där staten i större eller mindre utsträckning kan delta i tolkningen av denna.

5.10.2 Komponenter som förstärker mottagarnas förutsättningar

Följande komponenter bör enligt vår mening ingå i en nationell strategi för att stärka förutsättningarna för sjukvården av bedriva en god vård med beaktande av bästa möjliga kunskap.

Utbildning av sjukvårdspersonal

Statens ansvar är tydligt när det gäller den grundläggande utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal liksom forskarutbildningen. Det finns dock anledning att i dessa utbildningar pröva möjligheten att utöka momenten av t. ex. kritisk granskning av den vetenskapliga litteraturen. Införandet av modeller för problembaserat lärande i vårdutbildningarna – vilket pågår – bör ge bättre förutsättningarna för den vårdpersonal som nyligen genomgått sin utbildning att arbeta kunskapsbaserat.

Specialistkompetensutbildningen framstår också som ett strategiskt område för staten, oavsett vem som har i uppdrag att praktiskt organisera verksamheten. SK-kurser är i sig ett sätt att stärka förutsättningarna för vården att ta till sig ny kunskap. Emellertid skulle kurserna bättre kunna utnyttjas på ett målmedvetet sätt som ett inslag i en nationell strategi för en kunskapsbaserad sjukvård. Det kan konkret ske genom att staten bidrar till utvecklingen av kurser i kritisk granskning av vetenskaplig litteratur och utvärdering av medicinsk teknologi, samtidigt som dessa kurser får ett högt meritvärde. Ett första steg kan vara att låta utbilda blivande handledare på lämplig plats utomlands. Kapaciteten på detta område är begränsad i Sverige i jämförelse med andra länder med likartade förutsättningar. Svenska läkare är t.ex. dåligt representerade i arbetsgrupper inom det internationella nätverket för evidensbaserad medicin (Cochrane Collaboration).

När det gäller fortbildning är bilden ännu mera splittrad. Här finns förutom staten flera aktörer, inte minst läkemedelsföretagen. I ett delbetänkande från HSU 2000, "Reform på recept" (SOU 1995:122), pekas på behovet av en utökad företagsberoende läkemedelsinformation. Ansvaret för denna är delad mellan staten – närmast Läkemedelsverket – och sjukvårdshuvudmännen. Man kan dock se att ett större ansvar har placerats på huvudmännen och de närmaste åren kommer att utvisa hur dessa tacklar uppdraget.

Insatser inom utbildningsområdet förfaller vara ett hittills inte tillräckligt uppmärksammat inslag i statens kunskapsstyrning. Med hänsyn tagen till rollfördelningen inom hälso- och sjukvårdssektorn är utbildning ett område där staten har stora möjligheter att agera mer målmedvetet. Man bör ha i åtanke den kraftfulla roll som industrin intagit gentemot sjukvårdens professioner när det gäller "kunskapsstyrning" – vilket kommer till uttryck på olika sätt. Det finns anledning för staten att överväga dels hur de anställda i sjukvården fortsättningsvis skall få information om nya utvecklingslinjer och dels sin egen roll i sammanhanget. När det gäller utbildningsfrågor är från statens sida flera departement och myndigheter involverade. Om staten skall kunna

påverka sjukvården i riktning mot bättre kvalitet i omhändertagandet fordras en kunnig och välutbildad sjukvårdspersonal.

Information som baseras på väl designad forskning och utvärdering är av ringa värde om sjukvårdspersonalen lokalt inte har förmåga att kritiskt bedöma relevansen för grupper av patienter och enskilda patienter (Glasziou, Guyatt, Dans et al. 1998; Sheldon, Guyatt och Haines 1998). Inte minst gäller detta förmågan att kunna ställa resultat från forskning och utvärdering mot enskilda patienters preferenser och värderingar (Ross 1998), men också att relatera detta till lokala organisatoriska och ekonomiska förutsättningar. En snabb omsättning av kunskap inom biomedicinen aktualiserar frågan om statliga insatser för en mer strukturerad vidare- och fortbildning. Visserligen skulle ansvaret för denna kunna ligga på sjukvårdens professioner och dess organisationer, men då måste andra ekonomiska incitament tillföras. Vi vill därför peka på möjligheten för staten att strama upp systemet för den medicinska personalens fortbildning, i samverkan med huvudmännen. En möjlighet är att avsätta regelbunden tid för att följa utvecklingen genom litteraturstudier. Obligatorisk tid för forskning kan vara svårt att realisera men om "kunskapsstyrning" skall kunna få genomslag lokalt behövs sannolikt uttalade krav på fortbildning. Detta gäller inte enbart läkare utan i ökad utsträckning också andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Det kan dock resas invändningar mot ett förslag som går ut på att avsätta särskild tid för individuellt lärande. Det kan ge fel signaler till sjukvårdens personal och bidra till en deprofessionalisering av vården. En profession utmärks av ett individuellt ansvar bland medlemmarna för att utveckla den egna kompetensen. Detta är emellertid en svår fråga – i någon utsträckning styrs givetvis kompetensutveckling av tillgång på tid, men bland yrkesgrupper i en kunskapsbaserad organisation, såsom hälso- och sjukvården, är det individuella ansvaret av central betydelse. Vad gäller personal i den kommunala äldrevården är det synnerligen viktigt att få till stånd en forskningsanknytning, och möjlighet för forskarutbildad personal att kunna stanna kvar i verksamheten. Vad gäller statens insatser för att åstadkomma ett mer kunskapsbaserat beslutsfattande i äldrevården behöver tyngdpunkten inledningsvis ligga på utbildning, inklusive forskarutbildning och fortbildning.

När begreppet kunskapsbaserad medicin vidgas till att omfatta ett kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården inbegrips också andra grupper än den medicinska personalen. Det finns behov av utökad kompetens hos den administrativa personalen i sjukvården, liksom hos andra beslutsfattare. Det gäller inte minst den personal som skall utveckla beställarrollen i landstingen. Ansvaret för denna typ av utbildningar åvilar i hög grad landstingen själva. Det finns i Sverige ett

behov av en högre tvärprofessionell utbildning med inriktning mot en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård (evidence based health care).⁴⁸ Det bör påpekas att vi i detta sammanhang önskar inkludera även utbildningsprogram som avser förebyggande insatser i hälso- och sjukvården. Det pågår en utveckling i Sverige mot att etablera "schools of public health", med inriktning mot såväl folkhälsovetenskap som administration och ledarskap inom hälso- och sjukvård, vilket är positivt i sammanhanget.

Forskning och utveckling

Forskning och utveckling är självklart en strategisk resurs för ett kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården. I den senaste utredningen om forskningens roll i samhället, "Forskning 2000", lyfts grundforskningen fram som resurs (SOU 1998:128). Det är naturligtvis attraktivt ur flera synvinklar att Sverige som liten nation hävdar sig väl både vad gäller forskningens volym som dess internationella genomslag. Men forskningens roll vad gäller "kunskapsstyrning" ligger på ett annat plan. Oavsett om sofistikerade system för överföring av information utvecklas minskar förutsättningarna för att denna omsätt till god klinisk verksamhet om personalen inom hälso- och sjukvården avskärmas från forskningen.⁴⁹

Vid utformningen av en nationell strategi för "kunskapsstyrning" är det framför allt den kliniska forskningen som är av intresse. Särskilt den kliniska utvärderingsforskningen är en resurs av synnerligen stor strategisk betydelse om staten önskar åstadkomma ett mer

⁴⁸Det bör noteras att med evidence based health care avses något annat än evidence based medicine (EBM); det senare är ett begrepp som flitigt används i olika sammanhang. I det förra begreppet inkluderar vi ett starkt samhällsperspektiv, där syftet är att åstadkomma en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård, som givetvis också skall baseras på bästa möjliga medicinska kunskap. I sin mest extrema form kan dock evidence based medicine tolkas i ett mycket snävt individcentrerat medicinskt perspektiv (se t.ex. Sackett, Rosenberg, Muir Gray et al 1996). I en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård måste ett samhällsperspektiv inkluderas vilket kan accepteras av både sjukvårdspolitiker, beställaransvariga och kliniskt verksamma (Maynard 1997).

⁴⁹Värdet av forskningen i detta sammanhang har t.ex. beskrivits på följande sätt: "En stark patientnära forskning bidrar till ett fortsatt vetenskapligt förhållningssätt inom sjukvården, möjliggör en sjukdoms- och patientfokuserad, snabb tillämpning av nya upptäckter och bidrar till en vetenskapligt grundad, kontinuerlig utvärdering av effektivare metoder till nytta för patienter och folkhälsa." (Medicinska Forskningsrådet 1998, s.10).

evidensbaserat beslutsfattande i sjukvården. Bristen på studier i Sverige som visar konsekvenserna av nya metoder i sjukvården har påtalats vid flera tillfällen.

Efter den kritik som framfördes av läkarkåren i början av 1990-talet mot att en del av de s.k. fria nyttigheterna i vården försvann i samband med införandet av nya ekonomiska styrsystem, studerades frågan om forskningens roll av den statliga kommittén HSU 2000. Landstingens ansvar för FoU klargjordes och kom senare att lagfästas. På kort sikt var det antagligen bra att landstingens ansvar för FoU blev tydligt – det bidrog till att forskningsmedel "öronmärktes" i landstingen och stimulerade samarbetet mellan landstingen, t.ex. i form av regionala forskningsråd. Frågan är dock om denna utveckling är den riktiga på längre sikt. Forskning bör i första hand vara en statlig angelägenhet, och det gäller även för vissa delar av utvärderingsforskningen.⁵⁰ Det finns mycket som talar för att staten bör överväga att stärka sina positioner inom detta område. Dels är forskningens resultat av sådan natur att det bör vara tillgängligt för alla, dels finns en risk att landets forskningsresurser blir splittrade och att man därigenom förlorar i kvalitet. Framför allt är risken för splittring stor när det gäller utvärderingar av nya metoder, som medför stora kostnader och som kräver stora patientmaterial. Projekt med sådan inriktning riskerar i dag att bli utan finansiering, om det inte finns företag som är beredda att betala för studierna. Vi anser att det finns behov av nationella ställningstaganden rörande vissa teknologier som kan förväntas generera stora kostnader i sjukvården, har svåra etiska implikationer eller är mycket kostsamma att utvärdera. Det saknas i dag ofta möjligheter att finansiera större multicenterstudier av t.ex. läkemedel som redan är godkända eller större utvärderingar av screeningsprogram. Framför allt har statliga myndigheter svårt att ta initiativ till utvärderingar av nya metoder där nyttan för befolkningen kan ifrågasättas. Man kan notera att det i såväl Storbritannien som Nederländerna finns särskilda medel avsatta för utvärdering av nya teknologier – medel som kontrolleras av staten. En möjlighet är att skapa ett nationellt råd i Sverige för utvärderingsforskning, finansierat av stat, huvudmän och industrin gemensamt.

⁵⁰ Vi menar att det inte är möjligt att kategoriskt uttala sig om vem som har ansvar för att utvärderingar av ny medicinskt teknologi kommer till stånd – ansvaret kan variera beroende på vilken typ av teknologi det är frågan om. I vissa fall, då det rör sig om komplicerande etiska ställningstaganden (t.ex. om teknologin medför ökad risk för smitta) är det rimligt att beslutsnivån blir riksdag och regering. Ett exempel gäller försök med att transplantera organ från djur till människa, där beslutsnivån bör ligga ännu högre, i internationella församlingar.

Detta skulle markera det gemensamma ansvaret och garantera inflytande för viktiga aktörer.

System för utvärdering av medicinska metoder

Ett nationellt system för utvärdering av medicinsk teknologi förutsätter en klinisk utvärderingsforskning, men också organisationer som arbetar med ett allsidigt angreppssätt, dvs. som även beaktar tekniska, etiska, ekonomiska och sociala konsekvenser av ny teknologi i hälso- och sjukvården. Trots etableringen av SBU har Sverige en begränsad kapacitet när det gäller att genomföra utvärderingar och syntesstudier. Förutom en produktion av rena kunskapsöversikter krävs det emellertid betydligt mera av policyorienterad forskning inom detta område.

Arvidsson och Jönsson (1997) har lämnat ett förslag om inrättandet av ett stort nationellt institut för utvärdering av medicinsk teknologi i Sverige. I Storbritannien valde man vid utformningen av den nationella strategin för en kunskapsbaserad sjukvård att bygga vidare på de organisationer som redan var verksamma inom NHS och vid universiteten (vi har redogjort för denna strategi i avsnitt 5.5.4).

Mycket talar för att den svenska staten bör stärka sina ambitioner inom området. Särskilt bör frågan om finansieringen av insamlingen av primärdata till utvärderingar uppmärksammas. En expansion kan ske via statliga myndigheter eller genom att man etablerar relationer till andra organisationer i landet och placerar uppdrag hos dessa, t.ex. universitet. Det finns ett tidigare presenterat förslag att skapa regionala enheter vid universitet och högskolor, i likhet med den brittiska modellen (SOU 1991:6).

System för kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring

Staten har stöttat och i vissa avseenden varit pådrivare vid utvecklingen av ett kvalitetstänkande i sjukvården. Genom tillägg i HSL och genom den nya föreskriften om Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24) tydliggörs ansvarsfördelningen. Det förefaller högst rimligt att placera ansvaret på vårdgivaren och på verksamhetsföreträdare, medan statens roll blir att utöva verksamhetstillsyn. Denna rollfördelning är delvis ny och det kommer att ta tid – men också kräva kompetensuppbyggnad hos såväl staten som huvudmännen och sjukvårdens professioner – att finna formerna för en sådan rollfördelning. I en nationell strategi för kunskapsstyrning bör ingå en utvärdering av

såväl kvalitetsföreskriften som de olika aktörernas förmåga att stötta utvecklingen.

Nationell verksamhetsuppföljning och uppbyggnad av nationella sjukvårdsregister

System och rutiner för verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården är av flera skäl ett mycket komplicerat område. Avsaknaden av etablerade mått och mätmetoder för vårdens resultat gör att området behöver utvecklas innan en allmänt accepterad kvalitets- och resultatuppföljning kan skapas. En ytterligare komplicerande faktor är att statens behov av enhetliga mått för nationella uppföljningar av hälso- och sjukvården kommer i konflikt med huvudmännens önskan att utforma egna system för verksamhetsuppföljning. Statens möjligheter att ställa krav på viss typ av information är med dagens rollfördelning begränsade. Framtagning av information om befolkningens hälsa, sjukvårdens prestationer och resultat förutsätter ofta registrering av basala data som lämpligast sker i den dagliga verksamheten. En tredje komplicerande faktor är den svåra balansgången mellan önskemålet om ökad öppenhet i redovisningen av verksamhetsdata och behovet av kvalificerade tolkningar av information innan denna publiceras. Det gemensamma intresset hos staten och Landstingsförbundet för uppbyggnaden av en nationell informationsstruktur kan avläsas i de senare årens Dagmaröverenskommelser. Styrgruppen för hälso- och sjukvårdsfrågor har spelat en viktig roll vid implementeringen av sådana inslag som har beslutats genom Dagmaröverenskommelsen. Ett sådant exempel utgör finansieringen av och metodstödet till de nationella kvalitetsregistren. Vi noterar att styrgruppen har varit okänd för de allra flesta som är verksamma i sjukvården. Om ett formaliserat samarbete mellan statliga myndigheter och företrädare för huvudmän fortsättningsvis skall användas i en strategi för kunskapsstyrning bör rollen för denna beslutsgrupp bli tydligare.

Den samverkan mellan stat och sjukvårdshuvudmän – som hittills manifesterats genom Dagmaröverenskommelser – har varit betydelsefull vid genomförandet av stora strategiska utvecklingsprojekt i sjukvården, där de enskilda landstingen utgjort för små enheter. På längre sikt, när flera av de försöksverksamheter som initierats, skall överföras till en reguljär verksamhet, ställs dock krav på en tydligare ansvarsfördelning mellan stat, huvudmän och vårdens professioner.

Statens önskemål om ett bättre underlag för verksamhetsuppföljning inom sjukvården har kommit till uttryck i ett flertal utredningar. Bättre system för verksamhetsstatistik inom den öppna vården liksom

kostnadsuppgifter för olika vårdtjänster har stått på dagordningen under lång tid. De gemensamma principerna för verksamhetsbeskrivning, t.ex. enhetliga termer vid utformningen av lokala informationssystem, är viktiga områden för staten att bevaka. Staten har emellertid haft små möjligheter att agera gentemot landstingen på detta område, liksom vid utformningen av den nationella hälso- och sjukvårdsstatistiken.⁵¹ Det finns därför anledning att diskutera alternativa vägar. En möjlig strategi är att staten via ett ansökningsförfarande lämnar ett kraftfullt ekonomiskt och metodmässigt stöd till ett eller ett par landstingsområden och kommuner som får i uppgift att vara föregångare i en sådan utveckling.

System för att göra information om hälso- och sjukvården mer tillgänglig

Det arbete som sker inom enheten för medicinsk praxis (tidigare MARS-sekretariatet) vid Socialstyrelsen är åtminstone vad gäller den del som avser statens egen produktion av information föga kontroversiellt. Med hjälp av modern teknik och bättre hjälpmedel kan användningen av nationella register underlättas, såsom cancerregistret och vårdregistret. Detta kan ske med hjälp av cd-rom skivor eller via Internet. Det samarbete mellan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri, SBU och Läkemedelsverket som lett fram till utvecklingen av en gemensam hemsida på Internet, "Svenskt medicinskt fönster", innebär en viss nationell samordning utan att rollerna behöver blandas ihop. Det förefaller naturligt att efter hand överväga en medverkan av andra aktörer, t.ex. Svenska Läkaresällskapet och Svensk Sjuksköterskeförening. Medicinska forskningsrådet (MFR) ingår numera som en part i samarbetet. I takt med att information som berör den kommunala äldreården finns tillgänglig bör åtminstone de delar som har en tydlig medicinsk profil kunna länkas till den gemensamma hemsidan.

5.10.3 Överföring av information som statligt styrinstrument

Den andra formen för kunskapsstyrning är att aktivt medverka i sammanställning av information. Det gäller i första hand vetenskaplig information om effektiviteten hos medicinska metoder. I detta samman-

⁵¹ Det nyligen påbörjade projektet om samordnad verksamhetsuppföljning, som involverar ett antal nationella organisationer, är ett försök att samordna och bringa ordning i den nationella statistiken (Bengtsson 1999).

hang kan staten rikta sig både till enskilda beslutsfattare i vården och till huvudmän (landsting och kommuner).

Behovet av systematiska litteraturöversikter kring forskningsresultat liksom konsekvensanalyser i sjukvården har förstärkts i takt med att antalet vetenskapliga arbeten ökat dramatiskt, och i kombination med ökat inflöde av medicinska innovationer. Sjukvården har också blivit allt mer specialiserad vilket gör det svårt för enskilda läkare att följa med utvecklingen utanför det egna specialistområdet. Det är uppenbart att staten har en roll vid sammanställningen av information. Utbudet från andra länder av sammanställningar kommer visserligen att öka, vilket i princip kommer att gynna alla sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Överföringen av internationella resultat till svenska förhållanden kräver dock många gånger en nationell anpassning, vilket ställer stora krav på de fåtaliga experter som går att uppbringa inom landet. Det är lämpligt att staten ansvarar för denna process eftersom resultaten i hög grad är en typ av kollektiva nyttigheter, vilka gagnar hela nationen.

Vår genomgång av svenska aktiviteter på området visar att staten är involverad i flera olika sammanhang. Staten är representerad genom ett antal myndigheter – t. ex. Socialstyrelsen, SBU och Läkemedelsverket – vilka valt delvis olika arbetsformer. Dessutom medverkar staten vid framtagningen av state-of-the-art dokument och vid de konsensuskonferenser som arrangerats av MFR och Spri. I samtliga fall sker dock sammanställningarna genom medverkan av medicinska experter som är anställda inom landstingen. Inte sällan figurerar samma experter i flera arbetsgrupper samtidigt, men med olika uppdragsgivare.

Fortfarande råder emellertid en stor osäkerhet om värdet av de olika komponenterna. Den vanligaste kritiken är att de inte får genomslag i praktiken och att de nationella aktiviteterna är dåligt samordnade. Det kan t.ex. finnas ett behov av viss samordning mellan Socialstyrelsen, SBU och Läkemedelsverket. Ett mer informellt samarbete som resulterat i regelbundna överenskommelser finns etablerat, men det handlar inte bara om att undvika regelrätta kollisioner (överlappning av arbete), utan att utveckla ett samarbete som syftar till att myndigheter och andra organisationer bättre kan komplettera varandra. Ett annat viktigt skäl är att tydliggöra arbetsfördelningen för utomstående. Det är också oklart vilka informationsformer som är mest effektiva, på grund av svårigheten att bedöma genomslaget i vården. Det är endast genom uppföljningar av nuvarande och kommande aktiviteter som detta kan klarläggas.

En intressant fråga av strategisk natur gäller statens roll vid överföringen av vetenskaplig information, särskilt frågan om informationen skall föras med vidhängande rekommendationer. Statens styrning

hittills kan sägas vara riktad både mot sjukvårdens professioner och mot huvudmännen, vilka har ett gemensamt ansvar för att omsätta forskningsresultat i praktisk hälso- och sjukvård. I en nationell strategi för "kunskapsstyrning" bör ansvarsfördelningen mellan staten och andra aktörer klargöras med avseende på implementeringen av resultaten.

Alla typer av nationella kunskapsöversikter (eller riktlinjer) kräver ett lokalt ställningstagande i form av vårdprogram eller lokala riktlinjer. En nationell kunskapsöversikt är en av flera informationskällor i denna process. I t.ex. USA och Kanada har databaser skapats där ett stort antal "guidelines" ingår (vilka uppfyller vissa kriterier). I en tid då tillgången på information ökar mycket snabbt får den nationella nivån snarast en "servicefunktion" för att underlätta visst lokalt arbete. Ibland framförs åsikten att det är slöseri med resurser att göra litteraturöversikter och att framställa riktlinjer ("guidelines") när samma arbete har gjorts utomlands. Erfarenheterna i Sverige (bl. a. från SBU) tyder dock på att översättningar av dokument från andra länder fungerar dåligt i den egna nationella miljön. Däremot kan underlag framställda i andra länder utgöra ett värdefullt bidrag till arbetet med nationella rekommendationer och vårdprogram.

Vi uppfattar att den internationella utvecklingen går i riktning mot att förstärka legitimitetsgrunden för rekommendationer och direktiv inom hälso- och sjukvårdens område (man kan hänvisa till många initiativ i den riktningen i åtskilliga länder). "Kunskapsstyrning" får sin legitimitet från två håll – deltagande och evidens. Man bör involvera vårdens professioner och på så sätt medverka till att formen för att ta fram rekommendationer uppfattas som legitim. I takt med framväxten av vetenskapliga underlag inom olika vårdområden måste flera vårdyrkesgrupper ges möjlighet att medverka och ta ansvar för innehållet i rekommendationer. Men det räcker antagligen inte med att representanter för professioner medverkar, utan det bör också finnas en god överensstämmelse mellan rekommendationer och det vetenskapliga underlaget. På områden där sådant underlag saknas, eller är bristfälligt, bör inte rekommendationer kläs i en vetenskaplig dräkt utan framställas som administrativ, professionell eller politisk bedömning. Självklart är sådana bedömningar nödvändiga i många sammanhang, men utgångspunkterna bör då framgå. En viss sammanblandning är oundviklig när man diskuterar utvecklingen av vård för olika patientgrupper (vetenskaplig dokumentation finns knappast som grund för alla nödvändiga ställningstaganden). Inom vissa områden kan statens auktoritet fungera som styrform (där legitimitetsgrunden erhålls genom den demokratiska processen) – t.ex. områden där det föreligger risker för patienter eller där det finns problem av etisk natur. I fallet med kunskapsstyrning är

dock utgångspunkten en annan legitimitetsgrund. "Kunskapsstyrning" bygger på insikt och en egen kunskapsbildningsprocess hos mottagaren, inte på föreskrifter.

5.10.4 Intressanta utvecklingsområden i en nationell strategi

En intressant men samtidigt komplicerad fråga är hur patienterna och deras organisationer kan involveras i en strategi för "kunskapsstyrning". Det finns i dag starka politiska signaler i Sverige att patienternas ställning i vården bör stärkas. En möjlighet för staten att påverka en samhällssektor är att "skapa" nya aktörer eller genom att förstärka redan befintliga aktörer, för att därigenom bättre balansera andra aktörer och därmed också påverka deras preferenser. En bättre utbildad och informerad allmänhet bör leda till ökad efterfrågan på "bästa möjliga kunskap" i sjukvården (Domenighetti, Grilli och Liberati 1998). Frågan är bara hur denna resurs skall kunna kanaliseras och om staten kan dra nytta av en sådan kraft i sin ambition att utveckla former för "kunskapsstyrning". Vi tror oss inte kunna presentera en färdig lösning, utan vill endast aktualisera frågan. Ur statens perspektiv är det rimligtvis viktigt att ett välorganiserat patientkollektiv inte drabbas av motsättningar och allehanda lösningar, utan aktivt bevakar kunskapsutvecklingen inom sina respektive områden. Idealt skulle patientorganisationerna tillsammans eller var för sig kunna ställa krav på både landsting och professioner att planera och besluta enligt bästa tillgängliga kunskap. Hur staten skall kunna dra nytta av denna potential och aktivt bidra till att stärka patientrollen just med sikte på att åstadkomma sådana resultat kräver dock ytterligare analyser. Det gäller bl.a. frågan hur man kan underlätta för patienter att finna relevant information, vilka incitament den enskilde har i detta sammanhang, samt i vilka former denna information kan "auktoriseras".

En annan fråga är hur administrativa beslut i svensk sjukvård kan göras mer kunskapsbaserade. Vi har tidigare pekat på behovet av förstärkt utbildning inom detta område. Vad gäller läkarkårens roll i sammanhanget är förslaget om bildandet av Svensk förening för administrativ medicin, inom Svenska läkaresällskapet, en indikation på ett ökat intresse mot ett kunskapsinriktat synsätt bland läkare verkamma inom det administrativa området. Som ett resultat av Dagmaröverenskommelsen har Landstingsförbundet påbörjat ett utvecklingsarbete där operativa ledare i svensk sjukvård skall penetrera frågan hur man leder en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård i tider av stark förändring (se också avsnitt 5.8.1). Från 1999 kommer Vårdförbundet

att inrätta ett särskilt Vårdledarforum, där chefer på olika vårdnivåer, samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i kommunerna, bildar ett rådgivande organ. Det är synnerligen viktigt att ett kunskapsbaserat synsätt förankras bland operativa ledare på olika nivåer inom hälso- och sjukvården för att kunskapsstyrning skall ha förutsättning att få genomslag på det lokala planet.

Ett tredje område som är viktigt att uppmärksamma i anslutning till en nationell strategi för "kunskapsstyrning" gäller Sveriges roll i det internationella samarbetet på hälso- och sjukvårdens område. Vi har i liten utsträckning behandlat frågan om hur medlemskapet i Europeiska Unionen (EU) påverkar förutsättningarna för "kunskapsstyrning" inom hälso- och sjukvårdens område i Sverige. Det är viktigt att uppmärksamma denna aspekt även om implikationerna för inslag av "kunskapsstyrning" ännu inte är helt klarlagda. Internationell samverkan kan dock bedrivas i olika former och på olika nivåer. Inom det område som berör utvärdering av medicinsk teknologi är t.ex. SBU aktiv inom INAHTA (International Network for Agencies in Health Technology Assessment); en samarbetsorganisation för nationella organisationer. Syftet är att stimulera till utbyte av såväl resultat som metodkunskande. Nu diskuteras också etableringen av ett europeiskt kontor för koordinering av aktiviteter inom utvärderingsområdet. Denna form av internationalisering är påtaglig i många sammanhang, och det vore värdefullt att i en nationell strategi ta ställning till vilken roll Sverige bör spela i sådana sammanhang och vilka resurser som bör avdelas till internationell verksamhet. Utvärdering av medicinsk teknologi utgör bara ett område – det finns andra liknande aktiviteter både inom och utanför EU. Det finns bl.a. långt framskridna planer på att etablera ett European Observatory on Health Care Systems, med ambitionen att göra icke-medicinska beslutsunderlag i hälso- och sjukvården mer evidensbaserade (Richards 1999). Ett annat område utgör europeiskt samarbete vid utvecklingen av kliniska riktlinjer ("clinical guidelines"). Hittills har sådant arbete bedrivits i professionella organisationer och inte inom ramen för EU. Man kan dock förvänta sig ännu mer aktiviteter på detta område, varför det är viktigt att i en strategi för kunskapsstyrning även belysa vilken roll riktlinjer utvecklade på internationell eller europeisk nivå kan spela för svenskt vidkommande. Det är rimligt att tänka sig att statens roll i detta sammanhang blir att finna metoder för att underlätta för en förankring av internationella riktlinjer i den svenska miljön.

5.11 Slutsatser

- Kunskapsstyrning kan betraktas som ett samlingsbegrepp för sådana styrformer som syftar till att åstadkomma ett mer kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården. Avsikten är att stödja sjukvårdsorganisationen så att dess medarbetare utvecklar ett kritiskt synsätt och i varje situation söker tillämpa bästa möjliga kunskap. Kunskapsstyrning är således ingen enhetlig företeelse utan kan förekomma i många olika former. För statens vidkommande utgör den endast en av flera möjliga styrformer inom hälso- och sjukvårdens område. Avsikten kan inte vara att kunskapsstyrning helt skall ersätta andra styrformer – den tillämpas parallellt med andra styrformer. Där t.ex. svåra etiska ställningstaganden krävs kommer värderingar att i hög grad ligga till grund för andra styrformer. Staten måste alltid ha ett handlingsutrymme för att kunna applicera för tillfället lämpliga styrformer.
- Hälso- och sjukvården har alltid varit kunskapsbaserad, men tillämpningen av denna kunskap har bl.a. resulterat i avsevärda variationer i medicinsk praxis. Ur statens synvinkel är det centrala målet med kunskapsstyrning att medverka till att tillgängliga resurser används på bästa sätt genom att vården över hela landet utformas i enlighet med för tillfället bästa möjliga tillgängliga kunskap. Ett kunskapsbaserat eller evidensbaserat beslutsfattande inom hälso- och sjukvården innebär dock inte att endast vetenskapligt baserad kunskap kan tillämpas. I avsaknad av sådan kunskap används den bästa möjliga kunskapen – sjukvården måste baseras på olika typer av kunskap, förutom vetenskaplig kunskap även praktisk kunskap och "tyst kunskap". Ett kunskapsbaserat beslutsfattande kan underlättas genom att staten medverkar i sammanställningar av information, överföring av information samt bidrar till att villkoren på lokal nivå i hälso- och sjukvården är sådana att de stimulerar till en lärande organisation och förändrade handlingsmönster. Kunskapsstyrning kan innehålla inslag som syftar till att åstadkomma "likriktning" av det medicinska handlandet och åtföljande resultat. I det sammanhanget kan på nationell nivå producerade "riktlinjer" och "rekommendationer" förekomma. Grunden för kunskapsstyrning är dock ett lokalt ställningstaganden till befintlig information – en kunskapsbildningsprocess bland sjukvårdens personal.
- Vi har identifierat två "modeller" för kunskapsstyrning som kortfattat innebär (a) sammanställning och överföring av information, där staten även kan delta i tolkningen (genom rekommendationer,

riktlinjer) samt (b) åtgärder för att påverka förutsättningarna på verksamhetsnivå att ta till sig information och utveckla ett kritiskt tänkande (t.ex. insatser inom utbildning och forskning). Eftersom kunskapsstyrning på det hela taget är ett oprövat inslag i svensk hälso- och sjukvård vad gäller de långsiktiga effekterna måste tillämpningen av dessa modeller bli föremål för utvärdering – för att se om de fungerar separat eller i kombination.

- Inom hälso- och sjukvårdens område uppträder staten i många olika skepnader och aktiviteter som kan relateras till kunskapsstyrning involverar många olika aktörer. Vår sammanställning visar att en mängd aktiviteter pågår, vilka kan sägas falla inom ramen för kunskapsstyrning, men det är oklart hur de är koordinerade. Det är sannolikt en styrka med flera aktörer som tar initiativ, men dubbelarbete och motstridiga resultat måste undvikas – detta kan annars ge ett negativt intryck på verksamhetsnivå i hälso- och sjukvården. Även om många olika inslag bör prövas, kan staten inom sig behöva koordinera aktiviteterna.
- Vi menar att det finns ett behov av en nationell strategi för den långsiktiga utvecklingen av kunskapsstyrning. Ett första steg bör vara att identifiera de komponenter som skall ingå i ett system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Dessa kan delas in i (a) komponenter som förstärker hälso- och sjukvårdens förutsättningar att generera och ta till sig ny kunskap om vård och behandling, och (b) överföring av information som en statligt styrform. Därutöver har vi identifierat tre intressanta utvecklingsområden. Det första gäller frågan hur patienter/patientorganisationer och befolkningen i stort skall kunna inkluderas i en strategi för statlig kunskapsstyrning. Det andra området gäller hur administrativa beslut i hälso- och sjukvården skall kunna bli mer kunskapsbaserade och vilken roll staten kan spela i detta avseende. Ett tredje område som kräver särskild uppmärksamhet gäller det internationella samarbetet inom och utanför EU. Det pågår en rad aktiviteter internationellt som kommer att få konsekvenser för den svenska hälso- och sjukvården.
- Vi föreslår följande tentativa utvecklingslinjer i en nationell strategi för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården:

-Utbildning av sjukvårdspersonal

Insatser inom utbildningsområdet förfaller vara ett hittills inte tillräckligt uppmärksammat inslag i statens kunskapsstyrning. Med hänsyn tagen till rollfördelningen inom hälso- och sjukvårdssektorn

är utbildning ett område där staten har stora möjligheter att agera mer målmedvetet. Man bör ha i åtanke den kraftfulla roll som industrin intagit gentemot sjukvårdens professioner när det gäller "kunskapsstyrning" – vilket kommer till uttryck på olika sätt. Det finns anledning för staten att överväga hur de anställda i sjukvården fortsättningsvis skall få sin information om nya utvecklingslinjer tillgodosedd. Det finns tecken som tyder på att Sverige inte håller jämna steg med andra jämförbara länder vad gäller kapacitet för kritisk granskning av den vetenskapliga litteraturen (evidensbaserad hälso- och sjukvård). För att principerna bakom evidensbaserad hälso- och sjukvård skall kunna få genomslag i olika utbildningar av hälso- och sjukvårdens personal bör inledningsvis ett antal handledare kunna genomgå utbildning utomlands för att Sverige snabbt skall kunna öka kapaciteten inom detta område.

-Forskning och utveckling

Vid utformningen av en nationell strategi för kunskapsstyrning är det framför allt den kliniska utvärderingsforskningen som utgör en resurs av synnerligen stor strategisk betydelse om staten önskar agera inom området. Bristen på studier som visar konsekvenserna av nya metoder i sjukvården har påtalats vid ett flertal tillfällen. I t.ex. Storbritannien och Nederländerna har staten avsatt särskilda medel för detta ändamål. En möjlighet är att inrätta ett nationellt råd eller fond för utvärderingsforskning i Sverige.

-Organisation för teknologiutvärdering

Mycket talar för att den svenska staten bör stärka sina ambitioner inom området teknologiutvärdering. Det kan ske genom en expansion av statliga myndigheter eller genom att man etablerar relationer till andra organisationer i landet och placerar uppdrag hos dessa, t.ex. universitet och högskolor. Särskilt bör frågan om finansieringen av insamlingen av primärdata till utvärderingar uppmärksammas (vilket har starka beröringspunkter med forskning och utveckling – se stycket ovan).

-System för kvalitetsutveckling

I en nationell strategi för kunskapsstyrning bör ingå en utvärdering av såväl den nya föreskriften om Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24) som olika aktörers förmåga att stötta utvecklingen av ett kvalitetstänkande i sjukvården.

-Nationell verksamhetsuppföljning och nationella sjukvårdsregister

De gemensamma principerna för verksamhetsbeskrivning, t.ex. enhetliga termer vid utformningen av lokala informationssystem, är viktiga områden för staten att bevaka. Staten har emellertid haft små

möjligheter att på egen hand agera gentemot landstingen på detta område, liksom vid utformningen av den nationella hälso- och sjukvårdsstatistiken. Det finns därför anledning att diskutera alternativa vägar. En möjlig strategi är att staten via ett ansökningsförfarande lämnar ett kraftfullt ekonomiskt och metodmässigt stöd till ett eller ett par landstingsområden som får i uppgift att vara föregångare i en sådan utveckling. En annan möjlighet är att fördjupa samarbetet med Landstingsförbundet och därigenom söka uppnå likartade effekter.

-System för att göra information om hälso- och sjukvården mer tillgänglig

Det samarbete mellan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri, SBU och Läkemedelsverket som har resulterat i en gemensam hemsida på Internet, "Svenskt medicinskt fönster", utgör ett av många exempel på samordning utan att rollerna därmed behöver blandas ihop. Det förefaller naturligt att efter hand överväga en medverkan av andra aktörer, t.ex. Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening), men också att länka information från de medicinska delarna av äldrevården.

-Överföring av information

En fråga av strategisk natur gäller statens roll vid överföringen av vetenskaplig information, särskilt frågan om informationen skall förses med vidhängande rekommendationer. Statens styrning kan sägas vara riktad både mot sjukvårdens professioner och mot huvudmännen, vilka båda har ett ansvar för att omsätta forskningsresultat i praktisk hälso- och sjukvård. I en nationell strategi för kunskapsstyrning bör ansvarsfördelningen mellan staten och andra aktörer klargöras med avseende på implementeringen av resultaten. Riskerna med en sammanblandning av legitimitetsgrunder bör uppmärksammas och om möjligt förebyggas – vilket kan ske genom att man tydligt anger vilka slutsatser som har vetenskapligt underlag och vilka som baseras på andra ställningstaganden.

5.12 Referenser

- Agardh CD. Enkätvar – uppföljning av Nationella Riktlinjer för Diabetes (NRDM). 1998-02-01.
- Allery LA, Owen PA, Robling MR. 1997. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *British Medical Journal* (314): 870–874.
- Anell A, Persson M. 1996. Personalresurser i svensk sjukvård – utvecklingslinjer och internationell jämförelse. Arbetsrapport 1996:9. Lund: IHE.
- Anell A, Svarvar P. 1999. ”Statlig styrning av hälso- och sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen” i *Bilaga 2-6, SOU 1999:66*.
- Arvidsson G, Jönsson B. 1997. Politik och marknad i framtidens sjukvård. Stockholm: SNS Förlag.
- Audet AM, Greenfield S, Field M. 1990. Medical Practice Guidelines: Current Activities and Future Directions. *Annals of Internal Medicine* (113): 709–714.
- Batalden PB, Stoltz PK. 1993. A Framework for the Continual Improvement of Health Care. Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *Journal on Quality Improvement* (19): 424–445.
- Bengtsson AL. 1998. Granskar kursutbudet. Kirurgerna startar sitt eget utbildningsinstitut. *Dagens Medicin* Nr. 51–52: 6.
- Bengtsson AL. 1999. System för en mer samordnad verksamhetsuppföljning på gång. *Dagens Medicin* Nr. 7: 10.
- Bero L, Grilli R, Grimshaw J, Harvey E, Oxman A, Thomson MA. 1998. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings by health care professionals. I: Haines A, Donald A (eds.) *Getting Research Findings into Practice*. London: BMJ Books.
- Black N. 1997. A National Strategy for Research and Development: Lessons from England. *Annu. Rev. Public Health* (18): 485–505.
- Blom L. 1998. Ny sajt samlar rekommendationslistor. *Dagens Medicin* Nr. 50: 14.
- Blum BI. 1984. Information systems for patient care. New York: Springer-Verlag.
- Calltorp J. 1986. Konsensuskonferenser i Sverige – effekter inom sjukvårdspolitik och administration. Stockholm: Medicinska forskningsrådet & Spri.

- Carlsson P, Garpenby P, Bonair A. 1991. Kan sjukvårdens styras? En rapport om spridning och kontroll av medicinsk teknologi. CMT Rapport 1991:5. Linköping: Linköpings universitet.
- Carlsson P, Törnwall J, Ihre T. 1999. SBU Alert värderar nya medicinska metoder. "Lathund" på nätet skall uppdatera vårdens beslutsfattare. *Läkartidningen* (96): 758–760.
- Coulter A. 1997. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Serv Res Policy* (2): 112–121.
- de Haes HCJM, Molenaar S. 1997. Patient Participation and Decision Control. Are Patient Autonomy and Well-being Associated? *Medical Decision Making* (17): 353–354.
- Deber RB. 1994. Physicians in health care management: The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *Can Med Assoc J* (151): 423–427.
- Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. 1998. Promoting Consumers' Demand for Evidence-Based Medicine. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* (14): 97–105.
- Döhler M. 1995. The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care. *Governance* (8): 380–404.
- Edelman M. 1988. *Constructing the Political Spectacle*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Effective Health Care Bulletin. 1994. Implementing Clinical Practice Guidelines, No. 8.
- Fagerström Å. 1998. Nack- och ländryggsbesvär granskas. *Sjukgymnasten* Nr. 11: 24
- Falk-Wadman B. 1998. Astra bröt inte mot reglerna. Prejudicerande beslut om läkemedelsinformation på Internet. *Dagens Medicin* Nr. 50: 43.
- Freeman G P. 1985. National Styles and Policy Sectors. Explaining Structured Variation. *Journal of Public Policy* (5): 467–495.
- Freidson E. 1970. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson E. 1989. *Medical Work in America. Essays on Health Care*. New Haven: Yale University Press.
- Garpenby P. 1996. Att värna den svenska sjukvårdens kvalitet. Ett historiskt perspektiv 1900–1980. SHS 25. Tema Hälsa och samhälle. Linköping: Linköpings universitet.
- Garpenby P, Byrsjö J. 1998. Den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen – en utvärdering. CMT Rapport 1998:9. Linköping: Linköpings universitet.

- Garpenby P, Carlsson P. 1994. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården. CMT-Rapport 1994:2. Linköping: Linköpings universitet.
- Garpenby P, Carlsson P. 1996. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården – en uppföljande studie. CMT-Rapport 1996:7. Linköping: Linköpings universitet.
- Glasziou P, Guyatt GH, Dans AL, Dans LF, Straus S, Sackett DL. 1998. Applying the results of trials and systematic reviews to individual patients. *Evidence-Based Medicine* (3): 165–166.
- Goldstein JL, Brown MS. 1997. The clinical investigator: Bewitched, Bothered, and Bewildered – But still Beloved. *J Clin Invest* (12): 2803–2812.
- Goodpastor WA, Montoya ID. 1996. Motivating physician behaviour change: social influence versus financial contingencies. *International Journal of Health Care Quality* 9/6: 4–9.
- Grimshaw JM, Russell IT. 1993. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet* (342): 1317–1322.
- Grimshaw JM, Russell IT. 1994. Achieving health gain through clinical guidelines. II: Ensuring guidelines change medical practice. *Quality in Health Care* (3): 45–52.
- Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S et al. 1995. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* (4): 55–64.
- Hernes G. 1978. *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hoffenberg R. 1986. *Clinical Freedom*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Hurwitz B. 1998. *Clinical guidelines and the Law: Negligence, discretion and judgement*. Oxford: Radcliff Medical Press.
- Högskoleverket 1996. *Utvärdering av de medellånga vårdutbildningarna*. Rapport 1996:7. Stockholm: Högskoleverket.
- Högskoleverket 1997. *Läkarutbildningen i Sverige – hur bra är den?* Rapport 1997:29. Stockholm: Högskoleverket
- Institute of Medicine. 1985. *Assessing Medical Technologies*. Washington: National Academy Press.
- Johnsson M. 1986. *Kunskaps spridning och medicinskt handlande*. Institutionen för socialmedicin. Uppsala: Uppsala universitet.
- Katz J. 1984. *The Silent World of Doctor and Patient*. New York: The Free Press.

- Kitson A, Harvey G, McCormack B. 1998. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual model. *Quality in Health Care* 7: 149–58.
- Kommunförbundet 1998a. Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Kommunförbundet 1998b. Sysselsättningen i kommunerna 1990–1997. Bilaga 1. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Krasner SD. 1984. Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics. *Comparative Politics* (16): 223–46.
- Landstingsförbundet och Socialstyrelsen 1987. Kranskärslssjukvårdens utbyggnad i Sverige. Expertrapport. Stockholm: Landstingsförbundet & Socialstyrelsen.
- Landstingsförbundet 1998a. Genombrott - att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsförbundet 1998b. Informationsbehov för styrning och uppföljning av hälso- och sjukvården. Förslag till förändringar av statistiken på kort och längre sikt. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Linder SH, Peters BG. 1989. Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *Jnl Publ Pol* 9: 35-58.
- Lomas J. 1993. Diffusion, Dissemination, and Implementation: Who should Do What? I: Warren KS, Mosteller F. *Doing More Good Than Harm: The Evaluation of Health Care Interventions*. New York: The New York Academy of Science.
- Lomas J, Sisk JE, Stocking B. 1993. From Evidence to Practice in the United States, the United Kingdom, and Canada. *The Milbank Quarterly* 71: 405–410.
- Lowi TJ. 1969. *The End of Liberalism: Ideology, Policy and the Crisis of Public Authority*. New York: Norton.
- Lundquist L. 1987. *Implementation Steering. An Actor-Structure Approach*. Lund: Studentlitteratur.
- Majone G. 1997. The new European agencies: regulation by information. *Journal of European Public Policy* (4): 262–275.
- Mansfield CD. 1995. Attitudes and behaviour towards clinical guidelines: the clinicians' perspective. *Quality in Health Care* (4): 250–255.
- Mantas J. 1998. Developing curriculum in nursing informatics in Europe. *Inte J Med Inf* (50): 123–32.
- Maynard A. 1997. Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *The Lancet* (349): 126–128.

- Medicinska Forskningsrådet. 1998. Den kliniska forskningens kris och pris. MFR-rapport 5. Stockholm: Medicinska Forskningsrådet.
- Mittman B, Tonesk X, Jacobson P. 1992. Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behaviour change. *Quality Review Bulletin* (18): 413–422.
- Nagelkerk J, Ritola PM, Vandort PJ. 1998. Nursing informatics: the trend of the future. *J Contin Educ Nurs* (29): 17–21.
- Neumann PJ, Sandberg EA. 1998. Trends in health care R&D and technology innovation. *Health Affairs* (17): 111–119.
- Nilsson P, Fritz T, Carlgren G. 1998. Det behövs ett nätverk för diabetesintresserade allmänläkare. *Allmänmedicin* (19): 80–81.
- Nordlinger EA. 1981. *On the Autonomy of the Democratic State*. Cambridge: Harvard University Press.
- Olsson B. 1996. "Har vi ingen annan utbildning kan man väl inte begära att vi tar bort industrins bidrag..." *Allmänmedicin* (17): 236.
- OTA. 1976. *Development of Medical Technologies Opportunities for Assessment*. Office of Technology Assessment, U.S. Congress. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Perry S, Gardner E, Thamer M. 1997. The Status of Health Technology Assessment Worldwide. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* (13): 81–98.
- Peters BG. 1998. Managing horizontal government: the politics of co-ordination. *Public Administration* (76): 295–311.
- Poulsen PB. 1997. An international comparison of health technology assessment. CHS Working Paper 1997:6. Odense: Odense University.
- Regeringens proposition 1996/97:5. *Forskning och samhälle*.
- Regeringens proposition 1997/98:1. *Budgetpropositionen för 1998*.
- Regeringens proposition 1997/98. 113. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*
- Richardson JJ (ed.). 1982. *Policy Styles in Western Europe*. London: George Allen & Unwin.
- Riksförsäkringsverket 1996. *Dagmar 435 : en uppföljning av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården år 1995*. RFV redovisar 1996:13. Stockholm : Riksförsäkringsverket.
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen 1998. *SOCSAM – tidiga erfarenheter. En lägesrapport. Finansiell samordning 1998:2*. Stockholm: Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen.
- Richards T. 1999. European observatory will promote better health policy. *British Medical Journal* (318): 352.

- Rist RC. 1998. Choosing the Right Policy Instrument at the Right Time: The Contextual Challenges of Selection and Implementation. I: Bemelmans-Videc M-L, Rist RC, Vedung E. (eds) *Carrots, Sticks & Sermons. Policy Instruments & their Evaluation*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Rizzo JA, Sindelar JL. 1996. Medical Practice Guidelines and the Efficient Allocation of Resources. I: Abbott TA (ed.) *Health Care Policy and Regulation*. Boston: Kluwer.
- Rosén P, Persson M. 1998. Sjuksköterskeroll i förändring – en attitydundersökning om hemsjukvård och patientinflytande. Arbetsrapport 1998:2. Lund: IHE.
- Ross JM. 1998. Commentary on applying the results of trials and systematic reviews to individual patients. *Evidence-Based Medicine* (3): 167.
- Rothstein B. 1991. Demokrati, förvaltning och legitimitet. I: Rothstein B (red) *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Stockholm: SNS Förlag.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* (312): 71–72.
- SBU 1994. Behov av utvärdering inom sjuksköterskans arbetsområde. SBU-rapport 123. Stockholm: SBU.
- SBU, SSF. 1998a. Evidensbaserad omvårdnad. Strålbehandling av cancer. Nr 1. Stockholm: SBU och SSF.
- SBU, SSF. 1998b. Evidensbaserad omvårdnad – vid behandling av patienter med måttligt förhöjt blodtryck. Nr 2. Stockholm: SBU och SSF.
- Senge PM. 1995. Den femte disciplinen. Den lärande organisationens konst. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Shannon CE, Weaver W. 1949. *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.
- Sharp M. 1991. Pharmaceuticals and biotechnology: perspectives for European Industry. I: Freeman C, Sharp M, Walker W (eds). *Technology and the Future of Europe: global competition and the environment in the 1990s*. London: Pinter.
- Sheldon TA, Guyatt G, Haines A. 1998. Criteria for the implementation of research evidence in policy and practice. I: Haines A, Donald A (eds). *Getting Research Findings into Practice*. London: BMJ Books.
- Silverstrand N, Karlsson G. 1995. Läkemedelsverket. Läsvärdesundersökning av skriften "Information från Läkemedelsverket." Rapport P 4574. Sollentuna: IMU-Testologen AB.

- Sjönell G. 1996. Hyperlipidemi, vetenskap och karismatiska figurer. *Allmänmedicin* (17): 73–74.
- Skocpol T. 1985. *Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research*. I: Evans PB, Rueschemeyer D, Skocpol T. *Bringing the State Back In*. New York: Cambridge University Press.
- Skoglund C. 1998. Hälso- och sjukvårdens utmaningar inför 2000-talet. Om Landstingsförbundets engagemang i Sprimm. Rapport till Landstingsförbundet oktober 1998.
- Socialdepartementet. 1986. Utvärdering av medicinskt handlande – förslag till nationell samordning (stencil).
- Socialstyrelsen 1995. Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen 1998a. Försök med kommunal primärvård 1992–1998. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen 1998b. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1998. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen 1998c. Äldreuppdraget Årsrapport 1998. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. 1998d. Hälso- och sjukvården i Sverige 1998. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1991:6. Utvärdering av SBU : Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik: slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1994:12. Suveränitet och demokrati. Bilagedel med expertuppsatser. Stockholm: Utrikesdepartementet.
- SOU 1994:132. Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1994:144. Utjämning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 1995:27. Regional framtid. Slutbetänkande av Regionberedningen. Stockholm: Civildepartementet.
- SOU 1995:122 Reform på recept. Delbetänkande av HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1996:91. Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer: en översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. Betänkande av Utredningen om ersättningen till privata vårdgivare. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1998:41. Läkemedelsinformation för alla. Betänkande av Läkemedelsdistributionsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet.

- SOU 1998:128. Forskningspolitik. Slutbetänkande av Kommittén för översyn av den svenska forskningspolitiken, Forskning 2000. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Sudlow M, Thomson R. 1997. Clinical guidelines: quantity without quality. *Quality in Health Care* (6): 60–61.
- Wahlström R, Björkelund C, Nerbrand C. 1996. Om konsten att framställa rekommendationer – i synnerhet om hyperlipidemi-behandling. *Allmänläkarnas roll inom Läkemedelsverkets informationsverksamhet. Allmänmedicin* (17): 310–312.
- Varonen H, Mäkelä M. 1997. Practice guidelines in Finland: availability and quality. *Quality in Health Care* (6): 75–79.
- Wahlström R. 1997. Bridging the gap between guidelines and clinical practice: an educational intervention in primary care. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Westander F. 1995. Vägar till hushållning i sjukvården. Aktuella utvecklingslinjer – en översikt. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Westerståhl J, Johansson F. 1985. Bilden av Sverige. Studier av nyheter och nyhetsideologier i TV, radio och dagspress. Stockholm: SNS Förlag.
- Wilsford D. 1991. *Doctors and the State. The Politics of Health Care in France and the United States.* Durham: Duke University Press.
- von Krogh G, Roos J. 1996. *Managing Knowledge. Perspectives on cooperation and competition.* London: SAGE Publications.
- Øvretveit J. 1996. Informed choice? Health service quality and outcome information for patients. *Health Policy* (37): 75–90.

Kommentarer till tidigare versioner har lämnats av:

Björn Beermann, Läkemedelsverket
Mona Britton, SBU
Kaj Essinger, Landstingsförbundet
Henric Hultin, Västra Götalandsregionen
Bengt Jönsson, Handelshögskolan Stockholm
Karin Olsson, Vårdförbundet
Margareta Palmberg, Landstingsförbundet
Nina Rehnqvist, Socialstyrelsen
Ulf Schöldström, Sveriges läkarförbund
Olle Stendahl, MFR
Lars Werkö, SBU
Fredrik Westander, Landstinget i Värmland
Gerthrud Östlinder, Svensk sjuksköterskeförening

The first part of the book is devoted to a general introduction to the subject of the history of the book. The author discusses the various factors which have influenced the development of the book, and the different ways in which it has been used. He also touches upon the question of the book's place in the history of the church, and the role of the book in the life of the church.

The second part of the book is devoted to a detailed study of the book's text. The author examines the various passages of the book, and discusses their meaning and significance. He also touches upon the question of the book's authorship, and the date of its composition.

The third part of the book is devoted to a study of the book's reception history. The author discusses the various ways in which the book has been used, and the different interpretations which have been given to it. He also touches upon the question of the book's influence on the church, and the role of the book in the life of the church.

The fourth part of the book is devoted to a study of the book's place in the history of the church. The author discusses the various factors which have influenced the development of the church, and the different ways in which it has been used. He also touches upon the question of the church's place in the history of the world, and the role of the church in the life of the world.

KUNGL. BIBL.
 1999-07-19
 STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1999

Kronologisk förteckning

1. Nya förmånsrättsregler + Bilagor. Ju.
 2. Steriliseringsfrågan i Sverige 1935-1975. Ekonomisk ersättning. S.
 3. Yrkesfiskets konkurrenssituation. Jo.
 4. God sed i forskningen. U.
 5. Effektiva värme- och miljölösningar. N.
 6. Effektivare Totalförsvarsstöd i Östersjöområdet. Fö.
 7. Märk väl! Fi.
 8. Invandrarskap och medborgarskap. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 9. Att slakta ett får i Guds namn. Om religionsfrihet och demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 10. Rasism, nynazism och främlingskap. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 11. Bör demokratin avnationaliseras? Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 12. Elektronisk demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 13. Etik och demokratisk statskonst. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 14. Den framtida kommersiella lokalradion. Ku.
 15. Nytt system för prövning av hyres- och arrendemål. Ju.
 16. Ökad rättssäkerhet i asylärenden. UD.
 17. Garantipension och Bosättningsstillägg för personer födda år 1937 eller tidigare. S.
 18. Frågor till det industriella samhället. Ku.
 19. Artikel 7 i EG:s varumärkesdirektiv. Ändringar i varumärkeslagen. Ju.
 20. Sverige och judarnas tillgångar. UD.
 21. Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder. S.
 22. Den skyddade provinsen. En essä om demokratins värde och värdighet. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 23. Utveckling av mänskliga resurser i arbetslivet. Förslag till inriktning av nya mål 3 inom EG:s strukturfonder. N.
 24. EG:s strukturstöd. Ny organisation för de geografiskt avgränsade strukturfondsprogrammen. N.
 25. Samerna – ett ursprungsfolk i Sverige.
 26. Införslat av beskattade varor. Fi.
 27. Delta – Utredningen om deltidsarbete, tillfälliga jobb och arbetslöshetsersättningen. N.
 28. Kontantmetod för småföretagare. Fi.
 29. Internationell konflikthantering – att förbereda sig tillsammans. Fö.
 30. Yttrande om friheten och konkurrensen – Förslag till mediekoncentrationslag. m. m. Ku.
 31. Tillsyn över advokater m. m. Ju.
 32. Utvecklingssamarbete på rättsområdet. Ju.
 33. Bo tryggt – Betala rätt. Särskilda boendeformer för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg. S.
 34. Svenskt medborgarskap. Ku.
 35. Fastighetsmäklarnämnden – effektivare tillsyn. Fi.
 36. Likvidation av aktieföretag. Ju.
 37. Underrättelsetjänsten – en översyn. Fö.
 38. Följdleveranser i samband med export av krigsmateriel. UD.
 39. Vuxenutbildning för alla? Andra året med Kunskapslyftet. U.
 40. Demokratin i den offentliga sektorns förändring. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 41. Bevara dokumentärfilmens kulturarv. Åtgärdsförslag samt förslag till ett centrum för dokumentärfilm och en filmvårdscentral. Ku.
 42. Ny luftfartslag. N.
 43. Oberoende, ägande och tillsyn i revisionsverksamhet. Ju.
 44. Öppen elmarknad. N.
 45. Slutförvaring av kärnavfall. Kommunerna och platsvalsprocessen. M.
 46. Ökade socialbidrag. En studie om inkomster och socialbidrag åren 1990 till 1996. S.
 47. Mervärdesskatt – Frivillig skattskyldighet. Fi.
 48. Lära av Estonia. Den andra delrapporten och slutredovisning. N.
 49. Invandrare som företagare. Ku.
 50. Skydds jakt på varg. M.
 51. Smittskydd, samhälle och individ. Del A+B. S.
 52. Inkomstprövning av bostadstillägg till pensionärer. S.
 53. Ekonomisk brottslighet och sekretess. Ju.
 54. En ny tulllag. Fi.
 55. Konvergens och förändring. Samordning av lagstiftningen för medie- och telesektorer. Ku.
 56. Globaliseringen och demokratin. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 57. Rikstrafiken – En ny myndighet. N.
 58. Löser juridiken demokratins problem? Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
 59. Begränsad fastighetsskatt. Fi.
 60. Kundvänligare taxi. N.
 61. Brottsförebyggande arbete i landets kommuner. Ju.
 62. Bilan, miljön och säkerheten. Fi.
 63. Att lära och leda – En lärarutbildning för samverkan och utveckling. U.
 64. Representativ demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. Ju.
-

Statens offentliga utredningar 1999

Kronologisk förteckning

65. Barnombudsmannen. Företrädare för barn och ungdomar. S.

66. God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården + 2 bilagor. S.

Statens offentliga utredningar 1999

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Nya förmånsrättsregler + Bilagor. [1]
Invandrarskap och medborgarskap. Demokratiutredningens skriftserie. [8]
Att slakta ett får i Guds namn. Om religionsfrihet och demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. [9]
Rasism, nynazism och främlingskap. Demokratiutredningens skriftserie. [10]
Bör demokratin avnationaliseras?
Demokratiutredningens skiftserie. [11]
Elektronisk demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. [12]
Etik och demokratisk statskonst. Demokratiutredningens skriftserie. [13]
Nytt system för prövning av hyres- och arrendemål. [15]
Artikel 7 i EG:s varumärkesdirektiv.
Ändringar i varumärkeslagen. [19]
Den skyddade provinsen. En essä om demokratins värde och värdighet. Demokratiutredningens skriftserie [22]
Tillsyn över advokater m. m. [31]
Utvecklingssamarbete på rättsområdet. [32]
Likvidation av aktiebolag. [36]
Demokratin i den offentliga sektorns förändring. Demokratiutredningens skriftserie. [40]
Oberoende, ägande och tillsyn i revisionsverksamhet. [43]
Ekonomisk brottslighet och sekretess. [53]
Globaliseringen och demokratin. Demokratiutredningens skriftserie. [56]
Löser juridiken demokratins problem? Demokratiutredningens skriftserie. [58]
Brottsförebyggande arbete i landets kommuner. [61]
Representativ demokrati. Demokratiutredningens skriftserie. [64]

Utrikesdepartementet

- Ökad rättssäkerhet i asylärenden. [16]
Sverige och judarnas tillgångar. [20]
Följdleveranser i samband med export av krigsmateriel. [38]

Försvarsdepartementet

- Effektivare Totalförsvarstöd i Östersjöområdet. [6]
Internationell konflikthantering – att förbereda sig tillsammans. [29]
Underrättelsetjänsten – en översyn. [37]

Socialdepartementet

- Steriliseringsfrågan i Sverige 1935-1975. Ekonomisk ersättning. [2]

- Garantipension och Bosättningsstillägg för personer födda år 1937 eller tidigare. [17]
Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder. [21]
Bo tryggt – Betala rätt. Särskilda boendeformer för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg. [33]
Ökade socialbidrag. En studie om inkomster och socialbidrag åren 1990 till 1996. [46]
Smittskydd, samhälle och individ. Del A+B. [51]
Inkomstprövning av bostadstillägg till pensionärer. [52]
Barnombudsmannen. Företrädare för barn och ungdomar. [65]
God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården + 2 bilagor. [66]

Finansdepartementet

- Märk väl! [7]
Införsel av beskattade varor. [26]
Kontantmetod för småföretagare. [28]
Fastighetsmäklarnämnden – effektivare tillsyn. [35]
Mervärdesskatt – Frivillig skattskyldighet. [47]
En ny tullag. [54]
Begränsad fastighetskatt. [59]
Bilen, miljön och säkerheten. [62]

Utbildningsdepartementet

- God sed i forskningen. [4]
Vuxenutbildning för alla? Andra året med Kunskapslyftet. [39]
Att lära och leda – En lärarutbildning för samverkan och utveckling. [63]

Jordbruksdepartementet

- Yrkesfiskets konkurrenssituation. [3]
Samerna – ett ursprungsfolk i Sverige. [25]

Kulturdepartementet

- Den framtida kommersiella lokalradion. [14]
Frågor till det industriella samhället. [18]
Yttrandefriheten och konkurrensen – Förslag till mediekoncentrationslag m. m. [30]
Svenskt medborgarskap. [34]
Bevara dokumentärfilmens kulturarv. Åtgärdsförslag samt förslag till ett centrum för dokumentärfilm och en filmvårdscentral. [41]
Invandrare som företagare. [49]
Konvergens och förändring. Samordning av lagstiftningen för medie- och telesektorerna. [55]
-

Statens offentliga utredningar 1999

Systematisk förteckning

Näringsdepartementet

- Effektiva värme- och miljölösningar. [5]
- Utveckling av mänskliga resurser i arbetslivet.
- Förslag till inriktning av nya mål 3 inom EG:s strukturfonder. [23]
- EG:s strukturstöd. Ny organisation för de geografiskt avgränsade strukturfondsprogrammen. [24]
- Delta – Utredningen om deltidsarbete, tillfälliga jobb och arbetslöshetsersättningen. [27]
- Ny luftfartslag. [42]
- Öppen elmarknad. [44]
- Lära av Estonia. Den andra delrapporten och slutredovisning. [48]
- Rikstrafiken – En ny myndighet. [57]
- Kundvänligare taxi. [60]

Miljödepartementet

- Slutförvaring av kärnavfall. Kommunerna och platsvalsprocessen. [45]
 - Skydds jakt på varg. [50]
-



fakta info direkt

Tel 08-587 671 00. Fax 08-587 671 71.

Box 6430. 113 82 Stockholm.

order@faktainfo.se www.faktainfo.se