

Förord

Ansvarskommittén har i sitt slutbetänkande *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* (SOU 2007:10) lagt ett antal förslag till reformer. Sammantaget syftar dessa till att skapa en samhällsorganisation som ger förutsättningar för en långsiktigt hållbar utveckling, vilken bidrar till en god välfärd för medborgarna också i det längre framtidsperspektivet. Samhällsorganisationens utvecklingskraft, det vill säga dess förmåga att förnya sig, är en central utgångspunkt för kommitténs reformförslag.

Ansvarskommitténs förslag fokuserar på de institutionella ramar för statens och den samlade kommunala sektorns sätt att fungera. Statens och kommunsektorns förmåga att samverka och gemensamt bidra till att uppfylla medborgarnas rättmätiga krav och förväntningar betonas i slutbetänkandet. Staten och den statliga styrningen respektive det samlade kommunala uppdraget är två områden som kommittén arbetat med. Därutöver finns två sakområden, vilka lyftes fram av regeringen i tilläggsdirektiven (dir. 2004:93) där kommittén har fördjupat sin analys och även lagt mer detaljerade förslag. Dessa två områden är hälso- och sjukvården samt regional utveckling och regional samhällsorganisation.

Inom de fyra huvudområdena har sekretariatet tagit fram analysunderlag vilka redovisades för kommittén under hösten 2005 och våren 2006. Sekretariatsrapporten *Hälso- och sjukvården* har utgjort ett underlag för kommitténs diskussioner och arbete. Rapporten presenteras här huvudsakligen i det skick, som den lades fram för kommittén hösten 2005. Utifrån denna rapport beslutade sedan kommittén om vilka vägval som skulle återfinnas i den fortsatta processen och frågeområden som behövde fördjupas med anledning av vägvalen. Rapporten belyser således ett led i kommitténs arbete mot ett slutbetänkande.

Sekretariatsrapporten *Hälso- och sjukvården* tar sin ansats i en beskrivning av befintliga problem och utmaningar inom hälso- och

Innehåll

1	Utgångspunkter	7
2	Medborgarens perspektiv	9
2.1	Faktabakgrund	9
2.2	Framtida förändringar ur ett medborgarperspektiv.....	23
2.3	Sammanfattande kommentar om medborgarperspektivet	29
2.4	Utmaningar och problem ur ett medborgarperspektiv – vilka är de och vilka överväganden bör göras	30
3	Systemperspektivet	37
3.1	Faktabakgrund	37
3.2	Framtida förändringar ur ett systemperspektiv	64
3.3	Sammanfattande kommentar om systemperspektivet.....	73
3.4	Utmaningar och problem ur ett systemperspektiv – vilka är de och vilka överväganden bör göras	73
4	Kriterier för ansvarsfördelning.....	117
4.1	Ansvarskriteriet hushållning och effektivitet.....	117
4.2	Ansvarskriteriet demokrati och legitimitet	118
4.3	Ansvarskriteriet likvärdighet.....	119

5	Vägval	121
5.1	Huvudmannskapet för den hälso- och sjukvård som landstingen idag ansvarar för	122
5.2	Statlig styrning.....	125
5.3	Primärvården	127
5.4	Kommunerna.....	129
5.5	Patientens ställning	130
5.6	Vägval som rör angränsande sektorer	131
	Referenser.....	133

1 Utgångspunkter

Den svenska befolkningen har en god hälsa. Medellivslängden fortsätter att utvecklas positivt och dödligheten minskar inom viktiga sjukdomsgrupper. Hälsa- och sjukvården är en väsentligt bidragande orsak, men hälsans utveckling är naturligtvis relaterad till välfärden i stort. Svensk hälsa- och sjukvård är både kostnadseffektiv och presterar goda medicinska resultat. Inte minst visas detta vid internationella jämförelser med andra sjukvårdssystem.

Samtidigt som hälsan i befolkningen i allmänhet kan betraktas som god och sjukvårdssystemet fungerar effektivt, så finns det väsentliga problem. Inte minst har dessa belysts i olika statliga utredningar. Kommittén uppgift består inte i att åtgärda dessa problem, utan problemen skall ses som indikatorer på vad som utmanar hälsa- och sjukvårdssystemet på längre sikt. Uppgiften för kommittén är att skapa goda förutsättningar för det framtida hälsa- och sjukvårdssystemet. Det skall kunna fungera innovativt, kostnadseffektivt och möta de utmaningarna som finns i form av ohälsa, medicinteknisk utveckling, medborgaranspråk och begränsad mängd offentliga resurser. Man kan också uttrycka det som att kommittén inriktar sig på hur hälsa- och sjukvårdssystemet skall utformas för att skapa möjligheter på sikt snarare än att lösa dagens problem. Frågan är vilken uppgifts- och ansvarsfördelning som gör det möjligt för hälsa- och sjukvården att behålla kvalitet och utvecklingskraft i ett 20- till 30-årigt perspektiv.

Frågan om utvecklingskraft för systemet avgränsar sig inte till att handla om medicinsk kompetens och medicinska insatser. Styrning, ledning och uppföljning kommer med nödvändighet också i fokus för en verksamhet av den ekonomiska omfattning som hälsa- och sjukvården har. Hälsa- och sjukvården utgör nästintill en tiondel av den samlade bruttonationalprodukten.

För eller senare blir de flesta medborgare patienter, men användningen av hälsa- och sjukvårdens resurser fördelar sig ojämnt. För

det första går en stor del av resurserna till den äldre delen av befolkningen.¹ Resurserna fördelas efter behov och detta visar sig bland annat i att 3,5 procent av befolkningen tar hälften av resurserna i anspråk.²

Många länder har under de senaste 15 åren genomfört eller planerat att genomföra reformer av sina hälso- och sjukvårdssystem. Det har i första hand varit orsakat av den demografiska och ekonomiska utvecklingen. En komponent kan också vara det faktum att hälso- och sjukvården utvecklats radikalt och i vissa avseenden står inför ett paradigmskifte – eller nästintill. Den snabba förskjutningen från slutenvård till öppenvård är ett exempel på detta. Det andra är den IT-utveckling som ger möjlighet till ett mer samordnat system, bland annat i form av en samlad patientjournal. I ett sådant system är naturligtvis inte den enskilda läkaren den enda informationsbäraren. Den tredje är den snabba medicinska utvecklingen. Hög medicinsk kvalitet värderas ofta högre än närhet i avstånd.

Det viktigaste medborgarintresset kan definieras som att få bästa tänkbara vård och att mötas av en sjukvård som utgår från individens behov.

¹ Cirka 40 procent går till åldersgruppen som är över 65 år. Källa: Socialstyrelsen (2002) *Vårdens värde*

² Op.cit.

2 Medborgarens perspektiv

Kommittén skall beskriva problem och utmaningar ur såväl ett medborgarperspektiv som ur ett systemperspektiv. Medan systemperspektivet är väl belyst på hälso- och sjukvårdsområdet, saknas det i stor utsträckning information om hur medborgarna ser på frågor som vårdens resultat kvalitet, likvärdighet, bemötande och förmåga att anpassa sig till individens behov. De medborgar- och patientundersökningar som gjorts mäter ofta processkvalitet.¹ Utifrån dessa kan man dock konstatera att medborgarna anser att det finns brister i fråga om tillgänglighet.

Detta kapitel bygger på resultat från patient- och medborgarundersökningar och på möten som kommittén haft med patient- och handikapporganisationerna. Ett antal faktorer redovisas, som påverkar den framtida utvecklingen av sjukvården. Även utmaningar och problem redovisas ur medborgarperspektivet.

2.1 Faktabakgrund

I följande avsnitt redovisas resultat från enkäter och studier, som vänder sig till medborgare och patienter. Här återfinns också en redovisning av de tre möten som anordnats för att få synpunkter från patient- och handikapporganisationerna.

Medborgar- och patientstudier

Undersökningar som vänder sig direkt till brukarna är ett mycket viktigt medel när kvaliteten på en tjänst skall mätas. Trots betydelsen av dessa mätningar finns det många brister med de brukarundersökningar som görs inom hälso- och sjukvården.² För det första

¹ Processkvalitet innefattar frågor som "Hur länge fick du vänta, kom du fram i telefon?".

² Ds 2002:23 *Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen? – Vad säger brukarundersökningar och andra mått på kvalitet?*

analyseras sällan bortfallet. Just inom hälso- och sjukvården kan en bortfallsanalys vara extra nödvändig, eftersom bortfall kan bero på svår sjukdom eller stor funktionsnedsättning. För det andra saknas ofta frågor som belyser utfallet av hälso- och sjukvårdens insatser. De flesta undersökningar ägnas åt processkvalitet, medan få frågor riktar in sig på resultat kvalitet (har hälsan eller livskvaliteten blivit bättre eller sämre efter vården). För det tredje är ofta de allra äldsta exkluderade ur undersökningarna, vilket är olyckligt, eftersom denna grupp kan räknas till ”högkonsumenterna”. Även barnen och ungdomarna exkluderas ofta. Få enkäter har ett uttalat köns-perspektiv.

Patienterna är nöjda eller ganska nöjda med hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården visar de flesta brukarundersökningar att en hög andel, ca 70–80 procent, är mycket eller ganska nöjd. Hur detta skall tolkas är dock omtvistat. Det är väl känt att det finns en tendens att svara positivt på allmänna frågor om huruvida man är nöjd eller inte.³ Det är också så att även om en majoritet är nöjd, kan man fråga hur många som skall vara missnöjda för att man skall tala om brist eller problem.

Sammanfattningsvis kan konstateras att majoriteten av patienterna allmänt sett är nöjd med den svenska vården. Undersökningar pekar dock på att de med sämre hälsotillstånd inte är lika nöjda med sjukvården, som de med bättre hälsotillstånd.⁴

När det gäller förändringen av nöjdhet över tid är det inte möjligt att uttala sig om detta, eftersom det kräver en annan kvalitet på de undersökningar som görs.⁵ Attityden är dock i viss mån mindre positiv idag. Det kan bland annat ha att göra med skillnader mellan generationer, där yngre är relativt sett mindre nöjda med vården än äldre. Skillnaden mellan äldre och yngre patienter förefaller dessutom öka över tiden.

³ Op.cit.

⁴ CMT 2004:02 *Kvalitet i vården ur patientens perspektiv*.

⁵ Socialstyrelsen (2003) *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande*.

Patienternas kontakt med klagomålsinstanser

Ett annat perspektiv, som också ger en bild av hur patienterna upplever vården är att utgå från de klagomål som inkommer till framför allt patientnämnderna och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Medborgarna har möjlighet till ansvarsutkrävande genom de klagomålsprocedurer som finns. Möjligheterna att utkräva rättigheter genom dessa instanser är dock små.⁶ Patientnämnderna spelar en närmast obefintlig roll när det gäller rättigheter. HSAN har heller inte som uppgift att tillgodose patienternas rättigheter och utdömer ingen kompensation. Nämnden är inriktad på det disciplinära ansvaret hos sjukvårdspersonalen och tar enbart upp frågor som har betydelse för säkerheten i vården. Få medborgare känner dessutom till klagomålsmöjligheterna.⁷

Patientnämnderna dominerar starkt som klagomålsinstans. Fler kvinnor än män står för de anmälningar som görs. Kvinnors andel av anmälningar som lett till olika påföljder – i form av ersättning från Patientförsäkringen eller disciplinpåföljd från HSAN – är i sin tur ännu högre.⁸ Det vanligaste klagomålet för personer som tar kontakt med någon av landets 41 patientnämnder berör vård- och behandlingsfrågor.⁹ Ungefär lika många ärenden är dock numera kopplade till sjukvårdens organisation, regler och resurser.

Många sammanställningar av klagomålsstatistik utgår från patientnämnden i Stockholms län, som hanterar den största mängden klagomål i riket i absoluta tal. Denna patientnämnd har valt att dela upp ärendena i olika problemområden, där det problemområde som dominerar benämns behandling. Av nämndens ärenden avser 64 procent av ärendena kvinnor och 36 procent män. Ytterst få ärenden berör den kommunala hälso- och sjukvården. En förklaring till detta kan vara att patienterna i den kommunala vården inte har samma kännedom som patienterna i landstinget om möjligheten att vända sig till patientnämnden.

Antalet patienter som hör av sig till landets patientnämnder har ökat över åren. Det totala antalet klagomål till patientnämnderna uppgår till cirka 24 000 (år 2004).

⁶ Karlsson, L. (2003) *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård.*

⁷ Op.cit.

⁸ SOU 1996:133 *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor.*

⁹ Socialstyrelsen (2003) *Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen.*

Även anmälningarna till HSAN ökar. Trots det är det en liten mängd av patientkontakterna som leder till anmälan (en av 67 000 patientkontakter). Allt fler anmälda ärenden berör psykiatrin.

Anmälningarna till patientförsäkringen har dock inte ökat sedan år 2000. Det rör sig om cirka 9 000 anmälningar årligen.

Även om det totala antalet anmälningar ökar så behöver inte det vara ett tecken på att hälso- och sjukvården försämrats eller att patienterna blivit mer missnöjda med den hälso- och sjukvård de erhåller. Det kan snarare visa att benägenheten att anmäla och föra fram klagomål har ökat och att patienternas kunskap om vilka möjligheter som finns att framföra klagomål har ökat.

Allmänhetens önskan om fast läkarkontakt

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall huvudmännen organisera hälso- och sjukvården så att alla invånare som önskar kan välja en fast läkarkontakt i primärvården. 67 procent av befolkningen anser att det är ganska viktigt eller mycket viktigt att ha en fast läkarkontakt.¹⁰ Cirka 42 procent uppger att man har sådan kontakt. 25 procent uppger att de inte har fast läkarkontakt, men skulle vilja ha det. Åtagandet om fast läkarkontakt har således inte fullföljts.

Alla invånare är inte heller intresserade av denna möjlighet. Det är framför allt i de högre åldrarna (65–84), som man anser att det är viktigt med fast läkarkontakt. Intresset är mindre hos yngre personer. Bland de yngre anser 20 procent att de inte behöver någon fast läkarkontakt. Kvinnor tycker att fast läkarkontakt är viktigare än vad män tycker att det är.¹¹

Allmänhetens upplevelse av väntetider i primärvården

En av de allra vanligaste kvalitetsuppföljningarna inom primärvården sker genom mätningar av framkomligheten på telefon. Hälften av alla samtal under dagtid besvaras inom 10 minuter.¹² Mer än var tionde samtal blir dock obesvarat och resulterar inte i någon kontakt (det är upptaget eller telefonkö). Följaktligen tycker också 40 procent av befolkningen att det är svårt eller ganska svårt

¹⁰ Socialstyrelsen (2002) *Komma fram och känna förtroende*.

¹¹ Socialstyrelsen (2002) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2002*.

¹² Op.cit.

att komma fram på telefonen, medan 60 procent tycker att det är ganska lätt. Vid en jämförelse mellan år 2002 och 2005 noterades att tillgängligheten per telefon till vårdcentralen var oförändrad.

Möjligheterna till kontakt via dator ökar dock (bland annat bokning och avbokning av läkartider). Mycket få använder sig dock i dagsläget av Internet för att kontakta sjukvården (endast en procent). Huruvida detta beror på medborgarna eller på sjukvårdens förmåga att tillämpa systemet går inte att säga.

Telefontillgängligheten upplevs som ett större problem än väntetiderna till vårdcentralen.

Väntetider och köer i största allmänhet är dock ett område som allmänheten anser som väsentligt att förbättra.¹³

Allmänhetens upplevelser av köer i vården

Köer och tillgänglighet är inte identiska begrepp. Samtidigt som tillgängligheten ökar i form av ett ökat antal behandlingar kan också köerna bli längre. Allmänt sett har tillgängligheten ökat år från år eftersom allt fler patienter behandlas och i allt högre åldrar.¹⁴ Medan väntetiden inom primärvården är relativt kort (90 procent av patienterna med akuta vårdbehov träffar läkare inom samma dag), så är väntetiderna längre till den specialiserade sjukvården. Väntetiden för läkarbesök vid sjukhus har varierat från områden där 87 procent tas emot inom tre månader till områden där endast 44 procent av patienterna tas emot inom samma tid.¹⁵ Patientenkäter visar att patienterna anser att det är rimligt att vänta på en behandling, men att acceptansen avtar ju längre väntetiden är. När väntetiden överstiger 6 månader är acceptansen i stort sett borta. Patientenkäter visar också att väntetiden inte påverkade hur nöjd eller missnöjd patienten var med, i det här fallet, operationsresultatet.¹⁶ Snarare fanns det ett omvänt samband. Ju längre patienten hade väntat, desto nöjdare var hon/han med resultatet.

Toleransen för väntetider varierar beroende på vilka problem den enskilde patienten har, beroende på ålder och beroende på vad patienten väntar på. Äldre har, i vissa studier, visat mer acceptans för

¹³ Uppgiften är hämtad från www.vardbarometern.nu, där en sammanställning av 2004 års resultat fanns tillgänglig sommaren 2005.

¹⁴ Landstingsförbundet (2003) *Att vänta på vård*.

¹⁵ Op.cit. (Dessa siffror kan dock förändras i samband med att kösituationen nu går igenom i och med införandet av behandlingsgarantin. Allmänt sett innebär det att köerna skall förkortas avsevärt till max tre månader för behandling)."

¹⁶ Landstingsförbundet (2003) *Väntetid till operation*.

väntetid än yngre. Det finns också mer tolerans mot att vänta på behandling än att vänta på mottagningsbesök, som kan ge patienten en förklaring i och med att diagnos kanske ställs.

I syfte att ge patienter bättre information om väntetider så började Landstingsförbundet år 2000 att bygga en nationell databas över väntetider, kallad "Väntetider i vården".

Den största väntan kan ibland uppstå innan medborgaren blir patient i vården. En studie visar bland annat att majoriteten av personer som haft ont i höften och är i behov av kirurgi hade haft problem och väntat mer än ett år innan de tog kontakt med sjukvården.¹⁷ Det kan också förklara att den enskilda patienten inte har tolerans mot, eller önskan om, att vänta ytterligare en lång tid innan behandling.

Brukarnas upplevelse av kontinuitet i vården

Kontinuitet i vården är inte samma sak som fast läkarkontakt. Kontinuiteten handlar också om samordningen mellan de olika vårdgivarna.

Ett av de vanligast ärenden till patientnämnderna är det om bristande kontinuitet i vårdkontaktarna. Inom äldrevården lyfts också frågan om bristande kontinuitet fram som ett problem av brukarna.¹⁸

Brukarnas upplevelse av inflytande över vården

Eftersom huvudmännen i sin uppföljning framför allt har fokuserat på problemen med bristande tillgänglighet har frågan om patientens rätt till delaktighet och medinflytande kommit i skymundan.¹⁹ Frågan om medinflytande är dock reglerad i lagstiftningen. Mer kvalitativt inriktade brukarundersökningar visar också att det brister på detta område. Inflytande över behandlingen saknas och många passiviseras i patientrollen.²⁰ En tidigare statlig utredning fick också liknande resultat i en större enkätstudie. Kvaliteten när

¹⁷ Op.cit.

¹⁸ Socialstyrelsen (2002) *Avrapportering om Socialstyrelsens projekt om brukarinflytande*.

¹⁹ Socialstyrelsen (2003) *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande*.

²⁰ Söderberg, S. (2004) *To leave it all behind*.

det gällde inflytande över behandling och information om behandlingsalternativ bedömdes som allra lägst av både kvinnor och män.²¹

Sveriges alla patientnämnder sammanställer årligen en gemensam rapport. I denna konstateras att det är osäkert vilka kunskaper allmänhet och patienter har om rätten till individuellt anpassad information och val av behandlingsalternativ.²²

Allmänhetens upplevelse av valfrihet

Relativt få utnyttjar möjligheten att välja vårdgivare. På en fråga om man har rätt att välja vilket sjukhus i länet man vill bli behandlad på, så svarar endast cirka hälften ja. Den andra hälften svarar nej eller kan inte svara på frågan.²³

Valfriheten har betonats ur ett medborgarperspektiv. Det finns dock inga studier som visar att medborgarna gör samma betoning. Tvärtom anger medborgarna ofta grundvärden som kvalitet och vård på lika villkor som mest angelägna.

Patienternas/medborgarnas användning av öppna redovisningar

Under de senaste åren har fokus mer och mer lagts på att medborgarna skall få tillgång till information om vården. Informationen skall vara tillgänglig och användbar. Just användbarheten har varit ett problem ur medborgarsynpunkt. Erfarenheter från andra länder, som gjort uppföljningar från medborgarperspektivet visar att intresset för kvalitetsinformation är svagt. Förklaringen tros ligga i att medborgare inte ser några praktiska valmöjligheter där informationen skulle kunna göra nytta. I brist på sådana valmöjligheter kan medborgare/patienter snarare uppfatta det som provocerande att få kännedom om brister. Information om dåliga resultat vid en vårdenhet kan till och med få patienterna att solidarisera sig med personalen där.²⁴

Storbritannien har utvecklat en särskild form av redovisning av kvalitet. En enhetlig mall används för att ranka sjukhusen med

²¹ SOU 1996:133 *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor.*

²² Socialstyrelsen (2003) *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande.*

²³ Uppgiften är hämtad från www.vardbarometern.nu, där en sammanställning av 2004 års resultat fanns tillgänglig sommaren 2005.

²⁴ Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Öppna redovisningar av resultat i vård och omsorg.*

stjärnor (från 0–4). Betyget har dock kritiserats hårt för att omöjliggöra en verklig jämförelse av relevanta kvalitetsuppgifter. Ambitionen är nu att åstadkomma en ny metod.²⁵

I Norge har fritt val av sjukhus genomförts. För att understödja möjligheterna att välja så öppnades, på uppdrag av regeringen, en internetbaserad portal där kvalitets- och väntetidsinformation finns. De norska erfarenheterna tyder på att kvalitetsinformationen inte används i större utsträckning av patienterna. Däremot används informationen om väntetider. Kvalitetsinformationen handlar inte om resultat kvalitet (behandlingsresultat), utan baseras dels på bedömningar av tidigare patienter av lokalernas standard, den information de fått etcetera, dels på ett antal indikatorer, till exempel antalet korridorpatienter.

I Sverige finns ett antal informationskällor att tillgå för patienten/medborgaren. Databasen "Väntetider i vården" ger information om väntetider för specialiserad sjukvård. Information om utbud finns bland annat på de olika landstingens hemsidor. Detta är bara några exempel. I Vårdbarometern år 2003 svarade 16 procent ja på frågan om de har sökt information om hälso- och sjukvården på Internet. Information om kvalitet, patientens ställning, väntetider med mera finns dock inte på någon samlad plats på Internet. Medborgaren måste söka på många olika ställen i dagsläget.

Anhörigas upplevelse av vården

Anhöriga står för merparten av den vård och omsorg som ges i Sverige. Anhöriga beräknas till exempel svara för två tredjedelar av alla omsorgsinsatser för hemmaboende äldre.²⁶ Trots detta betraktas anhöriga ofta som ett komplement till den offentliga vården. Det yttrar sig bland annat i att anhöriga fortfarande får alltför lite stöd från hälso- och sjukvården, och inte heller alltid får information om vad som sker inom vården.

Anhörigarbetet kan vara mycket tungt. Det visar bland annat olika studier av anhöriga till personer som drabbats av stroke. Många anhöriga har till och med en sämre psykisk hälsa än den person de vårdar och får förvärrad psykisk hälsa över tiden.²⁷ Närmare

²⁵ Op.cit.

²⁶ Socialstyrelsen (2004-06-29) *Remissyttrande över Långtidsutredningen*.

²⁷ Uppgiften är hämtad från en studie om livskvalitet för strokepatienter och anhöriga av Ann-Cathrin Jönsson, Universitetssjukhuset i Lund. Källa: *Dagens Medicin* (2005) *Anhöriga mår sämre psykiskt än strokepatienter efter ett år* nr.9.

hälften vet inte vem man skall kontakta inom landstinget eller kommunen för att få råd eller stöd. Endast 11 procent hade anhörigstöd i form av avlösning.²⁸

Anhörigvården har en jämställdhetsdimension. De flesta anhörigvårdare är av kvinnligt kön. Medelåldern ligger runt 80 år på anhörigvårdarna.

En liknande jämställdhetsdimension finns vad avser den totala mängden frivilliga insatser som görs. Det är vanligare att kvinnor gör informella insatser än män. Könsmönstret är dock speciellt tydligt bland hjälpgivare som gör insatser för någon med omsorgsbehov. Könsskillnaderna ökar med åldern.

Svenskarnas betyg i ett internationellt perspektiv

Svenska medborgare placerar sig i ett mellanskikt, när jämförande studier görs om allmän nöjdhet med hälso- och sjukvården.

Internationella jämförelser har även gjorts utifrån ett konsumentperspektiv, vilket har gett ett bättre resultat för Sverige. Sverige hamnar i topp när det gäller medicinska behandlingsresultat. Däremot blir det låga betyg för patienträttigheter.

I en studie tillfrågades medborgare från åtta EU-länder om sin uppfattning om hälso- och sjukvårdssystemet. Jämlig tillgång till samma vårdstandard värderas mycket högt av alla tillfrågade oavsett nationell tillhörighet. Medborgare i Frankrike var mest nöjda med sitt sjukvårdssystem. Medborgare i Tyskland hade en negativ syn på det befintliga sjukvårdssystemet och dess långsiktiga förmåga att fungera. I Sverige ansåg endast 24 procent att andra länders sjukvårdssystem är bättre än det svenska, 43 procent ansåg att andras länders system är lika bra och 34 procent ansåg att andra länders sjukvårdssystem är sämre än det svenska. I jämförelse med andra länder så var svenska medborgare förhållandevis nöjda med sjukvårdssystemet.²⁹

Det är svårt att säga i vilken utsträckning resultaten i de internationella undersökningar som efterfrågar inställning och attityd till hela hälso- och sjukvården eller hälso- och sjukvårdssystemet återspeglar den medborgarupplevda kvaliteten inom vården eller om de avspeglar kulturella skillnader i bland annat attityder.

²⁸ Socialstyrelsen (2004) *Livssituationen två år efter stroke*.

²⁹ Disney, H. m.fl. (2004) *Impatient for change. European attitudes to healthcare reform*.

Möten med företrädare från patient- och handikapporganisationer

Kommittén arrangerade tre möten med de svenska patient- och handikapporganisationerna. Mötena ägde rum i januari 2005. Mötena gav tillfälle till en mer djuplodande diskussion om problemen inom den svenska hälso- och sjukvården och förutsättningarna att lösa dem med förändringar i uppgifts- och ansvarsfördelning.

Därutöver har även träffar skett med dessa organisationer i andra sammanhang, exempelvis vid kommitténs nationella konferenser (mars och april 2005).

Sammanfattningsvis är det en mörk bild som framträder.

Kvaliteten på sjukvården uppges skifta stort. Man framförde att bristerna i kvaliteten, och bristerna på likvärdighet i detta avseende, gäller både för kommuner och landsting.

För kommuner gäller särskilda problem ansåg organisationerna. Många kommuner saknar både resurser och kompetens. Bland annat avspeglar det sig i en bristande rehabilitering. Landstingens sjukvård bedöms i de flesta fall besitta en högre kompetens och vara mer kunskapsbaserad än kommunernas.

Avsaknaden av fungerande samverkan är ett problem, som drabbar individer med stora behov. Ett exempel är uteblivna vårdkedjor för personer med psykiskt funktionshinder. ”Ingen vårdkedja kommer till stånd om man inte ligger på” var en ståndpunkt som delades av många.

Det handlar inte bara om att ingen samordning kommer till stånd om inte patienten själv tar initiativ till detta. I många fall måste man dessutom lägga ned arbete på att överhuvudtaget få den vård som man anser sig berättigad till. Ett antal situationer beskrevs där kommunen, men även ibland landstinget, hamnade i en motpartssituation till den enskilde eftersom man inte ville ge den vård som efterfrågades av den enskilde. Det beskrevs också att det förekom att kommunen vidtog repressalier, när den enskilde var för enträgen i att efterfråga vårdinsatser, till exempel att bemötandet förändrades drastiskt gentemot den enskilde eller att hjälpmedel drogs in. (Ett konkret fall som beskrevs handlade om ett skolbarn som blivit utfrysst av lärare på skolan efter att föräldrarna stridit med kommunen om rehabiliteringen.)

Det kunde också förekomma att man helt avvisades från vården. Detta gäller vissa grupper, som hemlösa, narkomaner och HIV-smittade, som har särskilt svårt att få tillgång till primärvården.

Rehabiliteringen lyftes fram som ett område som har brister. Den är bäst i den initiala fasen. Sedan avtar kvaliteten allteftersom behandlingen framskrider.³⁰ Även inom hjälpmedelsområdet finns stora problem.

Patient- och handikapporganisationerna pekade på behovet av att förtydliga det nationella ansvaret. De nationella riktlinjerna bör vara vägledande för landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. Kontroll och uppföljning av nationella beslut måste ske. Staten bör också få ett ökat ansvar för att reglera vårdens samarbetsprocesser och även för att samordna den högspecialiserade vården.

Det fanns också en önskan om att staten skulle överta finansierings- och tillhandahållansvar för hela hälso- och sjukvården.

Patientlagstiftning

Att patienterna har utkrävbara juridiska rättigheter är ovanligt. I Norden bygger hälso- och sjukvårdslagstiftningen av tradition på skyldigheter för sjukvårdshuvudmännen och vårdpersonalen. I många länder kombineras skyldighetslagstiftningen med politiska utfästelser, till exempel vård- och servicegarantier. Under 1990-talet har många länder infört särskilda lagar, som reglerar vilka skyldigheter hälso- och sjukvården har gentemot patienten för att bestämmelserna skall bli mer tillgängliga för patienter, vårdgivare och vårdpersonal.

Sverige är numera det enda land i Norden som inte har infört en särskild lag om patientens ställning i vården. Danmark och Norge har dessutom, till skillnad mot Sverige, lagreglerat rätten till fritt sjukhusval.³¹

Att patienterna inte, i juridisk mening, har utkrävbara rättigheter kan ses som ett uttryck för den medborgaruppfattning som finns i Sverige, där medborgarskapet är "harmoniorienterat" på så sätt att det förutsätts finnas en grundläggande intressegemenskap mellan medborgaren och det offentliga.³² Följden av antagandet om intresseharmonier blir att frågan om rättigheter tonas ned. Även med ett harmoniorienterat medborgarskap, så kommer den utveckling som

³⁰ Rehabilitering och hjälpmedel lyfts fram som områden, där problem finns av SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*.

³¹ Socialstyrelsen (2001) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001*.

³² Karlsson, L. (2003) *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*.

pågår mot att medborgarna får ökad förmåga, är bättre utbildade och har önskan om att påverka individuellt, ställa krav på tydligare ansvarsutkrävande, om än inte i form av lagstadgade och i juridisk mening utkrävbara rättigheter.

HSU 2000 övervägde även att frånga dagens system med ”skyldighetslagstiftning” till förmån för en rättighetslagstiftning som skulle innebära att patienten kunde få sin sak prövad i domstol. På grund av principiella svårigheter avvisades en rättighetslagstiftning.³³ En bred majoritet av remissinstanserna instämde i att det inte finns anledning av att frånga systemet med skyldighetsbaserad lagstiftning.³⁴

Den samlade patientlagstiftningen har förts fram just som en åtgärd för att öka tydligheten. Lagstiftningen föreslås fortfarande utgå från principen att, genom lag, ange vilka skyldigheter vårdgivarna och personalen har. Nackdelen med en samlad patientlagstiftning är just att den kan komma att innehålla kvasi- eller servicerättigheter, eftersom det inte finns någon juridisk möjlighet att utkräva dem.³⁵ En lagstiftning som bygger på utkrävbara rättigheter skulle dock innebära att man går från en medicinsk utgångspunkt till en juridisk utgångspunkt för hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen i Sverige

I Sverige finns det, som tidigare framförts, inte någon särskild lag om patientens ställning i hälso- och sjukvården. Inte heller tar hälso- och sjukvårdslagstiftningen i allmänhet sin utgångspunkt i patientens situation. Regelverket är istället uppbyggt kring vårdgivarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter.

Vårdgivarnas skyldigheter regleras i första hand i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). Dessa lagar är så kallade ramlagar och anger hur hälso- och sjukvården och tandvården skall bedrivas. Personalens grundläggande skyldigheter, till exempel att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, regleras i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Vad en patient kan förvänta sig av vården får indirekt utläsas ur dessa bestämmelser.

³³ SOU 1999:66 *God vård på lika villkor*.

³⁴ Socialdepartementet S97/7612/S *Sammanställning av remissyttranden*.

³⁵ Karlsson, L. (2003) *Konflikt eller harmoni. Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*.

Därutöver finns det bestämmelser som reglerar patientens ställning utspridda över ett stort antal lagar. Vissa lagar berör främst vårdgivarna och personalen, men får ändå betydelse för patienterna. Det finns lagar och bestämmelser om bland annat dokumentation, handläggning och patientjournaler, patientens rätt till ersättning för skador, psykiatrisk tvångsvård, smittsamma sjukdomar, medicintekniska produkter, läkemedel, abort- och sterilisering, transplantation, blodverksamhet, insemination och befruktning utanför kroppen samt om människans död. Exempel som kan nämnas är patientjournallagen (1985:562), lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet med mera, patientskadlagen (1996:799), abortlagen (1974:595), steriliseringslagen (1975:580), lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död, lagen (1995:832) om obduktion med mera, lagen (1995:831) om transplantation med mera, smittskyddslagen (2004:168), läkemedelslagen (1992:859), lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården med mera och lagen (1991:1128) om rättspsykiatrisk vård.

Vidare förekommer det allmän lagstiftning som inte har inriktning mot hälso- och sjukvårdsområdet, men som ändå har betydelse för patientens ställning. Hit hör tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen (1980:100), brottsbalken, föräldrabalken etcetera.

Sekretesslagen gäller inom den allmänna hälso- och sjukvården för bland annat uppgifter om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Sekretess gäller även i annan medicinsk verksamhet som till exempel rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk verksamhet och hos patientnämnderna. För den enskilda hälso- och sjukvården finns bestämmelser om tystnadsplikt i LYHS.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det inom hälso- och sjukvårdens område finns ett förhållandevis stort antal lagar som kompletteras med förordningar och föreskrifter. Regelverket är omfattande även vid en jämförelse med andra samhällsområden.

Lagstiftningen i de övriga nordiska länderna

Det främsta syftet med att införa patientlagstiftning har, för de nordiska länderna, oftast varit att göra bestämmelserna mer lättillgängliga för patienter, vårdpersonal och vårdgivare genom att samla de regler som tidigare fanns i olika lagar i en enda lag.

Patientlagarna i Finland, Danmark och på Island består huvudsakligen av bestämmelser som redan tidigare fanns i andra lagar och som bygger på skyldigheter för vårdgivare och vårdpersonal. Bestämmelserna hänför sig primärt till frågor om information och samtycke, vård och behandling av underåriga, vård i nödsituationer m.m. Den norska lagen om patienträttigheter innebär en i många hänseenden långtgående lagregelring av patientens ställning. Lagen samlar en del bestämmelser som tidigare varit utspridda på olika lagar, men den innehåller också helt nya patienträttigheter, som fritt sjukhusval.

Finland

Den finska patientlagstiftningen, lag om patientens ställning och rättigheter (18.8.1992/785), trädde i kraft redan år 1993.

De centrala punkterna i lagen är

- Patientens samtycke behövs för vården.
- En patient har rätt till uppgifter om sitt hälsotillstånd och om vården och behandlingen: vad ingår i vården, vilka risker kan den medföra, vilka olika vård- och behandlingsalternativ finns att tillgå.
- En patient som får vänta på vård skall underrättas om orsaken till dröjsmålet och den beräknade väntetiden.
- En patient som är missnöjd med vården kan göra en anmärkning till vårdinrättningen eller klaga hos de myndigheter som övervakar hälso- och sjukvården.
- Vårdinrättningen skall ha en patientombudsman som kan bistå patienten.

Danmark

I Danmark finns sedan år 1998 en lag om patienters rättställning (Loven om patienters retsstilling, nr 482 af 01/07/1998).

Lagen anger de grundläggande och generella principerna för patienternas självbestämmande och rättssäkerhet i hälso- och sjukvården. Lagens syfte är att medverka till att patienternas värdighet, integritet och självbestämmande respekteras. Den skall även medverka till att säkra förtroendet mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Lagen innehåller bland annat bestämmelser om

information och samtycke, livstestamente, rätten att ta del av sin patientjournal samt tystnadsplikt och sekretess.

Norge

I Norge trädde en lag om patienträttigheter i kraft år 2001 (Lov om pasientrettigheter, 1999-07-02 nr 63, även benämnd pasientrettighetsloven).

Lagens ändamål är att bidra till att säkra befolkningens tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Bestämmelserna skall bidra till och främja förtroendet mellan patienten och hälso- och sjukvården och tillvarata respekten för den enskilde patientens liv, integritet och människovärde. Lagen innehåller bestämmelser bland annat om rätten till hälso- och sjukvård med mera, rätten till samråd och information, samtycke till vård, rätten att ta del av sin patientjournal samt de möjligheter som finns att framföra klagomål.

Island

Den isländska patienträttslagen (nr 74/97) trädde i kraft år 1997. Lagens syfte är att säkra särskilda rättigheter för patienter i enlighet med allmänna mänskliga rättigheter och mänsklig värdighet och därigenom stärka patienternas rättsliga status i hälso- och sjukvården. Lagen skall även stödja den förtroendefyllda relationen som måste finnas mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.

2.2 Framtida förändringar ur ett medborgarperspektiv

Detta avsnitt behandlar väsentliga trender inom hälso- och sjukvården ur ett medborgarperspektiv. En framtida ansvarsfördelning skall fungera i delvis en annan miljö än den som finns idag. Denna miljö kommer att präglas av patienter och anhöriga som har betydligt större förmåga och möjlighet att utöva inflytande på den vård som ges än vad som är fallet idag.

Ökat patientinflytande

Under det senaste decenniet har patientens ställning stärkts i många avseenden. Den huvudsakliga drivkraften till patientens förstärkta ställning har varit de förändringar som ägt rum inom hälso- och sjukvården från 1990-talet och framåt i och med att ett mer marknadsstyrt tänkande införts. Patienten har gått från att vara just patient (den som väntar tålmodigt) till att inta en position som är mer kundliknande med ökat ansvar och ökade möjligheter/rättigheter.³⁶ Kundpositionen innebär dock inte att det medicinska patientbegreppet försvinner, utan att dessa två positioner samexisterar och kompletterar varandra i olika avseenden.

Bland annat har fritt vårdval införts och gäller från och med år 2003 samtliga landsting.³⁷ Lagstiftningen har även förändrats. Resultatet från HSU 2000 blev bland ett flertal lagändringar³⁸. De lagändringar som genomfördes den 1 januari 1999 preciserar bland annat vårdens skyldigheter att ge individuellt anpassad information och patientens rätt att välja behandlingsalternativ samt rätten till förnyad medicinsk bedömning.

Senare (i regleringsbrevet för 2003) fick Socialstyrelsen i uppdrag att bedöma effekterna. Resultaten från utvärderingen visar att det behövs ”en hel del ytterligare insatser från bland annat landstingens och hälso- och sjukvårdsansvarigas sida innan lagstiftningen och de bakomliggande målen och intentionerna har uppfyllts”.³⁹ Rätten till information, delaktighet och medinflytande kan ha kommit i skymundan i försöken att lösa problemen med den bristande tillgängligheten. Lagändringarna har dock inte lett till några större förändringar för patienten. Socialstyrelsen skriver att en förklaring är att lagstiftningen är utspridd på flera lagar.

Historiskt sett har patienten varit underordnad den medicinska professionen och det har rått en hierarkisk situation i mötet mellan patient och profession. Situationen kan förväntas bli en annan framöver. Medborgaren kan genom ökad kunskap, fler möjligheter och rättigheter, förvänta sig få en mer jämställd position med professionen och också åtnjuta mer makt över sin egen situation. Det

³⁶ Analysen är hämtad från Nordgren, L. (2003) *Från patient till kund*.

³⁷ Fritt vårdval gäller i hela landet så till vida att alla landstingsfullmäktige antagit rekommendationen från Landstingsförbundet. Den gäller dock inte i praktiken överallt.

³⁸ Statlig kommitté som antog namnet HSU 2000. Ett regeringsbeslut den 12 mars 1992 togs om att tillkalla en parlamentariskt sammansatt kommitté, som skulle analysera hälso- och sjukvårdens resursbehov, finansiering och organisation.

³⁹ Socialstyrelsen (2003) *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande*.

handlar om alltifrån val av vårdgivare, behandling, rätt till second opinion till krav på information, öppenhet och kvalitet.

Förändringar som har en stor symbolisk betydelse, vid sidan av andra effekter, som att patienten får utökad åtkomst till sin journal, kan få stor betydelse i relationen mellan patient och vård.

Medborgarens tillgång till information

I dagsläget är det svårt för gemene man att få tillgång till information som ger kunskap som kan ligga till grund för val mellan olika vårdgivare. Framför allt är det svårt att kunna jämföra resultat kvaliteten mellan olika enheter. En annan brist är att de nationella indikatorer som finns idag inte speglar patientupplevd kvalitet.

Framöver är det sannolikt att medborgaren kommer att ha tillgång till information som möjliggör jämförelser mellan vårdgivare. Öppen redovisning, framtagandet av nationella indikatorer och en utvärdering och uppföljning som görs utifrån ett medborgarperspektiv kommer att ge medborgaren bättre möjligheter att göra medvetna val.

Egenvården

Mycket pekar på att de senaste decenniernas utveckling kommer att fortsätta på så sätt att mer av hälso- och sjukvården kommer att kunna bedrivas som egenvård. Det är alltifrån personen med diabetes som tar ansvar för del av sin behandling till behandlingar som kan genomföras med datorn som hjälp. Definitionen om vad som ryms inom egenvårdsbegreppet blir allt vidare. Hälso- och sjukvårdsinsatser som verksamheten tidigare ansvarat för och utfört betraktas allt oftare som egenvård.

En växande egenvård ställer krav på en fungerande kommunikation med vården och på en kontinuitet. Den ökade egenvården kommer både att bli en faktor för den kommunala sjukvården såväl som landstingets hälso- och sjukvård. Inom den kommunala äldre vården kan det innebära att många anhöriga får ett ökat ansvar. En ökad egenvård kan innebära att resurser frigörs, men också innebära ökade kostnader, eftersom sjukvårdens möjligheter att behandla ökar.

På många sätt stöds egenvårdsutvecklingen av det offentliga systemet, när det handlar om hur individen i enklare fall kan åtgärda sina problem. Bland annat finns sjukvårdsupplysningarna. På sikt kommer sannolikt också en nationellt samordnad sjukvårdsupplysning. Dessutom finns stöd som exempelvis Infomedica, en hemsida som ger den enskilde råd.

Medborgarens valfrihet och dess effekter

Valfrihet är en fråga som fått stort politiskt gehör från 1990-talet och framåt. Tidigare utmärktes vården av en låg grad av valfrihet, vilket bland annat påpekades av Maktutredningen.⁴⁰ Som medborgare ”tillhörde” man ett visst sjukhus eller en viss vårdcentral.

Det finns en allmän politisk vilja att fortsätta att utveckla valfriheten för den enskilde medborgaren. Hittills har den inte fått stora effekter i form av ökad rörlighet mellan landstingen i Sverige.

Det finns bland annat studier som pekar på att det fortfarande finns olika hinder för valfriheten. Bland annat har konstaterats att läkarna har ett avgörande inflytande, eftersom de i sin position kan informera och stödja patienten till aktiva val, vilket inte reformerna tagit hänsyn till.⁴¹ Informationen om valfriheten har riktat sig i större utsträckning mot de enskilda individerna än gentemot läkarna.

Den framtida strukturen för hälso- och sjukvården bör ta hänsyn till att medborgaren kommer att välja aktivt.

Det finns inga prognoser av hur valfriheten kommer att utvecklas, vare sig när det gäller fritt vårdval eller den valfrihet som man har i egenskap av EU-medborgare. Denna brist gör att resonemang som sträcker sig framåt i tiden måste utgå från antaganden. Valfriheten, som idag är i sin linda, antas utvecklas betydligt över de närmaste decennierna. Det är en sannolik utveckling med hänsyn till att medborgarnas kompetens, förmåga och utbildningsnivå ökar samtidigt som det finns en allmän politisk vilja att utveckla valfriheten.

När fler och fler medborgare gör aktiva val kommer också detta att ha en styrande effekt på hälso- och sjukvården av ett helt annat slag än idag. Medborgarna har hittills inte, i den vetenskapliga litteraturen om styrningen av hälso- och sjukvård, medräknats som en

⁴⁰ SOU 1990:44 *Demokrati och makt i Sverige*.

⁴¹ Winblad, U. (2003) *Från beslut till verklighet*.

aktör i den dagliga styrningen. Mycket pekar på att medborgarna framöver kommer att inta den fjärde platsen vid rodret vid sidan av profession, administration och politiska beslutsfattare (se vidare kapitel 3).

Valfriheten, som är den form av medborgarinflytande som diskuterats mest, har haft en avgränsad definition. Det har i första hand handlat om val av vårdgivare. Det kan också handla om att medborgaren får en utökad roll när olika behandlingsterapier skall väljas eller när olika former av rehabilitering skall väljas. Förlossningsvården är ett exempel på område där medborgaren inte bara kan välja vårdgivare, utan även välja smärtlindring, inslag av egenvård och tillgång till kompetenser.

Medborgarens efterfrågan

En viktig faktor som påverkar framtidens hälso- och sjukvård är medborgarens efterfrågan. Hälso- och sjukvården skall vara behovs- och inte efterfrågestyrd, men medborgarens förmåga att efterfråga hälso- och sjukvård kommer att öka varför konflikten mellan efterfrågan och behov kommer att förstärkas framöver.⁴²

I samband med marknadstänkandets intåg i hälso- och sjukvården, som skett både inom den svenska vården och inom EU, genom bland annat EG-domstolens definition av sjukvård som en tjänst, öppnas också för en möjlighet att efterfråga vård utifrån individuella preferenser.⁴³ Valfrihet och vårdgaranti är åtgärder som stimulerar patientens egna val och egna efterfrågan på vård.⁴⁴

Problemet med stor efterfrågan uppstår lätt, inte minst eftersom medborgarens egna kostnader är små i förhållande till den faktiska kostnaden. Det finns på så sätt en inbyggd konflikt i systemet – efterfrågan kommer att överstiga det kollektivas förmåga att finansiera och offentliga diskussioner om knapphet och resursfördelning kommer att uppstå.

Det finns inga faktorer som pekar på att medborgarens förmåga och önskemål att efterfråga hälso- och sjukvård kommer att minska. Tvärtom pekar Långtidsutredningen på att medborgaren

⁴² Det är skillnad mellan efterfrågan och behov. Efterfrågan kan bygga på behov. Vanligt är att man efterfrågar det man känner till, men behovet kan kanske tillgodoses på annat sätt. Prioriteringsutredningen kopplade ihop behov och nytta och menade att man som patient endast har behov av det som man har nytta av. Efterfrågan anses vara oändligt på hälso- och sjukvårdstjänster.

⁴³ Nordgren, L. (2003) *Från patient till kund*.

⁴⁴ Op.cit.

kommer att ha goda privatekonomiska möjligheter att efterfråga offentliga välfärdstjänster, såsom hälso- och sjukvård.⁴⁵ Den privatekonomiska tillväxten blir starkare än tillväxten i den offentliga ekonomin. Den allt mer ekonomiskt rustade medborgaren skall således möta en offentlig sektor som har begränsade ekonomiska möjligheter att förse medborgaren med den hälso- och sjukvård som efterfrågas. En framtida struktur måste ge förutsättningar för hantering av denna konflikt.

I detta sammanhang kommer det av kommittén lanserade begreppet utvecklingskraft in. Utvecklingskraft är just definierad som förmågan hos den offentliga organisationen att anpassa sig till bland annat nya och förändrade krav från medborgarna.

Långtidsutredningens prognos gäller den allmänna utvecklingen av samhällsekonomin. Precis som idag är det dock sannolikt att många medborgare även framöver kommer att sakna ekonomisk förmåga att efterfråga sjukvård. En svag privatekonomisk situation hänger också i många fall ihop med ohälsa och långvariga vårdbehov.

Medborgaren som anhörigvårdare

Trots att anhörigvården varit en prioriterad fråga ur politiskt perspektiv har området varit eftersatt. Anhörigvårdaren glöms ofta i vårdkedjan.

Det har också under en längre tid sagts att anhörigvården inte kan expandera mer. Ändå fortsätter den att växa. Framför allt är det äldre medborgare som gör vårdinsatser. I samband med ett ökat ensamboende och långa avstånd mellan släktingar, så försvåras den här typen av vård av praktiska skäl.

Ett framtidsscenario måste utgå från att de anhöriga även framöver utför en stor del av vård- och omsorgsinsatserna. De anhörigas insatser kommer inte, i huvudsaklig omfattning, att kunna skattefinansieras. Däremot är det väsentligt att i ökad utsträckning underlätta för anhöriga på olika sätt.

⁴⁵ SOU 2004:19 *Långtidsutredningen 2003/04*

2.3 Sammanfattande kommentar om medborgarperspektivet

Det saknas i stor utsträckning underlag för att uttala sig om vad medborgaren och medborgaren i egenskap av patient anser om viktiga frågor som hälso- och sjukvårdens resultat kvalitet och förmåga till likvärdiga insatser. Många av de studier som gjorts har dessutom brister, eftersom de utesluter de allra äldsta och inte heller inkluderar ungdomarna, där specifika vårdbehov finns. Det är uppenbart att det finns ett behov av att låta patienten i ökad utsträckning yttra sig om hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Det som är tydligt utifrån de medborgar- och patientstudier som här redovisats är att primärvården brister i så kallad processkvalitet, framför allt när det gäller tillgänglighet.

Det är värt att notera att de synpunkter som framfördes direkt till kommittén från patient- och handikapporganisationerna innehåller hård kritik gentemot hur hälso- och sjukvården presterar och hur den styrs. Den bild som tonar fram om man utgår från undersökningar som riktar sig till allmänheten är dock betydligt ljusare. Där finns en nöjdhet.

Väsentliga redskap för att diskutera hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv saknas. Ett sådant är begreppen, som ofta utgår från ett producentperspektiv, där byggnaderna, utbud, diagnoser och inte patienten står i fokus. Begreppen som används reflekterar tanken och påverkar därmed även diskussionens innehåll.

I ett perspektiv som sträcker sig ett par decennier framåt är det viktigt att utgå från att medborgaren kommer att ha en starkare position i kraft av längre utbildning och större förmåga att söka och använda information. Samtidigt som många medborgare kommer att ta ett ökat ansvar för sin hälsa, så kommer kraven på sjukvården att bli fler. Det gäller bland annat krav på likvärdig kvalitet. Det finns heller inte trovärdigt scenario, där medborgaren ytterligare avlastar hälso- och sjukvården genom insatser som anhörigvårdare. Hälso- och sjukvårdssystemet kommer både under kostnadspress och press på att prestera en hög kvalitet.

2.4 Utmaningar och problem ur ett medborgarperspektiv – vilka är de och vilka överväganden bör göras

I följande avsnitt tas ett antal problem upp, som utgår från medborgarens perspektiv. Det går inte att rangordna problemen och utmaningarna, eftersom angelägenhetsgraden för den enskilda medborgaren varierar beroende på vilka behov man har.

Medborgarens kontakt med första linjens sjukvård

Den enskilda individen föredrar att välja till vem och vart hon/han skall ta vägen när hon/han behöver hälso- och sjukvård. Detta har ofta skapat en konflikt mellan sjukvårdshuvudmännen som önskar styra patienterna till ”rätt” kompetens/nivå och den vård sökande medborgaren som önskar välja ”ingång till vården”. Styrningen har, från sjukvårdshuvudmannens sida, skett genom både mer handfasta åtgärder, som avgifter och remisstvång, liksom genom uppmuntran, där bland annat information och ökad tillgänglighet till den vårdnivå man önskar lotts till varit viktigt. Styrningen har flera motiv, bland annat förväntas vården bli mer kostnadseffektiv om primärvården utgör ”huvudentrén” för medborgaren.

Det finns skäl att anta att det inte finns någon enhetlig önskan från medborgarens och patientens sida om vilken kompetens och vilken vårdnivå som skall väljas vid nedsatt hälsa. Önskemålen är individuella. Det visar de studier som finns när det gäller till exempel fast allmänläkarkontakt, där önskemålen varierar bland annat med ålder, kön och utbildningsnivå.

Frågan kvarstår dock att den enskilde individen önskar ett stort inflytande över vilken vårdnivå/vilken kompetens som skall utgöra första-kontakt i det enskilda fallet. Skall hon/han välja en specialist i allmänmedicin, en öron-näsa-halsmottagning, en akutmottagning eller en sjukgymnast eller skall hon/han hänvisas till en viss vårdnivå eller till en viss kompetens?

Medborgarbetyget är förhållandevis lågt ur ett internationellt perspektiv vad gäller primärvårdens tillgänglighet. En sjukvård som vill höja medborgarbetyget i detta avseende behöver förbättra tillgängligheten till primärvården. Att medborgarna önskar högre tillgänglighet är dock inte samma sak som att det finns en allmän medborgerlig önskan om att specialisten i allmänmedicin skall

utgöra första-kontakt för medborgaren. System där specialisten i allmänmedicin utgör första-kontakt, innefattar ofta någon form av remisstvång eller är system som inte grundas på teamarbete (jämför det norska där allmänläkaren utför många av de uppgifter som faller inom sjuksköterskans kompetensområde i den svenska hälso- och sjukvården).

Slutsatser och överväganden

Ett framtida system bör dels ha en flexibilitet som möjliggör att valet av första-kontakt, i stor utsträckning, utgår från det behov som medborgaren upplever sig ha. Det ställer krav på att hälso- och sjukvårdssystemet, oavsett vilken kontakt som är medborgarens första, förmår att länka samman vården.

Medborgare som har mycket dålig hälsa/långvariga behov

Från handikapp- och patientorganisationernas sida framhölls att hälso- och sjukvården inte fungerade tillfredställande för personer med stora behov. Exempel är barn med omfattande funktionshinder. Andra exempel är personer som har aids. Multisjuka äldre bör också nämnas, eftersom gruppen är stor i sjukvårdssammanhang och bilden av hur sjukvården brister i bemötandet av denna grupp skildras i många studier. Det handlar ofta om att enskilda delar håller en mycket hög kvalitet, men att samordningen inte fungerar väl. Även när patienten/brukaren och hennes/hans anhöriga påpekar behov av samordning finns små möjligheter för systemet att hörsamma behovet. För barn och ungdomar med omfattande funktionshinder är det i praktiken föräldrarna som har ansvaret för att samordna alla stödinsatser. Föräldrarna behöver för detta uppdrag en stor kunskap om det offentliga systemet och om olika regelverk.⁴⁶ När ungdomarna sedan blir vuxna uppstår brister i samordning, eftersom ingen tar över ansvaret för den samordning som föräldrarna stått för.

⁴⁶ Socialpedagogiska institutet och Socialstyrelsen (2005) *Ansvar för samverkan*.

Slutsatser och överväganden

Där mycket stora, långvariga och ibland komplexa behov föreligger kan medborgaren ha önskemål om ett särskilt gott bemötande. Det handlar då inte bara om mängden insatser, utan också om att särskilda behov föreligger. Sådana kan vara:

- behov av samordning,
- behov av hörsamhet gentemot individens önskemål,
- behov av nära samarbete med anhöriga,
- behov av kontinuitet.

Det är uppenbart att det hos medborgaren finns olika behov som i högsta grad är beroende av om individen är tillfälligt sjuk eller om långvarig och svår sjukdom föreligger. I det förstnämnda fallet är frågor som "Måste jag ta ledigt hela dagen från jobbet en hel dag, bara för att få handen undersökt?" och "Varför kommer jag inte fram i telefonen?" av yttersta vikt. I det senare fallet är "Varför kan inte vårt barn få ta med sitt hjälpmedel från hemmet till skolan för att klara av undervisningen?" och "Varför måste jag åka in till akuten igen?" viktiga frågor. I det förstnämnda fallet är inte frågor om gränssnitt mellan vårdens olika delar det mest centrala. I det sistnämnda fallet kan kvaliteten på vården bli sämre om inte sjukvårdssystemets olika delar och huvudmän förmår att samordna vården utifrån den enskildes behov.

Sammantaget ställer detta krav på att vården har delvis olika logiker för olika patientgrupper.

Medborgare i tonårsåldern

En av de mest oroande hälsotrenderna är den negativa trenden för psykisk hälsa, som framför allt kan noteras för unga flickor. Ohälsan har ökat dramatiskt visar ett antal olika studier. Undersökningen "Ung i Värmland" visar att andelen flickor som ofta eller alltid känner sig ledsna har ökat från 23 procent till 32 procent de senaste åren. Folkhälsoinstitutets undersökning "Skolbarns hälso – vanor" har sedan år 1985 inrymt frågan "Hur trivs du med livet just nu?". För flickor i 15-årsåldern kan en klart negativ hälsotrend noteras.⁴⁷

⁴⁷ Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*.

Någon sådan negativ trend vad gäller ohälsa kan inte noteras på något annat område i Sverige. Situationen är mycket oroande, eftersom systemets förmåga att möta detta behov är begränsat. I detta avseende har hälso- och sjukvården inte förmått att utgå från individperspektivet. Den kommunala hälso- och sjukvården och den landstingskommunala primärvården inriktar sig på den somatiska ohälsan, medan den psykiska ohälsan ökar snabbt. Andelen barn och ungdomar som sökte hjälp inom barn- och ungdomspsykiatri ökade påtagligt under 1990-talets andra hälft, bland annat på grund av att elevvården minskat på många av landets skolor.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrisk vård har ökat och det har också skett en markant ökning av konsumtionen av psykofarmaka. Andelen självmordsförsök tros ha ökat något.⁴⁸

För ungdomar är det tydligt att det saknas någon form av ingång till vården. Det gäller särskilt för barn och ungdomar som går på högstadiet och gymnasiet, då elevhälsans insatser tunnas ut kraftigt.⁴⁹ Det är svårt för ungdomarna att själva ta ansvar för sina behov av hjälp. Skolsköterskans roll som första-kontakt betonas, men detta gäller framför allt för barn på låg- och mellanstadiet. Sommartid är dessutom både elevhälsan och eventuella ungdomsmottagningar stängda.

Primärvården har en mycket begränsad uppgift i ungdomarnas värld. Ytterst lite är dock känt om ungdomars primärvårdskontakter.⁵⁰ Ungdomsmottagningar bedrivs på mycket olika premisser och ofta under osäkra förhållanden. De arbetar dock i stor utsträckning på ungdomars villkor.

Slutsatser och överväganden

Skolhälsovården har unika möjligheter att förebygga och åtgärda ohälsa i ett tidigt stadium, inte minst på grund av den nära kontakten med elevens vardag i skolan. En möjlig lösning är därför att diskutera en uppgiftsväxling för skolhälsovården. Skolhälsovården skulle kunna övergå till att ägna sig mer åt primärpreventivt arbete, men också betona – i ökad utsträckning – den psykosociala ohälsan. Primärvården skulle i sin tur kunna ta ansvar för de upp-

⁴⁸ Op.cit.

⁴⁹ Socialstyrelsen (2005) *Ungdomars behov av samhällets stöd*.

⁵⁰ Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*.

gifter som idag är skolhälsovårdens fokus – vaccinationer och liknande somatisk vård.

En annan lösning är ett tvingande samarbete mellan primärvård och skolhälsovård samt socialtjänsten. På detta sätt skulle en så kallad one-stop-shop-lösning kunna konstrueras, där barnet inte behövde söka sig runt i vårdorganisationen, utan där vård och stöd gavs med utgångspunkt från elevens närvaro i skolan.

Medborgarens ansvar för att samordna vården

Medborgaren har i dagsläget ett stort samordningsansvar för de olika vårdinsatserna. Detta är en uppgift som faller på medborgaren, eftersom sjukvården ofta brister i detta avseende. Medborgaren måste själv föra information mellan de olika kontakterna och pussla ihop insatserna så att en sammanhållen vård kan ges. Det kan handla om cirka femtio kontakter med kommunen, landstinget och staten som ska hanteras för en flicka med omfattande funktionshinder. De individer som har stora vårdbehov har också ofta stora samordningsbehov. Individer med stora vård- och omsorgsbehov har en ofta begränsad autonomi, som gör att de är beroende av att någon annan ansvarar för samordningen. I det fall samordningen inte kan skötas av en anhörig så riskerar den att utebli. Så är fallet ofta för till exempel den grupp av medborgare som har långvarig psykisk sjukdom och även för multisjuka äldre.

Slutsatser och överväganden

Lösningar som har aktualiserats för att åtgärda detta problem är bland annat lotsfunktioner. Det finns dock inga hinder för att inrätta lotsfunktioner inom befintlig struktur.

Det är viktigt att påpeka att det endast är ett fåtal av den totala gruppen patienter som har behov av denna lotsfunktion. I huvudsak handlar det om personer som har långvariga och sammansatta behov. Framför allt har lotsfunktioner diskuterats för multisjuka äldre.

En annan metod för att öka samordningen är ett sammanhållet journalsystem, där journalen är garanten för att informationen

finns tillgänglig där patienten finns och för att de olika insatserna i vårdprocessen är länkande till varandra.⁵¹

Likvärdigheten

Likvärdighet har angetts som ett grundläggande kriterium för ansvarsfördelning i kommitténs delbetänkande.⁵² I delbetänkandet konstaterar kommittén att höga krav på likvärdighet är en utgångspunkt oavsett ansvarsfördelning.

Frågan om likvärdighet och brister i densamma har framförts av patient- och handikapporganisationerna. Det är väl belagt att det finns stora brister i likvärdighet. Bristerna finns till exempel i fråga om avgifter, utbud, prioritering, resultat, tillgänglighet och köer.

Bristerna i likvärdighet uppstår inte bara i form av oönskade skillnader mellan olika kommuner och landsting, utan även inom kommunen och landstinget. Kön, etnicitet, utbildningsnivå, inkomstnivå med mera spelar också in.

För den enskilda individen kan det gestalta sig på följande sätt.

En person som har en måttlig hörselnedsättning på bägge öronen och bor i Jämtlands läns landsting får betala 7 000 kronor för hörapparaterna samt en eller flera besöksavgifter för att hörapparaterna skall fungera på 500 kronor. I Landstinget Blekinge gäller andra taxor. Vård och hjälpmedel är fria från avgift vid nedsatt hörsel.⁵³

En person som fått bröstcancer, opererat bort bröstet och skall utföra en bröstrekonstruktion får, om hon bor i Västra Götalandsregionen vänta i 25 månader. En person bosatt i Landstinget i Uppsala län kan få operationen utan att köa.⁵⁴

Vid stroke varierar möjligheten att få snabb behandling och rehabilitering stort. Bor personen till exempel i Landstinget i Kronoberg har hon/han mycket goda chanser att få vård på en strokeavdelning. Bor hon/han i Landstinget Dalarna är chansen betydligt mindre att få vård vid en strokeavdelning och därmed minskar chanserna att goda resultat nås.⁵⁵

En person som har hög inkomst har större faktisk tillgång till specialistvården. Låginkomsttagare och personer med lägre utbild-

⁵¹ Möjligheten till ett nationellt journalsystem utreds av Patiendatautredningen (direktiv 2003:42 och 2004:95).

⁵² SOU 2003:123 *Utvecklingskraft för hållbar välfärd*.

⁵³ De stora skillnaderna i avgifter har uppmärksammats i en statlig utredning från 2004, som också lagt förslag med anledning av dessa (SOU 2004:83 *Hjälpmiddel*).

⁵⁴ *Dagens Medicin* (2005) *Orättvist lång väntan på nytt bröst av egen vävnad* nr 20.

⁵⁵ *Dagens Medicin* (2005) *Stora regionala skillnader i hur hjärninfarkt behandlas* nr 4.

ning söker sig oftare till primärvården.⁵⁶ Den faktiska valmöjligheten är betingad av social och ekonomisk bakgrund. Genomgående finns det stora sociala skillnader i vårdutnyttjande, där inkomstskillnader spelar störst roll. Personer ur högre inkomstgrupper har ett vårdutnyttjande som, i förhållande till behov, är större än låginkomsttagarnas.⁵⁷

Det finns fog för att säga att bristande likvärdighet är ett problem idag. Det är dock inte synliggjort.

Däremot finns det anledning att anta att bristande likvärdighet kommer att bli ett större problem framöver. Orsaken till detta är inte att skillnaderna kommer att öka, utan att medborgarens möjlighet att jämföra resultat, kvalitet och tillgänglighet kommer att öka. Det är också huvudmännens avsikt att öppna redovisningar av kvalitet, prioriteringar och utbud skall ske.

Brister i likvärdigheten kommer således framöver att bli mer synliga.

Slutsatser och överväganden

Ett framtida system bör ge förutsättningar för ökad likvärdighet vad avser i första hand resultat kvalitet, men även vad avser andra kvalitetsaspekter på vården. För att detta skall kunna ske krävs bland annat en mer systematisk och heltäckande uppföljning och utvärdering från ett nationellt perspektiv. Detta ger professionen möjlighet att jämföra resultat, men det ger också medborgaren möjligheter att styra vården mot ökad likvärdighet. Staten får förbättrad kunskap om hälso- och sjukvårdens prestanda, som kan utgöra underlag för styrning.

Ett ökat statligt engagemang framförs som en lösning från patient- och handikapporganisationerna. Bland annat vill man att de nationella riktlinjerna får ökad verkningsgrad.

Ett förstatligande av finansierings- och tillhandahållaransvaret är också en tänkbar lösning. Det ger inte automatiskt mer likvärdighet, men ger en legitim grund för staten att styra verksamheten mot ökad likvärdighet.

⁵⁶ Walander, A. m.fl. (Vård på lika villkor. Rapport 2004:1) *Sociala skillnader i vårdutnyttjande*.

⁵⁷ Op.cit.

3 Systemperspektivet

I följande avsnitt beskrivs systemperspektivet. Det innebär inte att ett medborgarperspektiv saknas. Ofta sammanfaller perspektiven. Hos både medborgare och ansvariga för hälso- och sjukvårdssystemet finns en önskan om effektivitet, förmåga att styra efter behov och önskan om och strävan efter en hög vårdkvalitet. Ytterst styr ju medborgaren genom att hon/han väljer representanter till riksdag, landstings- och kommunfullmäktige, som i sin tur styr (eller snarare deltar i styrningen av) hälso- och sjukvården. De olika perspektiven är dock fruktbara att använda eftersom de kan innebära att utmaningar och problem belyses på olika sätt. Den del av systemperspektivet som fokuseras i denna rapport är vårdens övergripande organisation. Detta illustreras i första hand genom de utmaningar och problem som tas upp i kapitlet.

Systemperspektivet är förhållandevis ingående skildrat i statliga utredningar, forskningsrapporter och studier av andra slag. Texten utgår i första hand från denna litteratur.

Först sker en presentation av svensk hälso- och sjukvård i ett dagsaktuellt perspektiv. I denna presentation finns även en genomgång av tidigare reformer som berör ansvars- och uppgiftsfördelning samt en genomgång av sektorer som angränsar till hälso- och sjukvården. Därefter skildras faktorer som påverkar hälso- och sjukvården i ett längre perspektiv.

Huvuddelen av kapitlet ägnas åt att beskriva och diskutera utmaningar och problem ur ett systemperspektiv.

3.1 Faktabakgrund

I följande texter ges en faktabakgrund. Först sker en allmän genomgång av vården, sedan en genomgång av tidigare svenska reformer och förslag som berört ansvarsfördelning och slutligen en genomgång av angränsande sektorer.

Svensk sjukvård i ett internationellt perspektiv

När svensk sjukvård återfinns i internationella jämförelser konstateras att den svenska vården är kostnadseffektiv och presterar mycket goda medicinska resultat. Tillgängligheten är hög på så sätt att många medborgare kommer i åtnjutande av hälso- och sjukvårdens behandlingar. Statistik visar bland annat att Sverige i ett internationellt perspektiv har mycket hög tillgänglighet mätt som antal operationer. Bland annat kommer en stor andel av befolkningen i åtnjutande av vanligt förekommande operationer som höftleds- och kranskärlsoperationer.¹

Jämförande internationella studier visar att olika system presterar olika väl på olika områden. Det går således inte att bryta ut ett område för diskussion utan att notera att det kan få återverkningar på andra områden.

Ett exempel är statistiken på hur många patienter läkarna tar emot. Svenska läkare har i jämförelse med andra länders läkare få patientbesök. En förklaring till detta är att sjuksköterskor i Sverige sköter många av de uppgifter som sköts av läkare i andra länder. Detta faktum har i sin tur återverkningar på bland annat kostnadsnivån. Kostnaden för sjukvårdsinsatsen, för till exempel diabeteskontrollen, blir lägre med den svenska modellen. En annan faktor är att läkarbesök i Sverige kan ha ett innehåll som skiljer från andra länder. I till exempel Nederländerna tar den absoluta huvuddelen av läkarbesöken mindre än tio minuter per patient medan endast en procent av besöken i Sverige är så korta.

Antalet patientbesök per läkare kan hänga samman med hur behov prioriteras och vilka möjligheter som finns att fördela arbetsuppgifter mellan professionerna. Den svenska befolkningen avviker också i jämförelse med andra länder på så sätt att få läkarbesök görs. En invånare gör i genomsnitt endast 2,8 läkarbesök per år. Sverige har ungefär hälften så många besök per invånare som länder med remisstvång, till exempel Danmark och Storbritannien.²

I Sverige går cirka 9,3 procent av BNP till hälso- och sjukvården. Denna andel ligger i nivå med övriga OECD-länder. Det finns ett fåtal länder som avviker, däribland USA, som anses ha höga kostnader på grund av höga administrationskostnader, högt löneläge, ”juridiska kostnader” och ett komplext system. Även Storbritannien har genom åren avvikit genom att en lägre andel av landets

¹ Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Svensk sjukvård i internationell belysning*.

² Socialstyrelsen (2002) *Vårdens värde*.

BNP har gått till hälso- och sjukvård. Nu har dock Storbritannien tagit beslut som innebär att hälso- och sjukvårdens kostnader – och även antalet prestationer – ökar på sikt.

Historiskt perspektiv

Hälso- och sjukvården har från första början, även när kyrkan stod för vården, varit kollektivt finansierad och producentstyrd.

Landstingen hade från början inte det uttalade hälso- och sjukvårdsansvar som de har idag. Under 1900-talet kom dock alltfler uppgifter inom sjukvården att föras över till landstingen. Bland annat avvecklades provinsialläkarsystemet under 1960-talet och den öppna mottagningen vid sjukhusen överfördes till landstingen. Distriktssköterskorna, mödra- och barnhälsovården blev landstingets ansvar redan på 1930-talet.

Vården av psykiskt sjuka låg länge kvar som en statlig uppgift och överfördes först i slutet av 1960-talet till landstingen. År 1960 beslutade riksdagen om en regionindelning av sjukvården. Beslutet innebar bland annat att det i vart och ett av regionerna skulle finnas ett regionsjukhus med specialiteter.

Ansvar för universitetssjukhusen överfördes till landstingen på 1980-talet. Kostnadsansvaret för yrkesutövare som arbetar enligt nationella taxan och kostnadsansvaret för läkemedel fick ett ändrat huvudmannaskap på 1990-talet, då också ett antal huvudmannaskapsgränser ändrades mellan landsting och kommun. Bland annat skedde detta genom Ädelreformen och psykiatrireformen.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är format av regering och riksdag och på så sätt ett sammanhållet nationellt system. Utförandet är dock decentraliserat. Riktningen under 1900-talet har gått mot en ökad decentralisering, genom att landsting och kommuner fått ett större ansvar för vården.

Att tolka riktningen i utvecklingen under de senaste femton åren är dock inte lätt. Samtidigt som det funnits en ambition att föra uppgifter från landstingen till kommunerna och att överföra statligt ansvar till landsting och kommuner, så har statens styrning ökat i olika avseenden. Både decentralisering och centralisering har rymts i reformerna.

Sjukvårdens effektivitet

Heltäckande verksamhetsuppföljning saknas inom hälso- och sjukvården. Det går därför inte att yttra sig om den samlade effektiviteten och produktiviteten. Dock visar, som tidigare nämnts, olika internationella studier att den svenska sjukvården i sin helhet är kostnadseffektiv.

Mycket talar ändå för att det finns utrymme för effektiviseringar. Inte minst därför att det finns stora variationer i sjukvårdskostnader och resursutnyttjande mellan bland annat landstingen. Tydliga förklaringar till variationerna saknas.³ Sjukvården kostade landstingen i genomsnitt cirka 15 000 kronor per medborgare. Men spännvidden är närmare 3 000 kronor. Dyrast är sjukvården i Norrbotten. Även när man skalar bort olika strukturella faktorer kvarstår skillnaderna.

Sveriges Kommuner och Landsting har mätt effektiviteten i den somatiska vården och gjort jämförelser mellan de olika landstingen. Jämförelsen visar att Halland har en hög effektivitet och att Jämtland, Jönköping och Stockholm ligger under riksgenomsnittet. De landsting som är minst kostnadseffektiva är Västmanland och Västerbotten.⁴

För separata verksamheter eller separata delar av vården är det möjligt att mäta produktivitet. Det gäller till exempel starroperationer, där påtagliga produktivitetsökningar skett. Ett område som ofta lyfts fram som mer kritiskt är antalet patientbesök per läkare. Det är dock svårt att uttala sig om detta är bra eller dåligt, om man inte kan se antalet besök i relation till hela vårdprocessen.

För att kunna mäta effektivitet och produktivitet över tid och göra jämförelser mellan olika verksamheter krävs bland annat gemensamma begrepp och kvalitetsindikatorer. Ett arbete för att ta fram dessa pågår sedan några år inom sjukvården.

En nationell strategi har utarbetats av Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, som innebär att nationella indikatorset för jämförelser av effektivitet och kvalitet tas fram under 2006. Dessa skall bland annat ligga till grund för en jämförelse mellan landstingen.

³ Ds 2005:7 *Iakttagelser om landsting*.

⁴ *Dagens Medicin* (2004) *Vården i Västmanland minst effektiv i landet* årg. 2004 nr 45. (Jämförelsen baseras på kostnaden per DRG-poäng (Diagnoses Related Groups). Primärvård och psykiatri är inte inkluderade i studien.)

Uppföljning och utvärdering

Uppföljningen och utvärderingen ökar i kvalitet och kvantitet inom hälso- och sjukvården. Sedan ett antal år tillbaka eftersträvas också ökad öppenhet inom uppföljningen. Detta är en internationell utveckling. Den öppna redovisningen eftersträvas dels för att öka medborgarens möjligheter att jämföra vårdgivare, dels för att större öppenhet väntas ha en självreglerande effekt på professionen. Det är en hypotes som testats i olika studier och visat sig stämma.⁵ Den öppna redovisningen blir därmed en del av styrningen.

Den öppna redovisningen innebär också att patientens roll som styrande aktör inom vården förstärks. Patienten kommer att få ökade förutsättningar att bidra till likvärdighet genom sina val och sina krav på vården. De undersökningar som hittills gjorts visar dock att det idag knappt ens finns embryon till denna typ av aktiva patient. Informationen förvirrar ofta. Hur den kan användas och hur den skall kopplas till rättigheterna som patient är vanliga frågor.⁶

Att uppgifter som behövs för att följa upp hälso- och sjukvården samlas in och vidare rapporteras vilar till stor del på frivillig grund. I en rapport från Finansdepartementet, *Iakttagelser om landsting* föreslås en författningsreglering av övergripande mål som skall vara utgångspunkt för uppföljning, vilka mätetal som skall lämnas in och vilka uppgifter som skall lämnas samt vilken organisation som skall ansvara för uppföljningen.⁷ Likaså Riksrevisorerna har konstaterat att det behövs ett författningsstöd för att förstärka den nationella verksamhetsuppföljningen. Motsvarande stöd finns i till exempel Norge, där nationella indikatorer fastställs på regeringsnivå.

Dessa förslag bör kopplas till frågan om utformningen av den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Är det rimligt att huvudmännen inte har en mer gemensam informationsstruktur för uppföljning av effektivitet, kvalitet med mera? Även om den går att åstadkomma genom samordning visar erfarenheten att detta tar lång tid.

Idag följs hälso- och sjukvårdsverksamheten upp utifrån ett producentperspektiv. Något som omöjliggör uppföljning på individnivå är till exempel det faktum att den kommunala hälso- och sjuk-

⁵ Uppgiften kommer från professor Mats Brommels, Karolinska Institutet, den 29 april 2005.

⁶ Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Öppna redovisningar av resultat i vård och omsorg*.

⁷ Ds 2005:7 *Iakttagelser om landsting*.

vården inte dokumenterar på individnivå medan den landstingskommunala gör det. Förutsättningarna att följa individens väg inom vården är således dåliga. Det har också varit stora svårigheter att jämkä samman begreppen som används inom den kommunala och landstingskommunala vården.

Uppföljning från ett producentperspektiv har också som effekt att dagens indikatorer inte visar den patientupplevda kvaliteten. För vissa områden saknas också indikatorer (primärvården, palliativ vård, psykiatri etcetera).

Därför kan man inte svara på frågan: Vad är det för samlade insatser som ges? Används resurserna optimalt totalt sett?

InfoVU (Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) är ett projekt, som syftar till att förbättra verksamhetsuppföljningen och göra hälso- och sjukvården mer mätbar. I projektet försöker man betona ett perspektiv som utgår från användningen av informationen. I dagsläget finns en rad olika mätetal på olika nivåer. Landstingen utvecklar egna och olika mätsystem. InfoVU åstadkommer en nationell samling runt bland annat begrepp och kvalitetsindikatorer.

Andra hinder som identifierats är att många verksamheter saknar IT-stöd, att drifts- och förvaltningskostnader är höga i förhållande till nyttan samt att data saknas om kostnader.

Statliga reformer av och förslag rörande uppgifts- och ansvarsfördelning

Ett antal viktiga huvudmannaskapsförändringar har genomförts inom svensk hälso- och sjukvård under de senaste 10–15 åren. Gränssnittet mellan kommun och landsting har gett upphov till flera utredningar och förslag.

En kommunal primärvård

Frågan om kommunaliserad primärvård har diskuterats och prövats under mer än ett decennium. En orsak till att frågan lever kvar kan vara att dagens primärvård inte har uppfattats fungera på ett tillfredställande sätt. Bland annat har kommunerna, som ansvariga för socialtjänsten, sett fördelar med en närmare koppling till landstingets primärvård och den allmänmedicinska kompetens som där

finns. Frågan om en kommunal primärvård har utretts och prövats i en försöksverksamhet.

Medan primärvården i många andra länder har en stark koppling till den kommunala nivån, har i Sverige betoningen av primärvårdens koppling till övrig hälso- och sjukvård varit i fokus.

Försöksverksamhet med kommunal primärvård

Bakgrunden till försöket med kommunal primärvård kan härledas till år 1985. Riksdagen fattade då beslut om att kommuner kunde träffa avtal med landstingen om att på försök bedriva primärvård. I samband med Ädelreformen konstaterade riksdagen att försök skulle göras med kommunalt huvudmannaskap för primärvården. Sju kommuner respektive landsting fick senare tillstånd från Socialstyrelsen.

I samband med att beslut om försöksverksamheten fattades bestämdes också att försöken skulle utvärderas. Ett antal faktorer skulle bedömas, såsom samverkan med länssjukvård, kvalitet, ekonomiska resultat och kommunal integration.

Socialstyrelsen, som hade regeringens uppdrag att utvärdera försöket konstaterar följande.⁸

- Primärvårdens inriktning, kvalitet och effektivitet påverkades inte nämnvärt av ett huvudmannaskapsskifte. För att till exempel få till stånd ett förbättrat samarbete mellan socialtjänsten och primärvården måste man söka andra vägar än huvudmannaskapsförändringar.
- En återhållande faktor är sannolikt att det är de professionella värderingarna inom primärvården som är dess starkaste drivkraft. Dessa förändrades inte av huvudmannaskapsskiftet.
- Ett svalt intresse från huvudmännen i flera av försökskommunerna har dämpat resultatet.

Sammanfattningsvis anser Socialstyrelsen inte att man kan grunda förslag om ett permanent överförande av primärvården på resultaten i studien. Socialstyrelsen drog slutsatsen att personalens utbildning, kontaktnät och engagemang i det vardagliga arbetet är viktigare än verksamhetens organisation och huvudmannaskap. Mot en kommunalisering talar också att det finns ett behov av flera medi-

⁸ Socialstyrelsen 1998:5 *Försök med kommunal primärvård 1992–1998*.

cinska specialiteter inom primärvården, som till exempel psykiatri och geriatrik. ”Sannolikt skulle en sådan utveckling försvåras av en primärkommunal primärvård.”⁹

HSU 2000 lämnar förslag om en primärvårdsstyrd modell

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000, hade i de första direktiven ett uppdrag att analysera tre alternativa organisationsmodeller. Bland dem fanns en modell som kallades för primärvårdsstyrd vård. I expertgruppens rapport konstateras att den primärvårdsstyrda modellen innebär att samtliga hälso- och sjukvårdsresurser koordineras via primärvården.¹⁰ Finansieringen kan ske på olika sätt, men expertgruppen framhåller att ett primärkommunalt huvudmannaskap och en primärkommunal finansiering är den modell som bäst stärker primärvården. Den primärvårdsstyrda vården anses ge störst möjlighet till valfrihet, medan de två andra modellerna anses ge bättre resultat vad gäller etableringsfrihet, demokratisk kontroll, kostnadskontroll och effektivitet samt administrationskostnader.¹¹ Expertgruppen hade dock inte till uppgift att bedöma vilken modell som var bäst för svensk sjukvård i framtiden.

Expertgruppen räknar bland annat upp följande skäl för en kommunalisering av hälso- och sjukvården.

- Det är naturligt att bygga vidare på den utveckling som påbörjats med Ädelreformen.
- Kommunen har ett incitament att göra avvägningar mellan hälso- och sjukvård och annan kommunal verksamhet.
- Den kommunala finansieringen gör att man kan fatta lokala beslut.

Sjukhusen får, i modellen, en självständig ställning. De kan ägas av staten eller av aktiebolag där kommunerna har majoriteten. Driften kan skötas av privata företag på kontrakt.

Expertgruppens rapport ger inte underlag för att bedöma om det finns vinster med en kommunaliserad primärvård med åtföljande ansvar för hela hälso- och sjukvården. De slutsatser som görs är

⁹ Op.cit.

¹⁰ SOU 1993:38 *Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller*.

¹¹ De tre olika modellerna benämndes primärvårdsstyrd vård, reformerad landstingsmodell och obligatorisk sjukförsäkring.

baserade mer på hypotetiska resonemang än på empirisk grund. Därtill har ingen avvägning gjorts mellan modellerna. De tre olika modellerna har olika för- och nackdelar.

HSU 2000 fick ändrade direktiv år 1994 och kommitténs arbete ändrade inriktning. De alternativa organisationsmodellerna återfanns inte i slutbetänkandet. I slutbetänkandet finns skrivningar om uppgifts- och ansvarsfördelning. Ett statligt huvudmannaskap avvisas. Sjukvården styrs och organiseras bäst lokalt, anser kommittén.

Psykiatrireformen

Psykiatrireformen innebar en stor förändring av ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan landsting och kommun. Den ideologiska kärnan i reformen låg i perspektivbytet från sjuk till funktionshindrad. Den enskilde skulle leva så oförhindrad av sitt funktionshinder som möjligt. Resurserna som gick till gruppen psykiskt funktionshindrade utnyttjades alltför dåligt, vilket reformen antogs kunna förändra. Det fanns också stora brister i samordning och samarbete mellan de offentliga aktörerna.

År 1995 genomfördes reformen och Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att utvärdera effekterna.¹² Utvärderingen visar på både positiva och negativa resultat. Psykiatrireformens viktigaste styrformer var lagstiftning samt statliga stimulansbidrag. Stimulansbidragen bidrog till verksamhetsutveckling. Några av de positiva effekter som räknas upp är:

- Yngre personer som var medicinskt färdigbehandlade flyttades från slutenvården till ett bättre boende.
- Verksamhetsansvaret blev tydligare genom att ett antal verksamheter som dagliga sysselsättnings- och fritidsverksamheter övergick till kommunerna.
- Samverkan mellan socialtjänst och psykiatri etablerades på många håll.
- Verksamheter med personliga ombud blev framgångsrika.

Socialstyrelsen pekar även ut ett antal områden där reformen inte fått avsedda effekter. De psykiskt funktionshindrades möjligheter till inflytande är fortfarande eftersatt. Samverkan och vårdplanering

¹² Socialstyrelsen (1991) *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.*

fungerar dåligt vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård. Psykiskt funktionshindrade med missbruk saknar fortfarande ofta ett samlat och samtidigt stöd. Det finns särskilda brister när det gäller tillgång till primärvård och psykiatrisk öppenvård. Många får inte den vård de behöver. I stor utsträckning är det så att varje aktör utgår från den egna sektorns perspektiv, utan att uppfatta helheten.

Ett antal ytterligare förslag presenteras i syfte att nå bättre resultat med reformen. Ett av dessa handlar om hur kommunerna skall kunna säkerställa bassjukvården inklusive läkarinsatser. Anledning är att psykiskt funktionshindrade ofta har omfattande somatiska vårdbehov, som inte hälso- och sjukvården förmår att tillgodose. Ett annat förslag handlar om att införa en lagreglerad rätt till personligt ombud.¹³

Socialstyrelsen har i fortsatta uppföljningar av reformen pekat på att kommunerna brister i ansvar gentemot de psykiskt funktionshindrade. Cirka 15 000 personer riskerar att helt stå utan samhällets stöd. Hälften av landets kommuner saknar kunskap om hur många psykiskt funktionshindrade som finns i kommunen och vilka behov de har. Brister i samverkan med landstingens psykiatri finns i 70 procent av kommunerna. De psykiskt funktionshindrade är i stor utsträckning beroende av att de enskilda handläggarna har ett eget intresse i frågan för att individuella planer etcetera skall komma till stånd.¹⁴

En annan utvärdering av psykiatrireformen sammanfattar reformens huvudproblem i att reformen kom för sent och att en rad felbedömningar gjorts i framskrivningen av reformen, där bland annat utredningens förslag till styrning tonades ned och allmänt hållna normer fick dominera.¹⁵ Implementeringen har varit svår, men de positiva erfarenheterna överväger.

Den ekonomiska styrning som staten tillämpade för att stimulera implementeringen av psykiatrireformen ledde till en kortsiktighet i verksamheten. De tidsbegränsade pengarna från staten styrde i riktning mot en projektorganisering.¹⁶

¹³ Personligt ombud avvecklas nu i många kommuner på grund av att besparingar genomförs.

¹⁴ Dagens Nyheter (2005-09-9) *För lite hjälp till psykiskt funktionshindrad*, (Uttalande av Marianne Björklund, Socialstyrelsen, utifrån en kartläggning som gjorts.)

¹⁵ Markström, U. (2003) *Den svenska psykiatrireformen*.

¹⁶ Op.cit.

Ädelreformen och *Sammanhållen hemvård*¹⁷

Ädelreformen gav kommunerna ett utvidgat ansvar för långvarig vård till äldre och funktionshindrade. Kommunernas skyldighet kom dock inte att omfatta läkarinsatser.

Ädelreformen kom att bygga in en negativ incitamentsstruktur, där landstingen genom primärvården har ansvaret för hemsjukvården medan kommunerna har ansvar för de sociala insatserna. Det lönar sig att hitta någon annan som kan överta ansvaret. Det leder för den enskilda till många förflyttningar och en brist på kontinuitet i vården.

Riksrevisionsverket anser, i sin utvärdering att, även det trängda ekonomiska läget gjort revirstrider mer vanliga.

Ett annat problem är bristande läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Brist på medicinsk kompetens äventyrar patientsäkerheten och gör att personer med stora medicinska behov riskerar att få en låg kvalitet på vården.

Dessa problem diskuterades också av Äldrevårdsutredningen, som hade i uppdrag att genomföra en översyn av vården och omsorgen drygt tio år efter Ädelreformen. I slutbetänkandet diskuteras i vilken utsträckning dagens huvudmannaskapsgränser är ändamålsenliga.¹⁸ Som ett av de allvarligaste problemen bedöms bristen på läkarmedverkan. Utredningen föreslår att särskilda överenskommelser träffas mellan kommun och landsting om läkarinsatserna i den kommunala hemsjukvården. Om landstinget inte fullgör skyldigheterna skall kommunen ändå kunna anlita läkare, vars tjänster landstinget skall stå som betalningsansvarig för.

Eftersom ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun gällande hemsjukvården bedömdes som otydlig och som att den skapar konflikter och revirstrider, lämnades förslag på att endast en huvudman skall ansvara för hemsjukvården. Kommunen skall vara huvudman för samtliga sociala och medicinska insatser (med undantag för läkarinsatserna) inklusive den rehabilitering och de hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende.

I betänkandet läggs även förslag med anledning av ett annat problem som belysts i många utredningar, nämligen bristen på samverkan om den enskilde individens vård. En lagstadgad skyldighet att samverka kring vården av enskilda personer med sammansatta

¹⁷ Kapitlet grundas på SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård* samt Riksrevisionsverket 2002:28 *Vård och omsorg för äldre*.

¹⁸ SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*.

vårdbehov föreslås. En vård- och omsorgsplan skall upprättas och i denna plan skall kommunen utse en namngiven samordnare. Det lotssystem som tidigare utredningar talat om finns konkretiserat i ovan nämnda förslag.

Hittills har betänkandets förslag inte resulterat i en proposition.

Handikappreformen¹⁹

Handikappreformen (1994) innebar att uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting för insatser till personer med funktionshinder ändrades. Genom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) fick personer med funktionshinder rätt till boende och stöd från kommunerna för den dagliga livsföringen. De grupper som omfattas är bland annat personer med utvecklingsstörning samt personer med varaktiga funktionshinder, som orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och som inte beror på normalt åldrande.

I utvärderingar av reformen har bland annat pekats på att den enskildes möjlighet att få en individuell plan, där de olika huvudmännens insatser är samordnade, är dåligt tillgodosedd.

Kommunernas kostnader för LSS och LASS uppgick år 2004 till 33 miljarder kronor. I denna summa ingår ersättningen från Försäkringskassan för LASS, som uppgick till 7 miljarder kronor. Totalt kostade kommunernas socialtjänst 146 miljarder kronor.²⁰ Kostnadsskillnaderna mellan kommunerna är mycket stora och kostnadsökningen har varit avsevärd. Mellan år 1997 och 2001 ökade kostnaden med drygt 10 procent per år.²¹

Specialiststrukturen för de medicinska specialiteterna

Det finns en långt gången specialisering inom läkarkåren. Det hävdas ibland att det är den interna professionella konkurrensen bland läkare med olika specialinriktning som har haft störst betydelse för sjukvårdens organisation och övergripande struktur.²²

¹⁹ Reformen tas upp här, trots att den inte har en direkt beröringspunkt med hälso- och sjukvården.

²⁰ Socialstyrelsen (2005) *Jämförelsetal för socialtjänsten år 2004*.

²¹ Olsson, C. och Söderström, I. (2003) *Varför staten skall finansiera LSS-verksamheten?* www.skf.se (2005-08).

²² Anell, A. (2004) *Strukturer, resurser, drivkrafter*.

Samtidigt som det finns positiva resultat av specialiseringen i form av att sjukvården blir alltmer kvalificerad, så uppstår problem när specialiseringen ökar och sjukvården blir mer fragmenterad medan behoven från befolkningen är sammansatta och komplexa. Behov och medicinsk kompetens utvecklas åt olika håll. Den helhetssyn utifrån patientens behov som eftersträvas riskerar att utebli.

Socialstyrelsen gavs i regleringsbrevet för år 2001 i uppdrag att genomföra en översyn av läkarnas specialiteter. Läkarnas specialistutbildning är offentlighetsreglerad sedan 1960 och därefter har två större översyner skett, utöver den som Socialstyrelsen genomförde mellan 2001 och 2002. Det finns flera aktörer som är involverade i specialistutbildningen. Det är staten som sätter ramarna för utbildningen och också utfärdar specialistbevis samt finansierar de så kallade SK-kurserna. Statens roll vad beträffar själva genomförandet av utbildningen och kvalitetskontrollen av densamma är dock mycket begränsad. Landstingen ansvarar för finansieringen av ST-tjänsterna, handledarutbildningen och studierektorsbefattningarna. Den medicinska professionens intresseorganisationer bidrar i sin tur på frivillig väg med kvalitetssäkringsåtgärder.²³

För närvarande finns 62 medicinska specialiteter. Sverige har ett förhållandevis högt antal specialiteter och avviker också på andra sätt vid internationella jämförelser. Bland annat har de teoretiska momenten i utbildningen större formell tyngd i andra länder. De 62 specialiteterna är alla basspecialiteter och uppbyggda på olika sätt. Socialstyrelsen föreslår regeringen att en ny specialistförteckning och en ny specialiststruktur inrättas, där specialiteterna delas upp i basspecialiteter, grenspecialiteter och tilläggspecialiteter. Förslaget innebär att majoriteten av specialister får en bredare kompetensbas som är bättre anpassad till bland annat de behov som finns hos gruppen multisjuka.

För att öka statens möjligheter att påverka kvaliteten i utbildningen föreslås ett nationellt råd inrättas. Socialstyrelsen föreslår att rådet utses av Socialstyrelsen och att regeringen bemyndigar Socialstyrelsen att med stöd av detta råd i framtiden avgöra frågor som rör specialistutbildningen och specialitetsförteckningen.

Efter att förslaget redovisats tillsattes en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av läkarnas specialistutbildning i syfte

²³ Socialstyrelsen (2003) *Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn*.

att ytterligare belysa frågan.²⁴ Uppdraget slutredovisades år 2004. Det utgick från Socialstyrelsens översyn och slutsatserna anslöt i huvudsak till Socialstyrelsens förslag. Bland annat ansåg utredaren att beslutsansvaret bör flyttas från regeringen. ”Förslaget att lägga specialitetsfrågor på myndighetsnivå ger bättre förutsättningar för en fortlöpande process om specialistutbildningen och specialistförteckningen.”²⁵

Regeringen har fortfarande beslutsansvaret för denna fråga. Fram till nu har inga beslut tagits utifrån den översyn som gjorts med anledning av regleringsbrevet eller utifrån det uppdrag som gavs till den särskilda utredaren.

Läkemedelsreformen

Läkemedelsreformen genomfördes år 1997 och syftade till att förbättra kvaliteten på läkemedelsanvändningen och motverka kostnadsökningen. Läkemedel var tidigare finansierat av staten, men i och med reformen fördes kostnadsansvaret för läkemedel och inkontinensartiklar över till sjukvårdshuvudmännen. En ny lag om läkemedelskommittéer (1996:1157) infördes och möjligheten att följa upp användningen av läkemedel ökade.

Reformen innebar också att läkemedelsförmånen ändrades så att subventionen på läkemedel i högre grad än tidigare begränsades till patienter med höga läkemedelskostnader.

Den högspecialiserade vården

Förslagen i rapporten *Högspecialiserad vård*, som togs fram av en projektgrupp inom Socialdepartementet, innebär en ökad statlig styrning.²⁶ En Rikssjukvårdsnämnd föreslås inrättas med representanter för varje sjukvårdsregion, där ordförande utses av regeringen. Samverkan mellan Sveriges sex sjukvårdsregioner blir obligatorisk, till skillnad från idag då den är frivillig.

Nämndens rekommendationer skall vara vägledande för Socialstyrelsens beslut om rikssjukvården. Socialstyrelsen, har enligt för-

²⁴ Uppdraget redovisades genom Socialdepartementets promemoria (2004) *Läkarnas specialistutbildning och strukturen för de medicinska specialiteterna – Konsekvenser för den kliniska forskningen m.m.*

²⁵ Op.cit.

²⁶ Ds 2003:56 *Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.*

slaget, i uppdrag att definiera vad som är rikssjukvård och var den skall lokaliseras. Rikssjukvården utgör cirka en procent av hälso- och sjukvården.

Regionala vårdprogram föreslås utarbetas för de olika medicinska områdena. Programmen skall klara ut vad som skall utföras regionalt och vad som skall ske i länssjukvården för att alla skall få rätt vård och vård på rätt nivå. Sjukvårdsregionerna får även i ansvar att samordna den kliniska forskningen. Proposition väntas under hösten.

Andra reformer med anledning av det dubbla huvudmannaskapet

En statlig utredning tillsattes år 1999 med uppdrag att lämna förslag på lösningar som förbättrar samverkan mellan landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård och även omsorg.²⁷ En mängd statliga utredningar har pekat på behovet av samverkan mellan de båda huvudmännen. Redan på 1970-talet påtalade Socialutredningen ett antal svårigheter för samverkan, som kopplades till strukturella hinder som splittrat huvudmannaskap, olika lagstiftning och olika arbetssätt för berörda organisationer.

Samverkansbehovet har även påtalats av Barnpsykiatrikommittén, som föreslog att kommuner och landsting skulle erbjudas ytterligare frihet att fördela uppgifter mellan huvudmännen.²⁸

Uppföljningen av Ädelreformen pekar likaså på fortsatta behov av förbättrad samverkan, bland annat på grund av delat ansvar för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel.

Samverkansutredningen utgår från att bristfällig samverkan kan ge svåra konsekvenser för människor med sammansatta, långvariga och svåra sjukdomstillstånd eller problem. Det finns en mängd exempel på fungerande samverkan och det finns inte ”några egentliga organisatoriska eller lagstiftningsmässiga hinder för samverkan”.²⁹ Däremot finns det omständigheter som försvårar samverkan.

Utredningen övervägde därför möjligheten att införa en lotsfunktion med samordningsansvar för den enskilde, men valde att inte införa någon lagstiftningen på detta område. Huvudmännen ansågs kunna tillskapa denna funktion ändå.

²⁷ SOU 2000:114 *Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.*

²⁸ SOU 1998:31 *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem.*

²⁹ SOU 2000:114 *Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.*

Man lade däremot förslag om en särskild lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Det finns idag bara en handfull sådana nämnder. Sätters kommun och Landstinget Dalarna har en gemensam nämnd för bland annat psykiatri, hemrehabilitering, hemsjukvård och äldre- och handikappomsorg. Jämtlands läns landsting och Strömsunds kommun har en nämnd för närvård och Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting inrättar en nämnd från och med 2006 för hälso- och sjukvård samt omsorg. Intresset har varit begränsat för att samordna landstingets och kommunens resurser i en gemensam nämnd.

För att öka läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården i syfte att få en trygg och säker medicinsk vård och få en medicinsk konsult vid vårdplanering, utbildning och handledning föreslås kommunerna få en befogenhet att själva tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Landstinget föreslås ha fortsatt skyldighet på detta område samtidigt som kommunerna får denna befogenhet.

Utredningen övervägde att ge huvudmännen ökade möjligheter att träffa avtal med varandra om att föra över olika uppgifter till varandra. Sådana uppgifter kan vara barnhälsovård och ungdomspsykiatri. Utredningen konstaterar dock att det i nuläget inte finns dessa förutsättningar, utan denna typ av överväganden bör istället ske av en parlamentariskt sammansatt kommitté.³⁰

När det gäller möjlighet till gemensam dokumentation, är de lagtekniska svårigheterna betydande. Dock kan man lösa många frågor praktiskt i samråd med den enskilde. Också där avstod utredningen från att lägga fram förslag.

Strukturförändringar ur ett genusperspektiv

De förändringar som skett av strukturen har sällan eller aldrig analyserats ur ett genusperspektiv. Ingen av reformerna, som nämns ovan, har för avsikt att leda till skilda konsekvenser för män och kvinnor, vilket inte hindrar att detta kan komma att hända.

I Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården diskuterades bland annat ett antal systemförändringar ur ett genusperspektiv.³¹ Även där konstaterades att reformer sällan följs upp så att könsspecifika effekter kan studeras. Ofta

³⁰ Betänkandet SOU 2000:114 *Samverkan* togs fram av en så kallad särskild utredare.

³¹ SOU 1996: 133 *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor*

finns inte ens frågan om att olika grupper, däribland kvinnor och män, kan komma att påverkas på olika sätt. Bland annat diskuterades husläkarreformen i betänkandet. Reformen kom att innebära en marginalisering av distriktssköterskorna och hade på det sättet en indirekt en könsaspekt, eftersom så gott som samtliga i den gruppen är kvinnor.

När det gäller kvinnliga patienter antogs att reformen kunde ge negativa effekter hos kvinnor på grund av den särställning som kvinnosjukvården intar för denna hälft av befolkningen. Gynekologisk kompetens, kombinerad med kontinuitet, är sannolikt av särskild betydelse för kvinnor.

Den enkät, som redovisades i betänkandet, visade att kvinnor som besökt gynekologmottagning var den grupp som var mest nöjd med den medicinska behandlingen liksom med det allmänna bemötandet. Husläkarreformen kan ha inneburit att kvinnor fick sämre tillgång till gynekologisk vård.

En fråga som blivit förhållandevis väl belyst ur ett könsperspektiv är anhörigvården. Här föreligger en ett antal rapporter som visar att det råder obalans ur ett könsperspektiv. Även Jämställdhetspolitiska utredningen konstaterar i sitt slutbetänkande, med utgångspunkt från delvis nya datasammanställningar, att män utför en ”oproportionerligt låg andel av arbetet med att hjälpa äldre och funktionshindrade, både som anhöriga – och i ännu högre grad – som anställda...”.³² Samtidigt har anhörigarbetet ökat under de senaste decennierna parallellt med att även ersättningen till denna grupp har minskat. ”Det är svårt att tolka ökningen av anhörigomsorgen på annat sätt än att det handlar om en påtvingad situation – ett tvång som särskilt berör kvinnor...” konstateras i en forskarrapport till Jämställdhetspolitiska utredningen.³³

Sammanfattningsvis saknas i de allra flesta fall könsspecifika analyser av reformers effekter, däribland reformer som berör huvudmannaskap.

³² SOU 2005:66 *Makt att forma samhället och sitt eget liv.*

³³ SOU 2005:66 *Forskarrapporter till Jämställdhetspolitiska utredningen.*

Angränsande sektorer

I detta avsnitt redovisas olika sektorer som hanterar vård- och omsorgsfrågor. Hälso- och sjukvård ges inom flera sektorer och den enskilda individen kan behandlas på olika sätt beroende på vilken sektor hon/han befinner sig i.

Hälso- och sjukvården besitter sammantaget stora resurser. En viktig fråga är hur samarbete kan förbättras mellan sektorerna och hur ett gemensamt arbete i högre utsträckning än idag kan utgå från den enskilda individen (patienten/klienten/brukaren) istället för systemet. Samma person kan befinna sig mer eller mindre samtidigt som patient i landstingets beroendevård, som klient i kommunens missbruksvård och som patient/klient inom den hälso- och sjukvård som bedrivs av Kriminalvården.

Kommittén pekade i sitt första delbetänkande på att sektoriseringen kan motverka en helhetssyn på medborgarens behov.

Kriminalvård

Kriminalvårdskommittén, som överlämnade sitt slutbetänkande i maj 2005, har bland annat studerat gränssnittet mellan hälso- och sjukvård och kriminalvård.³⁴ Det fungerar bra idag konstaterar kommittén och föreslår att den allmänna sjukvården även i fortsättningen bör stå till förfogande för dem som verkställer en kriminalvårdspåföljd. Detta skall dock inte hindra att Kriminalvården på frivillig grund utför och bekostar vissa vård- och behandlingsinsatser.

Redan idag ansvarar Kriminalvården för viss primärvård till de intagna på anstalt, trots att landstinget och kommunen enligt lag är skyldiga att ge detta. Den praktiska ansvarsfördelning som uppstått anses dock fungera bra.

Kriminalvården har ca 130 anställda för att ge de intagna vårdinsatser.³⁵ Till största delen är dessa sjuksköterskor. Dessutom hyrs läkare in på konsultbasis. Detta kan variera från några timmar i veckan till flera dagar i veckan från anstalt till anstalt.

Majoriteten av de intagna har missbruksproblem. Det är också inom missbruksvården som det finns uttalade problem. För den enskilde har detta som konsekvens att vårdkedjan ofta avbryts, när

³⁴ SOU 2005:54 *Framtidens kriminalvård*.

³⁵ Fakta i avsnittet är till stor del hämtade från en intervju med Stefan Skagerberg, medicinskt sakkunnig på Kriminalvården, den 29 september 2005.

betalningsansvaret skiftar. Kriminalvården och kommunens socialtjänst gör inte samma bedömning av behovet. Med anledning av detta föreslår också Kriminalvårdskommittén att kriminalvården får ett utökat betalningsansvar för kontraktsvården. Detta kan medföra att den enskilda individen inte, i samma utsträckning, kommer i kläm därför att olika huvudmän gör olika prioriteringar.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten inom Kriminalvården tillses på samma sätt som övrig hälso- och sjukvård.

Ytterligare en statlig utredning, Psykkommittén, har granskat det straffrättsliga ansvaret för psykiskt störda lagöverträdare samt formerna för ingripanden mot dem.

Utredningen konstaterade att det finns en rad problem med dagens system.³⁶ Det system som finns med särskild utskrivningsprövning medför att personer hålls kvar i slutenvård och att rättspsykiatri kan bli en maskerad förvaring där psykiatri används för andra syften än vård och behandling. Samtidigt kan man konstatera att vårdinsatserna fördelas ojämnt och inte alltid efter behov. Många personer som är intagna på kriminalvårdsanstalt har psykiska problem som inte tillgodoses.

Som en följd av problembilden föreslås förhållandevis omfattande förändringar i nuvarande system. Ett system skall kunna tillgodose vårdbehovet oavsett vilken straffrättslig reaktion som följer på brottet. Överlämnande till rättspsykiatrisk vård föreslås avskaffas som särskild påföljd. Staten föreslås överta finansieringen av rättspsykiatri.

Kriminalvården behöver bli bättre på att hantera frågor kring psykiskt sjuka konstateras i betänkandet. Därför skall ansvaret ytterligare betonas i lagstiftningen.

Företagshälsovård

Mycket möda har lagts ned på att få en tydlig boskillnad mellan företagshälsovård och övrig hälso- och sjukvård. Enligt svensk lagstiftning har företagshälsovården inte någon uppgift inom hälso- och sjukvården.³⁷

Att företagshälsovården har ett hälso- och sjukvårdsansvar förekommer dock i många andra länder. I Finland, som anses ha Europas mest utvecklade företagshälsovård med en täckningsgrad

³⁶ SOU 2002:3 *Psykisk störning, brott och ansvar*.

³⁷ SOU 2004:113 *Utveckling av god företagshälsovård*.

på över 90 procent, har till exempel företagshälsovården sjukvårdande uppgifter. Ungefär hälften av företagshälsovårdstjänsterna avser sjukvård. Även om man från statligt håll anser att detta är en hög andel, så finns en bestämd uppfattning att företagshälsovård, som enbart är preventiv inte kan fungera.³⁸ Sjukvårdsansvaret anses ha bidragit till att den finska företagshälsovården blivit mer inriktad på förebyggande arbete.

Även i Nederländerna är sjukvårdsinslaget i företagshälsovården stort. Där spelar företagshälsovården en roll under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det finns ett krav på obligatorisk anslutning till företagshälsovården.

Även om det finns en tydlig bodelning i Sverige så finns det exempel där företagshälsovården bidrar till att avlasta primärvården.

I en rapport av Jan Bröms föreslås företagshälsovården få ett ökat ansvar för primärvården för de anställda, för att kunna få förutsättningar att styra undan från hotande sjukskrivningar och förtidspensioneringar.³⁹ Skälet är att det är i relationen till den egna arbetsplatsen som de stora vinsterna förutsätts hämtas i form av färre och kortare sjukskrivningar. Förslaget baseras på ett sjukpenningssystem som enbart omfattar de förvärvsarbetande som genom sjukdom förhindras att få sin ordinarie inkomst. Sjukintyget bör skickas från läkaren till företagshälsovården, där det diskuteras mellan den enskilda och företagsläkaren. Detta system finns i liknande utformning i Finland, där den sjukskrivne inom tre dagar är skyldig att kontakta sin företagshälsovård.

Liknande frågor ställer sig den senaste statliga utredningen om företagshälsovård. Kan företagshälsovården ges en tydligare roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen?⁴⁰ Hur mycket hälso- och sjukvård bör ingå i företagshälsovården?

Utredningen föreslår dock inte att några krav skall införas på obligatorisk användning av företagshälsovården, men vill att staten tillsammans med övriga aktörer lägger fram en strategi för långsiktig utveckling av företagshälsovården. Även om företagshälsovården har en stor potential när det gäller sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen föreslås inte dessa områden bli några huvudområden för företagshälsovården. För att stimulera samverkan mellan hälso- och sjukvården och företagshälsovården förslås att regeringen inrättar en samverkansgrupp mellan landstingen och före-

³⁸ Op.cit.

³⁹ Bröms, J. (2004) *Makten över behoven*.

⁴⁰ SOU 2004:113 *Utveckling av god företagshälsovård*.

tagshälsovårdsbranschen. Arbetsgruppen skall bland annat ta fram riktlinjer för samarbete.

Med anledning av den nyligen genomförda utredningen och den tydliga färdriktningen mot en företagshälsovård som bibehåller sitt nuvarande ansvar och mot ett förbättrat samarbete med hälso- och sjukvården inom befintlig struktur dras här slutsatsen att det för närvarande inte finns någon efterfrågan på förändringar liknande de som bland annat föreslås i Jan Bröms rapport.

Alternativa modeller är dock tänkbara. En möjlighet är att företagshälsovården erbjuder primärvårdstjänster och får en roll i sjuk-skrivningsprocessen. Utgångspunkten i ett sådant förslag är att en stor andel av befolkningens hälsoproblem är relaterade till arbetsplatsen. Företagshälsovården skulle kunna erbjuda bassjukvård för den förvärvsarbetande delen av befolkningen och även i större utsträckning kunna tillgodose den efterfrågan som kan finnas på hälsokontroller, hälsovård och förebyggande hälso- och sjukvård, som dagens primärvård inte har utrymme för. Tänkbart är också att olika landsting/regioner prövar olika lösningar.

Oavsett dessa två vägval, så är det tydligt, precis som betänkan-det *Utveckling av god företagshälsovård* pekar på, att det behövs ett förbättrat samarbete med hälso- och sjukvården.

Tandvård⁴¹

Nästan alla europeiska länder har valt att ekonomiskt stödja bastandvården. Det svenska stödet innebär bland annat att barn och ungdomar erbjuds gratis tandvård. Landstingen ansvarar för denna avgiftsfria barn- och ungdomstandvård. Landstingen har enligt 8 § i tandvårdslagen (1985:125) ett planeringsansvar för befolkningens tandvårdsbehov. Landstingen ansvarar också för tandvårdsstödet till äldre och funktionshindrade med stort omsorgsbehov, samt till personer som behöver tandvård som led i en sjukdomsbehandling. Stödet till vuxentandvården inom den allmänna försäkringen är inriktat på att ge vuxna stöd för den så kallade bastandvården och ett visst stöd för protetiska åtgärder.

Den svenska tandvården har internationellt sett ett mycket gott anseende. Kunskapsutvecklingen har varit betydande. Det gäller såväl den förebyggande tandvården som nya behandlingsmetoder. Tandvården brukar lyftas fram som den del av det svenska sjuk-

⁴¹ Avsnittet baseras i huvudsak på SOU 2002: 53 *Tandvården till 2010*.

vårdssystemet som varit lyckosamt i sina preventiva åtgärder. I detta avseende är tandvården intressant att studera för hälso- och sjukvården. Det är även ett område som finansieras av patienten själv till största delen. Patientavgifterna uppgick år 2000 till 8,8 miljarder kronor. Övriga delar finansieras av staten och landstingen. Landstingens kostnader uppgick år 2000 till 3,5 miljarder kronor och staten betalade 1,4 miljarder kronor för tandvårdsförsäkringen och 400 miljoner kronor till landstingen i statsbidrag. Totalt uppgick kostnaderna till 14,3 miljarder kronor för år 2000.

Försäkringen infördes år 1974, men sedan dess har omfattande förändringar ägt rum. Ett flertal utredningar tillsattes under 1980- och 1990-talen för att förändra tandvårdsstödet. En större förändring genomfördes år 1999 då ett reformerat tandvårdsstöd infördes. Efter att denna reform trätt i kraft tillsattes en ny statlig utredning. Den resulterade i betänkandet *Tandvården till 2010*. Där påpekas bland annat prisutvecklingen på tandvårdstjänster har ökat kraftigt och att den del av tandvården som är avsedd för patienter som har långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning inte kommer patienterna tillgodo i den omfattning som var avsikten. Det finns stora skillnader i tandhälsa inte minst regionalt och det finns en social snedfördelning vad beträffar tandvårdsutnyttjandet.

Utredningen föreslår omfattande förbättringar för stödet till tandvård som har samband med allmänsjukdomar eller funktionshinder genom att sådan tandvård förs till ett och samma förmånssystem och betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Förslaget innebär en avsevärd ekonomisk förbättring för dessa patienter. Det innebär dessutom att kvinnor inte längre missgynnas, eftersom många sjukdomar som leder till väsentligt ökat tandvårdsbehov, som ätstörningar och reumatoida sjukdomar, är starkt könsrelaterade på så sätt att fler kvinnor än män drabbas. I betänkandet redovisas också stora brister i det uppsökande arbetet som landstingen bedriver och betänkandet hänvisar till Socialstyrelsen som anser att en rättsosäkerhet föreligger. Därför föreslås ett förtydligande av tandvårdslagen i detta avseende samt att föreskrifter och allmänna råd utfärdas.

Förslaget innebär att hälso- och sjukvården och tandvården integreras till del.

För unga vuxna, det vill säga personer som fyllt 20 år och inte längre omfattas av den avgiftsfria tandvården, föreslås ett särskilt subventionssystem gälla.

Det finns beröringspunkter mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Den medicinska forskningen har visat på samband mellan den orala hälsan och hälsan i övrigt. Dels kan sjukdomar i sig medföra skador i munnen liksom medicinering och annan behandling, dels kan dålig oral hälsa påverka övriga hälsan och leda till undernäring med mera. Ur medicinsk synpunkt finns således skäl att hålla samman tandvård och övrig sjukvård. Inte minst gäller detta inom äldrevården.

Vägval på detta område kan inriktas på hur samarbetet mellan tandvård och hälso- och sjukvård skall öka och hur delar av verksamheterna kan integreras. Frågan om att integrera hela tandvården i sjukvårdens högkostnadsskydd har även aktualiserats i den offentliga debatten. Det som förefaller viktigast ur behovssynpunkt är dock en integration för den grupp som har stora behov på grund av långvarig sjukdom och/eller funktionsnedsättning samt att öka samarbetet mellan den kommunala hälso- och sjukvården och landstingets tandvård.

Försäkringskassan

På 20 år har sjukskrivningskostnaderna fördubblats som andel av BNP.⁴² Samtidigt har det svenska folket blivit friskare.

Hur problemet med de höga sjukskrivningskostnaderna skall hanteras råder det ingen enighet om. Den sittande Socialförsäkringsutredningen betonar bland annat det faktum att sjukförsäkringssystemet är en försäkring och inte en social rättighet.⁴³ Det handlar dock inte bara om attityder, kultur och normer, utan de flesta analyser visar att nivåerna på sjukskrivningen samvarierar med en annan faktor, nämligen den ekonomiska konjunkturen.

Även studier som utgår från de sjukskrivnas egna upplevelser visar att sjukskrivningen inte i första hand har orsaker som hälso- och sjukvården kan åtgärda. Över hälften av dem som är sjukskrivna 15 dagar eller längre anser själva att deras sjukdom helt eller delvis har sin grund i förhållanden på arbetet och inte i rena hälso-problem.⁴⁴

Men så finns också en annan bild, som visar att hälso- och sjukvården i stor utsträckning påverkar nivån på sjukskrivningarna. Ett

⁴² Bröms, J. (2004) *Makten över behoven*.

⁴³ Dir. 2004:129 *Översyn av socialförsäkringarna*.

⁴⁴ Bröms, J. (2004) *Makten över behoven*.

forskningsprojekt i Lund har bland annat landat i slutsatsen att läkarna har ett stort inflytande över utvecklingen. När de inte kan bota patienter eller få tillbaka dem i arbete väljer de långtidssjukskrivning.⁴⁵

Det finns även studier som visar att väntetider till operationer förklarar en liten del av sjukskrivningen. En studie från Statskontoret, som hade som syfte att visa i vilken utsträckning som sjukskrivning orsakas av väntetider i vården visar dock att de flesta personer inte är sjukskrivna under väntetiden. I studien konstateras att det finns en brist på kunskap på detta område. Statskontoret anser att det borde finnas grundläggande information om sjukskrivning i väntan på vård på regional nivå.⁴⁶

Sjukfrånvaron ses således här som ett resultat av flera faktorer, där sjukligheten, arbetsmarknad, lagar och regler om ersättning, hälso- och sjukvård och konjunktur påverkar statistiken.

Frågan om sjukskrivningar har inte varit en prioriterad fråga inom hälso- och sjukvården och är ett förhållandevis obeforskat område. Detta medför att det saknas goda kunskaper om hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen, konsekvenser av sjukfrånvaro – positiva och negativa – etcetera. Nästan samtliga studier som görs på området handlar om orsakerna till att människor sjukskrivs och inte om följderna av att vara sjukskriven.⁴⁷ Men precis som vid annan medicinsk behandling är det viktigt att även beslut om sjukskrivning är grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Nyligen påtalade Socialstyrelsen behovet av lokala riktlinjer för sjukskrivning och behovet av bättre dokumentation. Även SBU har gjort en rapport som sammanställer kunskapsläget vad avser sjukskrivningens konsekvenser.⁴⁸

Internationella jämförelser visar att olika sätt att hantera frågan om sjukskrivning kan ge stora effekter. I bland annat Norge har sjukskrivningspraxisen ändrats. Läkarna har bland annat möjlighet att, utan att komma i konflikt med patienten, sjukskriva på heltid, men till försäkringskassan (Trygdeetaten) ange att det inte finns tungt vägande medicinska skäl för sjukskrivningen. Patienten är

⁴⁵ Hetzler, A. m.fl. (2005) *Sjuksverige. Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från arbetsmarknaden*.

⁴⁶ Statskontoret (2000) *Sjukskrivning i väntan på vård*. Bilaga i SOU 2000:121.

⁴⁷ SBU (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*.

⁴⁸ Op.cit.

således inte arbetsoförmögen på grund av sjukdom.⁴⁹ Det ger försäkringskassan möjlighet att göra en egen bedömning.

I Sverige nekar Försäkringskassan sjukskrivning endast i en procent av fallen. I Norge är motsvarande siffra 17 procent, Danmark 25 procent och i Österrike 50 procent.⁵⁰

I OECD:s senaste granskning av den svenska ekonomin konstateras att Sverige toppar den internationella statistiken med 25 sjukdagar per anställd och år. I granskningen dras slutsatsen att den höga nivån på sjukskrivningen inte orsakas av vare sig demografi, arbetsmarknad eller hälsostatus, utan av att det svenska systemet är för mjukt. Det är för lätt att bli och förbli sjukskriven. OECD:s åtgärdsförslag är i huvudsak möjliga att genomföra utan förändrade huvudmannaskap eller nya organisationer. Att en annan typ av prövning från de sjukskrivande läkarnas sida är möjlig, utan förändrade ansvarsförhållande, visar bland annat det norska exemplet.

Det finns en stor förbättringspotential för hälso- och sjukvården på sjukskrivningens område. De problem som finns idag handlar till stor del om brister i ledning, kunskap och samverkan. Konsekvenserna av dessa brister framstår som extra stora inom primärvården jämfört med andra vårdnivåer, konstateras i en forskarrapport.⁵¹

Ledningsproblemen handlar om att sjukskrivningen inte framställts som en prioriterad fråga för medarbetare från landstingens sida. Det saknas en helhetsstrategi för arbetet.

Kunskapen brister i flera avseenden, bland annat om vad som är optimal sjukfrånvaron och om frånvarons konsekvenser.

Samverkansproblem finns både inom hälso- och sjukvården och externt med andra aktörer såsom företagshälsovård, arbetsförmedling och Försäkringskassa.

De olika åtgärder som vidtagits för att hantera problemen har sällan utvärderats, varför det är svårt att dra några slutsatser om deras effekt.

Sammanfattningsvis går det att konstatera att det inte finns någon entydig bild av vad som är effektiva åtgärder för att minska sjukskrivningsnivån. Det krävs sannolikt ett samspel mellan fler aktörer där hälso- och sjukvården är en av dem.

⁴⁹ Läkartidningen (2005) *Norska läkare nöjda med ny sjukskrivningspraxis* nr 22.

⁵⁰ OECD (2005) *Economic Survey of Sweden 2005*.

⁵¹ Alexandersson, K. m.fl. (2005) *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*.

En möjlig väg framåt är den som inletts och som möjliggör för läkarna att vara mer restriktiva med sjukskrivningen och att även låta sjukskrivningsprocessen bli baserad på evidens och beprövad erfarenhet.

Andra modeller är mer strukturinriktade lösningar i likhet med Finsam och Socsam. Den rådande lag som finns om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (2004:793) ger viss möjlighet till samordning mellan Försäkringskassans, länsarbetsnämndens, kommunens och landstingets resurser. Cirka fem procent av befolkningen i arbetsför ålder beräknas tillhöra målgruppen. Statskontoret har i uppgift att följa upp verksamheten. I den första rapporten dras ett antal slutsatser som visar på en risk för att lagen får begränsade effekter för målgruppen.

En annan modell bygger på att sammanföra de ekonomiska systemen, i syfte att minska antalet sjukskrivningar. Ett annat sätt att är införa en form av ekonomiska incitament för sjukvården att minska sjukskrivningsnivån.⁵²

För en mer sammantagen bild bör kommittén avvakta kommande underlag från sekretariatet. Först då finns underlag för att diskutera om det skall tas fram förslag på detta område eller om kommittén bedömer att befintlig uppgifts- och ansvarsfördelning fungerar väl och problemet snarare bör kopplas samman med andra faktorer, såsom tillämpning av reglerna i det befintliga systemet.

Folkhälsopolitiken⁵³

Den svenska folkhälsopolitiken utgår från elva målområden. Dessa lades fast av riksdagen år 2003.

Det nationella folkhälsoarbetet har en lång tradition i Sverige. I första hand har det handlat om åtgärder och policys som inte omfattat hälso- och sjukvården i första hand. "Kampen" mot alkohol (där nykterhetsrörelsen spelade en viktig roll), "kampen" mot infektioner, där vatten-avloppssystem spelade en viktig roll är exempel på folkhälsoframgångar. Under andra hälften av 1900-talet kom dock hälsofrågorna att medikaliseras och professionaliseras och hälsopolitiken kom att handla om sjukvårdspolitik.⁵⁴ De folkhälso-

⁵² I budgetpropositionen för 2006 föreslås landstingen få en miljard kronor för detta ändamål.

⁵³ Avsnittet baseras på en intervju med generaldirektör Gunnar Ågren, Statens folkhälsoinstitut, den 16 juni 2005.

⁵⁴ Statens folkhälsoinstitut (2003) *Den nya folkhälsopolitiken*.

politiska målen är på sätt och vis en återgång till den tidigare politiken, där folkhälsan i första hand berör andra politikområden.

Landstingen bedriver idag ett arbete för att sprida metoder för förebyggande arbete inom sin organisation. I detta arbete finns de samhällsmedicinska enheterna som stöd. Dessa varierar dock verksamhetsmässigt och det finns framför allt problem för de mindre landstingen att försörja med kompetens, kvalitet och utbildning på området.⁵⁵ På den primärkommunala nivån finns inte samma tradition av att bedriva förebyggande arbete. Det är dock på den kommunala nivån som ansvaret finns för politikområden som har betydelse i det folkhälsopolitiska arbetet.

Det saknas dock incitament för att bedriva ett mer systematiskt förebyggande arbete inom den kommunala och landstingskommunala hälso- och sjukvården.⁵⁶ Det statliga stöd som finns är projektbaserat och som styrning inte fullt så verkningsfullt, eftersom verksamheten ofta läggs ned när projektstödet upphör. De förebyggande projekten pågår fläckvis och har mycket skiftande kvalitet.

Även en kartläggning från Socialstyrelsen visar att ett systematiskt arbete med rutiner och program för förebyggande arbete endast finns i begränsad utsträckning inom hälso- och sjukvården. Medan landstingen i sina övergripande styrdokument lyfter fram betydelsen av att påverka alkohol- och tobaksvanor så saknar, trots detta, 70 procent av landets vårdcentraler rutiner och program för alkoholvanor och 36 procent saknar rutiner och program vid rökstopp. Det förebyggande arbetet saknas i uppdragsbeskrivningar och efterfrågas inte i landstingens uppföljning av vården.⁵⁷

Sammanfattningsvis kan man konstatera att den kommunala och landstingskommunala sjukvården har skäl att utveckla sin förebyggande verksamhet. Förebyggande insatser hos en huvudman kan dock uppvisa sig om en vinst hos en annan (kommunen som förebygger höftledsfrakturer minskar antal patienter för landstinget). Av detta skäl uppmuntrar inte det dubbla huvudmannskapet det förebyggande arbetet.

De samhällsmedicinska enheterna har idag en problematisk uppgift. De skall verka för en förbättrad hälsa i befolkningen, men kommunerna, som i första hand förfogar över medlen, har ingen

⁵⁵ Bergman, S-E. och Dahlbäck, U. (2005) *Uppdrag och funktioner i det regionala arbetet med folkhälsa*.

⁵⁶ Som ett exempel på incitament kan nämnas ersättningssystem som finns i Storbritannien där allmänläkaren får ekonomisk ersättning om han/hon tillfrågar patienten om dennes alkoholvanor.

⁵⁷ Socialstyrelsen (2005) *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård?*

skyldighet och ibland ingen kapacitet att samarbeta med de landstingskommunala enheterna. Inte heller är de tillräckligt stora för att själva kunna svara för den kunskap och den information som de samhällsmedicinska enheterna idag står för.

3.2 Framtida förändringar ur ett systemperspektiv

Kommittén utgår från ett perspektiv som sträcker sig två till tre decennier framåt i tiden. Nedan finns resonemang om de trender som ett sådant perspektiv måste bygga på. Fokus finns på utvecklingslinjer som kan ha konsekvenser för uppgifts- och ansvarsfördelning.

EU och hälso- och sjukvården

Det finns skäl att anta att valmöjligheterna för patienter kommer att öka på europeisk nivå och att samordningen av de europeiska sjukvårdssystemen kommer att öka. En anledning är bland annat ett antal avgöranden i EG-domstolen, som gjort det enklare för patienter att söka planerad vård utomlands.

Ett annan anledning att förvänta sig ett ökad utbyte av hälso- och sjukvårdstjänster inom EU är den öppna samordningsmetod som EU tillämpar för vårdområdet. Samordningen inriktas bland annat på frågor om patientsäkerhet, professioners rörlighet och e-hälsovård. Denna samordning påminner om den jämkning av systemen som pågår i Sverige genom öppna kvalitetsjämförelser och rekommendationer i form av nationella riktlinjer.

De ökade valmöjligheterna kommer sannolikt att utnyttjas av individerna i större utsträckning än hittills. Ökad kunskap, rörlighet och förbättrade kommunikationer bidrar till detta.

Fram till idag har dock medlemskapet i EU haft ett begränsat inflytande på svensk hälso- och sjukvård och på svenska patienters valfrihet.

Antal försäkrade svenskar som söker planerad vård utomlands är i dagsläget inte många (ett 80-tal).⁵⁸ Betydligt fler får akutvård i samband med resa utomlands (12–14 000).⁵⁹

⁵⁸ Uppgiften avser perioden maj 2001 till juni 2002. Källa: Socialdepartementet (2003) *Gränsöverskridande vård inom EU*.

⁵⁹ På detta område finns tydliga regler vad avser rättigheter.

När det gäller den omvända strömmen av vårdsökande är det svårt att få en bra överblick.⁶⁰ Mellan år 2000–2002 fick nära 600 patienter planerad vård i Sverige.

Sommaren 2004 kom ett europeiskt sjukförsäkringskort. Detta förenklade individens möjlighet att söka vård även vid längre vistelse utomlands. Syftet med de nya reglerna är att den enskilde inte skall behöva avbryta vistelsen för att söka vård i hemlandet.

I ett längre perspektiv kommer det, som ovan angetts, sannolikt bli fler EU-medborgare som utnyttjar den fria rörligheten även inom hälso- och sjukvården. Det nuvarande systemet att staten finansierar vården för den som söker vårdgivare i ett annat EU-land, medan landstingen och kommunerna finansierar övrig vård kan då bli inkonsekvent. Kostnaderna är för närvarande en fråga för sjukvårdsförsäkringen. EG-domstolens praxis har således inga ekonomiska konsekvenser för landstingen, utan för socialförsäkringssystemet. Problemet är inte stort i dag, men om man blickar framåt blir frågor om ekonomi och resurser viktiga.

Något som också kan te sig inkonsekvent är att medlemsstaten Sverige företräds av regeringen i de politiska samtal på EU-nivå som formar hälso- och sjukvården. Huvudmannskapet för verksamheten vilar dock på kommuner och landsting.

Kommitténs tilläggsdirektiv anger att kommuners och landstings inflytande i det svenska EU-arbetet bör uppmärksammas. Hälso- och sjukvården är ett område där samspel mellan den kommunala nivån och den nationella måste finnas för att dialogen med EU skall fungera, även om beslutskompetensen för sjukvården skall finnas kvar hos medlemsstaterna och sjukvården är ett av de områden som inte skall harmoniseras. Det är viktigt att utforma fungerande strukturer för ett sådant samspel.

Medicinteknisk utveckling

Framstegen på det medicintekniska området beräknas vara den faktor som har störst påverkan på hur hälso- och sjukvårdens kostnader utvecklas (BNP undantaget). I backspegeln har konstaterats att medicinteknologin har påverkat kostnadsutveckling mer än demografien. Teknologiförändringar (där även läkemedel inkluderas) beräknas både kunna minska kostnaderna och öka dem. Den samantagna effekten bedöms dock vara ett ökat resursbehov. Det

⁶⁰ Socialdepartementet (2003) *Gränsöverskridande vård inom EU*.

finns ett antal olika länder som försökt att göra nationella bedömningar och kommit till likartade slutsatser.⁶¹

Utifrån forskningen finns det skäl att anta att den förtida dödligheten i befolkningen minskar ytterligare.⁶² Allt fler kommer dock att leva med en eller flera sjukdomar i framtiden. Även följande allmänna slutsatser kan dras.

- Det är de stora folksjukdomarna som kommer att ta absolut mest resurser i anspråk.
- Oavsett hur forskningen utvecklas kommer även fortsättningsvis sjukvården i livets slutskede, som omfattar såväl medicinsk vård, omvårdnad som omsorg, att utgöra en viktig del av vården och vårdens kostnader.
- Utifrån dagens utveckling kan antas att hälso- och sjukvårdens tyngdpunkt kommer att ligga mer på sekundärprevention än primärprevention. Hälso- och sjukvården kommer att kunna lindra och uppskjuta sjukdomsförlopp, men inte helt förhindra dem.
- Patienterna kommer huvudsakligen att behandlas inom öppenvården. Detta förutsätter ett gott samarbete mellan vårdens olika delar, inte minst mellan högspecialiserad vård och annan vård. Specialiseringen inom sjukvården ökar, vilket även det ställer krav på kontakt mellan forskningsfront och öppenvård.
- Behandlingen kommer att bli mer individualiserad. Detta medför mycket stora fördelar för den enskilde individen.
- Det är viktigt att skapa så kallade kritiska massor för att kunna bedriva forskning och behandling på ett framgångsrikt sätt. Så kallade centrumbildningar är en lösning.

Dessa trender som beskrivs har implikationer på samhällsorganisationens utformning. De antyder bland annat ökade krav på hälso- och sjukvårdens förmåga att samarbeta utifrån den enskilda patientens behov. Den koncentration av forskning och behandling som förutskickas ovan aktualiserar frågan om hur ansvaret för hälso- och sjukvården fördelas. Behövs det en viss resurs- och befolkningsstorlek för att kunna ge god medicinsk vård och skapa utvecklingskraft?

⁶¹ Landstingsförbundet (2002) *Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov*.

⁶² Aspelin, P. (red.) (Ansvarskommitténs skriftserie 2005) *Hur kan dagens forskning påverka framtidens hälso- och sjukvård*.

Den statliga utredningen HSU 2000, som hade i uppgift att utreda hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, lade ned ett omfattande arbete på att analysera den medicinska utvecklingen. Utredningen drog likartade slutsatser som ovan. Särskilt poängterade man förskjutningen av allt mer avancerade medicinska insatser till den kommunala hälso- och sjukvården. Eftersom landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård är kommunicerande kärn innebär de kortare vårdtiderna och den fortsatta förskjutningen mot öppna vårdformer att övrig vård svarar för alltmer avancerade medicinska insatser.

Fortfarande är det dock så att den kommunala hälso- och sjukvården spelar en undanskymd roll, när hälso- och sjukvård skall diskuteras. Diskussion om framtida förutsättningar och utvecklingskraft berör dock även denna sektor.

Sammantaget kommer de ökade medicinska möjligheterna i kombination med en ansträngd offentlig ekonomi innebära en anspänning på samhällsorganisationen.

Demografi

Kommittén har i sin demografiska framskrivning utgått från Statistiska Centralbyråns befolkningsprognos.⁶³ Den visar att andelen äldre i befolkningen kommer att öka. Särskilt kraftig är ökningen mellan år 2015 och 2030. Sverige ligger dock förhållandevis tidigt i utvecklingen och ökningen för de flesta andra länder blir mer dramatisk. År 2050 kommer Sverige återigen ha en ung befolkning i jämförelse med många andra i-länder.

Demografin har konstaterats ha en betydligt större effekt på hur omsorgens kostnader utvecklas än på utvecklingen av hälso- och sjukvårdskostnader. Redan HSU 2000 konstaterade att den demografiska utvecklingen medför finansieringsproblem som är betydligt större för äldreomsorgen än för hälso- och sjukvården.⁶⁴ Även om den demografiska utvecklingen får effekter på både vård och omsorg så har det många gånger konstaterats att demografiska framskrivningar är ett ofullständigt instrument för att bedöma hur kostnaderna för hälso- och sjukvård och omsorg kommer att utvecklas.

⁶³ SOU 2003:123 *Utvecklingskraft för hållbar välfärd*.

⁶⁴ SOU 1996:163 *Behov och resurser i vården*.

Ett förhållande som indikerar en måttlig kostnadsutveckling är att utvecklingen av äldres hälsa och funktionsförmåga länge har varit gynnsam. På senare år har dock forskare börjat ifrågasätta om denna utveckling kommer att fortgå. Mycket pekar på att den positiva utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga inte kommer att fortgå på samma sätt som skett under de senaste decennierna. Bilden är motsägelsefull, framför allt när det gäller äldres självskattade hälsa. Kvinnor rapporterar ofta sämre hälsa än män. Det är också vanligare att kvinnor har kombinationer av problem med hälsan och funktionsförmågan.⁶⁵

Inför framtiden finns ett antal tänkbara scenarion. Det ena handlar om att ökningen av medellivslängden avspeglar sig i att friska levnadsår ersätter sjuka levnadsår, vilket innebär att den period som den äldre behöver stora insatser av vård och omsorg blir allt kortare. Det andra scenariot innebär att sjukligheten skjuts upp och att tiden då man är sjuk innan döden är konstant och senare läggs på grund av ökad livslängd. På senare år har flera studier presenterats som stödjer hypotesen om uppskjuten sjuklighet.⁶⁶

Oavsett scenario är det sannolikt att det kommer fortsätta att vara ovanligt att man dör plötsligt utan föregående sjukdomsperiod. Det stora flertalet kommer att ha omfattande vård- och omvårdnadsbehov under de sista åren i livet. Detta kan ses som ett normaltillstånd.

Den kommunala sjukvården och omsorgen av äldre utgör i Sverige cirka 3 procent av BNP. Det är avsevärt mycket mer än för övriga OECD-länder. Sverige har, i ett internationellt perspektiv en förhållandevis god situation, eftersom det finns ett välfärdssystem som är uppbyggt och har beredskap för att fungera även när en stor andel av befolkningen är äldre.

Ekonomi

Långtidsutredningen pekar på att den svenska välfärdsmodellen står inför stora prövningar framöver.⁶⁷ Medan en stark tillväxt förväntas ske av den privata konsumtionen, förutses den offentliga konsumtionen växa betydligt långsammare. Frågan ställs om det är rimligt att räkna med att invånarna nöjer sig med en i stort sett

⁶⁵ Gurner, U. och Thorslund, M. (2003) *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*.

⁶⁶ Op.cit.

⁶⁷ SOU 2004:19 *Långtidsutredningen 2003/04*.

oförändrad konsumtion av välfärdstjänster när konsumtionen av andra tjänster och varor växer i omfattning. Svaret är att det inte är rimligt och att det inte heller finns stöd för att anta att medborgarna kommer att acceptera detta. Istället kommer efterfrågan på bland annat hälso- och sjukvård att öka när den materiella välfärden förbättras.

I ett kortare perspektiv är det möjligt att hantera situationen, men i ett längre tidsperspektiv uppstår en spänning i systemet.

Även om det finns en potential för effektivitetsförbättringar i offentlig sektor är den inte av sådan omfattning att den ensam kan bidra till att välfärdstjänsterna utvecklas i den takt som krävs. Sannolikt är det flera åtgärder som krävs. Frågor som berör prioritering och utbud kommer att bli viktigare framöver.

På den skala som finns mellan effektiviseringspotential och andra nödvändiga åtgärder som prioriteringar och utbudsbegränsningar finns det många positioner att inta. Sveriges Kommuner och Landsting brukar ofta beskriva problematiken i effektiviserings-termer medan andra aktörer betonar nödvändigheten av att definiera det offentliga utbudet.⁶⁸ Även Sveriges Kommuner och Landsting har dock betonat vikten av att förtydliga och begränsa det offentliga uppdraget.⁶⁹

Många bedömare anser, i likhet med Långtidsutredningen, att en ökad sysselsättning är nödvändig för att underlätta finansieringen av den offentliga välfärden. Den trend som råder sedan en tid tillbaka går dock mot att arbetsutbudet minskar och att en större andel av befolkningen hamnar vid sidan av arbetsmarknaden. En allt större del av befolkningen studerar och en stor grupp utgörs av arbetsoförmögna.⁷⁰ Trenden mot ett minskat arbetsutbud är tydlig även för den grupp som brukar betraktas som en kärngrupp, män mellan 25 och 54 år. Även om det finns en potential i att öka arbetsutbudet så kräver det sannolikt omfattande åtgärder.

Väsentligt höjda skatter är, enligt de flesta bedömare, ingen möjlig lösning. I den kommunala långtidsutredningen finns ett scenario där den offentliga sektorns behov av ökade resurser finansieras genom skattehöjningar. Kommunal- och landstingsskatt beräknas stiga till 50 procent från nuvarande 30 procent om den offentliga konsumtionen skall stiga lika mycket som den privata i volym.

⁶⁸ Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Hälso- och sjukvården till 2030*.

⁶⁹ Svenska Kommunförbundet (2003) *Kommunernas ekonomiska läge*.

⁷⁰ SOU 2004:19 *Långtidsutredningen 2003/04*.

Hälsa och sjuklighet⁷¹

Den svenska befolkningen har en god hälsa. Medellivslängden har utvecklats positivt och dödligheten har minskat inom viktiga sjukdomsgrupper, i första hand gäller det hjärt- och kärlsjukdomar.

Det finns skäl att ha en positiv bild av hälsoutvecklingen i Sverige samtidigt som det finns tecken på försämringar. Ett sådant handlar om den självrapporterade psykiska hälsan. Särskilt alarmande är utvecklingen för barn och ungdomar. Ett annat är att alltfler människor lever med långvarig sjukdom.

Övervikt är ett av de hälsoproblem som uppmärksammas. Mer än hälften av männen och drygt en tredjedel av kvinnorna i åldern 16–74 är överviktiga. Fetma ökar risken för besvär i rörelseorganen och hjärt- och kärlsjukdom, blodtryck och diabetes typ 2. Alltfler personer lever idag med diabetes. Bra behandlingsresultat har samtidigt lett till att dödligheten har minskat.

Ökningen av allergisjukdomar fortsätter. Dödligheten minskar dock på grund av bättre behandlingsmetoder.

Det finns många könsskillnader i sjuklighet. Skillnader mellan män och kvinnor finns i stort sett på alla områden. Det finns även påtagliga skillnader i både hälsa och överlevnad mellan olika sociala grupper. En högre social position är kopplad till mindre hälsorisker, bättre hälsa och lägre dödlighet. Även de regionala skillnaderna är stora. Detta beror bland annat på att levnadsvanor och livsvillkor ser olika ut.

Tillväxtsektor

Flera olika rapporter pekar på att se hälso- och sjukvården bör betraktas som en motor i svensk tillväxt. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) har genom sitt välfärdspolitiska råd lyft fram hälso- och sjukvården som exportvara. Specialiseringen inom vården kan förväntas leda till mer samarbete och konkurrens mellan aktörer i olika länder. Detta kan i sin tur ge förutsättningar för en exportmarknad. Redan idag exporterar universitetssjukhusen i begränsad utsträckning sjukvårdstjänster.⁷² På senare år har dock landstingens export minskat, eftersom den ”lediga kapaciteten” kraftigt reducerats.

⁷¹ Avsnittet baseras i huvudsak på Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*.

⁷² Jönsson, B. m fl. (2004) *Hälsa, vård och tillväxt*.

Svenska bolag har även haft framgångar med att sälja vårdtjänster utomlands. Det gäller till exempel Capio AB. Vårdtjänstmarknaden är, i jämförelse med läkemedelsmarknaden, liten på exportmarknaden.

I det lokala och regionala perspektivet utgör sjukvården en verksamhet med stor ekonomisk omslutning och många anställda. Landstingen köper varor och tjänster för 30 respektive 20 miljarder kronor per år.⁷³ Läkemedel inhandlas för 20 miljarder per år.

Den viktigaste tillväxtdimensionen är dock det värde som hälso- och sjukvården skapar genom att förbättra befolkningens hälsa. Detta värde finns sällan definierat, varför hälso- och sjukvården så gott som uteslutande benämns som en verksamhet som orsakar kostnader.

IT

För fem år sedan fanns en samstämmig bild av att svensk hälso- och sjukvård låg långt framme på IT-området. Orsakerna kan sägas vara två. Den tidiga starten med IT inom vården som gav Sverige en tätposition skapades tack vare en decentraliserad hälso- och sjukvård, där det fanns stor möjlighet att dra igång projekt lokalt. Sverige har också en IT-van befolkning, som snabbt var på arenan, vilket bidrog till att Sverige höll sig väl framme.

På senare år har dock andra länder kommit ifatt och passerat Sverige. Det decentraliserade systemet som tidigare var gynnsamt visade sig bli omsprunget av länder som har centraliserade system. Centraliserade system har normalt en långsam start, men kan senare i processen fungera effektivt.

EU har engagerat sig inom området IT i vården och ställer krav på att länderna skall ha en e-health-policy. I Sverige är det oklart vem som ansvarar inför EU på detta område – är det staten eller huvudmännen? Kommissionens beställning kan sägas belysa ansvarsfrågorna i det svenska sjukvårdssystemet. Det svenska svaret – på liknande beställningar – blir att frågorna skall lösas med hjälp av den svenska samförståndsandan, där stat och kommuner och landsting (genom Sveriges Kommuner och Landsting) gemensamt svarar gentemot EU.

De riktigt stora effekterna av de IT-investeringar som skett kommer först när IT-systemen kan kommunicera med varandra.

⁷³ Op.cit.

De förändringar som kan komma som resultat av kommunicerande system kommer att ha stor påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet. Några av dem är en nationell patientjournal och förbättrade möjligheter för huvudmän, stat samt medborgare att avläsa vårdens kvalitet och effektivitet.

Regeringen har tillsatt en statlig utredning, Patientdatautredningen, som skall se över möjligheterna att bland annat införa en elektronisk patientjournal, där information från olika huvudmän kan samlas.⁷⁴

Sammanfattningsvis kan man konstatera att statens styrning av detta område inte har varit omfattande. Frågan har på många sätt överlämnats till huvudmännen. I senare resonemang om statlig styrning föreslås att statens styrning skall renodlas. En starkare statlig styrning vad avser uppföljning och utvärdering föreslås ske, vilket kan få som effekt att IT-systemen och de data som där behandlas tvingas till samordning.

En annan väg är att staten i större utsträckning agerar som en koncernledning och därmed anger hur strukturen för IT inom vården skall se ut. Krav som att IT-systemen skall kommunicera framstår i detta sammanhang som självklara.

⁷⁴ Dir. 2004:95 Tilläggsdirektiv till Utredningen om författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, m.m. (S 2003:03).

3.3 Sammanfattande kommentar om systemperspektivet

Sverige har ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem, men ansvaret för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvården är decentraliserat. Detta medför att förmågan till utveckling och innovation är stark, medan förmågan till samordning är mindre utvecklad, vilket märkts bland annat på IT-området. Det har också lett till brister i likvärdigheten.

Det faktum att både landsting och kommun ansvarar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård har vållat problem. Dessa problem kan förväntas bli mer synliga, när den offentliga ekonomin blir ansträngd.

Hälso- och sjukvårdssystemet kommer att ställas inför stora prövningar framöver. Framför allt handlar det om att klyftan mellan tillgängliga resurser i det offentliga systemet å ena sidan och å andra sidan möjligheter som står till buds, efterfrågan och behov kommer att vidgas.

Det finns sannolikt stora möjligheter att öka effektiviteten och att också förbättra styrningen inom nuvarande system.

Hälso- och sjukvården är ett sektoriserat område. Det finns dels starka revir inom sjukvården, dels mellan sjukvården och angränsande sektorer. En utgångspunkt som tar sin ansats i individen och inte systemen, skulle troligtvis kunna höja kvaliteten och effektiviteten på vården. Det kan i stor utsträckning ske redan idag. Till viss del begränsar dock systemet möjligheterna. Det handlar inte så mycket om legala hinder, som att det handlar om att det sektoriserade systemet inte möjliggör att resurser allokeras dit de ger störst sammantagen nytta.

3.4 Utmaningar och problem ur ett systemperspektiv – vilka är de och vilka överväganden bör göras

I kommande avsnitt granskas utmaningar och problem ur ett systemperspektiv. De utmaningar och problem som tas upp anknyter direkt till en promemoria som diskuterades på kommitténs sammanträde tidigare i år och som i sin tur utgick från diskussionerna på det hälso- och sjukvårdsinternat, som kommittén deltog i vid årets början. Följande problem togs i första hand upp.

- Statens styrning av hälso- och sjukvården varierar i verkningsgrad.
- Landstingen har problem med sin styrning.
- Det finns en bristande förmåga att svara mot de sammansatta behoven.
- Primärvården har inte gett önskvärda resultat.
- Hälso- och sjukvården är inte likvärdig.
- Det bedrivs och efterfrågas för lite systematiskt kvalitetsarbete.

I huvudsak disponerar dessa problem varsitt avsnitt nedan.

Statens styrning av hälso- och sjukvården

Staten har under den senaste tioårsperioden ökat antalet försök att styra utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det har i första hand inte kommit till uttryck genom en ökad normering, utan i form av annan styrning, såsom informativ styrning, avtal och överenskommelser.⁷⁵

Den informativa styrningen anses som en väl lämpad styrform för hälso- och sjukvården. Bland annat för att det finns starka självreglerande mekanismer hos de professioner som är verksamma inom hälso- och sjukvården.

Finland är ett exempel på ett land som medvetet gått från normativ styrning till informativ styrning.

Detta avsnitt om statlig styrning kommer i första hand att fokusera på så kallad annan styrning och diskutera hur den kan förändras för att få en ökad tydlighet.

Utgångspunkter

Hälso- och sjukvårdssektorn betraktas som svår att styra. Sektorns storlek och det faktum att både kommunen och landstinget är huvudmän skapar komplexitet. Sektorn utvecklas i ett samspel mellan staten, lokala och regionala huvudmän och professioner. Även andra aktörer som till exempel patienter och anhöriga har ett inflytande, men har hittills betraktats ha en mer perifer roll i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Nämnas skall också industrin och

⁷⁵ Annan styrning är ett begrepp som används i en rapport om statlig styrning ställd till kommittén. (Statskontoret 2005:2 *Modeller för styrning*).

privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård på uppdrag av huvudmännen.

Samspelet kan ses som en tillgång och som nödvändigt att ta hänsyn till i styrningssammanhang. Inte minst professionernas styrka ger förutsättningar för en avsevärd utvecklingskraft inom hälso- och sjukvården.

Den mesta forskningen och utvärderingen pekar på att staten och huvudmännen är beroende av professionernas stöd, i första hand läkarprofessionens, för att kunna påverka hälso- och sjukvårdens utveckling. Staten måste således ha som utgångspunkt att en effektiv statlig styrning förutsätter ett fungerande samspel med professionerna och huvudmännen.

Denna utgångspunkt existerar inte alltid.

Fram till början av 1990-talet vidtog staten en rad åtgärder som resulterade i ett minskat statligt inflytande över hälso- och sjukvårdens inriktning och utveckling. I och med kommunallagsreformen år 1977 och hälso- och sjukvårdslagen år 1983 gavs sjukvårdshuvudmännen frihet att sätta sin prägel på den lokala verksamheten. Även 1991 års kommunallag förstärkte friheten.⁷⁶

Från början av 1990-talet och framåt har staten dock visat ett allt större intresse för att styra sjukvårdens inriktning och utveckling. Exempel på detta är Dagmar-överenskommelsernas utveckling, lagen om läkemedelskommittéer, den nationella psykiatrisamordnaren och den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården.

Det finns problem med den ökade statliga styrningen, som i första hand skett i form av ökad informativ styrning, ekonomisk styrning med mera. Styrningen blir ofta kortsiktig och statens ambitioner framstår som tillfälliga.⁷⁷ Det finns ett flertal exempel på statliga styrförsök som inte satt något avtryck i verksamheten eller som gett endast tillfälliga effekter.

Statskontoret kan, i en utvärdering på uppdrag av kommittén, inte se någon strategi i den statliga styrningen när det gäller vilka styrformer man väljer.⁷⁸ För att åtgärda detta anser Statskontoret att den huvudsakliga styrningen skall ske genom normering. Annan styrning skall därmed förekomma i minskad utsträckning.

⁷⁶ Riksrevisionsverket (2002) *Hur fungerar utvärderingsfunktionen inom hälso- och sjukvården?*

⁷⁷ Statskontoret (2004) *Statens styrning av hälso- och sjukvården*.

⁷⁸ Op.cit.

Om den statliga styrningen fortsätter att öka i form av att flera olika styrformer tillämpas kan det innebära att ”mottagarna” för styrning – kommuner och landsting (profession, administratörer, politiker) – inte har kapacitet att hantera och förhålla sig till den samlade statliga styrningen. Statens intentioner och prioriteringar riskerar att framstå som otydliga för huvudmännen. Det finns också risk för att en obalans skapas där staten satsar resurser på att säga hur och vad som skall göras, men betydligt mindre resurser på att ta reda på vad som faktiskt blir gjort.

Styrning genom normering

Dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning bygger på sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter. Vad en patient kan förvänta sig kan endast indirekt utläsas ur lagtexten. Hälso- och sjukvårdslagen ändrades dock år 1999, då ett antal bestämmelser trädde i kraft i syfte att förstärka patientens ställning. Dessa har dock haft begränsad effekt (se kapitel 2). Även skyldigheten att ge alla tillgång till och möjligheten att välja en fast läkarkontakt (som skall vara specialist i allmänmedicin) uppfylls bristfälligt.⁷⁹

De första bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen är inriktade på de övergripande målen för och kraven på hälso- och sjukvården. De avslutande bestämmelserna syftar till stor del till att garantera vårdens kvalitet. Däremellan finns särskilda bestämmelser om landstingens respektive kommunernas hälso- och sjukvård.

Utöver hälso- och sjukvårdslagen finns, som nämnts ovan, en rad andra lagar, bland annat lagstiftning som vänder sig direkt till personalen inom sjukvården (lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)).

Frågan om att samla hälso- och sjukvårdens bestämmelser i en särskild balk har aktualiserats under 1990-talet.

Tillsyn

Normering och tillsyn är länkade till varandra. Tillsynen skall vara förutsägbar och utgå från de normer som styr verksamheten. Statens tillsyn över hälso- och sjukvården och hälso- och sjukvårdens personal sköts av Socialstyrelsen. Tillsynens syfte är att ge

⁷⁹ 5 § Hälso- och sjukvårdslagen.

nom stöd och kontroll förebygga vårdskador och eliminera risker i hälso- och sjukvården.⁸⁰

Tillsynen har alltmer fått en stödjande karaktär, där man i tillsynen betonar vikten av hälso- och sjukvårdens eget arbete med säkerhetsfrågor, riskhantering, avvikelserapportering etcetera. Detta är också en utveckling som efterlysts av bland annat Riksrevisionsverket.⁸¹

Socialstyrelsen har sex regionala tillsynsenheter, som svarar för den operativa tillsynen. Dessa samarbetar med länsstyrelserna som svarar för den operativa tillsynen av socialtjänsten. Denna gränsdragning var mindre problematisk innan delar av hälso- och sjukvården kommunaliserades och integrerades i den kommunala omsorgen. Nu vållar gränsdragningen olika problem. Förslag har väckts av bland annat Riksrevisionsverket, om att genomföra en översyn av den statliga tillsynen över socialtjänst och hälso- och sjukvård i syfte att samla tillsynsansvaret på en myndighet.⁸²

Tillsynsutredningen föreslår en rad förändringar i verksamheten, som även omfattar tillsynen över hälso- och sjukvården.⁸³ Bland annat föreslår man en att en ny allmän tillsynslag stiftas. Samverkan mellan tillsynsorgan blir med denna lag obligatorisk.

Tillsynsutredningen vill också ha snävare definition av tillsynen. Den snävare definitionen ligger inte i linje med den utveckling som sker inom tillsynen över hälso- och sjukvården. Om tillsynen över hälso- och sjukvården tidigare var mer repressiv till sin art betonas numera den förebyggande tillsynen, som bygger både på stöd och granskning.

Ekonomisk styrning

Det generella statsbidraget påverkar landstingens ekonomiska förutsättningar att verka. Nuvarande statsbidrag utgör storleksmässigt 15–20 procent av verksamhetens kostnader. De specialdestinerade statsbidragen riktar sig till speciella verksamheter och är av tidsbegränsad karaktär. Olika utvärderingar visar att effekterna även är tillfälliga.

⁸⁰ Socialstyrelsen (2005) *Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse 2004*.

⁸¹ Riksrevisionsverket (1996) *Statens tillsyn över hälso- och sjukvården*.

⁸² Op.cit.

⁸³ SOU 2004:100 *Tillsyn. Förslag om en tydligare och effektivare offentlig tillsyn*.

Ekonomiska incitament behöver inte alltid innebära att den statliga styrningen får avsedda effekter på verksamheten.⁸⁴ Regeringen aviserade år 2001 en satsning på 3,75 miljarder kronor till landstingen i syfte att öka tillgängligheten i sjukhusvården. Regeringen ansåg att väntetiderna för planerad vård vid sjukhus på många håll var oacceptabelt långa. En förutsättning för att statsbidraget skulle utbetalas var att det reglerades i avtal mellan regeringen och Landstingsförbundet.

Regeringen ställde i detta fall starkare krav på styrning och uppföljning av bidragen än vad som är fallet med allmänna bidrag till kommunerna. De villkor som ställdes i överenskommelsen påverkade dock inte tilldelningen av resurser. Trots att medlen skulle fördelas efter prestation kom de att fördelas utifrån invånarantal och fungerade därmed som ett allmänt bidrag till landstingen.

Uppföljning kom heller inte att ske. Någon systematisk sammanställning gjordes inte inom Socialdepartementet. Den sammanställning som Riksrevisionsverket gjorde visar på stora luckor i landstingens redovisningar, varför det inte varit möjligt att bedöma vilket resultat satsningen gett.

Även det resurstillskott som utdelades i samband med den nationella handlingsplanen har haft en begränsad verkan. Socialstyrelsen konstaterar följande i utvärdering av handlingsplanen. ”Vid en samlad bedömning tycks handlingsplanen med dess olika komponenter haft begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling. I kommunerna förefaller kännedomen om handlingsplanen varit bristfällig.”⁸⁵

Styrning genom avtal och överenskommelser

Den ekonomiska styrningen åtföljs ofta av att ett avtal eller en överenskommelse tecknas mellan staten och huvudmännen. Huvudmännen representeras i de flesta fall av sin organisatoriska sammanslutning (Sveriges Kommuner och Landsting). Erfarenheterna från överenskommelser är framför allt tre.⁸⁶

- Det är svårt att bedöma resultaten. Där dessa är mätbara finns stora variationer.

⁸⁴ Riksrevisionsverket 2005:7 *Ökad tillgänglighet i sjukhusvården?*

⁸⁵ Socialstyrelsen (2005) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport.*

⁸⁶ Slutsatserna är hämtade från f.d. statssekreteraren Mikael Sjöberg, som höll ett anförande på kommitténs hälso- och sjukvårds internat 20–21 januari 2005.

- Vid en gemensam uppfattning mellan parterna kan överenskommelser få ett stort genomslag.
- Följsamheten är snabbt avklingande.

Det finns dock exempel på områden, där den ekonomiska styrningen i kombination med ett avtal mellan staten och landstingen, har lett till goda resultat. Dagmar-överenskommelserna brukar framhållas i dessa sammanhang.

För medborgarna kan denna form av styrning vara problematisk. Överenskommelser kan få ett stort politiskt genomslag, men de är inte gällande i någon juridisk bemärkelse. Konsekvenserna av att en överenskommelse bryts är politiska och inte juridiska.

Informativ styrning

Den informativa styrningen är en viktig del av statens styrning gentemot huvudmännen. Det finns dock många oklarheter i styrningen. Vilket resultat förväntar sig staten av den informativa styrningen? Inom vilken tidsrymd skall resultaten visas? Vad finns det för koppling till tillsynen? Vilken grad av frivillighet är accepterad?

HSU 2000 konstaterade att det är nödvändigt med en översyn av den informativa styrningen. En översyn har sedan skett i Riksrevisionsverkets regi. Följande slutsatser dras.⁸⁷

Den informativa styrningen är förenlig med en decentralisering av ansvar och därmed med nuvarande ansvarsfördelning mellan stat och huvudmän. Samtidigt är det svårt för staten att på ett effektivt sätt samspela med huvudmän och professioner. För att lösa dessa problem behöver staten tydliggöra sina ambitioner och utveckla en sammanhållen strategi för sin styrning. Det finns problem med obalansen mellan statens informativa styrning och hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna. Särskilt stor är obalansen om den statliga styrningen får som konsekvens att huvudmännen måste genomföra organisatoriska förändringar. Behov av en enhetlig mottagarorganisation hos huvudmännen framhålls.

Kommitténs sekretariat förde, med utgångspunkt från ovanstående slutsatser om obalansen i styrningen, en diskussion med Statskontoret om möjligheterna att belysa hur ”mottagarkapacite-

⁸⁷ Riksrevisionsverket 2002:4 *Att påverka utan att styra*.

ten” för den statliga informativa styrningen såg ut.⁸⁸ Hur ser processerna ut från ett ”mottagarperspektiv”, det vill säga från kommuners, landsting och även privata vårdgivares perspektiv? Denna studie kom dock inte till stånd, bland annat eftersom det ansågs finnas stora metodmässiga svårigheter.

Frågan kvarstår dock. Om den statliga styrningen skall spela en större roll för utvecklingen av hälso- och sjukvården krävs det även att man granskar huvudmännens förmåga att omsätta den statliga styrningen i resultat. Obalansen mellan statens informativa insatser och hälso- och sjukvårdens ”mottagningsförmåga” är ett dilemma.

Ett alternativ som Riksrevisionsverket föreslog är att det byggs upp en relativt enhetlig mottagarorganisation i form av terapi- och/eller behandlingskommittéer.⁸⁹ Även Sveriges Läkarförbund har lanserat ett liknande förslag.

Till den informativa styrningen hör även uppföljningen och möjligheten att använda uppföljningen i styrningen. Många studier redovisar stora brister med denna styrning. När det gäller till exempel uppföljningen har Riksrevisionsverket påpekat att det ”...endast är i undantagsfall som utvärderingar åberopas i propositionerna inom hälso- och sjukvårdsområdet”.⁹⁰ Den resultatinformation som finns, men som inte används, kan ses som en möjlig potential.

Nationella riktlinjer – ett exempel på informativ styrning

Socialstyrelsen har sedan år 1996 regeringens uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården. Dessa riktlinjer är en del av den informativa styrningen och utfärdade som rekommendationer till huvudmännen. De kriterier som Socialstyrelsen skall följa vid val av sjukdomsgrupper för vilka riktlinjer skall utarbetas är

- kroniska sjukdomar,

⁸⁸ I kommitténs slutbetänkande SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* beskrivs i kapitel 4 hur systemet med kunskapsbildning och kunskaps spridning fungerar. Så kallade mottagare kan inte sägas finnas, eftersom alla aktörer kan fungera som givare och mottagare i systemet. Hälso- och sjukvården genererar mycket kunskap, varav en del uppstår inom Sveriges gränser. Även inom landets gränser är aktörerna som löpande bidrar till den kvalificerade kunskapsutvecklingen många. Utgångspunkten är inte ett uppifrån- och nedifrånperspektiv.

⁸⁹ Riksrevisionsverket 2002:4 *Att påverka utan att styra*.

⁹⁰ Riksrevisionsverket 2002:27 *Hur fungerar utvärderingsfunktionen inom hälso- och sjukvården?*

- sjukdomar som drabbar många,
- sjukdomar med höga vårdkostnader,
- diagnoser och sjukdomstillstånd där det finns konsensus om adekvata metoder för diagnostik och behandlingsåtgärder

Avsikten är att stärka medborgarnas möjlighet att få likvärdig och kunskapsbaserad vård i alla delar av landet. De nationella riktlinjerna är, enligt en tidigare Dagmar-överenskommelse, tänkta att utgöra en grund för regionala och lokala vårdprogram. I en senare Dagmar-överenskommelse tillkom även uppdraget att successivt komplettera de nationella riktlinjerna med ställningstaganden till prioriteringar.

Både på kommitténs hälso- och sjukvårdskonferenser och på mötena med patient- och handikapporganisationerna framfördes att de nationella riktlinjerna håller en hög kvalitet, men att de ofta blir ”hyllvärmare”. Det finns stora problem att implementera riktlinjerna. De studier som gjorts ger en liknande bild. Ansvaret för implementeringen blev, enligt Dagmar-överenskommelsen, landstingens. På senare år har dock den nationella nivån, i form av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, ökat sitt engagemang i arbetet med implementering. Utgångspunkten är att fler aktörer, vid sidan av professionen, måste delta för att statens riktlinjer skall få genomslag.

Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering är en viktig del av den statliga styrningen. Uppföljningen av hälso- och sjukvårdens kvalitet är idag dock heterogen och fragmentarisk även om den förbättrats väsentligt. Delar av sjukvården, såsom psykiatrin och primärvården, saknar systematisk uppföljning. Ett annat problem är att uppföljningen i alltför liten utsträckning sker utifrån ett medborgarperspektiv. Exempel på detta är att det inte går att följa, från en nationell nivå, vårdprocessen för en enskild patient som både har varit på akuten och får hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet av kommunen, vilket inte är en ovanlig situation för en äldre patient. Andra problem är att arbetet mot öppna redovisningar tar långt tid. Öppna redovisningar gagnar såväl jämförbarhet och konkurrens i systemet, som medborgarnas möjlighet till insyn. Samtliga aktörer strävar dock mot att öka öppenheten och åstadkomma en mer hel-

täckande bild av hälso- och sjukvårdens resultat, tillgänglighet och effektivitet.

Med en annan typ av uppföljning så kan staten växla tyngdpunkt i sin relation med kommunerna. Då kan uppföljning komma att styra praxis istället för riktlinjer.

En effektiv uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården förutsätter nationella system för insamling av data på lokal och regional nivå. Ansvar för informationsförsörjningen vilar idag på ett flertal aktörer.

Hälsodataregister har funnits i vårt land sedan länge. Det äldsta, cancerregistret, kom till redan år 1958. En lagreglering av dessa register kom dock till stånd först i slutet av 1990-talet.

Genom lagen (1998:543) om hälsodataregister ges central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården möjlighet att utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Hälsodataregister förs i dag av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen.

Personuppgifter i ett hälsodataregister får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Registren får alltså inte användas för andra ändamål, som tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal. För att tydligt markera denna begränsning förs Socialstyrelsens hälsodataregister vid en från övrig verksamhet inom Socialstyrelsen avskild avdelning, Epidemiologiskt centrum.

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården är skyldig att lämna uppgifter till ett hälsodataregister för de ändamål som registret har.

Hälsodatalagen kompletteras med förordningar som bland annat närmare preciserar det aktuella registrets ändamål och de uppgifter som det får innehålla. Exempel på sådana förordningar är förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen, förordningen (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen, förordningen (2001:709) om cancerregister hos Socialstyrelsen samt förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen.

Nationella kvalitetsregister är en särskild kategori uppgiftssamlingar inom hälso- och sjukvården. De äldsta registren som fortfarande är i drift startades på 1970-talet och i dag finns ett drygt åttio-tal register, främst inom medicinska specialiteter.

Oftast har nationella kvalitetsregister byggts upp som frivilliga initiativ av specialistföreningar för läkare för att användas som stöd för kvalitetsutveckling i det kliniska arbetet. De har sedan vuxit och kommit att omfatta hela landet och därmed kunnat användas för nationell uppföljning. Registerhållarna finns spridda bland olika kliniker och vårdgivare.

Samtliga nationella kvalitetsregister som idag förs förutsätter att de deltagande enheterna frivilligt rapporterar in uppgifter till registren. Någon rapporteringsskyldighet liknande den som gäller för hälsodataregistren finns alltså inte.

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen samverkar på central nivå och lämnar ekonomiskt och på andra sätt aktivt stöd för skapande och utvecklande av de nationella kvalitetsregistren.

Myndigheterna

Staten styr även genom sina myndigheter. Följande myndigheter är verksamma inom hälso- och sjukvårdsområdet.

- Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade, hälsoskydd och smittskydd.
- Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Läkemedelsverket skall bland annat ta fram kunskapsunderlag för ändamålsenlig läkemedelsterapi. Ett omfattande EU-samarbete förekommer.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur ett samlat ekonomiskt, medicinskt, socialt och etiskt perspektiv.
- Statens folkhälsoinstitut är ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. Myndigheten ansvarar även för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet och för viss tillsyn.
- Smittskyddsinstitutet är central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor och främja skyddet mot sådana sjukdomar.

- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skall pröva frågor om disciplinpåföljd samt behörighetsfrågor.
- Läkemedelsförmånsnämnden beslutar om receptbelagda läkemedel och förbrukningsartiklar skall omfattas av samhällets subvention. Myndigheten har i uppdrag att gå igenom hela läkemedelssortimentet och pröva om produkterna klarar de krav som ställs på subventionerade läkemedel.

Högre utbildning – en del av den statliga styrningen

Staten styr även sjukvården genom det statliga ansvaret för högre utbildning och de statliga forskningsanslagen. I denna rapport diskuteras läkarnas specialistutbildning och hur den kan påverka vården styrning. Frågan behandlas tidigare i kapitlet.

Slutsatser och överväganden

Statens försök att styra hälso- och sjukvården har blivit fler sedan 1990-talets början. Det är dock svårt att uttala sig om vilket samlat genomslag den statliga styrningen fått. Någon systematiskt genomgång av den statliga styrningen har inte kunnat ske inom ramen för kommitténs arbete, utan analysen nedan förlitar sig på tidigare gjorda studier. Dessa visar att det ofta inte går att uttala sig om effekter av den statliga styrningen utifrån den uppföljning som gjorts.

Särskilda problem finns med annan statlig styrning än normering. Frågan om styrformer kan dock inte behandlas lösryckt från frågan om vad staten skall styra. Först efter att ha definierat vilka områden som den statliga styrningen bör omfatta kan man välja styrformer.

Statens styrning bör även fortsatt inrikta sig på vad medborgaren kan och bör förvänta sig av hälso- och sjukvården. Främjandet av en likvärdig hälso- och sjukvård bör vara en central fråga för staten.

Inom ramen för den statliga styrningen bör sedan huvudmännen ges en stor frihet att besluta om organisatoriska lösningar, ersättningsystem med flera frågor som inte direkt anknyter till nationella värden såsom likvärdighet. Staten bör således minimera den styrning som i detalj anger hur huvudmännen skall organisera sig,

vilka utvecklingsprojekt de skall bedriva, hur de förlägger sina utbildningssatsningar etcetera.

Den statliga styrningen bör viktas på ett annat sätt framöver. Riktlinjer, handlingsplaner och annan statlig styrning som är av tillfällig eller av oklar karaktär för huvudmännen bör minska i omfattning. Normeringen bör ges en ökad relativ tyngd. Dessutom bör uppföljningen och utvärderingen stärkas. En förskjutning av tyngdpunkten kan också ske mot bakgrund av just det faktum att hälso- och sjukvården i stor utsträckning baseras på det professionella ansvaret, där uppföljning och utvärdering kan förväntas leda till direkta förändringar i verksamheten. Om uppföljning och utvärdering sker i form av öppna redovisningar kan även medborgarna bidra till att stärka den självreglerande kraften hos professionen. Även en samlad patientlagstiftning kan bidra till att stärka medborgarens roll som aktör i styrningen.

Det dubbla huvudmannaskapet – kommun och landsting

Det dubbla huvudmannaskapet skapar många gråzoner, som medför att den enskilda individen inte får en vård och behandling av hög kvalitet. Bland annat detta problem har föranlett ett antal förändringar av huvudmannaskapsgränser mellan de två huvudmännen för hälso- och sjukvården. Syftet har varit att förtydliga ansvaret och förbättra för den enskilde patienten/brukaren. Psykiatrireformen förändrade gränserna mellan huvudmännen för den psykiatriska vården och omsorgen.

En forskarstudie, som bland annat studerar den svenska psykiatrireformens implementering visar att reformen medfört att ansvaret för vissa insatser blivit tydligare.⁹¹ Gråzonsområden existerar dock fortfarande när det gäller vem som skall anses som psykiskt funktionshindrad och när en person är så psykiskt sjuk att ansvaret för vården är landstingets och inte kommunens.

Forskarstudien pekar också på ett fenomen som bland annat diskuterats på de nationella konferenserna om hälso- och sjukvård som kommittén arrangerade våren 2005. Så länge det finns ekonomiska medel för att bedriva en verksamhet tycks ansvarsfrågan inte särskilt komplicerad – ”då kan aktörerna agera generöst”.⁹² Konflikterna mellan huvudmännen uppstår i ett kärvare ekonomiskt

⁹¹ Markström, U. (2003) *Den svenska psykiatrireformen*.

⁹² Op.cit.

läge och i frånvaron av statliga stimulansmedel. ”Då upplever man att den egna organisationen gör för mycket, samtidigt som initiativen inom gråzonsområdena tycks bli färre.”⁹³

Det finns anledning att tro att det dubbla huvudmannaskapet leder till allt större problem, eftersom det inte finns några indikatorer som tyder på att det ekonomiska läget kommer att bli mindre kärt framöver, snarare tvärtom.

Ett annat sätt att uttrycka det är att det dubbla huvudmannaskapet bidrar till att resurser inte kan styras så att de ger optimal utdelning. Åtgärder som sammantaget innebär en förbättrad hushållning med resurser dyker ofta upp som en kostnad för den ena huvudmannen, medan vinsten visar sig hos den andra huvudmannen.

Ju mer pressad den ekonomiska situationen är, desto mer accentueras problemet.

Det finns ett flertal konkreta exempel på insatser som är svåra att genomföra eftersom vissa sektorer och huvudmän kan få högre kostnader till följd av en insats medan andra kan få lägre kostnader eller omvänt – hur besparingar hos en huvudman leder till kostnadsökningar hos en annan.⁹⁴ Ett exempel där investeringar och utfall av dessa inte hänger samman är de personliga ombuden för psykiskt funktionshindrade. Beräkningar visar att personliga ombud minskar kostnaderna avsevärt. Under de fem år som följer efter att en klient fått ett ombud minskar samhällskostnaderna med cirka 700 000 kronor, vilket i ”pay-off”-temer motsvarar cirka 17 gånger pengarna.⁹⁵ Dessutom förskjuts insatserna mot mer rehabilitering och mindre institutionsplacering, vilket möjliggör ett mer normaliserat liv i enlighet med psykiatrireformens intentioner. Trots att det är visat att personliga ombud totalt sett innebär en besparing av de offentliga resurserna så dras nu denna tjänst/åtgärd in på många håll. För kommunen kan det vara ett rationellt beslut, eftersom kommunen är kostnadsansvarig för det personliga ombudet. Vinsten med ombudet tillfaller i första hand landstinget. Den aktör som förlorar mest på reformen har således ansvaret för dess genomförande, medan den stora vinnaren – landstinget – inte har några åtaganden i processen. Ett annat exempel är de så kallade fix-artjänsterna. Olika studier visar lönsamheten i denna tjänst. Den första kommunen att införa denna tjänst var Höganäs kommun

⁹³ Op.cit.

⁹⁴ Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2004) *Tänk långsiktigt – En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*.

⁹⁵ Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne län (2006) *Det lönar sig - ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud*.

och där minskade, som en följd av detta, fallolyckorna med 30–35 procent per år.⁹⁶ Kommunens investering i fixartjänsten resulterar också i väsentlig besparing för landstingets sjukvård. De flesta kommuner har dock avstått från denna typ av fallskadeprevention, trots att den visat sig kostnadseffektiv totalt sett.

Ett väsentligt problem med det dubbla huvudmannaskapet är just det faktum att det ger upphov till ideliga gränsdragningsdiskussioner, som i sig bromsar utveckling och framför allt ansvarstagande. Eftersom det både aktualiseras möjliga förändringar av huvudmannaskapet och eftersom förändringar sker från och till, så finns det inte skäl att slutligt definiera ansvarsgränser. Det tjänar ett ändamål i sig att lägga fast en tydlig ansvarsfördelning som gäller och som inte öppnar för någon alternativ ansvarsfördelning, som kan siktas runt hörnet. Ett system som genomför upprepade förändringar kan ge individer som slutar att ta eget ansvar. Det visar både beteendeforskning och organisationsforskning.

Slutsatser och överväganden

Det dubbla huvudmannaskapet där ansvaret för vårdens finansiering och tillhandahållande delas mellan kommun och landsting leder till problem, som ytterst kan få negativa konsekvenser för brukaren. Resurser kan inte användas där de gör störst sammantagen nytta.

En lösning är naturligtvis att tänka sig en huvudman i likhet med bland annat den finska ordningen. Nackdelen med detta är dock att många små kommuner saknar resurser och befolkningsunderlag för att fullt ut ansvara för hälso- och sjukvården. Samverkan i större enheter krävs. På så vis kommer stora delar av hälso- och sjukvården att hanteras av indirekt valda organ. Fördelen är naturligtvis att det enhetliga ansvarsförhållandet ger positiva ekonomiska incitament.

Eftersom ett tydligt ansvar skall eftersträvas förutsätter en kommunalisering av hälso- och sjukvården väsentligt större kommuner än de som idag finns i Sverige.

Ett förstatligande av hela hälso- och sjukvården är ett annat alternativ. Här finns dock inga nordiska förebilder. Den norska sjukhusreformen gav inga förändringar i det delade huvudmannaskapet. Stat och kommun delar sedan år 2002 ansvaret för hälso- och sjuk-

⁹⁶ *Dagens Samhälle* (2005) *Fixare – en yrkesgrupp på stark frammarsch* nr 5.

vården. I Danmark kommer stat, kommun och region att dela huvudmannaskapet. Ett förstatligande i syfte att undvika problem som hänger samman med det dubbla huvudmannaskapet, skulle innebära att Ädelreformen och psykiatrireformen fick ses över. Den kommunala hälso- och sjukvården måste även den förstatligas om det dubbla huvudmannaskapet skall upphöra.

Då återstår frågan om nya huvudmannaskapsgränser mellan kommun och landsting kan minska problemen för medborgaren. Delvis kan detta antagligen förbättra situationen. Hemsjukvården är ett sådant exempel. I huvudsak ligger dock sannolikt lösningarna i att huvudmännen hittar system för att överbrygga gråzonerna. Det handlar om budgetsysteem, incitamentsstruktur, ledarskap, kultur och andra frågor som inte faller inom ramen för kommitténs uppdrag.

Utifrån analysen att revideringar av huvudmannaskapsgränserna bromsar systemets förmåga att tydligt definiera ansvarsgränser och leder till att man avhänder sig ansvar, är det mer intressant att resonera om en modell som lägger fast huvudmannaskapsgränser permanent än en modell som är öppen för ständiga huvudmannaskapsförändringar.

Även om kommun och landsting delar ansvaret för hälso- och sjukvården är det viktigt att den statliga uppföljningen och tillsynen sker utifrån ett helhetsperspektiv. Så sker inte idag, eftersom en stor del av uppföljningen inte sker över huvudmannaskapsgränserna. Utgångspunkten blir därmed inte patientens eller medborgarens.

Även en mer samlad tillsyn kan bidra till att samverka mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården stärks till förmån för den enskilde.

Styrning av sjukvården med fokus på landstingens styrning

Det finns ingen styrmodell som löst problemet med den svårstyrda sjukvården. Att en verksamhet är svårstyrd är dock inte samma sak som att en verksamhet är obenägen att förändras. Sjukvården har genomgått stora förändringar. I ett längre tidsperspektiv går det att konstatera att sjukvården har haft en enorm förmåga att omsätta ny kunskap och nya metoder i en ny organisation. Den snabba förskjutningen från slutenvård till öppenvård är ett exempel. I denna utveckling har flera aktörer varit drivande. Sannolikt bottnar dis-

kussionen om sjukvårdens svårstyrbarhet delvis i det faktum att det är många aktörer inblandade och att styrningen och styrmodellerna inte förmått att ta hänsyn till det.

Bakgrund

Som de två viktigaste faktorerna som påverkar förutsättningen att styra hälso- och sjukvården brukar nämnas den så kallade tredje partsfinansieringen och det faktum att det finns många starka aktörer, som är delaktiga i styrningen av hälso- och sjukvården.

Patienterna betalar, i den svenska modellen, inte direkt för de tjänster som vårdgivarna utför, utan den huvudsakliga betalningen sker genom en tredje part. Endast en mindre del betalas direkt.⁹⁷ Detta innebär att varken patient eller vårdgivare behöver beakta kostnaden när val av diagnos och behandlingsmetod görs. Ansvaret för att begränsa kostnaderna faller främst på finansären.

Systemet med tredjepartsfinansiering kan innebära problem med kostnadskontroll och kostnadseffektivitet.

De aktörer som medverkar i styrningen brukar delas i tre kategorier, vilka är politiker, administration och profession.⁹⁸ Professionen ses som mycket stark inom sjukvården där medarbetarnas kompetens är det centrala. Verksamheten domineras i huvudsak av den medicinska kompetensen och läkarprofessionen. Läkarna har en professionell autonomi, som dock anses ha minskat under de senaste femton åren.⁹⁹

Det är viktigt att påtala att det finns fler professioner inom vården, som har en påverkan på utvecklingen. Hitintills har dock sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, farmaceuter med flera professioner haft ett relativt sett mer begränsat inflytande än läkarprofessionen. Positionen, i den hierarki som finns på många ställen inom hälso- och sjukvården, är kopplad till utbildningens längd och status.¹⁰⁰

Trots vetskapen om att styrningen av hälso- och sjukvården är komplex och beroende av flera aktörers insatser är det många försök till styrning som inte tagit hänsyn till detta. Ett exempel är de nationella riktlinjerna som i första hand har varit riktade mot läkarprofessionen. En förklaring till att de inte gett önskvärd effekt kan

⁹⁷ Patientavgifterna står för knappt tre procent av landstingens inkomster.

⁹⁸ Hallin, B. och Siverbo, S. (2002) *Jakten på den goda styrningen*.

⁹⁹ Op.cit.

¹⁰⁰ Op.cit.

vara att tillämningen av riktlinjerna även krävt politiska beslut, något som inte varit möjligt, eftersom politikerna, på den landstings- och primärkommunala nivån, i början inte var en målgrupp för riktlinjerna.

Utgångspunkten tas här i att styrningens effektivitet inte endast beror på ovanstående tre aktörer. Ytterligare en aktör är nödvändig att ta hänsyn till om styrningen skall vara effektiv. Den aktören är den enskilde individen i egenskap av medborgare, anhörig eller patient. Styrningen kan således sägas vila på fyra ben – politiker, profession, administration och patient/medborgare. I den styrning som sker och den styrning som utvärderas räknas inte patienten med som en aktör.

En rad olika styrmodeller har provats inom framförallt landstingen under de senaste femton åren. Dit hör prestationsfinansiering, beställar-utförarmodell och valfrihetsreformer. Dessa reformer brukar kategoriseras som marknadsreformer. Huvuddelen av forskningen kring styrning och organisation har koncentrerats på marknadsreformerna. En genomgång av befintlig forskning visar att marknadsreformerna inte medfört några tydliga vinster vad gäller effektivitet och rättvisa.¹⁰¹ Marknadsreformerna har i begränsad utsträckning påverkat hälso- och sjukvårdsverksamheten. Dock har ett annorlunda förhållningsätt till ekonomi utvecklats.

Marknadsreformerna har också, liksom tidigare sagts, fått betydelse i form av att de definierat patienten som en kund. Med den diskursiva förskjutningen av patientens position följer också att patienten fått en ökad möjlighet att efterfråga hälso- och sjukvårdstjänster och att agera som en aktör på en marknad. Avsikten med patientens kundposition är att patienten får ett ökat ansvar och fler rättigheter och även ekonomisk makt.

Vissa konflikter kan även finnas mellan de olika aktörerna. En studie av överläkares inställning till nya organisatoriska arrangemang visar att denna grupp har en utpräglad kritisk hållning.¹⁰² Det politiska och det administrativa ledarskapet är starkt ifrågasatt av professionen. Studien visar att det finns en risk för att organisatoriska reformer genomförs, men att ingen bryr sig om detta i verksamheten. Verksamheten blir på så sätt frikopplad från den organisatoriska styrningen.

¹⁰¹ Op.cit.

¹⁰² Brorström, B. (2001) *Kontinuitet och förändring*.

Landstingens politiska styrning av vården

Hälso- och sjukvården hamnar ofta i topp när väljarna skall ange vilka politiska frågor som är viktiga.¹⁰³ Den hamnar också i topp när medborgarna skall ange vilket område de känner förtroende för. Däremot nås inte en toppnivå när det gäller medborgarnas förtroende för landstingspolitiken. Tvärtom är landstinget anonymt i många medborgares ögon. Det medborgerliga intresset för landstingen är väsentligt mindre än det medborgerliga intresset för kommunen. Det finns exempel på en rad undersökningar där en mycket stor andel av medborgarna inte kan ange majoritetsförhållandena i landstinget och till och med undersökningar där medborgarna angett att landstinget är en statlig myndighet. Om medborgarna har låg kunskap om landstingets uppgifter och den politik som förs får naturligtvis detta konsekvenser för möjligheten att utkräva ansvar på hälso- och sjukvårdens område.¹⁰⁴

Landstingens anonyma position beror sannolikt på flera faktorer. Det kan bland annat ha en koppling till att politiker ofta uppfattar att hälso- och sjukvården är svår att styra. Möjligheten att styra verksamheten är en viktig fråga ur demokratisynpunkt, eftersom landstingen är politiskt och demokratisk styrda.¹⁰⁵

Många gånger kan till och med landstingen präglas av en schism, där den politiska ledningen befinner sig i en relation med professionen som karaktäriseras av misstro, vilket kan få olyckliga effekter. Alla landsting befinner sig dock inte i samma situation, utan det finns såväl positiva som negativa exempel. I en fallstudie av två landsting visas att det ena landstinget har en kultur som kännetecknas av en hög grad av förtroende mellan politiker, läkare och sjukvårdsadministration medan distans och till och med misstro karaktäriserar det andra landstinget.¹⁰⁶ Det ena landstinget har byggt upp en känsla av landstinget som gemensam organisation. I det andra landstinget lever de olika aktörerna långt ifrån varandras verklighet. Det säger sig självt att detta påverkar förmågan till styrning.

Det konstateras i studien att en av de viktigaste förutsättningarna för att få fungerande beslutssystem är utvecklade förtroendeförhållanden mellan aktörer. Det är många relationer som behöver

¹⁰³ Se till exempel Nilsson, L. (red.) (2004) *Svensk samhällsorganisation i förändring*.

¹⁰⁴ Karlsson, L. (2003) *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*.

¹⁰⁵ Blomgren, M. och Sahlin-Andersson, K. (2003) *Ledning på distans*.

¹⁰⁶ Prioriteringscentrum 2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård*.

byggas. Det är mellan företrädare för de politiska partierna, mellan politiker och administratörer, mellan politiker och profession och mellan politiker och företrädare för patientgrupper.¹⁰⁷ Även här finns således samma resonemang om att flera aktörer är delaktiga och att kvaliteten på relationen mellan aktörerna är avgörande.

Ytterligare ett problem som ofta lyfts fram är det faktum att beslutssystemen inte är anpassade efter ”nya” politiska behov som finns av att omfördela resurser och genomföra besparingar. Beslutssystemen utformades under en tid då nya ekonomiska tillskott var det som diskuterades och återfanns på den politiska agendan.

De befintliga politiska systemen har, som de konstruerats, till och med byggt in starka hinder för beslutsfattande i avsikt att spara och omfördela. De politiska ”kostnaderna” för sådana beslut är höga. Landstingens kultur och organisation kan dock skapa förutsättningar för att dessa ”kostnader” blir mindre.¹⁰⁸ Återigen är relationen mellan aktörerna betydelsefull.

Utifrån ovanstående resonemang uppkommer bland annat en offentlig diskussion där landstingens existens ifrågasätts. Om politikerna inte kan styra vården bättre, skall de då styra alls på denna nivå?

Slutsatser och överväganden

Det finns ett missnöje med landstingen och landstingens styrning. Detta missnöje visar sig hos befolkningen genom att landstingen åtnjuter en lägre legitimitet än till exempel kommunerna som demokratisk institution. Hos den medicinska professionen finns en misstro. Det kan visa sig i form av att man tar avstånd från formella förändringar som sker inom landstinget och på så sätt frikopplar sig från reformerna. Studier visar att det finns en utpräglat kritisk inställning till hur reformer lanseras och genomförs. Skepsis mot ny styrning har blivit en naturlig reaktion hos många inom professionen.¹⁰⁹

Det finns stora problem med att styra vården. Sjukvården är en verksamhet som är kompetensmässigt bottentung.¹¹⁰ Det finns flera aktörer som är delaktiga i styrningen och som bör verka åt samma håll. Relationen mellan aktörerna är betydelsefull.

¹⁰⁷ Op.cit.

¹⁰⁸ Op.cit.

¹⁰⁹ Brorström, B. (2005) *Den stora vändningen*.

¹¹⁰ Blomgren, M. och Sahlin-Andersson, K. (2003) *Ledning på distans*.

Ett alternativ som tas upp i kapitel 5 är att avskaffa dagens landsting. Styrproblemen kvarstår dock oavsett politisk nivå som ansvarar för sjukvården. Slutsatserna som presenteras ovan visar att problemen till stor del hänger samman med ledarskap, förtroendeförhållanden och andra faktorer som inte i första hand är strukturella. Likväl är det ett faktum att landstingen saknar legitimitet både hos många medborgare och hos delar av professionen, vilket kan utgöra ett motiv för att avskaffa landstingen.

Hälso- och sjukvårdens förmåga att möta individer med stora vårdbehov

Något tillspetsat kan man säga att det finns en omvänd logik inom hälso- och sjukvården i jämförelse med andra verksamheter, där man också använder sig av begrepp som kund och tjänster. Personer som har omfattande och långvariga behov och som tar mycket resurser i anspråk skulle, om de betraktades som "kunder", benämnas som "guldkunder". De är trogna "kunder", de har behov av en hög "sjukvårdskonsumtion" och de har omfattande kontakter med den som "levererar tjänsten". De skulle, i egenskap av viktig "kundgrupp", förtjäna det bästa bemötandet och det största intresset från hälso- och sjukvårdens sida.

Så är dock inte alltid fallet inom hälso- och sjukvården. Det är för denna grupp som de stora problemen finns.

Den som drabbas av halsfluss en gång om året får ofta en hög kvalitet på vården. Det gäller även den i övrigt friska personen som drabbas av lunginflammation, hjärtstillestånd med mera. Den psykiskt sjuka missbrukaren ser däremot flera kvalitetsbrister på den vård hon/han får. De enskilda insatserna håller en hög kvalitet, men för den som har långvariga och stora behov kan ändå den sammanlagda kvaliteten, där också förmåga till samtida insatser och kontinuitet är viktigt, brista.

Resonemanget ovan är till för att illustrera att det finns problem för förhållandevis små grupper i befolkningen, som dock svarar för en stor del av hälso- och sjukvårdens kostnader.

Det har visat sig svårt att skapa en hälso- och sjukvård av hög kvalitet för individer som har komplexa och långvariga behov. Det är också svårt att som politisk förtroendevald styra verksamheten så att individer med komplexa och långvariga behov och kanske

både somatiska och psykiatriska behov erhåller en lika bra vård som de med enklare somatiska behov.¹¹¹

Den professionella utvecklingen inom medicinen och den starkt specialiserade organisationen korresponderar inte med behovet hos personer med multisjuklighet. Hälso- och sjukvårdens utgångspunkt från enskilda diagnoser gör att dessa individer inte bemöts utifrån hela sin situation och sina behov.

Hälso- och sjukvårdslagen är tydlig när det gäller hälso- och sjukvårdshuvudmännens skyldighet att prioritera efter behov. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges förtur till vården.¹¹² Ändå finns det brister. Problemet beror sannolikt till viss del på ledarskap – både politiskt, administrativt och professionellt.

I detta avsnitt ges exempel på två olika grupper som inte får vård efter behov eller helt avvisas från delar av systemet. Dessa är så kallade multisjuka äldre och psykiskt sjuka personer med långvariga vårdbehov.

Multisjuka äldre, ett exempel¹¹³

Den svenska hälso- och sjukvården fungerar på många sätt bra för äldre personer. Framför allt fungerar den mycket bra för äldre som har väl avgränsade behov. Har man som äldre en kognitiv funktionsnedsättning eller behov olika typer av insatser parallellt är dock bilden mer splittrad.

Äldre har som grupp betydligt högre sjukvårdskostnader än yngre. Framför allt går en större andel av kostnaderna för slutenvård till äldre, medan de står för en mindre andel av kostnaderna för primärvård. Det är svårt att säga om detta är en medveten prioritering från hälso- och sjukvårdens sida. Samtidigt som äldre har relativt sett låg tillgång till primärvården, så har man visat ett tydligt samband mellan förebyggande hälso- och sjukvård (som är en av primärvårdens uppgifter) och behov av slutenvård.

Samarbetet mellan äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård å ena sidan och akutsjukvård å andra sidan fungerar bristfälligt. Ett förbättrat samarbete är oerhört betydelsefullt, eftersom det

¹¹¹ Stycket baseras på ett anförande av Paul Håkansson, ordförande i Hälso- och sjukvårdsberedningen, Sveriges Kommuner och Landsting, vid kommitténs hälso- och sjukvårdsinternat 20–21 januari 2005.

¹¹² 2 § Hälso- och sjukvårdslagen.

¹¹³ Avsnittet baseras på Socialstyrelsen (2004) *Vård och omsorg om äldre*.

för många äldre är normalt med en vårdprocess som omfattar såväl hemvård som besök på akutmottagning.

Psykisk sjuka personer med långvariga vårdbehov och samtidigt missbruk, ett exempel¹¹⁴

Cirka 12 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna går till psykiatrisk vård. Primärvården har dock ett första linjens ansvar. Personer med lätt och medelsvår psykisk sjukdom återfinns oftast inom primärvården. De flesta av dessa patienter är okända för psykiatrin.

Personer med svår psykisk sjukdom löper hög risk att dö i förtid. Personer med psykisk sjukdom, som därutöver har samtidigt missbruk tillhör en av de mest utsatta grupperna i samhället. Detta har både regeringens narkotikasamordnare och regeringens psykiatrisamordnare framhållit. Trots detta finns det få vård- och behandlingsinsatser som är anpassade till dessa personer. Dessa personer har också oftare än andra odiagnosticerade kroppsliga sjukdomar som förblir obehandlade. Mer än hälften av personerna med denna dubbeldiagnos har gjort ett eller flera självmordsförsök. Misshandel och sexuella övergrepp är vanligt förekommande bland kvinnorna.

Gruppen är beroende av samordnade och samtida insatser från psykiatrin, beroendevården, övrig hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Flera studier visar dock att gruppen inte nås av samhällets insatser. Informationsutbyte mellan kommunen och landstinget saknas ofta och endast 9 procent var vid en mätning, som genomfördes år 1996, kända hos båda vårdgivarna.

Sverige har, till skillnad från de flesta andra länder, definierat missbruk som en social fråga. Missbruk är en uppgift för socialtjänsten, men förutsätter medicinska stödinsatser. I internationellt perspektiv är det mer vanligt att betrakta missbruk som en medicinsk fråga. Även behandlingsmässigt har medicinen vunnit framsteg. År 2004 införde Norge en reform av missbruksvården, som innebar att staten tog över missbruksvården och inlemmade den i hälso- och sjukvården. Detta innebär bland annat att läkare kan remittera personer med missbruksproblem till specialiserade behand-

¹¹⁴ Avsnittet baseras på en skrivelse till Socialdepartementet från Socialstyrelsen. Socialstyrelsen (2003) *Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet – Skrivelse till regeringen.*

lingsinstitutioner. Den norska modellen kan vara intressant att studera vidare.¹¹⁵

Slutsatser och överväganden

Hälso- och sjukvården för individer med sammansatta och långvariga behov måste, för att ge goda resultat, grundas på ett omfattande samarbete mellan kommunerna och landstingen. Detta samarbete fungerar på många ställen bristfälligt.

Samordningen mellan den landstingskommunala primärvården och den sjukhusbaserade vården fungerar även den bristfälligt i många fall. Det finns inga strukturella hinder för landstingen att inom sin egen organisation öka samarbetet till den enskildes fördel.

Äldres brist på läkartillgång är ett väl dokumenterat problem. En åtgärd är att kommunerna ges möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser. Kommuner har idag inte kommunalrättslig kompetens att tillhandahålla läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunerna tillhandahåller dock läkarinsatser inom skolhälsovården. När förslag om att häva detta ”förbud” har aktualiserats har de bägge huvudmännen – kommuner och landsting – haft bland annat följande invändningar. Om kommunerna ges möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser innebär det en betydande risk för oklarhet i uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen. Det kan även bli rekryteringsproblem för kommunerna.

En annan åtgärd, som kan bidra till att öka tillgången på läkare för äldre, är att överföra landstingets primärvård till kommunerna. Detta har prövats i en försöksverksamhet och gav dock inga noterbara effekter på samarbetet eller på äldres läkartillgång.

En tredje åtgärd är att, i likhet med vad Äldrevårdsutredningen föreslår, genom tvingande avtal förpliktiga landstingen att leverera läkartimmar till äldre som får vård i den kommunala hälso- och sjukvården.¹¹⁶

I vissa kommuner finns idag så kallade kommunläkare, som har medverkat till att minska inläggningsfrekvens och förkorta vistelser på sjukhusen.¹¹⁷ Ibland kallas dessa läkare för mobila läkare. Det är upp till landstingen att besluta om man vill ha denna typ av läkartjänst. Det förekommer idag i liten utsträckning.

¹¹⁵ SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk*.

¹¹⁶ SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*.

¹¹⁷ Johansson, R. och Pettersson, G. (2004) *Vad styr patienten genom vården?*

För den mycket utsatta gruppen som har både psykisk sjukdom och missbruk är en reform, som den norska Rusreformen, intressant att studera.

Bortsett från ovanstående förändringar så finns även andra åtgärder som kan bidra till att höja kvaliteten på vården för individer med sammansatta och långvariga vårdbehov. Dessa kan vara inriktade på ledarskap, kontinuerligt förbättringsarbete och tydliga prioriteringar. Även ersättningssystem, budgetsystem med mera måste stödja samarbete utifrån patienten. På de ställen där lotsliknande system har införts fungerar detta bra. För den psykiskt sjuka handlar det om personliga ombud, något som nu föreslås lagregleras.¹¹⁸

Primärvården

Tanken om att en utbyggd och väl fungerande primärvård skall göra det samlade hälso- och sjukvårdssystemet mer effektivt har funnits under decennier. Det bygger på en förväntan på att primärvården, utöver att leverera medicinsk kompetens, också skall sortera och organisera patientströmmarna. Frågan är om inte detta borde vara en uppgift för hela systemet och inte endast för primärvården.¹¹⁹

Med utgångspunkt från tanken om primärvården som ansvarig för systemeffektiviteten har det funnits en politisk prioritering av primärvården. Detta har dock inte kommit att avspeglats i resursfördelningen. Sedan 1960-talet har den politiska ambitionen varit att öka andelen resurser till primärvården, men det har gått trögt.

Primärvården är ett exempel på område där den politiska styrningen inte gett önskat resultat.

Många landsting utvecklar en närsjukvård, där primärvården ingår som en del. Konceptet varierar mellan de olika landstingen, men utmärkande för närsjukvården är att den inkluderar fler medicinska kompetenser än primärvården gör. Det handlar således om en utökad samverkan mellan fler kompetenser.

Utmärkande för svensk primärvård är också ett utvecklat teamarbete, där ett flertal yrkesgrupper och professioner deltar. Sådana är distriktssköterskor, kuratorer, arbetsterapeuter, sjuk-

¹¹⁸ Socialstyrelsen (2005) *Personligt ombud*.

¹¹⁹ Socialstyrelsen (2005) *Om primärvårdens domän och strategier*.

gymnaster, psykologer med flera. Det är bland annat den utvecklade arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna och professionerna som bidragit till kostnadseffektivitet och flexibilitet inom sjukvården.

Som konstaterats i kapitel 2 finns det ingen uppfattning om primärvården som delas av alla medborgare. Uppfattningarna skiljer beroende på kön, ålder, utbildningsnivå etcetera. Majoriteten av medborgarna önskar dock en fast läkarkontakt. Olika försök att styra medborgaren, genom bland annat remisstväng, har dock inte rönt uttalad uppskattning.

Närsjukvården är ett sätt att anpassa sig efter medborgarnas önskemål. Ofta betonas kontinuiteten i vårdprocesserna, som är viktig ur ett medborgarperspektiv.

Skandinavisk utblick

Gemensamt för Danmark, Finland och Norge är det samlade kommunala ansvaret för socialtjänsten och den lokala hälso- och sjukvården. Kommunen är ansvarig för hela primärvården i Finland och Norge. I Finland har kommunerna ansvar för den samlade hälso- och sjukvården, medan Norge har valt ett statligt ansvar för den så kallade sjukhusvården.

Specialister i allmänmedicin är i allmänhet egna företagare i Danmark och Norge, medan de i Finland i huvudsak är kommunalt anställda. De norska allmänläkarna var fram till 2001 i huvudsak kommunalanställda, men kom genom den så kallade "fastlegeordningen" att bli egna företagare. Det geografiska områdesansvaret avskaffades och befolkningen fick lista sig. Allmänläkaren är också, precis som i Danmark, en grindvakt och det krävs remiss för att komma till specialistsjukvård. Ersättningen till de norska allmänläkarna är statligt reglerad.

Den norska modellen innebär att allmänläkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal, som finansieras av kommunen, befinner sig i olika organisationer. De norska allmänläkarna har mycket sällan till exempel anställda sjuksköterskor, utan utför uppgifter som i Sverige utförs av andra personalgrupper, som sjuksköterskor.

Den norska fastlegeordningen har radikalt förbättrat tillgången på läkare. En stor andel av dessa läkare är dock inte allmänläkare, utan saknar specialistutbildning. Rekryteringen av allmänläkare har underlättats väsentligt, men är fortfarande ett problem för många

mindre kommuner. Nackdelen är att kostnaderna har ökat avsevärt. Allra störst har kostnadsökningarna varit för små kommuner. Läkarnas inkomster har ökat väsentligt och därmed också möjligheten att välja nivå på arbetsinsatsen. Dessutom vållar jourtider och semester ibland problem.¹²⁰

Slutsatser och överväganden

Det finns problem med primärvården. Medborgarna ger ett förhållandevis lågt betyg till denna del av vården. Ur ett ansvarsperspektiv är det oklart för medborgaren vilken nivå som anger villkoren för primärvårdens utveckling. Staten anger i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården att målet är att öka andelen allmänläkare med 170 per år. Då skulle Sverige komma upp i en nivå på 6 000 specialister i allmänmedicin år 2010.¹²¹ Majoriteten av landstingen brottas dock med rekryteringsproblem och arbetar för att utveckla en närsjukvård som inte har samma utgångspunkt som den nationella handlingsplanen.

Tre scenarier för primärvården skall här målas upp. Det ena bygger på en framskrivning av dagens utveckling. Det sannolika är då att landstingen fortsätter att utveckla en närsjukvård, som innebär att fler verksamheter än primärvården kommer att utgöra bassjukvården för medborgaren. Hur utvecklingen ser ut och i vilken fart den sker kommer även fortsättningsvis att variera från landsting till landsting. Medborgaren förutsätts i detta fall vända sig till sin närsjukvård vid en första kontakt. Vad närsjukvården omfattar skiftar från landsting till landsting.

I detta scenario intar inte primärvården den systemsamordnande rollen, utan medborgarna kan, som idag, ha olika ingångar i vården (allmänläkare, geriatriker, barnläkare, sjukgymnast eller annan profession) och samordningsansvaret kan läggas på en större del av hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården får därför i första hand till uppgift att leverera sin medicinska kompetens. Den allmänmedicinska kompetensen är dock av särskild tyngd även i en närsjukvårdslösning. I scenariot ovan kan staten även på olika sätt ange villkoren för utveckling av närsjukvården.

¹²⁰ SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*.

¹²¹ Regeringens proposition (1999/2000:149) *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.

Det andra scenariot bygger på att primärvården kommunaliseras. Om kommunerna behåller sin nuvarande storlek blir övertagandet ett problem för mindre kommuner. Inget är idag känt om frågan om geografisk bas för primärvården. Även på detta område intar kunskapsbildning och kunskapsspridningen dock en central position och länken till forskning och utveckling behövs. Detta kan lösas genom kommunalförbund eller genom en asymmetrisk modell där endast kommuner över en viss storlek övertar primärvården. Det skulle ge bättre förutsättningar för samordning av den kommunala sjukvården och primärvården. Det bidrar även till att den kommunala hälso- och sjukvården får tillgång till läkarkompetens.

Ett tredje scenario bygger på att staten övertar finansiering och/eller styrning av allmänläkarna. Ett exempel är den tidigare gällande husläkarlagen (lag (1993:588) om husläkare) som angav hur landstingens relation med allmänläkarna skulle se ut. Även den norska lagstiftningen har bestämmelser som rör ersättningsnivåer. Hur ersättningssystem och övrig reglering utformas påverkar möjligheterna att rekrytera allmänläkarna. Detta scenario inrymmer också alternativ, där allmänläkarna blir egenföretagare på samma sätt som i Norge och Danmark. Ersättningssystemets utformning får konsekvenser för frågan om personalsammansättning etcetera. En statlig styrning som inriktar sig på ersättningssystem och liknande villkor kan således vara en lösning på ett problem som utgår från att sjukvården har för få allmänläkare i relation till befolkningens mängden. Staten ges då en direkt möjlighet att styra utvecklingen av primärvården. Detta scenario innebär dock att detaljerade beslut fattas på statlig nivå samtidigt som finansieringsansvaret fortfarande åvilar kommunsektorn.

Hälso- och sjukvårdens geografiska bas

Frågan om geografisk bas för hälso- och sjukvården är inte väl belyst i svensk forskning och svenska utredningar. Detta hindrar inte att det finns en aktuell offentlig diskussion om att många landsting idag är för små befolkningsmässigt. Diskussionen vilar dock inte på några omfattande empiriska fakta. Avsaknaden av empiri som bevisar att litenhet skulle vara ett problem har säkerligen många förklaringar.

Det viktigaste empiriska material som här tas upp är Socialstyrelsens studie om geografisk bas i vården.¹²² Även OECD-rapporten är viktig, men också den baseras på antaganden, som utgår från en övergripande nivå.¹²³

”Litenhetsproblem” upplevs inte bara finnas hos landstingen, utan även hos kommunerna i deras egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudmän. Eventuella problem med kommunernas storlek i relation till deras åtagande på hälso- och sjukvårdsområdet har dock inte belysts här. Det beror dock inte på att frågan saknar relevans.

I denna sekretariatsrapport kommer främst ”litenheten” att diskuteras ur ett verksamhetslogiskt perspektiv. Det finns en rad andra faktorer som påverkar frågan om landstingens storlek. Dels finns det andra verksamheter som landstingen ansvarar för utöver hälso- och sjukvården, dels finns demokratiska, kulturella med flera aspekter som måste vägas in i diskussionen. Vilka av dessa aspekter som är styrande för diskussion och beslut är en politisk fråga.

De tre nationella konferenserna om hälso- och sjukvården

På de nationella konferenser som kommittén anordnade våren 2005 framfördes det som ett väsentligt problem att många landsting idag är alltför små befolkningsmässigt. Uppfattningen delades av många. Litenheten uppfattades som ett problem ur ett verksamhetsperspektiv. Följande konkreta exempel lyftes fram.

- Landstingen har inte den kritiska massa som krävs för att göra effektiva investeringar inom sjukvården.
- Den kritiska massan saknas för att kunna bedriva forskning och vård av hög kvalitet.
- Landstingen bedöms inte vara tillräckligt stora för att kunna bära och utveckla spetskompetens och inte heller tillräckligt stora för att svara för kompetensförsörjningen.
- Storleken påverkar förmågan att ta emot och omsätta ny kunskap samtidigt samt utmönstra gamla metoder.
- De medicinska fakulteterna begränsas av att idag vara ”hänvisade” till ett landsting.

¹²² Rapporten fanns endast som arbetsmaterial vid tillfället för sekretariatsrapportens färdigställande hösten 2005. Den fick senare namnet ”*God vård på lika villkor*” *Geografi, demografi, volym & kvalitet*.

¹²³ OECD (2005) *Economic Survey of Sweden 2005*.

En liten storlek på ett landsting kunde dock ha fördelar ur andra perspektiv än de rent verksamhetsmässiga. Till exempel upplevdes det ha fördelar ur ett demokratiskt perspektiv och man framförde att det var möjligt att ha relativt sett nära kontakter mellan förtroendevalda och väljare i ett litet landsting. Dessutom troddes styrbarheten vara bättre i ett litet landsting.

Socialstyrelsens rapport om geografisk bas för hälso- och sjukvården¹²⁴

Socialstyrelsen fick i uppdrag av kommittén att studera vilken geografisk bas som hälso- och sjukvården kräver. Bland annat gavs i uppdrag att studera hur kunskapsbildning och kunskapsspridning och kvalitet relaterade till befolkningsunderlag och verksamhetsstorlek. Socialstyrelsen har haft kontakt med en rad aktörer för att samla in material som kan belysa uppdragets frågeställningar.

Utifrån faktorer som kunskapsbaserad hälso- och sjukvård, kunskapsstyrning och utvecklingsmöjligheter är dagens 21 huvudmän på regional nivå för många för att ge bra förutsättningar för att klara framtida uppgifter inom hälso- och sjukvården. Bättre förutsättningar skulle ges om varje huvudman omfattade fler invånare och därmed en större verksamhet, som även inkluderar forskning och utbildning.

Socialstyrelsen pekar på att dagens sex sjukvårdsregioner skulle ge ett jämnare befolkningsunderlag än dagens landsting. Varje geografiskt område skulle omfatta cirka en till två miljoner invånare. Kopplingen till högre utbildning, forskning och utveckling skulle finnas inom varje område. Varje geografiskt område skulle dessutom omfatta ett universitetssjukhus. Socialstyrelsen påpekar också att sjukvårdsregionerna redan idag utgör samarbetsområden för hälso- och sjukvården.

¹²⁴ Socialstyrelsens studie fanns i form av ett arbetsmaterial, när denna sekretariatsrapport skrevs.

Sjukvårdsregioner i Sverige 2005

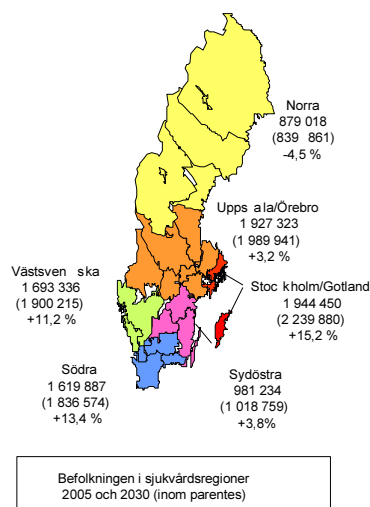


Skulle vården utgå från de sex sjukvårdsregionerna skulle varje region vara nästintill självförsörjande. Över 99 procent av befolkningen skulle kunna få sina sjukvårdsbehov tillgodosedda inom området.

Det är viktigt att notera att det handlar om förutsättningar. Ett landsting med över en miljon invånare innebär inte per automatik att hälso- och sjukvården erhåller en högre kvalitet och effektivitet. Däremot är förutsättningarna – med den större storleken – bättre för att, med hjälp av kunskapsbildning och kunskapsspridning, åstadkomma kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har även, med hjälp av en framskrivning av befolkningsutvecklingen, studerat hur befolkningsunderlaget skulle se ut i sjukvårdsregionerna år 2030. Även i ett längre perspektiv skulle regionerna vara förhållandevis jämnstora vad avser befolkningsunderlag i jämförelse med dagens landsting.

Sjukvårdsregioner: befolkning



Socialstyrelsen studie utgår från ett verksamhetsperspektiv. Studien berör således inte frågan om vilken nivå – stat, landsting eller kommun – som skall styra hälso- och sjukvården. Sex geografiska områden kan formas till regioner, som styrs av direktvalda politiker, men de kan även utgöra geografiska områden i en vård som staten har finansierings- och tillhandahållansvar för.

Nordregios/EuroFutures studie¹²⁵

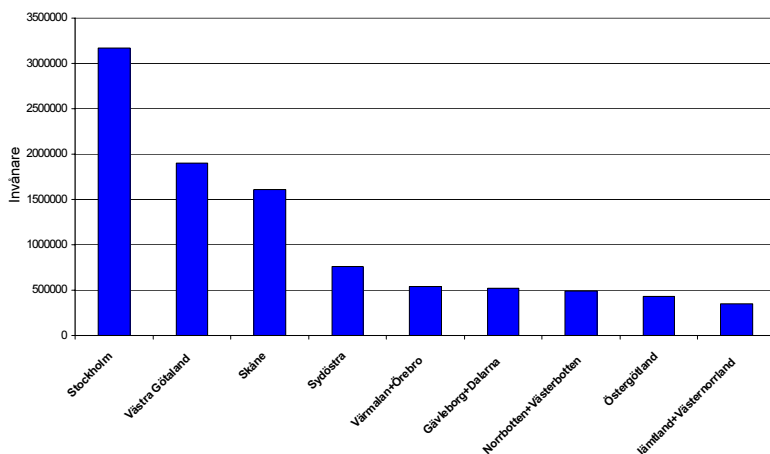
Nordregio fick i samarbete med konsultföretaget EuroFutures ett uppdrag av kommittén som bestod i att utifrån politikområden som anknyter till regional utveckling diskutera lämplig geografi. Nordregios rapport bygger på ett antal faktorer som ligger utanför Socialstyrelsens kompetensområde. En sådan är frågan om medborgarnas möjlighet att identifiera sig med det geografiska områ-

¹²⁵ Nordregios/Eurofutures studie fanns i form av ett arbetsmaterial, när denna sekretariatsrapport skrevs. Rapporten fick senare namnet *Sveriges regionala indelning – om tillväxtperspektivet får råda*.

det. Utifrån en sammanvägning av faktorerna föreslår Nordregio nio regioner.

Medan Socialstyrelsen förordar ett större och jämnare befolkningsunderlag, så innebär Nordregios förslag på regionindelning att ojämnheten blir stor, eftersom storleken på befolkningen varierar mycket mellan de tänkta nio regionerna (se nedan). Förutsättningarna – i form av resurser och kunskapsutveckling – blir mycket olika för dessa regioner.

Befolkningen i 9 sjukvårdsregioner 2030



Att granskningar som tar sin utgångspunkt i två olika verksamheter landar i olika slutsatser är väntat.

OECD

OECD gör årligen en översikt av medlemsländernas ekonomi. Under sommaren 2005 kom en rapport om Sverige, där även en analys av den svenska hälso- och sjukvården fanns med.¹²⁶

OECD granskade en rad frågor och bland annat ifrågasattes graden av decentralisering i det svenska sjukvårdssystemet.

Utgångspunkten i studien är att Sverige i ett internationellt perspektiv har en hälso- och sjukvård som håller en hög kvalitet. Hälso- och sjukvårdssystemet betraktas som mycket decentralise-

¹²⁶ OECD (2005) *Economic Survey of Sweden 2005*.

rat och landstingen ses som små med en medianbefolkning på 275 000 invånare. Endast tre landsting har en befolkning som överstiger 500 000 invånare konstaterar OECD.

OECD anser att problem som härrör från "litenheten" redan har blivit synliga. Frågan delas upp i två aspekter – landstingens storlek och storleken på sjukhus och kliniker. Även om det är svårt att säga något om optimal sjukhusstorlek, så hänvisar OECD till Socialstyrelsens beräkningar att akutsjukhus behöver upptagningsområden på minst 80 000 till 90 000 invånare. Många små akutsjukhus har stängts (eller omvandlats till sjukhus av annat slag), men fortfarande har ett av tre akutsjukhus ett upptagningsområde som understiger denna miniminivå. Hanteringen av bland annat detta problem skulle förenklas om landstingen blev färre och därmed större, eftersom större enheter ger bättre förutsättningar för att använda resurserna rationellt och till exempel öka specialiseringen mellan sjukhusen, och även i vissa fall stänga dem.

Det decentraliserade systemet med 21 huvudmän (20 landsting samt Gotlands kommun) innebär också att mycket arbete dubblas. OECD pekar på det faktum att det finns 21 läkemedelskommittéer. De många landstingen bidrar också till att det är svårt att styra resurser till öppenvården och primärvården, instabilitet när det gäller finansiering och svårigheter med att ge likvärdig kvalitet i vården till medborgarna i de olika landstingen.

OECD anser att befolkningen inte accepterar brister i likvärdigheten just inom hälso- och sjukvården, som synliggörs i form av skillnader i kvalitet och utbud. Därför bör kravet på likvärdighet väga tungt i relation till behov av en hög grad av decentralisering i syfte att öka det lokaldemokratiska inflytandet.

Sammanfattningsvis anser OECD att mycket talar för att reducera antalet landsting till "perhåps half a dozen or fewer".

I rapporten föreslås dock inte ett förstatligande av hälso- och sjukvården, även om fördelar kan finnas med detta. Skälet är att det finns en risk för att Sverige, med en sådan systemförändring som ett förstatligande innebär, kan mista en av sina stora fördelar; nämligen förmågan till innovation och flexibilitet.

Erfarenheter från Skåne och Västra Götaland

För att belysa hur en ökad landstingsstorlek har påverkat förmågan att styra och använda hälso- och sjukvårdens resurser har kommitténs sekretariat tillfrågat Region Skåne och Västra Götalandsregionen om underlag. Kommittén har inte haft möjlighet att, inom ramen för sitt arbete, själva utföra en studie. Inte heller finns det någon tidigare granskning som visar hur hälso- och sjukvården påverkats av bildandet av region Skåne och Västra Götalandsregionen i det avseende som är aktuellt här. Så gott som samtliga utvärderingar fokuserar på frågor som berör ett annat politikområde, regional utveckling.

Det som rapporteras här är således baserat på underlag som erhållits från de respektive huvudmännen. Både Region Skåne och Västra Götalandsregionen anger att den ökade storleken på landstinget i huvudsak har haft genomgående positiva effekter på verksamheten.

*Region Skåne*¹²⁷

Det helhetsperspektiv som bildandet av Region Skåne medgav har gett möjlighet till regiongemensamma lösningar inom hälso- och sjukvården, som annars inte hade varit möjliga. Regionens storlek har i flera fall medgett gynnsamma organisatoriska lösningar som hade varit för komplicerade och kostsamma att genomföra om ansvaret för hälso- och sjukvården hade fortsatt att vara fördelat mellan tre landsting.

”Skånsk Livskraft” är det projekt som de flesta förändringar utgår från. Målet för projektet har varit att sudda ut gränserna mellan olika vårdgivare och finna nya strukturer som är effektivare. Processen har bedrivits i samverkan mellan Region Skåne och de 33 kommunerna. Arbetet har förutsatt en samling på en skåneövergripande nivå. Det antas att de tre tidigare sjukvårdshuvudmännen hade haft svårt att klara denna uppgift på motsvarande sätt.

Hälso- och sjukvården delas, i Skånsk Livskraft, upp i fyra vårdlogiker. Det är närsjukvården där all primärkommunal hälso- och sjukvård, regionens primärvård samt delar av den sjukhusbundna vården ingår (bland annat psykiatri). Det är den specialiserade

¹²⁷ Avsnittet är baserat på ett arbetsmaterial som författats av Region Skåne på förfrågan från kommitténs sekretariat. (Region Skåne (2005) *Underlag till kommittén: Hur hälso- och sjukvården i region Skåne har påverkats, utvecklats och förbättrats efter regionens bildande*).

akutsjukvården som har genomgått en koncentration. Tio akutsjukhus har blivit fyra akutsjukhus. Koncentrationen bygger på ett befolkningsunderlag som i många fall överskrider de gamla landsgränserna. Den koncentrerade akutsjukvården planeras utifrån hela befolkningsunderlaget i Region Skåne och inte enbart utifrån de lokala förutsättningarna.

Den specialiserade vården är den tredje logiken. Förändringsarbetet inom den specialiserade vården har bidragit till ökad planering, specialisering och koncentration. Strukturen utformas utifrån ett regionperspektiv. En avgörande faktor i utvecklingen är att befolkningsunderlaget i Region Skåne ger bättre förutsättningar för utveckling. Som följd av koncentrationen har betydande effektivitetsökningar skett.

Den högspecialiserade vården är den fjärde logiken. Samordningen mellan de bägge universitetssjukhusen har inte varit enkel, men det gemensamma huvudmannaskapet som finns genom bildandet av Region Skåne har underlättat samarbetet mellan sjukhusen.

Samtidigt som Region Skåne bildades påbörjades också arbetet med att utveckla en gemensam ambulanssjukvård. Tidigare hade respektive huvudman sin egen organisation. Samordningen av ambulanssjukvården har lett till en förbättrad koordination och även ett utvecklat samarbete med Danmark. Storleken på Region Skånes verksamhet har bidragit till att avtal med Danmark har kunnat slutas.

Även katastrofberedskapen har samordnats inom regionen.

Samtliga förändringar som presenteras ovan har mer eller mindre regionens storlek och verksamhetsomfattning som utgångspunkt. Storleken har även bidragit till att sårbarheten minskat, eftersom regionen inte är beroende av verksamheten på endast ett sjukhus, utan fullgoda alternativ finns i regionen.

*Västra Götalandsregionen*¹²⁸

Även före bildandet av Västra Götalandsregionen förekom samarbete mellan de fyra sjukvårdshuvudmännen (landstingen). Detta samarbete berörde främst regionsjukvården och länssjukvården. Genom regionbildningen skapades nya och bättre förutsättningar för samordning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Bildandet av Västra Götaland har gett positiva förutsättningar för hälso- och sjukvården.

Regionen har kunnat ta ett samlat grepp över vårdkedjan. Det stora regionsjukhuset (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) har fogats in i ett sammanhang. Patienterna får vård på rätt nivå, eftersom hela kedjan kan samordnas. En förutsättning för att detta har kunnat ske har varit det sammanhållna ansvaret för hälso- och sjukvården i den större regionen som Västra Götaland är.

Det finns större möjligheter till metodutveckling genom att bland annat nya metoder och kunskaper förs ut från regionsjukhuset till länssjukhusen.¹²⁹ Särskilt dyr utrustning kan utnyttjas effektivare med större patientunderlag.

Medicinska sektorsråd, med ledande medicinska företrädare för regionens sjukhus och primärvård, har tillskapats. Sektorsråden arbetar bland annat med kvalitetsutveckling och gemensamma medicinska indikationer för diagnostik och behandling samt värderar nya och befintliga medicinska metoder. Ett regiongemensamt prioriteringsarbete har inletts i samspel mellan den medicinska professionen och den politiska nivån. Den större regionens bredd och kompetens i medicinskt avseende har på dessa områden haft avgörande betydelse.

Genom regionbildningen har skapats ökad kapacitet och en bredare bas för inomregional uppföljning och jämförelser.

Regionens storlek har gett möjlighet till större och mer kvalificerade projekt kring medicinsk utveckling och utveckling av hälso- och sjukvården i stort. Utredningskapacitet har skapats på ett sätt som kompletterar den nationella nivån.

I viss utsträckning har det funnits svårigheter att genomföra strukturförändringar inom hälso- och sjukvården. Det beror både

¹²⁸ Avsnittet är baserat på ett arbetsmaterial som författats av Västra Götalandsregionen på förfrågan från kommitténs sekretariat. (Västra Götalandsregionen (2005) *Hälso- och sjukvårdsfrågor i Västra Götalandsregionen-erfarenheter*).

¹²⁹ Förutsättningar för kunskapsbildning och kunskapsspridning samt universitetssjukhusens roll i detta arbete är något som även Socialstyrelsen pekar på i sin rapport som väsentligt för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling.

på frågornas komplexitet och på lokala perspektiv som inte alltid överensstämmer med det regionala perspektivet. Regionens storlek ger dock bättre förutsättningar än tidigare att skapa en fungerande vårdstruktur.¹³⁰ För att klara kvalitets- och effektivitetskrav måste akutsjukvården utföras på färre sjukhus än tidigare. De olika sjukhusen kommer i större utsträckning att specialiseras på vissa typer av ingrepp eller specialiteter och utveckla olika profilmråden.

Sammanfattningsvis anses att det behövs stora sjukvårdsregioner för att kunna planera hela kedjan från högspecialiserad vård till den lokala närsjukvården. Det finns ett stort beroende mellan nivåerna inom hälso- och sjukvårdssystemet. Bättre förutsättningar har i och med bildandet av Västra Götalandsregionen skapats för att hantera strukturfrågorna, även om det fortfarande finns många målkonflikter på detta område.

Övriga faktorer i relation till landstingsstorlek

Det finns ingen enskild faktor som kan förklara att vissa landsting uppvisar goda ekonomiska resultat. Olika faktorer används ofta för att förklara det enskilda landstingets resultat. Genom att studera de ekonomiska resultaten från landstingen på en övergripande nivå kan slutsatser inte dras om huruvida förutsättningar för att uppnå positiva resultat i den samlade landstingsekonomin är kopplade till en viss befolkningsstorlek.

Förklaringar till landstingens skilda ekonomiska resultat baseras på så skilda faktorer som befolkningens hälsa (Halland), antalet privatläkare och vårdutbudets storlek (Stockholm), sjukvårdsstruktur i förhållande till befolkningens vårdbehov (Västerbotten) etcetera.

Kommitténs sekretariat förde samtal med Socialstyrelsen om att analysera den ekonomiska effektiviteten kopplat till befolkningsstorlek. Detta låg dock utanför myndighetens kompetensområde, varför något uppdrag på området aldrig blev aktuellt. Sekretariatet tog även upp frågan med Sveriges Kommuner och Landsting. Bland annat diskuterades om det går att belysa frågan om att mindre landsting saknar möjligheter att göra effektiva investeringar på grund av för liten kritisk massa. Detta var ett problem som fördes fram på kommitténs nationella konferenser om hälso- och sjuk-

¹³⁰ Samma påpekande gör OECD som också framhåller att större landsting ger förutsättningar för nödvändiga strukturförändringar.

vård. Sveriges Kommuner och Landsting hade dock inget underlag på detta område och kunde därför inte föra frågan vidare.

Det finns inga studier som belyser frågan om landstingens storlek i relation till de åtaganden som finns när det gäller läkarutbildningen.¹³¹ Det finns dock indikationer på att ett litet befolkningsunderlag/för liten omfattning på hälso- och sjukvårdsverksamheten upplevs som problematiskt. Såväl Linköpings universitet som Umeå universitet behöver medverka från andra landsting för att kunna placera alla studenter på läkarutbildningen i hälso- och sjukvården under den kliniska delen av utbildningen.

Motsvarande storleksproblem upplevs dock inte finnas i mellersta och södra Sverige. Hur relationen mellan landstingsstorlek och de medellånga vårdutbildningarna och deras praktik ser ut finns inte belyst. Likartade storleksproblem kan finnas i fråga om specialistsjuksköterskeutbildningen (exempelvis till psykiatrisjuksköterska). Där har den bristande samordningen mellan högskolorna orsakat ett överutbud som medfört att många utbildningar endast fått ett fåtal sökande och därför har utbildningen inte kunnat genomföras. Erfarenheten visar att stora regioner, som Västra Götalandsregionen, har gett förutsättningar för en samordning mellan universiteten och högskolorna inom regionen.

Slutsatser och överväganden

Det underlag som här redovisas antyder att huvudmän som är större än dagens landsting och sinsemellan mer jämnstora ger förbättrade förutsättningar för att utveckla en hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Behovet av större huvudmän är framförallt tydligt uttalat om ett framtidsperspektiv tillämpas på vårdens utveckling. Det visas bland annat i Socialstyrelsens studie, där resonemangen tar sin ansats i en önskad och tänkt utveckling av hälso- och sjukvården framöver. Socialstyrelsen pekar på en vård som blir allt mer kunskapsstyrd. De strukturella förutsättningarna för detta bör vara goda. En del av denna struktur utgörs av den regionala nivån, där ett begränsat antal regionala kunskapscentrum bör vara viktiga aktörer i utvecklingen mot en mer kunskapsstyrd vård. Socialstyrelsen bedömer att en förutsättning för att dessa regionala centrum skall kunna inrät-

¹³¹ Uppgiften kommer från Karin Odencrantz, Utbildningsdepartementet, 29 maj 2005.

tas är att huvudmännen på regional nivå är färre till sitt antal och betydligt större än idag.

Ett alternativ till att bilda nya större huvudmän på regional nivå är att behålla dagens 21 huvudmän (20 landsting samt Gotlands kommun). Detta kan vara ett rimligt alternativ, om man utgår från att det i dagsläget inte går att finna samband mellan kvaliteten på hälso- och sjukvården i de olika landstingen och landstingets storlek i form av resurser och befolkningsmängd. Att utgå från ett ställningstagandet att den geografiska basen för hälso- och sjukvården spelar en mindre roll lämnar utrymme för att fokusera de landstingsinterna strukturförändringar som på många håll pågår samt fokusera det systematiska förbättringsarbetet. Förändringar av landstingsstrukturen kan utgå eller skjutas på framtiden. I konsekvens med resonemanget att storleken på landstingen hitintills inte har avgjort verksamhetens kvalitet kan också resonemang om att kommunalisera väsentliga delar av vården föras.

Det är också viktigt att se att frågan om kunskapsstyrning är kopplad till ledarskap och landstingens interna struktur. Detta avgör i mycket hög grad hur kunskaper sprids och omsätts i praktiskt arbete. Det visar inte minst det faktum att det finns stora variationer inom landstingen på vårdens kvalitet och förmåga att utgå från evidensbaserade metoder.

Det bör återigen noteras att ställningstagandet att förändra geografin på regional nivå tar sin ansats i ett långt tidsperspektiv och handlar om att stärka själva förutsättningarna för huvudmännen, medan ställningstagandet att behålla landstingen som idag, utgår från den aktuella situationen, där förutsättningarna för framtida förändringar inte är i fokus på samma sätt.

Ett tredje alternativ är att avskaffa landstingen och endast införa två skattenivåer i Sverige. Detta beslut måste dock fattas mot bakgrund av en samlad genomgång av samhällsorganisationen och inte bara utifrån hälso- och sjukvården. Det behövs ett brett perspektiv som omfattar frågor som statlig styrning, demokratisk struktur, andra politikområden som regional utveckling, skattesystem med mera. Det redovisas ändå som ett alternativ i denna rapport, eftersom det är ett vägval som bör återfinnas bland kommitténs samlade vägval. Med ett statligt huvudmannaskap vore det sannolikt naturligt att staten utgick från de sex sjukvårdsregionerna. Hur ett förstatligande kan gestalta sig har bland annat belysts av Kommittén

om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000).¹³²

Likvärdigheten

Även om Sverige har ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem finns stora lokala och regionala skillnader i tillgång och kvalitet. De flesta skillnaderna är inte tydligt synliggjorda idag. Med den utveckling som sker inom uppföljning, utvärdering, öppen redovisning och valfrihet kommer situationen sannolikt att se annorlunda ut om ett antal decennier. De brister som finns i likvärdighet kommer då att vara mer uppenbara än idag.

Det har konstaterats tidigare i denna rapport att det finns högt ställda krav på likvärdighet inom hälso- och sjukvården. Kravet på likvärdighet inom sjukvården har även diskuterats av tidigare statliga utredningar. HSU 2000 konstaterade följande. ”Det finns ... en svårdefinierbar gräns för hur stora skillnader i vårdens kvalitet och tillgång till vård får vara i olika delar av landet.”¹³³

Öppna redovisningar och nationella riktlinjer har tillkommit bland annat för att stödja utvecklingen mot en mer likvärdig vård. Befolkningen skall, oavsett bostadsort, ha tillgång till vård av lika hög kvalitet, både vad avser resultat och process. Det innebär också att vården skall vara likvärdig oavsett medborgarens kön, ålder, sociala och ekonomiska bakgrund, etnicitet etcetera.

Slutsatser och överväganden

I ett perspektiv som sträcker sig ett par decennier framåt i tiden, när hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet redovisas öppet, kommer inte medborgaren att acceptera stora brister i likvärdighet. Det finns heller inte verksamhetslogiska argument för till exempel stora och bestående skillnader i resultat kvalitet.

Ett starkt krav på likvärdighet bör dock kombineras med en dynamisk tillämpning, som även rymmer krav på utvecklingskraft. Olikheter kan stimulera utveckling. Den som presterar bättre i systemet bidrar genom möjligheter till jämförelser, men också genom ömsesidigt lärande till utveckling av hela sjukvårdssystemet. Skill-

¹³² SOU 1993:38 *Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller* samt SOU 1994:95 *En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi*.

¹³³ SOU 1999:66 *God vård på lika villkor?*

nader i likvärdighet kommer således att förekomma i ett system som inriktar sig på utveckling. Problemet blir först allvarligt när bristerna i likvärdighet är bestående över tid och när skillnaderna är så stora att de leder till oacceptabla konsekvenser för medborgarna.

Det finns flera olika tänkbara vägar för att nå ökad likvärdighet. Ett alternativ är att förlita sig på öppna redovisningar, som ger professionerna möjligheter att själv reglera verksamheten, så att kvaliteten blir mer likvärdig. Denna drivkraft kan vara stark, men det finns också faktorer som talar emot att detta skulle ge de snabba resultat som ibland förväntas.

Ett annat alternativ är att staten låter delar av den informativa styrningen bli normerande, såsom till exempel de nationella riktlinjerna. Det blir på detta sätt inte möjligt för hälso- och sjukvården att välja vilken nivå av följsamhet som skall intas gentemot de nationella riktlinjerna.

Ett tredje alternativ är ett förstatligande av ansvaret för hälso- och sjukvården. På det sättet skulle frågor om utbud och förväntat resultat hamna på en nationell nivå. Det innebär inte per definition att likvärdigheten ökar, men det ger staten en legitim rätt att verka för ökad likvärdighet.

Det intressanta för kommittén kan vara en diskussion om hur staten skall kunna spela en mer aktiv roll för att öka likvärdigheten. Då hamnar den statliga styrningen i fokus. Frågor som kunskapsstyrning och uppföljning blir mer väsentliga.

Det systematiska kvalitetsarbetet

I en tidigare promemoria, som kommittén har diskuterat redovisades bristen på det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Kvalitetsarbetet utgör ofta öar inom det ordinarie arbetet. Trots att det är väl visat att många åtgärder ger bra effekt, är dessa inte systematiskt spridda. Det är ofta upp till personalen på den enskilda arbetsplatsen att bedriva detta arbete, medan det saknas en systematisk efterfrågan från landstingens och kommunernas ledning.¹³⁴ Cheferna ser sällan några tydliga kopplingar mellan förbättringsarbete och resultat.

Bristen på systematik är sannolikt inte beroende av strukturen, men kan hänga samman med den statliga styrningen. Den statliga nivån har överlämnat ansvaret för ”mikroprocesserna” till huvud-

¹³⁴ Sveriges kommuner och landsting (2005) *Transformera system- från öar till helhet*.

männen. Huvudmännen anser sig ofta inte ha något redskap för att efterfråga och stödja förbättringsarbete på mikronivå. Istället arbetar huvudmännen ofta med organisations- och strukturfrågor, vilket dock inte räcker som redskap för att till exempel förbättra vårdkedjorna inom hälso- och sjukvården.

I en rapport från Finansdepartementet konstateras att landstingen i huvudsak arbetar med omstruktureringar för att öka effektiviteten.¹³⁵ Frågan ställs om strukturreformer är rätt åtgärd för att lösa problem med samverkan, ”teamarbete” etcetera. Dessa problem antas snarare hänga samman med hur man planerar och organiserar arbetet, så kallad inre effektivitet.

Rapporten förstärker bilden av att det kvalitetsarbete som sker på mikronivå inte varit prioriterat och att detta arbete inte skett systematiskt. Ett av förslagen är att Sverige, som nation, skall söka medverka i ett så kallat Pursuing Perfection-projekt.¹³⁶ Förslaget innebär ett ökat statligt engagemang i det systematiska kvalitetsarbetet som sker på ”mikronivå”.

På nationell nivå stödjer Sveriges Kommuner och Landsting kommunernas och landstingens arbete med den inre effektiviteten. Bland annat arbetar man med att utveckla arbetet med olika metoder, såsom Genombrottsmetoden.¹³⁷

Tidigare var Spri (ett utvecklingsinstitut för hälso- och sjukvården) en aktör, som staten stod bakom, men Spri avvecklades vid årsskiftet 1999/2000.

Slutsatser och överväganden

Förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården bör efterfrågas och utföras systematiskt. Så sker inte idag, utan mycket arbete sker i projektform och är beroende av enskilda medarbetares initiativ. Detta är inte bara problematiskt ur ett patientperspektiv, utan kan också påverka effektivitetsutvecklingen negativt, eftersom effektiviseringsvinster kan uppnås genom ett systematiskt förbättringsarbete.

Landsting och kommuner har idag möjlighet att systematisera och intensifiera detta arbete. Det finns sannolikt inte något i an-

¹³⁵ DS 2005:7 *Iakttagelser om landsting*.

¹³⁶ Pursuing Perfection (Uppnå perfektion) grundades av ett utvecklingsinstitut i USA (www.ih.se).

¹³⁷ Metoden bygger på att snabbt åstadkomma resultat genom att testa små förändringar i den egna organisationen.

svars- och uppgiftsfördelning som förhindrar detta. Det är ändå möjligt att resonera om det är angeläget med ett ökat statligt engagemang i frågan. I en modell där staten fungerar som en koncernstyrelse skulle ett ökat engagemang i landstingens och kommunernas systematiska förbättringsarbete te sig naturligt.

Det vägval som presenteras senare i sekretariatsrapporten, som innebär att den statliga styrningen renodlas och inriktas på likvärdighet, talar dock emot ett statligt engagemang i landstingens inre förbättringsarbete. Till exempel föreslås i rapporten *Iakttagelser om landsting* att Sverige ansöker om medverkan i ett så kallat Pursuing Perfection-projekt.¹³⁸ Den typen av ansökan eller engagemang lämpar sig i en koncernstyrelsemodell, men inte i en modell där staten lägger ökad vikt på att följa upp vad som blev gjort och minskad vikt på att ange hur det skall göras.

¹³⁸ Ds 2005:7.

4 Kriterier för ansvarsfördelning

Kommittén diskuterade i delbetänkandet *Utvecklingskraft för hållbar välfärd* kriterier som kan tjäna som måttstock för överväganden om struktur och ansvarsfördelning i samhällsorganisationen. Kriterierna är ett stöd i diskussionen och kan i många fall inte tillämpas samtidigt. Tillämpningen innebär målkonflikter och det är därför viktigt att väga olika intressen mot varandra och så tydligt som möjligt redovisa vilka hänsyn som tas.

4.1 Ansvarskriteriet hushållning och effektivitet

Kriteriet anger att de offentliga resurserna skall användas effektivt, ändamålsenligt och att användningen skall anpassas efter förutsättningarna. Kriteriet anger också att beslut skall fattas på lägsta effektiva nivå.

Det kan inte ledas i bevis att det svenska systemet med ett decentraliserat ansvar, där landsting och kommuner finansierar och tillhandahåller hälso- och sjukvården, har haft en återhållande effekt på kostnaderna för verksamheten. Det är dock något som ofta framhålls i debatten. Det kan konstateras att Sverige har en kostnadseffektiv sjukvård och att de medicinska resultaten är goda. Hur mycket det faktum att landstingen är huvudmän för huvuddelen av sjukvården betyder för de internationellt sett goda resultaten är svårt att säga. Omvänt kan det dock finnas fog för att påstå att den svenska modellen inte har varit uttalat kostnadsdrivande.

Det finns exempel på områden där landstingen inte visat sig vara lägsta effektiva nivå. Ett sådant område är den högspecialiserade vården, där exemplet med barnhjärtkirurgin visar att landstingen inte har haft förmåga att använda resurserna på ett ändamålsenligt sätt.

4.2 Ansvarskriteriet demokrati och legitimitet

I delbetänkandet fastslogs även demokrati och legitimitet vara kriteriet för ansvarsfördelning.

Olika studier visar att det finns ett legitimitetsproblem i allmänhet för dagens landsting.

När det gäller kommunerna förefaller det även där finnas ett legitimitetsproblem, enligt vad som framkom på mötena med patient- och handikapporganisationerna, som avser deras förmåga att ansvara för hälso- och sjukvården.

Legitimitetsdiskussionen knyter an till det faktum att medborgarnas behov av vård ser mycket olika ut.

En liten del av befolkningen har stora vårdbehov, medan majoriteten av befolkningen endast har behov av en eller två kontakter med hälso- och sjukvården per år. Därför kan det vara relevant att, som i vissa sammanhang görs, dela in hälso- och sjukvården i två olika logiker, där systemet svarar mot delvis olika behov och efterfrågan.

För person i övre medelåldern som har drabbats av en stukning är det viktigt att hälso- och sjukvården kan ge den vård hon/han behöver, trots att hon/han inte tillhör den mest prioriterade gruppen enligt lagstiftningen. Hon/han har behov av hög tillgänglighet, men har inte komplexa och långvariga behov som kräver omfattande samordning av vårdinsatserna.

För den mycket gamla hemmaboende kvinnan med stora och komplexa vårdbehov är det viktigt att hon kan få vård i sitt hem med den regelbundenhet som hon behöver. Det kräver en samordning mellan kommun och landsting. Att samordningen fungerar är också viktigt för den 20-åriga mannen med omfattande funktionshinder, eftersom en rad olika personer ger vård och stöd till honom.

Även om den stora gruppen medborgare har begränsade vårdbehov, så är det sannolikt inte i första hand tillgängligheten till primärvården som är kopplad till legitimiteten, utan vårdens förmåga att prestera goda medicinska resultat för alla medborgare (Får jag bästa möjliga vård om jag får hjärtinfarkt?) och att fördela resurserna efter behov (Kan jag räkna med sjukvården om mitt barn föds med hjärtfel?).

Trots att landstingen inte åtnjuter en hög legitimitet så åtnjuter hälso- och sjukvården och de professioner som är verksamma i vår-

den en exceptionellt hög legitimitet. Sjukvården toppar ofta listan på samhällliga institutioner som befolkningen har förtroende för.

4.3 Ansvarskriteriet likvärdighet

I delbetänkandet *Utvecklingskraft för hållbar välfärd* konstateras slutligen att ett högt ställt krav på likvärdighet är en utgångspunkt oavsett ansvarsfördelning. Likvärdighet handlar då i första hand om att en verksamhet i princip skall ge samma nytta över hela landet. Den behöver dock inte vara lika utformad.

För hälso- och sjukvården ställs synnerligen höga krav på likvärdighet. Det handlar i första hand om vilka resultat som verksamheten ger. Förlossningsvården får utgöra ett exempel. Det finns en utbredd önskan om att barn som föds i ett landsting inte skall riskera att dö i väsentligt större utsträckning än barn som föds i ett annat landsting. Hälso- och sjukvårdsinsatsen skall således ge samma goda resultat. Det finns dock även höga krav på likvärdig tillgång, där gravida föräldrar förutsätts få lika god tillgång till mödravård oavsett vilket landsting de bor i.

Likvärdigheten spelar fortfarande en förhållandevis undanskymd roll i den svenska sjukvården. Det finns anledning att tro frågan om likvärdig vård kommer att få stor betydelse under kommande decennier.

5 Vägval

Syftet med kapitlet är att beskriva de vägval som är aktuella för kommittén. Utifrån denna beskrivning kan kommittén bedöma vilka förslag som är viktiga och relevanta att gå vidare med.

Många av de problem som beskrivs i denna rapport är möjliga att åtgärda inom befintlig struktur. De är avhängiga andra frågor än uppgifts- och ansvarsfördelning och handlar istället om ledarskap – både politiskt, administrativt och professionellt – kultur, attityder, inre organisation, budgetsystem och andra viktiga faktorer. På så sätt är kommitténs uppdrag inom hälso- och sjukvården väl avgränsat.

Den aktuella färdriktning för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är oklar, som beskrivits i rapporten. Det finns tydliga tecken på en fortsatt centralisering av ansvar. Sådana förslag finns bland annat på den högspecialiserade vårdens område (landsting till stat). Även den ökade omfattningen av statlig styrning talar för detta. Det finns också tecken på en fortsatt decentralisering av ansvar. Förslag i denna riktning återfinns på hemsjukvårdens område (landsting till kommun) och läkemedelsreformen (stat till kommunsektor). På vissa områden förekommer dubbel styrning. Ett exempel är primärvården där stat och landsting har olika mål för verksamheten. Kommittén får utgå från att det inte finns någon tydlig färdriktning för den övergripande strukturen på hälso- och sjukvårdsområdet, när kommitténs vägval skall beskrivas.

De olika vägvalen syftar till att förstärka den utveckling som sker av kunskapsbildning och kunskapsspridning, ökat patientinflytande, utvecklad primärvård/närsjukvård och strävan efter ökad likvärdighet.

Kommitténs fortsatta arbete med vägvalen

Med utgångspunkt från kommitténs diskussion kommer nedanstående vägval att beredas ytterligare. I ett första skede kommer alternativa vägval att finnas med i utredningsarbetet. Därefter koncentreras arbetet på de huvudalternativ som kommittén pekar ut. Direktiven ger ett stort utrymme för kommittén att bedöma vilka förslag som skall läggas och i vilken utsträckning dessa förslag skall beredas. Arbetet inriktas mot ett förslagsbetänkande. Förslagen bör således beredas så långt som möjligt. Vissa förslag kräver en omfattande juridisk och ekonomisk beredning. För fullständigt beredda förslag på dessa områden måste arbetet inom sekretariatet inledas utan dröjsmål.

Aktuella vägval från kommitténs tre övriga utredningsområden (stat, kommun och regional utveckling) bör vägas in i diskussionen.

5.1 Huvudmannskapet för den hälso- och sjukvård som landstingen idag ansvarar för

Det första alternativet bygger på att ett fåtal huvudmän på regional nivå ansvarar för den hälso- och sjukvård som landstingen idag finansierar och tillhandahåller. Dessa huvudmän, här kallade regioner, är mer jämnstora sett till befolkningsstorlek och därmed verksamhetsstorlek än dagens landsting. Olika studier och rapporter talar för att färre och mer resursstarka huvudmän kan ge sjukvården förbättrade förutsättningar framöver. Det är framför allt två faktorer som lyfts fram. Den ena är hälso- och sjukvårdens förmåga att basera verksamheten på befintlig kunskap för att åstadkomma hög kvalitet. Det andra är hälso- och sjukvårdens innovations- och utvecklingskraft. En nära koppling till forskning, utbildning och utveckling är nödvändig för hela hälso- och sjukvården, såväl primärvården som regionsjukvården. Stora regioner ger förbättrade förutsättningar för kunskapsbildning och kunskapsspridning. Staten styr sjukvården i stor utsträckning genom så kallad kunskapsstyrning. Om denna styrning skall ge effekt ställer det stora krav på att det finns fungerande strukturer för kunskapsbildning och kunskapsspridning hos huvudmännen. Stat och huvudmän måste kunna samspela effektivt för att hälso- och sjukvården skall få en förstärkt evidens- och kunskapsbas. Stora regioner ger sanno-

likt en ökad förmåga att hantera den kunskapstillväxt som sker inom hälso- och sjukvården.

Ett förslag om jämnstora regioner stödjer därmed en utveckling mot ökad kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Den utveckling som sker mot att allt fler avancerade medicinska insatser förflyttas från slutenvården till öppenvården understöds också av förbättrade förutsättningar för kunskapsspridning inom hela hälso- och sjukvårdsorganisationen. Utvecklingen ställer krav på organisatoriska och strukturella förändringar hos huvudmännen. Sådana förändringar kan med stor sannolikhet underlättas med resursstarka huvudmän.

Socialstyrelsen föreslår, vid en indelning av landet i regioner, att dessa utgår från dagens sex sjukvårdsregioner. Formerna för samverkan inom sjukvården är, enligt Socialstyrelsen, väl utarbetade inom sjukvårdsregionerna. Stora investeringar som genomförts kan tas tillvara. Varje sjukvårdsregion omfattar, inom tidsspannet 2005–2030, cirka en till två miljoner invånare.

Nordregio/EuroFutures använder andra kriterier än Socialstyrelsen och förordar en indelning i nio regioner som varierar i storlek från 364 000 invånare till 2 749 000 invånare. Regionerna skulle med denna geografiska indelning ha mycket skiftande förutsättningar för kunskapsbildning och kunskapsspridning på grund av varierande resursstyrka och varierande koppling till utbildning och forskning. Tre av nio regioner skulle sakna eget universitetssjukhus. Det gäller de regioner som Nordregio/Eurofutures kallar Mellannorrland, Dalarna-Gävleborg och Småland.

Samtidigt som det är tydligt att de två förslagen inte är förenliga så finns det sannolikt utrymme för att både inrymma sjukvårdens behov av mer jämnstora och resursstarka regioner med regionala kunskapscentrum och de regionala utvecklingsfrågornas behov av sin geografi i en ny regional indelning. Därutöver skall andra hänsyn vägas in som demokratisk närhet, styrningsmöjligheter, relation mellan stat och regional nivå, kultur, identitet etcetera.

Ett andra alternativ är att låta antalet landsting vara oförändrat jämfört med idag. Det förutsätter dock ett ökat samarbete mellan landstingen, enligt den utveckling som sker idag och en ökad samordning mellan vissa typer av sjukvårdverksamhet, utbildning och forskning och politiska beslut om bland annat prioriteringar. Det som talar för att behålla dagens landsting är att kommittén vill betona andra frågor än de framtida förutsättningarna för kunskapsstyrning och utvecklingskraft. Ytterligare ett skäl för att inte göra

förändringar kan vara att kommittén anser att det inte finns tillräckligt faktaunderlag, som talar för en förändring av denna storleksordning. Ytterligare en viktig faktor är att det finns stora skillnader i hur kunskap sprids även inom respektive landsting mellan olika enheter. Svårigheter med effektiv kunskapspridning kan således ses snarare som ett generellt styrproblem. Detta resonemang kan ses som ett skäl till att inte göra någon förändring i rådande landstingsgränser.

Med en modell som utgår från dagens landsting får landstingen, precis som idag, en mycket varierande storlek. Vid ett eventuellt inrättande av regionala kunskapscentrum får de små landstingen, som saknar sådana, repliera på de stora landstingen. Ett system med många små landsting förutsätter sannolikt också en starkare statlig styrning.

För bägge dessa alternativ (få jämnstora regioner eller dagens landsting) finns frågan om vilka andra verksamhetsområden landstingen eller regionerna skall ansvara för. Det finns även frågan om det skall finnas flera direktvalda organ på regional nivå. Dessa frågor behandlas dock inte i denna rapport.

En tredje alternativ är att avskaffa landstingen och övergå till en samhällsorganisation, där primärkommuner och stat utgör de två nivåerna. Detta skulle innebära att en "beskattningsnivå" försvann. I en sådan samhällsorganisation kan staten överta stora delar av det ansvar som landstingen idag har för hälso- och sjukvården.

Så har till exempel skett i Norge, där staten övertagit ansvaret för sjukhusvården. För hälso- och sjukvården innebär ett förstatligande dock fortfarande att det finns ett dubbelt huvudmannskap inom sjukvården. Både stat och kommun får finansierings- och tillhandahållansvar för hälso- och sjukvården och gränsytorna och problem som härrör till dessa inom psykiatri, äldrevård, missbruksvård med mera består på samma sätt som idag.

Ett förstatligande av landstingets hälso- och sjukvård skulle innebära en mycket stor förändring i den statliga verksamheten. Staten skulle få ansvar för en verksamhet som omfattar närmare 10 procent av bruttonationalprodukten. Förslag om ett förstatligande måste således studeras även utifrån ett statligt perspektiv; vilken struktur behövs för att staten skall kunna överta ansvaret, hur relateras sjukvården till övrig statlig verksamhet, hur fördelas ansvaret på den statliga nivån?

Ett förstatligande skulle ge staten direkta möjligheter att verka för ökad likvärdighet. Utifrån norska erfarenheter kan också anta-

ganden göras om att de offentliga resurserna till hälso- och sjukvården kan förmodas öka. Motsatta resonemanget är att landstingen har haft en återhållande effekt på kostnadsutvecklingen och om dessa avskaffas kan återhållsamheten minska.

Om krav inte finns på att finansierings – och tillhandahållansvar skall hållas ihop kan man även tänka sig en modell där staten övertar finansieringsansvaret och direktvalda organ på regional nivå har tillhandahållansvaret tillsammans med kommunerna. En sådan modell liknar den danska. Detta innebär en samhällsmodell med endast två beskattningsnivåer. Landstingsskatten avskaffas, men direktvalda politiker finns.

De regionala organen kan i denna modell även styras av en indirekt vald församling.

Ett avskaffande av landstingen skulle, utifrån de problem som här beskrivs, vara ett sätt att svara på den brist på legitimitet som finns, men också på de problem som finns med likvärdigheten.

Alternativet som innebär att ansvaret för hela hälso- och sjukvården överförs till kommunerna belyses inte här. Skälen är att dagens 290 kommuner får betraktas som för små för att överta ansvaret för den samlade hälso- och sjukvården.

Om ett förstatligande aktualiseras av kommittén bör en bred analys utföras, där hälso- och sjukvården ingår som ett av flera delområden. En samhällsmodell med endast primärkommuner och stat bör inte fattas beslut om enbart utifrån ett hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv.

5.2 Statlig styrning

När det gäller den statliga styrningen av hälso- och sjukvården är ett första alternativ att den renodlas, både i fråga om vad staten skall styra och hur den skall styra.

Antalet styrformer är många och det finns skäl att låta vissa styrformer minska i förekomst. Det gäller bland annat sådana styrformer som är av oklar karaktär för huvudmännen. Är de bindande eller inte? Hur förhåller de sig till befintlig lagstiftning? Oklarheten kan även finnas för medborgaren. Genom att minska antalet styrformer ges ökad relativ vikt åt styrning genom normering och styrning genom tillsyn.

När en rad styrformer minskar i förekomst betyder det att verktygslådan för regeringen ändrar innehåll. Tillsättning av natio-

nella samordnare och riktade ekonomiska satsningar – som exempel – kan vara effektiva för att tydliggöra en politisk linje. Dessa möjligheter minskar med en mer renodlad styrning. Det betyder att andra sätt att formulera politik och uttrycka politisk handlingskraft behövs. En övergripande fråga är hur Regeringskansliet kan åstadkomma en mer effektiv och strategisk styrning. Ett sätt, av flera, kan vara en förändrad myndighetsstyrning. Formuleringen av regleringsbrev kan bli en mer strategisk uppgift ur ett politiskt perspektiv. Det kan innebära att regleringsbrev i ökad utsträckning koncentreras på färre och mer centrala politiska frågor. Ett annat sätt kan vara att se över hur ansvarsfördelningen ser ut mellan myndigheterna och Regeringskansliet när det gäller att formulera problem, föra offentliga diskussioner och värdera kunskap.

En viktig nationell fråga, som bör ges ökat utrymme i den statliga styrningen är medborgarens möjlighet att få vård av likvärdigt hög kvalitet. I detta inrymmer att vården skall vara säker, effektiv, kunskapsbaserad etcetera oavsett medborgarens bostadsort, kön, etnicitet, ålder med mera.

Staten bör främja likvärdigheten genom att stärka kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Ett viktigt led i kunskapsstyrningen är uppföljningen. Uppföljningen bör ha både ett verksamhetsperspektiv och ett medborgarperspektiv samt ske på en nationell nivå, vilket ställer krav på att informationen från de olika vårdgivarna/huvudmännen skall kunna sammanställas på nationell nivå. Det betyder att staten avgör hur uppföljningen utformas och vilken information som samlas in.

Hälso- och sjukvården är ett område där kraven på likvärdighet kommer att öka. Även om det finns krafter hos profession, patienter och de olika huvudmännen för att åstadkomma en ökad likvärdighet är det nödvändigt att också den nationella nivån, staten, inriktar sin styrning på detta. Styrningen är i sin tur beroende av hur situationen ser ut hos huvudmännen. Vilka förutsättningar finns för att hantera den statliga styrningen? Hur kan staten stödja kunskapsspridning och kunskapstillväxt på regional och lokal nivå?

Ett andra alternativ är att staten utvecklar en styrning som skulle kunna benämnas koncernstyrning. Det innebär att staten mer operativt styr utvecklingen. En statlig styrning kan då ske av bland annat hälso- och sjukvårdens informationsstruktur (kommunicerande IT-system, nationella patientjournaler), uppföljning och utvärdering, ersättningsystemens utformning och liknande. Med en sådan

koncernmodell är det också naturligt att staten i ökad utsträckning engagerar sig i det systematiska förbättringsarbetet.

I ett sådant scenario kan mållkonflikter uppstå om man inte tydligt definierar rollerna. Med en koncernstyrd sjukvård kan man definiera staten som uttolkare och försvarare av medborgarens intressen, medan landsting och kommuner ser till patientintresset och definieras som producenter. Det skulle dock även finnas svårigheter med att hävda denna uppdelning, emedan landstingen och kommunerna styrs av befolkningens representanter, som per definition representerar medborgarna och inte patienterna.

Under denna rubrik återfinns också ett tredje alternativ, där staten styr hälso- och sjukvården genom att ansvaret för finansiering och tillhandahållande förs från landstingen till staten. Vid ett förstatligande av huvuddelen av hälso- och sjukvården finns det möjligheter för staten att styra mycket operativt. Bland annat kan beslut om hälso- och sjukvårdens struktur – om till exempel antalet akutsjukhus – komma att fattas på nationell nivå.

5.3 Primärvården

Det finns olika skäl, inte minst utifrån ett medborgarperspektiv, att diskutera framtida vägval för primärvården.

Det första alternativet är en utvecklad närsjukvård. Den utvecklingen pågår i majoriteten av landstingen sedan ett antal år.

En utvecklad närsjukvård har förutsättningar för att bättre tillgodose individuella önskemål om vilken kompetens som skall utgöra förstakontakt med sjukvården, eftersom närsjukvården inte bara erbjuder allmänläkarens kompetens, utan inkluderar en rad andra kompetenser och även i stor utsträckning bygger på ett mångprofessionellt arbete. Modellen är, med hänsyn till medborgarens valfrihet, mer kundanpassad. Den innebär också en närmare knytning mellan kommunens och landstingets hälso- och sjukvård samt är anpassad efter den svenska hälso- och sjukvårdens faktiska resursfördelning, där förhållandevis stor andel av resurserna återfinns i öppenvård som inte utgår från den allmänmedicinska specialiteten.

En utvecklad närsjukvård kan också markeras genom att staten, genom lag, ger medborgaren rätt att lista sig hos läkare med annan medicinsk specialitet än den allmänmedicinska.

Utvecklingen kan också stimuleras genom att staten följer upp och utvärderar hälso- och sjukvården utifrån processer som sträcker sig genom flera vårdnivåer – länssjukvård, landstingets primärvård och kommunens hälso- och sjukvård.

Ett andra alternativ, som skall ses som kontrast till att utforma en närsjukvård som bassjukvård, är att lägga tonvikten på medborgarens möjlighet till fast kontakt med en allmänläkare. För att detta skall få effekt, krävs sannolikt en modell som påminner om den norska. Det handlar inte bara om att få huvudmännen att utforma ett hälso- och sjukvårdssystem som betonar detta, utan även om att få dem att resursmässigt föra medel till den hälso- och sjukvård som utförs av allmänläkare. Även om landstingen vill prioritera den hälso- och sjukvård som utförs av allmänläkarna genom att föra resurser till denna del av vården så uppstår ändå problem, eftersom tillgången till denna specialistkompetens är begränsad. En förändring i likhet med den norska, som innebär att man inte kräver specialistkompetens kan också bli nödvändig om antalet hus-/familjeläkare skall öka.

Den norska modellen innebär att staten anger hur ersättningen skall utformas. Den tidigare svenska husläkarlagen (1993:588) innehöll också bestämmelser som rörde ersättning.

Med en statlig reglering av den hälso- och sjukvård som utförs av allmänläkarna är ett alternativ att den övriga primärvården kommunaliseras. En uppdelning av primärvården på detta sätt avviker dock från den svenska "traditionen", där teamarbete poängteras och sjuksköterskor och andra professioner, förutom den medicinska (läkarna), idag ansvarar för flertalet besök inom den svenska primärvården.

En sådan modell kan komma i konflikt med landstingens utveckling av närsjukvården, till exempel resursmässigt. Det är dock viktigt att framhålla att den med stor sannolikhet innebär att medborgarnas tillgång till allmänläkare väsentligt förbättras. Denna förbättring skulle i sin tur möta medborgarens önskemål om fast läkarkontakt.

Ett tredje alternativ är en kommunaliserad primärvård. Det kan dock konstateras att många av Sveriges kommuner sannolikt är för små för att ta över ansvaret för primärvården. Detta kan lösas genom samarbete i kommunalförbund eller genom en asymmetrisk modell där endast kommuner över en viss storlek tar över primärvården. En lösning med ett i huvudsak kommunalt huvudmannas-

kap ger förutsättningar för att samordna primärvården med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Om kommunerna skulle överta närsjukvården blir det kommunala ansvaret än större. Eftersom närsjukvården definieras på olika sätt i olika landsting, är det svårt att säga hur stor omfattningen är på verksamheten, men det kan röra sig om upp till 60–70 procent av hälso- och sjukvården som i ett sådant scenario skall kommunaliseras. Kraven på mellankommunalt samarbete ökar vid en sådan huvudmannaskapsförändring. Behov av en ökad statlig styrning kan uppstå för vissa delar av sjukvården.

Oavsett om kommunerna övertar primärvård eller närsjukvård så uppstår ett nytt gränssnitt i den svenska hälso- och sjukvården. Konsekvenserna av detta är inte kända.

Den framtida utformningen av primärvården/närsjukvården kan sannolikt ha jämställdhetspolitiska dimensioner. För det första berör frågan kvinnor i större utsträckning än män, därför att kvinnor, framför allt när det gäller öppenvården, har ett högre vårdutnyttjande än män. Bland faktorer som kan förklara detta finns kvinnors längre livslängd, behov av vård till följd av kvinnors reproduktiva funktioner, skillnader i beteenden samt skillnader i könsspecifik sjuklighet. Det finns också skäl att tro att kvinnor har önskemål om att ha möjlighet att vända sig till specialistgynekologi och inte endast vara hänvisade till specialisten i allmänmedicin.

5.4 Kommunerna

Som redovisats i inledningen av kapitlet har de senaste huvudmannaskapsförändringarna inneburit att verksamhet förts från landstingen till kommunerna. Oavsett om landstingen finns kvar och oavsett hur den statliga styrningen sker kan kommittén välja att föreslå att ytterligare verksamheter kommunaliseras. Primärvården nämndes i avsnittet ovan. Den statliga utredningen som hade till uppgift att utvärdera Ädelreformen, har lagt förslag som bland annat innebär att hemsjukvården skall flyttas från landstingen till kommunerna. Även detta förslag kan aktualiseras av kommittén.

Hur relationen mellan kommunstorlek och hälso- och sjukvårdens kvalitet ser ut återstår att studera. Även den kommunala hälso- och sjukvården har ett kunskapsbaserat arbetssätt och är beroende av att kunskapsbildning och kunskapspridning fungerar för att verksamheten skall hålla en hög kvalitet.

Kommunernas situation kan även påverkas av vilken geografisk bas som väljs för landstingets/regionens verksamhet. Staten kan komma att bedriva sin styrning på olika sätt gentemot den kommunala sektorn om landstingen blir väsentligt större. I en modell med sex landsting/regioner kan man tänka sig att staten i flera fall väljer att kommunicera direkt med landstingen/regionerna och skriva till exempel avtal med respektive landsting/region. Gentemot de 290 kommunerna får staten styra på ett annat sätt och i ökad utsträckning låta annan styrning än normering ske genom kommunikation och överenskommelser med organisationen Sveriges Kommuner och Landsting. En modell med få och stora landsting/regioner innebär också att betydligt fler kommuner kommer att vända sig till ett och samma landsting (till en och samma region) för samarbete. Det kan upplevas som positivt, vilket bland annat Region Skåne skildrat, men det kan också upplevas som negativt, eftersom stora variationer kan uppstå inom landstinget/regionen.

5.5 Patientens ställning

Utifrån den problembild som kommittén diskuterat kan ett alternativ med en samlad patientlagstiftning som reglerar patientens rättigheter och ställning i sjukvården vara ett tänkbart förslag. Den politiska ambitionen att förstärka patientens position har länge funnits, men gett små resultat.

En samlad lagstiftning skulle tydliggöra de ambitioner som redan idag finns. Den kan också innebära en reglering av vad som idag är frivilliga åtaganden. Den bygger fortfarande på att lagstiftningen utgår från de skyldigheter som huvudmännen och vårdgivarna har gentemot medborgaren. Att lagstiftningen samlas kan dock innebära ett tydliggörande gentemot den enskilda och även ha en styrande effekt på hälso- och sjukvården.

En samlad patientlagstiftning, beroende på hur den utformas, kan verka pådrivande för att utveckla närsjukvården eller för att öka likvärdigheten, genom att till exempel reglera rätten till fritt vårdval. Eftersom den samlade patientlagstiftningen inte är en rättighetslagstiftning, utan fortfarande baseras på huvudmannens och personalens skyldigheter så finns dock en risk att lagstiftning blir allmän och svår att använda som ett redskap för medborgaren i kontakterna med sjukvården.

Som alternativ till en samlad patientlagstiftning står dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning samt de olika frivilliga åtaganden som finns i form av överenskommelser mellan landsting och stat och som vänder sig till medborgaren.

5.6 Vägval som rör angränsande sektorer

Kommittén har i delbetänkandet påtalat den långt gångna sektoriseringen i den offentliga verksamheten. Detta avspeglas också tydligt i sjukvården. Hälso- och sjukvård bedrivs inom flera samhällssektorer. Sektorerna har behov av samarbete, men det kan också vara aktuellt att samordna resurser och även föra uppgifter mellan sektorerna. Ett antal vägval tas upp här. Dessa är översiktligt beskrivna.

Den första frågan rör tandvården. Rent principiellt finns det mycket som talar för en helhetssyn på individens hälsa och att frågor om tand- och munhälsa inte hamnar i en särskild sektor.

Den andra frågan berör gränssnittet mellan Försäkringskassan och landstingets och kommunens hälso- och sjukvård. Den frågan belysas i en senare rapport. Det finns stora fördelar med ett ökat samarbete mellan systemen och kan finnas skäl att i större utsträckning än idag möjliggöra ett samarbete som omfattar en samordning av de ekonomiska resurserna.

Till denna fråga är också företagshälsovården kopplad. Här är möjligt att tänka sig en annan ansvarsfördelning mellan företagshälsovård och sjukvård, när det gäller sjukskrivning och rehabilitering. Det är även möjligt att företagsvården utvecklar hälsovården och det förebyggande arbetet.

Den tredje frågan rör skolhälsovården. På detta område kan en uppgiftsväxling mellan primärvård och skolhälsovård vara en tänkbar modell. En annan modell är att inrätta one-stop-shoplösningar, där skola, primärvård och socialtjänst ger eleven ett samlat bemötande.

Den fjärde frågan rör gränssnitten för personer med dubbeldiagnos (psykisk sjukdom och missbruk). Det finns anledning att överväga ett mer samlat huvudmannaskap för denna grupp för att bättre resultat skall uppnås framöver. Den norska modellen bör studeras på detta område, där sjukhusvården (staten) är ansvarig för vårdinsatserna för personer med tungt missbruk.

När det gäller gränssnitten gentemot äldreomsorgen får dessa anses utredda i och med Äldrevårdsutredningens slutbetänkande. Det förslag om huvudmannaskapsförändring (beskrivet ovan) som återfinns i denna utredning kan aktualiseras av kommittén om det inte föranleder ett riksdagsbeslut.

Referenser

Riksdagstryck, propositioner och regeringens skrivelser

Regeringens proposition (1997/98:189) *Patientens ställning*

Regeringens proposition (1998/99:4) *Stärkt patientinflytande*

Regeringens proposition (1999/2000:149) *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*

Regeringens proposition (2005/06:73) *Nationell samordning av rikssjukvården*

Socialutskottets betänkande 1998/99:SoU03 *Stärkt patientinflytande m.m.*

Socialdepartementets promemoria (2004) *Läkarnas specialistutbildning och strukturen för de medicinska specialiteterna – Konsekvenser för den kliniska forskningen m.m.*

Departementsserien m.m.

Ds 1992:41 *Husläkare – för kontinuitet och trygghet i vården*

Ds 2002:23 *Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen? – Vad säger brukarundersökningar och andra mått på kvalitet?*

Ds 2003:56 *Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag*

Ds 2005:7 *Iakttagelser om landsting*

Socialdepartementet (2003) *Gränsöverskridande vård inom EU. Kartläggning och förslag till handlingslinjer*

Direktiv

Dir. 2003:42 *Författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, m.m.*

Dir. 2003:133 *En nationell psykiatrisamordnare*

Dir. 2004:93 *Tilläggsdirektiv till kommittén*

Dir. 2004:178 *En stärkt och tydligare tillsyn inom socialtjänstens område*

Statens offentliga utredningar

SOU 1993:38 *Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller*

SOU 1994:95 *En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi*

SOU 1996:133 *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor*

SOU 1996:138 *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.*

SOU 1996:163 *Behov och resurser i vården – en analys*

SOU 1997:119 *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet*

SOU 1997:154 *Patienten har rätt*

SOU 1998:31 *Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*

SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*

Bilaga *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården* till SOU 1999:66 *God vård på lika villkor?*

SOU 2000:91 *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*

SOU 2000:114 *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet*

Bilaga *Sjukskrivning i väntan på vård* till SOU 2000:121 *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*

SOU 2001:8 *Prioriteringar i vården*

SOU 2001:79 *Välfärdsbokslut för 1990-talet*

SOU 2002:3 *Psyisk störning, brott och ansvar*

SOU 2002:53 *Tandvården till 2010*

SOU 2003:52 *Ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet*

SOU 2003:91 *Äldrepolitik för framtiden*

SOU 2003:123 *Utvecklingskraft för hållbar välfärd*

SOU 2004:19 *Långtidsutredningen 2003/04*

SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*

SOU 2004:83 *Hjälpmedel*

SOU 2004:100 *Tillsyn – Förslag om en tydligare och effektivare offentlig tillsyn*

SOU 2004:112 *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna*

SOU 2004:113 *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*

SOU 2004:118 *Beviljats men inte fått*

SOU 2005:54 *Framtidens kriminalvård*

SOU 2005:66 *Makt att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitiken mot nya mål*

SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk*

Övriga referenser

Alexandersson, K. m.fl. (2005) *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*

Andersson, G. m.fl. (2003) *Uppdrag: Hälso- och sjukvård*

Anell, A. (2004) *Strukturer, resurser, drivkrafter*

Anell, A. (2005) *Primärvård i förändring*

Aspelin, P. (red.) (kommitténs skriftserie 2005) *Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård?*

Bennich-Björkman, L. (Prioriteringscentrum 2004:2) *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala*

Bergman, S-E. och Dahlbäck, U. (2005) *Uppdrag och funktioner i det regionala arbetet med folkhälsa*

Blank, R. H. och Burau, V. (2004) *Comparative Health Policy*

Blomgren, M. och Sahlin-Andersson, K. (2003) *Ledning på distans. Att skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvård*

Boman, D. och Klintemo, A. (2005) *Analys av merkostnaderna i Gotlands hälso- och sjukvård på grund av ö-läget*

Brorström, B. (2001) *Kontinuitet och förändring. Förutsättningar för och mätning av effektivitet inom hälso- och sjukvården*

- Brorström, B. (2005) *Den stora vändningen. Ett universitetssjukhus i förändring*
- Bröms, J. (2004) *Makten över behoven. Kan sjukvårdens två kulturer förenas?*
- Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet CMT 2004:2 *Kvalitet i vården ur patientens perspektiv*
- Disney, H. m. fl. (2004) *Impatient for change. European attitudes to Healthcare reform*
- Folkhälsoinstitutet (2003) *Den nya folkhälsopolitiken*
- Health Organization Research Norway HORN (Working paper 2004:1) *The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals*
- Gurner, U. och Thorslund, M. (2003) *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*
- Hallgren, I-M. m. fl. (2003) *Norsk fastlegeordning sedd med svenska ögon*
- Hallin, B. och Siverbo, S. (2002) *Jakten på den goda styrningen. En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*
- Hetzler, A. m.fl. (2005) *Sjuksverige. Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från arbetsmarknaden*
- Johansson, R. och Pettersson, G. (2004) *Vad styr patientens väg genom vården?*
- Jordahl, H. (2004) *Vårdkonsument eller soffpotatis*
- Josefsson, C. och Kinderberg, U. (2004) *Företagshälsovårdens vägval*
- Jönsson, B. m.fl. (2004) *Hälsa, vård och tillväxt*

- Karlsson, L. (2003) *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*
- Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet (2002) *Hälso- och sjukvården som regional utvecklingsfaktor*
- Landstingsförbundet (2002) *Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov*
- Landstingsförbundet (2003) *Att vänta på vård*
- Landstingsförbundet (2003) *Väntetider till operation*
- Landstingsförbundet (2005) *Svensk sjukvård i internationell belysning*
- Lindblad, B-M. (2006) *Att vara förälder till barn med funktionsnedsättning*
- Lundin, R. och Söderholm, A. (1997) *Ledning för förnyelse i landsting. Strategiska projekt i komplexa organisationer*
- Markström, U. (2003) *Den svenska psykiatrireformen*
- Nilsson, L. (red.) (2004) *Svensk samhällsorganisation i förändring*
- Nordgren, L. (2003) *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*
- Norén, D. och Crawford, A. (2003) *Health Care. Utvecklingen av en ny tillväxtbransch*
- OECD (2004) *Towards high-performing health systems*
- OECD (2005) *Economic Survey of Sweden 2005*
- OECD (2005) *Health at a Glance*
- Olson, U-J. (2004) *Beslutsfattarperspektivet i arbetet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer och beslutsunderlag för prioriteringar*

- Olson, U-J. (2004) *Utvärdering och analys av regionala beslutsfattarseminarier*
- Rahmqvist, M. och Levin, L-Å. (2004) *Utvärdering av Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård*
- Region Skåne (2005) *Underlag till kommittén: Hur hälso- och sjukvården i Region Skåne har påverkats, utvecklats och förbättrats efter regionens bildande*
- Riksrevisionen 2004:9 *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården?*
- Riksrevisionen 2005:7 *Ökad tillgänglighet i sjukhusvården? Regeringens styrning och uppföljning*
- Riksrevisionsverket 1996:23 *Statens tillsyn över hälso- och sjukvården*
- Riksrevisionsverket 2002:4 *Att påverka utan att styra*
- Riksrevisionsverket 2002:27 *Hur fungerar utvärderingsfunktionen inom hälso- och sjukvården?*
- Riksrevisionsverket 2002:28 *Vård och omsorg för äldre – analys av problem och förslag till statliga åtgärder*
- Riksrevisionsverket 2004:9 *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård*
- Sahlin, J. (2000) *Hälso- och sjukvårdslagen*
- SBU (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*
- Social and cultural planning office of the Netherlands (2004) *Public sector performance. An international comparison*
- Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2004) *Tänk långsiktigt – En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*

Socialpedagogiska institutet och Socialstyrelsen (2005) *Ansvar för samverkan*

Socialstyrelsen (1996:2) *Ädelreformen. Slutrapport*

Socialstyrelsen 1998:5 *Försök med kommunal primärvård 1992–1998*

Socialstyrelsen (1999:1) *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*

Socialstyrelsen (2001) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001*

Socialstyrelsen (2002) *Avrapportering av Socialstyrelsens projekt om brukarinflytande*

Socialstyrelsen (2002) *Individ- och familjeomsorg*

Socialstyrelsen (2002) *Komma fram och känna förtroende*

Socialstyrelsen (2002) *Vårdens värde*

Socialstyrelsen (2002) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2002*

Socialstyrelsen (2002 – fortlöpande) *Nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården*

Socialstyrelsen (2003) *Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet – Skrivelse till regeringen*

Socialstyrelsen (2003) *Individ- och familjeomsorg*

Socialstyrelsen (2003) *Läkarnas specialistutbildning*

Socialstyrelsen (2003) *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande*

- Socialstyrelsen (2003) *Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen*
- Socialstyrelsen 2004-06-29 *Remissyttrande över Långtidsutredningen*
- Socialstyrelsen (2004) *Handikappomsorg*
- Socialstyrelsen (2004) *Individ- och familjeomsorg*
- Socialstyrelsen (2004) *Livssituationen två år efter stroke*
- Socialstyrelsen (2004) *Om primärvårdens domän och strategier*
- Socialstyrelsen (2004) *Vård och omsorg om äldre*
- Socialstyrelsen (2004) *Jämställd vård*
- Socialstyrelsen (2005) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport*
- Socialstyrelsen (2005) *Hur tillgänglig är vårdcentralen? En jämförelse mellan år 2002 och 2005*
- Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*
- Socialstyrelsen (2005) *Personligt ombud*
- Socialstyrelsen (2005) *Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse 2004*
- Socialstyrelsen (2005) *Borta bra men hemma bäst? En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige*
- Socialstyrelsen (2005) *Ungdomars behov av samhällets stöd*
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Kostnad per brukare i kommunal vård och omsorg*
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Öppna redovisningar av resultat i vård och omsorg*

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Nationell strategi för öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet. Förslag till aktiviteter och kvalitet*

Statskontoret (2004/75-5) *Statens styrning av hälso- och sjukvården*

Statskontoret (2005) *Ett EU-perspektiv på statlig styrning av kommunala verksamheter*

Statskontoret 2005:2 *Modeller för styrning – Förslag om hur staten kan styra kommuner och landsting*

Svenska Kommunförbundet (2002) *Kommunala framtider – en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050*

Svenska Kommunförbundet (2003) *Kommunernas ekonomiska läge*

Sveriges Kommuner och Landsting (2004) *Ett program för att stärka den kunskapsbaserade/evidensbaserade hälso- och sjukvården*

Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Hälso- och sjukvården till 2030*

Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*

Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Kommer vi att ha råd med sjukvården? Ett diskussionsunderlag om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering*

Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Transformera system – från öar till helhet*

Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling 2004*

Sykse, A. (2004) *Pasientrettighetsloven*

Söderberg, S. (2004) *To leave it all behind*

Walander, A. m.fl. (Vård på lika villkor Rapport 2004:1) *Sociala skillnader i vårdutnyttjande*.

Winbladh, U. (2003) *Från beslut till verklighet*

Västra Götalandsregionen (2005) *Hälsa- och sjukvårdsfrågor i Västra Götalandsregionen – erfarenheter*

Ytterligare underlag för utredningsarbetet har varit myndighetsinstruktioner, regleringsbrev och årsredovisningar med mera. Dessutom har ett antal tidnings- och tidskriftsartiklar använts i arbetet liksom webbsidor och muntliga källor.