

# Gör det enklare!

*Slutbetänkande av  
Statens vård- och omsorgsutredning*

*Stockholm 2012*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2012:33

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

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

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

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

Tryckt av Elanders Sverige AB.  
Stockholm 2012

ISBN 978-91-38-23732-8  
ISSN 0375-250X

# Till statsråden och chefen för Socialdepartementet

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

Tidigare VD:n för Apoteket AB och nuvarande landshövdingen i Kalmar län, Stefan Carlsson, förordnades att vara särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 24 mars 2011 ämnesråden Per Aldskogius, Maria Renström, Mats Nilsson samt kanslirådet Pontus Johansson. Den 30 mars 2011 förordnades som experter i utredningen handläggaren Åsa Himmelsköld vid SKL, direktören i Stockholms stad Carina Lundberg Udelepp, hälso- och sjukvårdsdirektören i Landstinget Östergötland Lena Lundgren samt verkställande direktören för Aleris Stanley Brodén.

Som sakkunnig i utredningen förordnades den 1 juli 2011 rätts-sakkunniga Therese Lundgren. Den 17 augusti 2011 entledigades rättssakkunniga Therese Lundgren som sakkunnig.

Den 1 januari 2012 entledigades Per Aldskogius. Den 1 januari 2012 förordnades departementssekreteraren Johan Stjernfält som sakkunnig i utredningen.

Huvudsekreterare har från den 1 mars 2011 varit Anders Åhlund. Sekreterare i utredningen har från den 1 mars 2011 varit Sören Berg, Hanna André och från den 1 november 2011 Catarina Molin. Mellan den 2 maj och 14 oktober 2011 har utredaren i Statskontoret Maria Karanta deltagit i utredningens arbete som s.k. stabsbiträde.

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

I oktober 2011 överlämnade utredningen delbetänkandet Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning (SOU 2011:65). Utredningen överlämnar härmed sitt slutbetänkande Gör det enklare! (SOU 2012:33). Vårt uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i maj 2012

Stefan Carlsson

/Anders Åhlund  
Sören Berg  
Hanna André  
Catarina Molin

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>11</b>
<b>Summary</b> .....	<b>27</b>
<b>Författningsförslag</b> .....	<b>43</b>
<b>1 Utgångspunkter</b> .....	<b>71</b>
1.1 Uppdraget.....	71
1.2 Vår tolkning av uppdraget .....	72
1.3 Omfattning och avgränsningar .....	76
1.3.1 Om vård och omsorg.....	79
1.3.2 Gränstytorna mot andra områden .....	81
1.3.3 Avgränsningar .....	86
1.4 Utgångspunkter från delbetänkandet.....	87
1.5 Metod och angreppssätt .....	90
1.6 Förkortningar.....	93
<b>2 Statens styrning och uppgifter inom vård- och omsorgssektorn i dag</b> .....	<b>95</b>
2.1 En beskrivning av styrkedjan .....	95
2.1.1 Myndigheternas styrmedel.....	96
2.1.2 Myndigheternas ledningsformer.....	98
2.2 Myndigheterna och deras uppgifter i dag.....	100
2.3 Myndigheternas registerhantering .....	112

2.4	Statens servicecenter .....	114
2.5	Apotekens Service AB.....	115
<b>3</b>	<b>Fördjupad analys av Socialstyrelsen.....</b>	<b>117</b>
3.1	En översiktlig bild .....	117
3.2	Tillsynsreformen .....	120
3.2.1	Statskontorets utvärdering av tillsynsreformen .....	123
3.3	Vår bedömning av Socialstyrelsens ändamålsenlighet och funktionalitet i vården och omsorgen.....	126
<b>4</b>	<b>Statens stöd och styrning möter inte vårdens och omsorgens behov .....</b>	<b>135</b>
4.1	Vårdens och omsorgens utmaningar och utvecklingsområden .....	136
4.2	Kunskapsstyrning är en nyckelfaktor .....	137
4.2.1	Förbättringsbehoven.....	140
4.3	Tillsyn och reglering ska säkerställa att regler följs.....	152
4.4	Det behövs ett stärkt nationellt grepp om IT- och kommunikationsfrågorna .....	157
4.5	Långsiktig och fokuserad statlig styrning ger bättre genomslag .....	162
4.6	Övriga iakttagelser och bedömningar .....	169
4.7	Internationella jämförelser.....	173
4.8	Sammanfattande bedömningar .....	176
<b>5</b>	<b>Utredningens förslag.....</b>	<b>179</b>
5.1	Övergripande bedömningar.....	179
5.1.1	Ökande behov av nationell samordning .....	179
5.1.2	Utredningens principiella förslag.....	180
5.2	Förslag till ny myndighetsstruktur .....	185

5.2.1	Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg.....	188
5.2.2	Inspektionen för hälsa, vård och omsorg.....	193
5.2.3	Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg.....	196
5.2.4	Myndigheten för välfärdsstrategi.....	198
5.3	Upphävande av lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer.....	200
5.4	Frågor i anslutning till förslaget.....	201
5.4.1	Ledningsformer .....	201
5.4.2	Statens Servicecenter .....	203
5.5	Konsekvenser för nuvarande myndigheter.....	204
5.5.1	Myndigheter som berörs av förslaget.....	204
5.5.2	Myndigheter som inte direkt berörs av förslaget .....	208
<b>6</b>	<b>Alternativa organisationslösningar .....</b>	<b>211</b>
<b>7</b>	<b>Genomförande .....</b>	<b>215</b>
7.1	Generella iakttagelser.....	215
7.2	Kritiska processer.....	219
7.3	Genomförandet av utredningens förslag.....	221
7.4	Arbetet i departementet .....	222
7.5	Tidplan.....	224
<b>8</b>	<b>Konsekvensanalyser.....</b>	<b>227</b>
8.1	Utgångspunkter .....	227
8.2	Konsekvenser för statens budget på kort och lång sikt.....	232
8.3	Konsekvenser för personal vid de berörda myndigheterna .....	235
8.3.1	Konsekvenser för personalen.....	235
8.3.2	Konsekvenser som rör anställningsavtal .....	236
8.4	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.....	236

8.5	Konsekvenser för övriga aktörer .....	238
8.5.1	Konsekvenser för medborgarna .....	238
8.5.2	Konsekvenser för yrkesgrupper inom vård- och omsorgssektorn.....	238
8.5.3	Konsekvenser för offentliga och privata vård- och omsorgsgivare, inkl. små företag.....	239
8.5.4	Konsekvenser för övriga leverantörer av varor och tjänster inom vård- och omsorgssektorn .....	241
8.5.5	Konsekvenser för kommuner och landsting .....	241
8.5.6	Konsekvenser för övriga myndigheter.....	242
8.6	Övriga konsekvenser.....	242
8.6.1	Internationellt arbete .....	242
8.6.2	Samhällsekonomiska konsekvenser .....	242
8.6.3	Författningmässiga konsekvenser .....	243
8.6.4	Konsekvenser för jämlikhet – jämställdheten mellan kvinnor och män och för möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen .....	244
8.6.5	Konsekvenser för personlig integritet .....	245
8.6.6	Konsekvenser för brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet .....	246
<b>9</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>247</b>



**Bilagor**

Bilaga 1–2	Kommittédirektiv.....	249
Bilaga 3	Verksamheter och resurser 2012 .....	263
Bilaga 4	Comparative governance arrangements in eleven countries.....	289
Bilaga 5	Fem svenska forskare belyser framtidens utmaningar i vården och omsorgen.....	375
Bilaga 6	Följändringar med anledning av utredningens förslag .....	467

# Sammanfattning

## Introduktion

Vård- och omsorgssektorn står i dag inför en rad utmaningar. Skillnader i verksamheternas service och kvalitet blir allt synligare och samtidigt allt mindre accepterade. Patienter, brukare och närstående ställer allt högre krav på information om och inflytande över sin egen vård och omsorg. Kunskapsutvecklingen inom sektorn blir allt mer internationell och går allt fortare. Ökande behov av vård och omsorg och nya tekniska möjligheter skärper behovet av prioriteringar och effektiva arbetssätt. Ökad mångfald i organisations- och driftformer kan vara ett sätt att möta behoven av förnyelse, men ställer också nya krav på den övergripande styrningen.

De patient- och brukargrupper som behöver mest vård och omsorg, har ofta sammansatta behov. Dessa personer måste mötas med samlat stöd och förebyggande insatser som är anpassade till deras förutsättningar.

Sverige är ett litet land. Vårt vård- och omsorgssystem måste fungera sammanhållet och effektivt. Kompetenserna som i dag är spridda i många olika myndigheter behöver utnyttjas effektivare i framtiden.

Utredningen bedömer att utmaningarna medför ett stort behov av förändringar inom sektorn under de kommande åren. Allt fler frågor kommer att kräva samarbete på nationell nivå. I vårt delbetänkande i oktober 2011 pekade vi på några områden där sådant nationellt samarbete blir allt viktigare: vård och omsorg på lika villkor, stöd till patienters och brukares inflytande, kvalitetsutveckling, IT-samordning, kunskapsstyrning, prioriteringar och ledarskap. Vi pekade också på att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver få större genomslag i den praktiska vården och omsorgen. Alla dessa områden kommer att behöva hanteras successivt, under många år framåt.

Många EU-länder arbetar med likartade frågor. Flera länder genomför genomgripande systemförändringar för att möta utmaningarna. För Sveriges del kan mycket åstadkommas genom förändringar i den nuvarande grundstrukturen och ett vidareutvecklat samspel mellan den nationella, regionala och lokala nivån.

För den statliga nivån föreslår utredningen en fokusering på fyra huvuduppgifter: *Kunskapsstöd* som stödjer successivt förbättringsarbete, *Reglering och tillsyn* som tryggar en acceptabel nivå i alla verksamheter, *Infrastruktur för IT och kommunikation*, samt *Långsiktig strategisk styrning*.

Utredningen föreslår en ny myndighetsstruktur som bygger på de fyra huvuduppgifterna:

- En kunskapsmyndighet som har samlat ansvar för alla typer av kunskapsstöd till vården och omsorgen. Här föreslår vi också ett vidareutvecklat samarbete med verksamheterna och huvudmännen.
- En inspektionsmyndighet som har samlat ansvar för tillstånd, legitimationer, godkännanden och tillsyn. Denna myndighet ges större resurser för tillsyn än vad som finns i dagens myndigheter.
- En myndighet som tillsammans med övriga aktörer förvaltar och utvecklar sektorns IT- och kommunikationslösningar.
- En myndighet som följer den övergripande utvecklingen av hälsa, funktionshindersfrågor, vård och omsorg – och därigenom stärker statens förutsättningar för strategisk styrning.

Utredningen föreslår också att särslagstiftningen om läkemedelskommittéer avskaffas, för att underlätta att alla relevanta kompetensområden kan integreras i kunskapsstyrningen.

Förslaget ger en långsiktigt hållbar statlig struktur som kan svara mot verksamheternas behov och efterfrågan. Den nya strukturen ger i sig inte svar på alla frågor, men den gör det enklare att hantera de frågor sektorn står inför.

## Uppdraget

### *Direktivet*

Utredningens uppdrag har varit att ”...se över hur staten genom sina myndigheter kan verka för ett långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem med fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.”

Fokus i utredningens direktiv ligger på att åstadkomma en tydligare ansvarsfördelning och höjd effektivitet i de statliga delarna i vård- och omsorgssystemet, både mellan myndigheterna och för staten som helhet. Direktiven lyfter särskilt fram behovet av ett helhetsgrepp och en systemsyn, bland annat för att ge bättre underlag för samlad prioritering, för att kunna lösa gemensamma problem och för att öka möjligheterna till samordning. Socialstyrelsens roll och funktionalitet ska särskilt belysas, men i övrigt har utredningens fokus legat på samlad systemsyn och inte primärt på funktionssättet och effektiviteten i de enskilda myndigheterna.

Utredningen har också haft i uppdrag att redogöra för hur föreslagna förändringar bör genomföras.

En viktig utgångspunkt har varit att den rådande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen ska ligga fast.

### *Vår tolkning av uppdraget*

Medborgarperspektivet lyfts i vårt uppdrag fram som överordnat. Detta har väglett vårt arbete, så att analys och våra förslag genomgående har kopplats till de samlade effekterna för medborgarna, verksamheterna och professionerna.

Perspektivet i uppdraget är långsiktigt. Dagens styrkor och svagheter i de nuvarande myndigheterna ger en viktig bakgrundsbild, men våra förslag utgår från mer långsiktiga bedömningar av vad verksamheterna och sektorn som helhet behöver.

## Vår analys av nuläget

### Ökande behov av nationell samordning

Det finns en stor efterfrågan från aktörerna inom vården och omsorgen på en ökad nationell samordning inom flera viktiga områden. Behovet av nationell samordning kan ses mot bakgrund av de betydande förändringar som vården och omsorgen går igenom.

Kunskapsutvecklingen blir allt mer internationell. Det blir allt enklare – och därmed även nödvändigt – att effektivt sprida bästa tillgängliga kunskap. Delvis handlar detta om att effektivt sprida kunskap som tas fram av enskilda experter, men till stor del handlar det också om att bygga system för datafångst och analys där kunskap utvecklas successivt med utgångspunkt från breda erfarenheter. Denna utveckling kräver stärkt nationellt och internationellt samarbete.

Utvecklingen av informations- och kommunikationsteknologi har medfört ökade möjligheter till jämförelser av bland annat kvalitet och effektivitet inom vården och omsorgen. Skillnader mellan olika landsändar, enheter och ibland även individuella yrkesutövare blir allt mer synliga. Den successivt ökande transparensen gäller vård- och omsorgsverksamheter, men också övergripande förhållanden som folkhälsa och villkor för människor med funktionshinder. Frågor om hälsa, vård och omsorg på lika villkor blir tydligare och kräver samlad hantering.

Ökande behov av vård och omsorg samt ökade förväntningar från patienter, brukare och närstående, i kombination med växande möjligheter att ge behandling och hjälp, skärper behovet av prioriteringar och effektiva arbetssätt. Utmaningen förstärks då prioriteringar blir allt mer synliga för medborgarna. Också här ökar behovet av gemensamt utvecklingsarbete och samordnad hantering.

Vissa huvudmän ser ökad mångfald i organisations- och driftsformer som ett sätt att möta behoven av förnyelse. Nya organisations- och driftsformer ställer dock nya krav på utvecklade regelverk och rutiner.

Utredningen bedömer att detta är långsiktiga förändringar som kommer att ha stor betydelse under många år framöver. Många initiativ tas successivt för att möta de ökande samordningsbehoven, men mer behöver göras.

## Konkreta problemområden

### *Splittrat kunskapsstöd*

Verksamheterna, professionerna och de förtroendevalda inom vården och omsorgen behöver kunskapsunderlag som är användarvänliga både till innehåll och form. Brukare och patienter har liknande behov med utgångspunkt från sina förutsättningar.

Dagens myndighetsstruktur, där flera olika myndigheter utarbetar kunskapsstöd inom sitt sakområde, bromsar utvecklingen av samlade underlag som integrerar olika perspektiv.

Det stora antalet myndigheter bidrar till att kunskapsstödet till sektorn är splittrat och otydligt. Verksamheterna får inte det behovsanpassade och användarvänliga stöd de behöver. Vården och omsorgen för enskilda patienter och brukare blir mindre sammanhållen och sämre än den skulle kunna vara.

Splittringen understöds bl.a. av särlagstiftningen om läkemedelskommittéer som innebär att landstingen ska organisera kunskapsstöd om läkemedelsfrågor i särskilda kommittéer.

### *För svag tillsyn*

Staten har i dag svårt att garantera de kvalitetsnivåer som ska gälla i alla verksamheter. Särskilt tillsynen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har uppenbara brister, men det finns också kritik mot den tillsyn som riktar sig företrädesvis mot läkemedelsindustrin och apoteksmarknadens aktörer.

En del av problemen kan antagligen hanteras inom nuvarande myndigheter, men här finns också strukturella problem. Balansen mellan den granskande rollen och uppgiften att ge råd och vägledning är oklar. Tillsynen är inte heller tillräckligt anpassad till dagens förändringstakt och den ökande mångfalden av utförare, där tillsynen måste riktas till flera olika aktörer och både direkt till verksamheterna och till deras uppdragsgivare/beställare. Tillsynen behöver också förstärkas.

*Otillräcklig genomslagskraft för riktlinjer*

Riktlinjer ska driva utvecklingen framåt, men det är den faktiska förändringen som är viktig.

Råden och riktlinjerna behöver tas fram och uppdateras snabbare än de gör i dag, med utgångspunkt från de frågor som uppstår i det praktiska arbetet.

Råd och riktlinjer måste också utgå från verksamheternas praktiska och ekonomiska förutsättningar för att få genomslag. I dag saknas tydliga former för att koppla riktlinjearbetet till huvudmännens och verksamheternas konkreta förutsättningar.

*Bristfällig dialog med forsknings- och utbildningssektorn*

Sektorns kompetensförsörjning är en nyckelfråga. Det handlar bland annat om att utbilda tillräckligt många, med en inriktning som motsvarar behoven.

Forskning, utveckling och innovation är också långsiktiga nyckelfrågor.

Här finns ett tydligt behov av bättre former för löpande kommunikation mellan sektorns olika företrädare och universitet och högskolor.

*Brist på samordning av IT-struktur och kommunikationskanaler*

Det finns ett påtagligt och ökande behov av en nationell infrastruktur för IT-lösningar och kommunikationskanaler i vård- och omsorgssektorn.

Uppgiften har flera dimensioner, bland annat att skapa grundstruktur och standards, att bygga, förvalta och successivt utveckla infrastruktur för datahantering samt att bygga, förvalta och successivt utveckla integrerade kommunikationskanaler till yrkesutövare och allmänhet.

Många aktörer, både offentliga och privata, har tagit och tar initiativ inom området, men för att hantera de fortsatta utmaningarna behöver staten en tydlig aktör med ett samlat ansvar för frågorna.

### *Behov av vidareutvecklad strategisk styrning*

Regeringens styrning har under senare år allt mer skett genom strategier, som i flera fall kopplas till överenskommelser med SKL. På flera sätt har det varit framgångsrikt att stärka banden mellan regeringen och de politiska ledningarna i kommuner och landsting. Det stora antalet parallella satsningar och oklar ansvarsfördelning mellan Regeringskansliet, statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting och enskilda kommuner och landsting har samtidigt medfört vissa problem.

Regeringen har inte heller tillräckligt stöd av övergripande kunskapsunderlag för den långsiktiga politiken. De nuvarande myndigheterna tar fram underlag inom sina respektive sakområden, men ingen har i uppdrag att ta fram kunskapsunderlag som integrerar flera olika aspekter och ger en samlad bild av sektorns tillstånd och utmaningar.

Den nationella politiken skulle kunna få bättre genomslag genom fokusering på ett mindre antal frågor samt kunskaps- och analysstöd som kan avlasta Socialdepartementet operativa uppgifter.

## **Utredningens förslag**

### **Principiella förslag**

Utredningens analys pekar på fyra områden där staten har särskilt viktiga roller. Dessa roller är att:

- bidra till sektorns utvecklingsarbete, genom stöd till framtagande och spridning av kunskap
- säkra kvalitet i alla verksamheter, genom effektiv hantering av godkännanden, tillstånd, legitimationer och tillsyn
- ansvara för samordning och nyckelfunktioner för sektorns infrastruktur för IT och kommunikation
- styra strategiskt med utgångspunkt från hälso- och välfärdssektorns tillstånd och utmaningar



*Stöd till sektorns utveckling*

Utredningen föreslår att statens arbete med kunskapsstöd görs mer samordnat och bättre anpassat till verksamheternas och medborgarnas behov, både när det gäller innehåll och form. Även tillsynens iakttagelser bör användas som stöd för den successiva kunskapsutvecklingen.

Utredningen föreslår också att huvudmännen ges en tydligare plats i arbetet med riktlinjer och andra kunskapsunderlag som har koppling till prioriteringar.

Dessutom föreslår utredningen att det utvecklas former för en fortlöpande dialog med huvudmännen och andra aktörer om sektorns utbildningsbehov och behov av forskning.

Lagstiftningen om läkemedelskommittéer som låser landstingens former för kunskapsstöd föreslås avskaffas.

*Säkra kvalitet i alla verksamheter*

Utredningen föreslår att statens tillsynsverksamhet stärks och vidareutvecklas. Balansen förtydligas mellan å ena sidan granskning och andra sidan råd och vägledning. En samlad och förstärkt tillsynsfunktion bör säkerställa att lagar och regler följs.

*Samordna och stödja nyckelfunktioner för sektorns informations- och kommunikationsbehov*

Utredningen föreslår att staten samlar och förstärker sina insatser för att stödja vård- och omsorgssektorns behov av gemensamma IT- och kommunikationslösningar. Staten behöver samordna sina egna satsningar inom området och dessutom vara en part i samspelet med övriga aktörer som är engagerade i att bygga nationella lösningar.

*Stärkt strategisk styrning*

Utredningen föreslår att staten bygger upp en funktion som ger underlag för breda och långsiktiga politiska bedömningar och prioriteringar inom hälsa, vård och omsorg.

Utredningen föreslår också att samspelet mellan regeringen och huvudmännen ges en struktur som underlättar långsiktighet och fokusering. Bland annat bör den process som leder fram till överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, få en tydlig form som stöds av både kunskapsunderlag och praktiskt stöd.

### Organisatoriska förslag

För att underlätta förnyelsen föreslår utredningen ett samlat organisatoriskt grepp, där en ny myndighetsstruktur formas för att möta morgondagens behov.

Utredningen föreslår därför att tio nuvarande myndigheter<sup>1</sup>, en ideell förening<sup>2</sup> och ett statligt bolag<sup>3</sup> ersätts av fyra nya myndigheter:

- Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg
- Inspektionen för hälsa, vård och omsorg
- Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg
- Myndigheten för välfärdsstrategi

Dessa fyra myndigheter föreslås få ett övergripande uppdrag att tillsammans verka för att främja befolkningens hälsa och god vård och omsorg till dem som behöver det.

Två av myndigheterna, Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, kommer att arbeta med vården och omsorgen som främsta målgrupp: professioner, huvudmän, patienter och brukare. Båda kommer att ha viktiga roller i sektorns löpande utvecklingsarbete där kontinuerligt lärande leder till successiva förbättringar.

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen, Läkemiddelverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Myndigheten för vårdanalys, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Myndigheten för internationella adoptionsfrågor och Statens medicinsk- etiska råd.

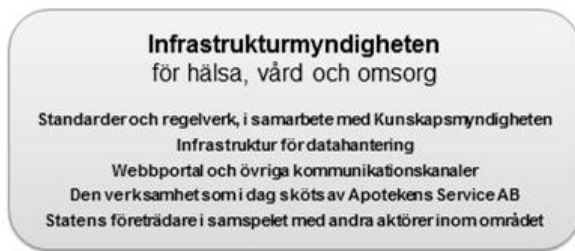
<sup>2</sup> Hjälpmedelsinstitutet.

<sup>3</sup> Apotekens Service AB.

**Figur** Kunskapsmyndigheten och Inspektionen för hälsa, vård och omsorg



Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg stödjer utvecklingen av sektorns IT- och kommunikationsstruktur och bistår även övriga tre myndigheter i vård- och omsorgssektorn med IT-stöd och kommunikationskanaler.

Figur      **Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg**

Myndigheten för välfärdsstrategi stöder statens strategiska överblick och styrning.

Figur      **Myndigheten för välfärdsstrategi**

Tre av myndigheterna, Inspektionen, Kunskapsmyndigheten och Infrastrukturmyndigheten kommer att arbeta med operativa frågeställningar. Myndigheten för hälsostrategi får ett mer strategiskt arbetssätt, där underlag i de flesta fall levereras mer sammanfattat och sällan, samtidigt som man vid behov kan bistå med fakta och lägesbedömningar.

I alla fyra myndigheternas uppdrag ingår att successivt utveckla arbetsinnehåll och arbetsformer.

### *Nya arbetsätt*

Samtliga fyra myndigheter ska utveckla arbetsformer som möjliggör användning av kompetenser i hela landet.

Alla myndigheterna föreslås utveckla olika typer av anställnings- och arbetsformer som gör det möjligt att engagera medarbetare på flera orter. Den nya teknikens möjligheter till decentraliserade arbetsätt ger viktiga förutsättningar för förnyelsen.

Ätminstone Inspektionen behöver en regionaliserad organisation som anpassas till den indelning som föreslås av regionutredningen<sup>4</sup>. Om Kunskapsmyndigheten väljer en regional indelning bör den samlokaliseras med Inspektionens regionala organisation.

Huvudkontoren samlokaliseras i Stockholm för att underlätta samspelet mellan myndigheterna. Generellt anser utredningen att myndigheterna ska samlokalisera sina verksamheter när de finns på samma ort.

### **Konsekvenser för verksamheterna i nuvarande myndigheter**

Vårt förslag utgår från hur staten bättre ska kunna stödja vårdens och omsorgens framtida behov och utmaningar. I detta arbete är kunskapsområdet ett nav. Därför är det de myndigheter som har i uppgift att ta fram kunskap inom olika delar av vården och omsorgen, som berörs mest av våra förslag.

De myndigheter som föreslås bli avvecklade är: Socialstyrelsen, Läkemiddelsverket, Tandvårds- och läkemiddelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Myndigheten för Vårdanalys, Statens medicinsk – etiska råd, Handisam och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Dessutom föreslås en avveckling av Hjälpmedelsinstitutet och Apotekens Service AB. Organisationernas kompetenser och arbetsuppgifter förs över till de nya myndigheterna.

---

<sup>4</sup> Översyn av statlig regional förvaltning mm. direktiv 2009:62.

## Övervägda alternativ

Utredningen har prövat ett antal alternativa organisationslösningar som skulle kunna svara mot våra principiella ambitioner och förslag.

Utredningen har bland annat prövat tanken att bilda en Inspektion, en IT-myndighet och en strategisk myndighet och låta kunskapsstödet finnas kvar i dagens kunskapsmyndigheter. Detta skulle kunna ske genom att bryta ut Socialstyrelsens tillsyn till en ny fristående myndighet, att skapa en ny IT-myndighet och att vidga uppdraget till Vårdanalys.

Vi har vidare prövat tanken att slå ihop några av dagens myndigheter med verksamhetsmässiga samband till större enheter. Det skulle t ex kunna innebära sammanslagning av Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering, sammanslagning av Folkhälsoinstitutet och Smittskyddsinstitutet samt en sammanslagning av Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Dessutom har utredningen prövat möjligheterna att möta morgondagens behov utan att göra några organisationsförändringar alls.

Vår bedömning är att dessa alternativ är sämre än det organisationsförslag vi förordar. Vi redovisar flera skäl för denna bedömning, men framförallt anser vi att skapandet av ett samlat kunskapsstöd är en nyckelfaktor som förloras i dessa alternativa lösningar.

## Genomförande

De nya myndigheterna föreslås inleda sitt arbete 1 januari 2014. Till dess att den nya strukturen är etablerad har de nuvarande myndigheterna fortsatt ansvar för sina uppgifter.

Utredningen bedömer att det krävs cirka nio månaders förberedelse från det att organisationskommittéer och generaldirektörer är utsedda tills dess att den nya strukturen är etablerad. Vi föreslår därför att regeringen överlämnar särpropositionen till riksdagen för beslut i början av 2013, för att säkerställa införandet den 1 januari 2014.

Ur beredningssynpunkt kan drygt 1,5 år uppfattas som en kort tid, men för verksamheterna och de berörda medarbetarna skulle en

mer utdragen genomförandeprocess riskera att leda till bland annat kompetensförluster, osäkerhet och produktionsbortfall.

Eftersom så många myndigheter berörs behöver ett samlat ansvar för omvandlingen pekats ut tydligt. Utredningens föreslår att en omvandlingsledare utses på departementet. Omvandlingsledaren blir länken mellan den nya och gamla myndighetsstrukturen och till departementsledningen.

I direktiven till organisationskommittéerna bör regeringens val av lokalisering för de nya myndigheterna framgå. I direktiven bör regeringen vidare ange ledningsform och huvudsakligt uppdrag för de nya myndigheterna samt ge dem i uppdrag att ta fram slutligt förslag till instruktion och regleringsbrev.

Avvecklingen av nuvarande myndigheter bör hanteras av en gemensam Avvecklingsmyndighet för de nuvarande vård- och omsorgsmyndigheterna.

## Konsekvenser och effekter

Utredningsförslaget får konsekvenser för majoriteten av de befintliga myndigheterna i sektorn. Förslaget innebär inga förändringar av det statliga åtagandet, men många uppgifter ska skötas och vidareutvecklas med utgångspunkt från nya förutsättningar och ambitioner. Den nya myndighetsstrukturen ger sammantaget möjligheter till besparingar, både för staten och för vården och omsorgen i sin helhet. Förslaget beräknas leda till att de långsiktiga kostnaderna för de statliga verksamheterna sänks med cirka 20 procent. Besparingen på statsbudgeten beräknas till cirka 15 procent. Förslaget beräknas minska antalet årsarbetskrafter med cirka 550.

I nedanstående tabell sammanfattas utredningens översiktliga bedömning av de nya myndigheternas resursbehov, uttryckt som summan av anställda och inhyrda årsarbetare. I förslaget ingår att det administrativa stödet för de nya myndigheterna förläggs till Statens Servicecenter.

**Tabell** Antal årsarbetare, egna och inhyrda, i de nya myndigheterna<sup>5</sup>

	Kunskaps- stöd	Reglering	Tillsyn	ITK	Översikt	Övrigt utåtriktat	Inre arbete	Summa
Kunskaps- myndigheten	500	50		5	10	40	125	730
Inspektion	10	350	500	5	5		175	1045
ITK				250		5	20	275
Hälsostrategiska					75	25	15	115
Summa	510	400	500	260	90	70	335	2 165

De nya myndigheterna finansieras i huvudsak på samma sätt som dagens myndigheter. För att få en enhetlig finansiering av kunskapsstödet om läkemedelsfrågor till vården och omsorgen föreslås att staten övertar finansieringsansvaret från industrin. Detta motsvarar en kostnadsökning för staten motsvarande cirka 70 årsarbetskrafter eller 70 miljoner kronor, och motsvarande kostnadsminskning för industrin. För statsbudgetens del blir besparingen cirka 15 procent. Nedanstående tabell visar utredningens bedömning av statens kostnader under de kommande åren, inklusive avvecklingskostnader:

**Tabell** Skillnad anslagsnivå statsbudgeten nuvarande och föreslagen myndighetsstruktur, (mnkr)

Myndighet	2013	2014	2015	2016	2017
Nuvarande	1 728	1 758	1 799	1 831	1 865
Föreslagen		1 477	1 506	1 537	1 567
Avveckling	20	500	150	50	0
<b>Ny nivå</b>	<b>1 748</b>	<b>1 977</b>	<b>1 656</b>	<b>1 587</b>	<b>1 567</b>
<b>Besparing</b>	<b>-20</b>	<b>-219</b>	<b>+143</b>	<b>+244</b>	<b>+298</b>

### *Konsekvenser för myndigheternas medarbetare*

Cirka 2 700 årsarbetare, varav ungefär 1 950 kvinnor och 750 män, berörs av förslagen.

Utredningens bedömning är att det för merparten av personalen i de myndigheter som avvecklas sker en verksamhetsövergång till befattningarna i de nya myndigheterna. Bemanningen av de nya myndigheterna ska ske med beaktande av reglerna i 6 b § lagen

<sup>5</sup> Utredningens översiktliga bedömning.



(1982:80) om anställningsskydd. Vid övertalighet blir det statliga Trygghetsavtalet tillämpligt.

#### *Konsekvenser för folkhälsoarbetet och funktionshindersfrågorna*

Utredningens förslag innebär integration av arbetet med folkhälsofrågor och funktionshindersfrågor, både på övergripande samhällsnivå genom Myndigheten för välfärdsstrategi och i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, via Kunskapsmyndigheten. Dessutom kvarstår sektorsmyndigheternas ansvar för integrering av perspektiven inom ramen för sina respektive ansvarsområden.

Sammantaget bedömer utredningen att integrationen av dessa frågor kommer att ge ökad genomslagskraft.

#### *Konsekvenser för vården och omsorgen*

Förslagen kommer på flera sätt att förenkla för vårdens patienter, brukare, anhöriga, professioner, verksamhetschefer, entreprenörer och huvudmän.

Förslagen kommer i sig inte att lösa sektorns problem, men de medför att vården och omsorgen kan möta en statlig verksamhet som är mer sammanhållen, tydlig och enklare att samarbeta med.

# Summary

## Introduktion

The health care and social services sector faces a number of challenges. Differences in the level of service and quality provided are becoming increasingly visible and at the same time are less accepted. Patients, service users, relatives and carers are making ever greater demands for information and influence on their own health care and social services. Knowledge is being developed in the sector in an increasingly international context and at an ever-quickenning pace. Increasing needs for health care and social services and new technical capabilities are accentuating the need for priority-setting and effective working practices. Greater diversity in forms of organisation and operation may be one way of meeting the needs for modernisation, but also requires new demands on overarching governance.

Patients and service users who need most health care and social services often have multiple needs. These people must be met with integrated support and preventive efforts adapted to their circumstances.

Sweden is a small country. Our health care and social services system must work coherently and effectively. Skills that today are dispersed in many different agencies need to be utilised more effectively in the future.

The Inquiry considers the challenges to pose a great need for changes in the sector in the years ahead. More and more questions will necessitate cooperation at national level. In our interim report in October 2011, we identified some areas where such national cooperation is becoming increasingly important: health care and social services on equal terms, support for empowering patients

and service users, quality enhancement, IT coordination, knowledge management, priority-setting and leadership. We also pointed out that health-promoting and disease-preventing efforts need to have a greater impact in practical health care and social services. All these areas will gradually need to be addressed, for many years to come.

Many EU Member States are working on similar issues. Several countries are currently implementing radical changes of system in order to meet the challenges. As far as Sweden is concerned, a great deal can be achieved through changes in the present structure and by enhanced interaction between the national, regional and local level.

For the central government level, the Inquiry proposes a focus on four main tasks: *Knowledge Support* that supports successive improvement efforts, *Regulation and Supervision* that ensure an acceptable quality in all providers, *Infrastructure for IT and Communications* and *Long-Term Strategic Management*.

The Inquiry proposes a new government agency structure based on these four main tasks:

- A knowledge agency responsible for all types of knowledge support for health care and social services. Here we also propose enhanced cooperation with service providers and responsible authorities at regional and local level.
- An inspection agency responsible for permits, licences to practice, approvals of drugs and other medicinal products and supervision. This agency is to be given greater resources for supervision than exists in the presents agencies.
- An agency that, together with other stakeholders, manages and develops the IT and communication solutions the sector needs.
- An agency that monitors the overarching development of public health, disability issues, healthcare and social services – and in so doing strengthens the prospects of strategic governance
- The Inquiry also proposes the special legislation on Drug Therapeutic Committees to be abolished, to make it easier for all relevant areas of expertise to be integrated in knowledge management.

The proposal presents a long-term sustainable central-government structure that can meet the needs of the providers and the demand. The new structure does not, in itself, answer all the questions, but will make it easier to tackle the issues the sector faces.

## Remit

### *Terms of reference*

The Inquiry's remit has been to “... review how central government, through its agencies, can promote a long-term sustainable system of health care and social services focused on health-promoting and disease-preventing efforts with the aim of promoting health and reducing ill-health and future care needs and bring about equal health care and social services throughout the country.”

The focus in the Inquiry's terms of reference is on bringing about a clearer distribution of responsibilities and improved efficiency in the central-government parts of the system of health care and social services, both between the agencies and for national government as a whole. The terms of reference highlight the need of an integrated and systematic approach, in order to provide a better basis for collective priority-setting, be able to resolve problems that are common to several agencies and improve the prospects for coordination between agencies. The role and functionality of the National Board of Health and Welfare are to be elucidated in particular, but the Inquiry has otherwise focused on a comprehensive system approach, not primarily on functions and effectiveness of individual agencies.

The Inquiry has also been tasked with suggesting how the proposed changes should be implemented.

An important basic premise has been that the prevailing distribution of responsibilities between national, regional and local government should be fixed.

### *Our interpretation of the remit*

The citizen's perspective is highlighted in our remit as taking precedence. This has guided our work, so that analysis and our proposals have been consistently linked to the combined effects for citizens, the service providers and the professions.

The remit has a long-term perspective. The present-day strengths and weaknesses of the current agencies provide an important background picture, but our proposals are based on more long-term assessments of what the service providers and the sector as a whole need.

## **Our analysis of the current situation**

### **Increasing need for national coordination**

There is demand from healthcare and social services for greater national coordination in several important areas. This need for national coordination can be understood in the light of the significant changes that healthcare and social services are going through:

The development of knowledge is becoming increasingly international. It is becoming ever simpler – and therefore also necessary – to spread best available knowledge effectively. This is partly a matter of effectively spreading knowledge developed by individual experts, but it is largely also a matter of building systems for data capture and analysis where knowledge is developed successively on the basis of broad experience. This trend necessitates greater national and international cooperation.

The growth of information and communication technology has created greater opportunities for comparing quality and efficiency in health care and social services. Differences between different ends of the country, units and sometimes also individual practitioners are becoming increasingly apparent. The steadily increasing transparency applies to health care and social service providers, but also to overarching factors such as public health and conditions for people with disabilities. Issues concerning health care and social services on equal terms are becoming clearer and need to be addressed collectively.

Increasing needs for health care and social services and greater expectations from patients, service users, relatives and carers, combined with increasing opportunities to provide treatment and assistance, are accentuating the need for priority-setting and effective working practices. The challenge is accentuated when priority-setting becomes increasingly visible to the public. Additional to this, the need for coordination and joint development is increasing.

Some responsible authorities see greater diversity in forms of organisation and operation as a way of meeting the needs for modernisation. However, new forms of organisation and operation make new demands on regulatory frameworks and routines.

The Inquiry regards these long-term changes to have great significance for many years to come. Many initiatives are gradually being taken to respond to the increasing needs for cooperation, but far more needs to be done.

## Specific problems areas

### *Fragmented knowledge support*

The providers, the professions and the elected representatives in health care and social services need knowledge bases that are user-friendly in both content and form. Service users and patients have similar needs based on their particular circumstances.

The present structure, in which several different agencies provide knowledge support in their specialist fields, slows down the development of comprehensive material that integrates different perspectives.

The large number of agencies contributes to knowledge support to the sector being fragmented and unclear. The providers do not receive the needs-based and user-friendly support they need. Healthcare and social services for individual patients and service users are becoming less coherent than they could be.

This fragmentation is supported by the special legislation on regional Drug Therapeutic Committees, under which county councils have to organise knowledge support on pharmaceutical issues in special committees.

### *Supervision is too weak*

Central government has difficulty guaranteeing the levels of quality that are to apply in all service providers. There are obvious deficiencies in the supervision of health care and social services in particular, but there is also criticism of the supervision aimed primarily at the pharmaceutical industry and the pharmacy market.

Some of the problems can presumably be solved in present agencies, but there are also structural problems: the balance

between audit and providing advice and guidance is unclear. Nor is the supervision sufficiently adapted to the increasing diversity in provision and rate of change, where supervision has to be aimed at different players and both directly at service providers and at their constituents/purchasers. Supervision generally needs to be strengthened.

#### *Inadequate impact for guidelines*

Guidelines should drive development forward, but actual change is what is important.

Advice and guidelines need to be developed and updated faster than they are today, based on the issues that arise in practical work.

Advice and guidelines must also be based on the practical and financial circumstances of the providers to have an impact. At present there is a lack of clear forms in which to link work on guidelines to the specific circumstances of the responsible authorities and providers.

#### *Inadequate dialogue with the research and education sector*

Supply of skills in the sector is a key issue. This involves, among other things, training a sufficient number of people with the needed skills. Research, development and innovation are also key issues in long-term.

There is a clear need for better regular communication between various representatives of the sector and universities and colleges.

#### *Lack of coordination of IT structure and communication channels*

There is an increasing need for a national infrastructure for IT solutions and communication channels in the health care and social services sector.

There are several dimensions to this task, including creating a basic structure and standards, for example through uniform terms and concepts, building, managing and successively developing infrastructure for data management and building, managing and successively developing integrated communication channels for practitioners and the general public.

Many stakeholders, both public and private, have taken and are taking initiatives in this area, but to face up to the continued challenges central government needs to be represented by some kind of authority with a comprehensive mandate in this field.

### *Need for enhanced strategic management*

Management by the Government in recent years has been done increasingly through strategies, which in several cases are linked to agreements with the Swedish Association of Local Authorities and Regions. In several ways success has been achieved in strengthening the ties between the Government and the political leaderships of municipalities and county councils. The large number of parallel initiatives and unclear distribution of responsibility between the Government Offices, agencies, the Swedish Association of Local Authorities and Regions has, at the same time, posed certain problems.

Nor does the Government have sufficient support from an overarching knowledge base for long-term policy. The present agencies develop basic documentation in their particular specialist areas, but none of them has been commissioned to prepare a knowledge base that integrates several different areas and provides a collective picture of the state of, and challenges faced by, the sector.

National policy could have a greater impact by focusing on a smaller number of issues and knowledge and analysis support that can relieve the Ministry of Health and Social Affairs of operational tasks.

## **The Inquiry's proposals**

### **Fundamental proposals**

The Inquiry proposes a clearer focus on four principal tasks of central government:

- Supporting the development of the sector, through support for effective development and dissemination of knowledge.



- Ensuring acceptable quality in all service providers, through effective management of approvals, permits and licences to practice, as well as efficient supervision
- Coordinating and taking responsibility for strategic key functions with regard to information and communications technology
- Managing strategically on the basis of a broad approach to the state of and challenges faced by health and welfare sector

#### *Support for development of the sector*

The Inquiry proposes that the work of central government on knowledge support be made more coordinated and better adapted to the needs of the users, with regard to both content and form. Observations made in supervision are also used as support in the gradual development of knowledge.

The Inquiry also proposes that the local and regional authorities be given a clearer place in the work on guidelines and other knowledge bases that contain priority-setting.

In addition, the Inquiry proposes that procedures be developed for a continuous dialogue between local and regional authorities, universities and other players on the training needs of the sector and its need for research.

It is proposed that the legislation on regional specific Drug Therapeutic Committees be abolished.

#### *Ensuring quality in all providers*

The Inquiry proposes that the supervisory activity of central government be strengthened and enhanced. The balance between strict audit on the one hand and advice and guidance on the other is to be clarified. An integrated and strengthened supervisory function should ensure that laws and regulations are complied with.

*Coordinating and supporting key functions for the sector's information and communication needs*

The Inquiry proposes that central government brings together and strengthens its initiatives to support the needs of the health care and social services sector for joint IT and communications solutions. Central government needs to coordinate its own efforts in the area and also be a party to the interaction with other players that are involved in building national solutions.

*Strengthened strategic management*

The Inquiry proposes that central government establish a function that provides a basis for broad and long-term political assessments and priority-setting in health care and social services.

The Inquiry also proposes that the interaction between the Government and the responsible authorities be given a structure that facilitates a long-term approach and focus. Among other things, the process that leads to agreements should be given a clear form that is supported by both knowledge base and practical support.

**Organisational proposals**

To facilitate modernisation, the Inquiry proposes a collective organisational approach in which a new agency structure is shaped according to the needs of tomorrow.

The Inquiry therefore proposes that ten current government agencies<sup>1</sup>, a non-profit association<sup>2</sup> and a state-owned company<sup>3</sup> be replaced by four new agencies:

- the **Knowledge Agency** for Public Health, Health Care and Social Services

---

<sup>1</sup> The National Board of Health and Welfare, the Medical Products Agency, the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, the Swedish National Institute of Public Health, the Swedish Institute for Infectious Disease Control, the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, Handisam, the Swedish Intercountry Adoptions Authority and the Swedish National Council on Medical Ethics

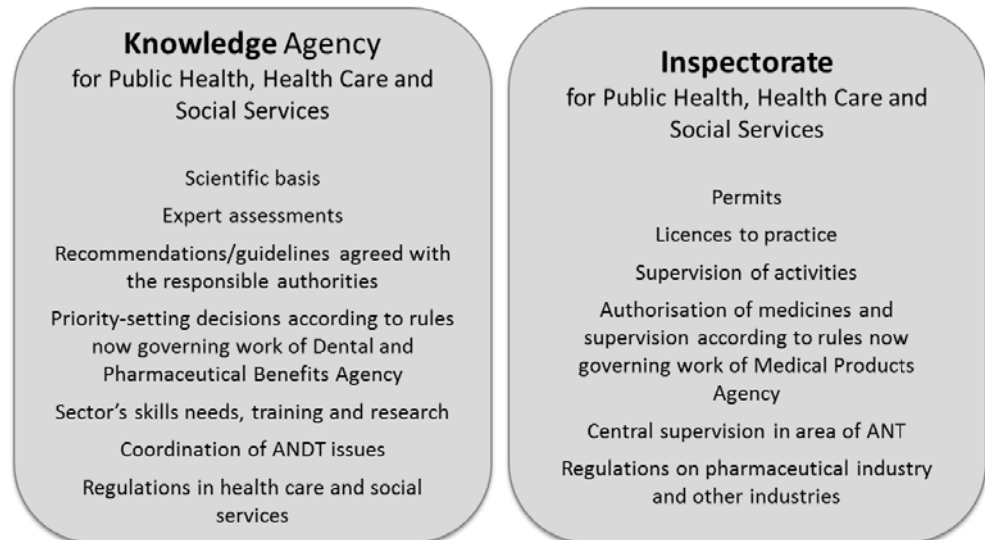
<sup>2</sup> Apotekens Service AB

<sup>3</sup> The Swedish Institute of Assistive Technology

- the **Inspectorate** of Public Health, Health Care and Social Services
- the **Infrastructure Agency** for Public Health, Health Care and Social Services
- the Agency for **Welfare Strategy**

It is proposed that these four agencies be given a joint overarching remit to work in cooperation to promote the health of the population and ensure good health care and social services for those who need them.

Two of the agencies, the Knowledge Agency and the Inspectorate will work with health care and social services as their principal target groups: professions, responsible authorities, patients and service users etc. Both will have important roles to play in the continuous development of the sector, where continuous learning and development lead to successive improvements.



The Infrastructure Agency for Public Health, Health Care and Social Services supports the development of the IT and a communication structure of the whole sector and also assists the other three agencies in the health care and social services sector with IT support and communication channels.

### **Infrastructure Agency**

for Public Health, Health Care and  
Social Services

Standards and regulatory instruments

Infrastructure for data management

Web portal and other communication  
channels

Databases, registers and IT systems for  
pharmacy market

Interaction with other players in the area

The Agency for Welfare Strategy supports strategic overview and policy.

### **Agency for Welfare Strategy**

Use and development of Open Comparisons

Other data, evaluation and analyses of  
health and welfare

Support for Government's strategic  
management

Three of the agencies, the Knowledge Agency, the Inspectorate and the Infrastructure Agency, will be operational. The Agency for Health Strategy will be given a more strategic way of working. The remits of all four agencies will include successively developing work content and procedures.

#### *New ways of working*

All four agencies are to develop procedures that make it possible to use skills throughout the country.

It is proposed that all the agencies should develop various forms of employment and procedures that make it possible to engage staff in several places. The opportunities for decentralised ways of working provided by new technology create important conditions for modernisation.

The Inspectorate, at least, needs a regionalised organisation adapted to the division proposed by the Regions Inquiry<sup>4</sup>. If the Knowledge Agency chooses a regional division, it should be co-sited with the Inspectorate's regional organisation.

The head offices are to be co-sited to facilitate interaction between the agencies.

#### **Consequences for the activities of present agencies**

Our proposal is based on how central government could better support the future needs and challenges of health care and social services. The area of knowledge appears as a hub in this work. It is therefore the agencies that have the task of developing knowledge in various parts of health care and social services that are most affected by our proposals.

The agencies we propose should be phased out are: the National Board of Health and Welfare, the Medical Products Agency, the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, the National Institute of Public Health, the Swedish Institute for Infectious Disease Control, the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, the Swedish National Council on Medical Ethics, Handisam (the Swedish Agency for Disability Policy Coordination) and the

---

<sup>4</sup> Review of central government regional administration etc. Terms of Reference 2009:62

Swedish Intercountry Adoptions Authority. It is also proposed that the Swedish Institute of Assistive Technology and Apotekens Service AB be phased out. The skills and work tasks of the organisations would be transferred to the new agencies.

## Alternatives considered

The Inquiry has considered a number of alternative organisational solutions that could respond to our fundamental ambitions and proposals.

The Inquiry has, among other alternatives, examined the idea of forming an Inspectorate, and IT agency and a strategic authority to allow knowledge support to remain in the present agencies. This could be done by dividing off the National Board of Health and Welfare's supervision to a new independent agency, creating a new IT agency and broadening the remit of the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis.

We have also examined the idea of merging some of the present agencies which have related activities into larger units. This might, for example, mean merging the National Board of Health and Welfare and the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, merging the National Institute of Public Health and the Swedish Institute for Infectious Disease Control and merging the Medical Products Agency and the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency.

In addition, we have examined ways of meeting the challenges of the future without making any organisational changes at all.

Our assessment is that these alternatives would not be effective. We present several reasons for this assessment, but in particular we consider that the creation of integrated knowledge support is a key factor that would be lost in all these alternative solutions.

## Implementation

It is proposed that the new agencies begin work on 1 January 2014. Until the new structure is in place, the present agencies will continue to be responsible for their tasks.

The Inquiry considers around nine months of preparation to be required from the time when the organising committees and di-

rector-generals are in place to when the new structure is established. We therefore propose that the Government submits a special Bill to the Riksdag for a decision at the beginning of 2013, to ensure introduction on 1 January 2014.

In a political and administrative perspective, eighteen months may be regarded as a short time, but for the sector, the agencies and the affected staff a longer implementation process could lead to uncertainty, loss of skills and loss of production.

As so many agencies are affected, a comprehensive responsibility for the transformation needs to be clearly designated. The Inquiry's proposal is that a joint project manager should be appointed at the Ministry. The project manager is to act as a link between the new and old agency structures and to the department.

The terms of reference for the organising committees should make clear the Government's choice of location for the new agencies. The Government should, in addition, indicate in the terms of reference the form of management and the principal remit of the new agencies and task them with drawing up final suggestion for instructions and appropriation directions.

The phasing-out of the present agencies should be dealt with by a joint Phasing-Out Agency.

## Consequences and effects

The Inquiry's proposal has consequences for the majority of the existing agencies in the sector. The proposal does not signify any changes in central government commitments, but many tasks have to be fulfilled and developed further on the basis of new conditions and ambitions.

The new agency structure, taken together, provides opportunities for savings, both for central government and for health care and social services as a whole. It is estimated that the proposal will lead to a reduction of around 20% in the long-term costs of the central-government service providers. The saving in the central-government budget is estimated at around 15%. It is estimated that the proposal will reduce the number of full-time equivalent employees by around 550.

The table below summarises the Inquiry's overall assessment of the resources required by the new agencies, expressed as the sum of employees and hired-in full-time equivalents.

### Number of full-time equivalent employees, own and hired-in, in the new agencies<sup>5</sup>

	Knowledge support	Regulation	Supervision	ITC	Over-view	Other outward	Internal work	Total
Knowledge Agency	500	50		5	10	40	125	730
Inspectorate	10	350	500	5	5		175	1045
ITC				250		5	20	275
Health Strategy					75	25	15	115
<b>Total</b>	<b>510</b>	<b>400</b>	<b>500</b>	<b>260</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>335</b>	<b>2 165</b>

The new agencies will be mainly funded in the same way as the present-day agencies. With regard to knowledge support on pharmaceutical issues for health care and social services, it is proposed that central government should take over responsibility for funding from industry. This represents an increase in costs for central government of around 70 full-time equivalent employees or SEK 70 million, and an equivalent decrease in costs for industry.

The table below shows the Inquiry's estimate of costs to central government over the next few years, including phase-out costs:

#### Difference in level of appropriation in central government budget in present-day and proposed agency structure (SEK million)

Agency	2013	2014	2015	2016	2017
Present-day	1 728	1 758	1 799	1 831	1 865
Proposed		1 477	1 506	1 537	1 567
Phase-cut	20	500	150	50	0
<b>New level</b>	<b>1 748</b>	<b>1 977</b>	<b>1 656</b>	<b>1 587</b>	<b>1 567</b>
<b>Saving</b>	<b>-20</b>	<b>-219</b>	<b>+143</b>	<b>+244</b>	<b>+298</b>

#### *Consequences for the agencies' employees*

Around 2 700 full-time equivalents, of whom 1 950 are women and 750 men, are affected by the proposals.

The Inquiry estimates that most of the employees in the present agencies will be transferred to positions in the new agencies. The new agencies must be manned in compliance with the rules contained in Section 6b of the Employment Protection Act (1982:80).

<sup>5</sup> The Inquiry's own overall estimate.



In the event of surplus numbers, the Central Government Job Security Agreement will be applicable.

*Consequences for public health work and disability issues*

The Inquiry's proposal to integrate the work on public health issues and disability issues is intended to produce a greater impact, both at the overarching level of society through the Agency for Health Strategy and in practical health care and social services, through the Knowledge Agency. In addition, the responsibility of other sector authorities (as authorities for housing, transport etc.) for the integration of public health and disability-perspectives under their particular areas of responsibility is retained.

Overall, the Inquiry judges that the integration of these issues will result in a greater impact.

*Consequences for health care and social services*

The proposals will, in several ways, bring about simplification for patients, service users, service-providers, professions, heads of units, contractors and authorities on regional and local level.

The proposals will not in themselves solve the sector's problems, but they mean that health care and social services can deal with a central-government that is significantly more coherent, clear and easy to cooperate with.

# Författningsförslag

**1 Förslag till  
lag (000:000) om upphävande av lagen  
(1996:1157) om läkemedelskommittéer;**

Härigenom föreskrivs att lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska upphöra att gälla vid utgången av december 2013.

## **2 Förslag till förordning med instruktion för Kunskaps- myndigheten för hälsa, vård och omsorg;**

Regeringen föreskriver följande.

### **Uppgifter**

**1 §** Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg ska i samarbete med Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi stödja en långsiktig utveckling av vården och omsorgen inom Sverige och EU. Myndigheten ska utgå ifrån att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor för medborgarna och med respekt för varje människas eget värde. Myndigheten ska inom ramen för sitt arbete främja människors hälsa och delaktighet i samhället.

**2 §** Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg ansvarar för att kunskap successivt utvecklas och når ut till vården och omsorgen. Myndigheten ska inneha kunnande bl.a. inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, tandvård, smittskydd, socialt omhändertagande, ledarskap, etiska frågor, förebyggande- och hälsofrämjande arbete och funktionshindersfrågor. Myndigheten ska även inneha kunnande om förebyggande metoder inom ANDT-området.

**3 §** Myndigheten har ett sektorsansvar för genomförandet av de funktionshinderspolitiska målen inom vården och omsorgen.

**4 §** Myndigheten har ett särskilt ansvar för genomförandet av de folkhälsopolitiska målen inom vården och omsorgen.

**5 §** Myndigheten ska främja befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och bidra till att landets smittskydd fungerar effektivt.

**6 §** Myndigheten ansvarar för frågor om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Myndigheten ska genom denna verksamhet medverka till en ändamålsenlig och

kostnadseffektiv läkemedelsanvändning samt god tillgänglighet till läkemedel i samhället.

7 § Myndigheten ansvarar för beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser samt beloppsgränser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader.

8 § Myndigheten ansvarar för

- donationsregistret, hälsodataregister samt för att ta fram och utveckla statistik och register inom sitt verksamhetsområde och
- officiell statistik enligt förordningen (2001:100) om den officiella statistiken.

9 § Myndigheten ska ta fram kunskapsunderlag och riktlinjer för vården och omsorgen.

Myndigheten ska i samverkan med forskningen systematiskt identifiera områden som är i behov av kunskap.

10 § Myndigheten ansvarar för sådana föreskrifter och allmänna råd som anknyter till myndighetens verksamhetsområde enligt vad som anges i särskild författning.

Myndigheten ska se till att de regelverk och rutiner som myndigheten ansvarar för är kostnadseffektiva och enkla för medborgare och företag.

11 § Myndigheten prövar frågor om statsbidrag.

### **Ansvar i samband med smittutbrott**

12 § Myndigheten ska ansvara för en central fältepidemiologisk grupp med uppgift att bistå myndigheter, landsting, kommuner och organisationer med expertstöd

1. vid konstaterade eller misstänkta utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar, och
2. vid utvärdering av risker och behov av förebyggande åtgärder när det gäller utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar.

13 § Den centrala fältepidemiologiska gruppen får bistå med expertstöd vid katastrofer eller allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar i andra länder och stödja svenska civila och militära internationella krishanteringsinsatser.

Myndigheten får endast besluta om internationella insatser enligt första stycket under förutsättning att insatserna finansieras av någon annan än myndigheten.

Myndigheten ska före beslut om internationella insatser samråda med Regeringskansliet (Socialdepartementet) om de åtgärder myndigheten avser att vidta. Vid insatser som rör bistånd ska myndigheten dessutom samråda med Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida).

### **Särskilda uppgifter som rör smittskydd, katastrofmedicin och krisberedskap**

14 § Myndigheten ska

1. utföra mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av andra laboratorier, och
2. svara för stöd till kvalitets- och metodutveckling vid laboratorier som bedriver diagnostik av betydelse för landets smittskydd.

15 § Myndigheten får

1. inom sitt ansvarsområde och om verksamheten i övrigt medger det utföra uppdrag inom eller utom landet,
2. bedriva forskning som är nödvändig för att myndighetens uppdrag ska kunna fullgöras, och
3. i samarbete med laboratorier utföra diagnostiska undersökningar som även kan utföras av andra laboratorier (rutindiagnostik), om undersökningarna är nödvändiga för myndighetens kompetensförsörjning.

16 § Myndigheten ska

1. tillhandahålla ett säkerhetslaboratorium som uppfyller kriterierna för högsta skyddsnivå enligt föreskrifter om mikrobiologiska arbetsmiljörisker som Arbetsmiljöverket har meddelat med stöd av 18 § arbetsmiljöförordningen (1977:1166),
2. upprätthålla diagnostisk beredskap, inklusive jourverksamhet, i syfte att kunna analysera prov med misstanke om allvarlig smitta,

3. utföra mikrobiologiska laboratorieundersökningar av högsmittsamma ämnen som innebär särskild fara för människors hälsa,
4. bedriva omvärldsbevakning av högsmittsamma ämnen som utgör särskild fara för människors hälsa, samt
5. upprätthålla förmåga att stödja andra myndigheter med kompetens inom området.

17 § Myndigheten ska fullgöra de uppgifter som ska utföras av myndigheter på medlemsstatsnivå enligt Europaparlamentets och rådets beslut 2119/98/EG av den 24 september 1998 om att bilda ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i gemenskapen (senast ändrat genom Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 596/2009 av den 18 juni 2009) i fråga om

- epidemiologisk övervakning av vissa grupper av smittsamma sjukdomar, och
- ett system för tidig varning och reaktion för förebyggande och kontroll av dessa sjukdomar.

18 § Myndigheten ska fullgöra de uppgifter som ska utföras av ett erkänt behörigt organ enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar.

19 § Myndigheten ska samordna en beredskap mot allvarliga hälsohot enligt lagen (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa.

20 § Myndigheten ska

1. samordna uppföljningen av Sveriges åtaganden enligt FN:s generalförsamlings resolution S-26/2 angående hiv/aids antagen den 2 augusti 2001, och
2. svara för Sveriges åtaganden att följa förekomsten av poliovirus hos människor och i miljön samt att avlägsna poliovirus från laboratorier inom ramen för Världshälsoorganisationens (WHO) arbete med polioutrotning.

21 § Myndigheten ska samordna och lämna underlag till regeringen (Socialdepartementet) inför återkommande rapportering till

1. EU och Världshälsoorganisationen (WHO) om konsumtion, vanor, skadeutveckling och policyutveckling för alkohol och tobak, och
2. FN:s kontor mot narkotika och brottslighet (UNODC).

22 § Myndigheten ska vara nationell enhet (s.k. focal point) för

1. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN),
2. EU:s hälsoprogram, och
3. icke smittsamma sjukdomar (NCD) inom WHO:s Europa-region.

23 § Myndigheten har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om

1. katastrofmedicin, och
2. inom myndighetens verksamhetsområde, krisberedskap.

Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.

Inom ramen för vad som sägs i första stycket, får myndigheten finansiera verksamhet som bedrivs i kunskapscenter vid de myndigheter som valts ut av Kunskapsmyndigheten i syfte att upprätthålla kvalificerad nationell kompetens inom katastrofmedicin och krisberedskap. Myndigheten ska besluta om inriktningen för sådan verksamhet som avses ovan och som finansieras av myndigheten samt stödja, följa upp och se till att verksamheten bedrivs effektivt.

24 § Myndigheten ska

– medverka i totalförsvaret och i krisberedskap i enlighet med förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap samt samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens, hälsoskyddets, smittskyddets och socialtjänstens beredskap,

– på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap och inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar.

– vara sammanhållande myndighet i fråga om 2002 års nordiska hälsoberedskapsavtal och verka för att intentionerna i avtalet genomförs.

## Samverkan

25 § Myndigheten ska bistå Inspektionen för hälsa, vård och omsorg med de underlag som Inspektionen behöver för sin verksamhet. Myndigheten ska även vid begäran förse regeringen och övriga myndigheter med underlag.

26 § Myndigheten ska hålla sig underrättad om det arbete som utförs av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg i den mån det behövs för att myndigheten ska kunna fullgöra sina uppgifter.

27 § Myndigheten ska förmedla information om sin verksamhet via Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg.

28 § Myndigheten ska särskilt samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

Det ingår även i myndighetens uppgifter gentemot andra myndigheter att upphandla vissa varor och tjänster på tillgänglighetsområdet.

## Ledning

29 § Myndigheten leds av en myndighetschef.

## Rådgivande organ

### Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation

30 § Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation har till uppgift att

- vara ett kunskapscentrum i donations- och transplantationsfrågor,
- ha en opinionsbildande roll och se till att allmänheten och massmedierna får kontinuerlig information i donationsfrågor,
- följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården i donations- och transplantationsfrågor och ta de initiativ denna kan ge anledning till,



- medverka i kvalitetssäkring och utbildning av donationsansvarig läkare och kontaktansvarig sjuksköterska,
  - medverka vid internationella kontakter och i framtagandet av nyckeltal,
  - ge vägledning i etiska frågor, samt
  - svara för frågor som gäller donationskort.
- Om myndigheten bestämmer det, får rådet även fullgöra andra uppgifter.

**31 §** Rådet består av en ordförande och sju andra ledamöter. Rådet utses av regeringen för en bestämd tid.

### **Beslutande organ**

#### **Statens beredning för utvärdering i vård och omsorg, SBU**

**32 §** Inom myndigheten finns en särskild nämnd som benämns Statens beredning för utvärdering i vård och omsorg, SBU. Nämnden har till uppgift att

- besluta om projekt som har till syfte att vetenskapligt granska och utvärdera tillämpade och nya metoder i vården och omsorgen ur ett medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv, och
- fastställa sammanfattningar och slutsatser i de granskningar som myndigheten genomför.

Nämnden ska vara kontaktmyndighet i internationella frågor som rör utvärdering av medicinska metoder och stödja såväl det europeiska samarbetet som övrigt internationellt arbete.

**33 §** Nämnden består av myndighetens chef och högst 11 ledamöter.

Ledamöterna utses av regeringen.

#### **Rådet för nationella riktlinjer**

**34 §** Vid myndigheten finns ett beslutande organ som benämns Rådet för nationella riktlinjer. Rådet har till uppgift att besluta om på vilka områden riktlinjer ska tas fram och fastställa deras innehåll.

35 § Rådet består av myndighetens generaldirektör, som är ordförande i rådet, och fem andra ledamöter. En ledamot utses av generaldirektören och ska representera staten. Övriga ledamöter utses av Sveriges Kommuner och Landsting, varav två ska representera kommunerna och två landstingen.

### **Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd**

#### *Nämnden för läkemedelsförmåner*

36 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Nämnden för läkemedelsförmåner. Nämnden beslutar

- om allmänna riktlinjer för subvention och prissättning,
- om subventionering och prisreglering av nya originalläkemedel inklusive medicinska gaser, nya licensläkemedel, nya förbrukningsartiklar och nya beredningsformer av redan tidigare subventionerade läkemedel,

- på eget initiativ eller efter ansökan om ändrade villkor för att ett visst läkemedel eller en viss vara ska ingå i läkemedelsförmånerna,

- på eget initiativ att ett visst läkemedel eller en viss vara inte längre ska ingå i läkemedelsförmånerna,

- om föreskrifter enligt bemyndigandet i 5 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. samt allmänna råd om receptfria läkemedel,

- om föreskrifter enligt bemyndigandet i 21 § förordningen om läkemedelsförmåner m.m. samt allmänna råd om verkställighet av sådana frågor som nämnden beslutar om, samt

- i andra frågor som myndighetschefen förelägger nämnden.

Nämnden består av en ordförande och sex ledamöter. För ordföranden ska en vice ordförande utses.

#### *Nämnden för statligt tandvårdsstöd*

37 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Nämnden beslutar om

- föreskrifter enligt bemyndigande i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, samt
  - allmänna råd inom sitt ansvarsområde.
- Nämnden består av en ordförande och sex ledamöter. För ordföranden ska en vice ordförande utses.

**38 §** Nämnden för statligt tandvårdsstöd ska utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel på statsbudgeten. Om utgifterna bedöms överstiga anvisade medel ska nämnden vid behov snarast möjligt besluta om ändringar i de föreskrifter som avses i 37 §.

#### *Myndighetschefen*

**39 §** Myndighetschefen beslutar om föreskrifter och allmänna råd om

- hur inköpspris och försäljningspris enligt 7 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska fastställas,
- utbyte av läkemedel enligt 21 § lagen om läkemedelsförmåner m.m., samt
- storleken på de avgifter Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg får ta ut av öppenvårdsapoteken enligt 25 § lagen (1996:1156) om receptregister och 14 § lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning.

Myndighetschefen avgör dessutom övriga ärenden som inte ska avgöras av beslutsorganen eller av personalansvarsnämnden.

#### *Handläggningen i Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd*

**40 §** Myndighetschefen eller den myndighetschefen utser är föredragande i Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd.

**41 §** Nämnderna är beslutföra när ordföranden och minst hälften av de andra ledamöterna är närvarande.

När ärenden av större vikt handläggs ska om möjligt samtliga ledamöter vara närvarande.

Myndighetschefen har rätt att delta i nämndernas sammanträden. Vid behov kan nämnderna tillfälligt adjungera en eller flera experter med särskild sakkunskap. Myndighetschefen och adjungerade experter har rätt att yttra sig men deltar inte i besluten.

42 § Om ett ärende är så brådskande att nämnden inte hinner sammanträda för att behandla det, får ärendet avgöras genom meddelanden mellan ordföranden och minst så många ledamöter som behövs för beslutförhet. Om detta förfarande inte kan tillämpas, får ordföranden ensam avgöra ärendet. Ett sådant beslut ska anmälas vid nästa sammanträde med nämnden.

### *Uppdrag*

43 § Ordföranden, vice ordföranden samt ledamöterna och personliga ersättare för dessa i Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd utses av regeringen för en bestämd tid.

### **Rikssjukvårdsnämnden**

44 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Rikssjukvårdsnämnden, som har till uppgift att fatta beslut om rikssjukvård enligt 9 a och 9 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Om myndigheten bestämmer det, får nämnden även fullgöra andra uppgifter.

Rikssjukvårdsnämnden består av en ordförande samt nio andra ledamöter, varav sex ska representera landstingen, en myndighetens nämnd Statens beredning för utvärdering i vård och omsorg (SBU) och en Vetenskapsrådet. Ordföranden i nämnden och ställföreträdaren för denne ska vara representanter från myndigheten.

### **Giftinformation**

45 § Myndigheten ska lämna giftinformation genom Giftinformationscentralen.

## Anställning

46 § Generaldirektören är myndighetschef.

## Personalansvarsnämnd

47 § Vid myndigheten ska det finnas en personalansvarsnämnd.

## Tillämpligheten av viss förordning

48 § Personalföreträdarförordningen (1997:1101) ska tillämpas på myndigheten.

49 § Internrevisionsförordningen (2006:1228) ska tillämpas på myndigheten.

## Avgifter

50 § Myndigheten ska ta ut avgifter för

1. diagnostiska undersökningar som avses i 14 § 1, 15 § 3 och 16 § 3,
2. uppdragsverksamhet som avses i 15 § 1.
3. internationella insatser som avses i 13 § första och andra styckena.

Myndigheten ska besluta om avgifternas storlek och disponera inkomsterna i verksamheten. Avgifterna för sådana diagnostiska undersökningar som avses i 15 § 3, uppdragsverksamhet som avses i 15 § 1 och internationella insatser som avses i 13 § första och andra styckena, får bestämmas upp till full kostnadstäckning.

---

## Övergångsbestämmelser

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.
2. Genom denna förordning upphör förordningen (2007:1134) med instruktion för Myndigheten för handikappolitisk samordning, förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, förordningen (2007:1233) med

instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering, förordning (2009:267) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut, förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen och förordningen (2010:604) med instruktion för Smittskyddsinstitutet.

3. Beslut som har meddelats av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen enligt äldre föreskrifter och som rör Kunskapsmyndighetens verksamhetsområde gäller fortfarande och ska anses ha meddelats av Kunskapsmyndigheten.

4. Berörda myndigheter ska till Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg överlämna handlingar i ärenden inom områden som innefattas i Kunskapsmyndighetens ansvar och som har inletts hos myndigheterna före den 1 januari 2014 men ännu inte har avgjorts.

### 3 Förslag till förordning med instruktion för Inspektionen för hälsa, vård och omsorg;

Regeringen föreskriver följande.

#### Uppgifter

1 § Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ska i samarbete med Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi stödja en långsiktig utveckling av vården och omsorgen inom Sverige och EU. Myndigheten ska utgå ifrån att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor för medborgarna och med respekt för varje människas eget värde. Myndigheten ska vidare inom ramen för sitt arbete främja människors hälsa och delaktighet i samhället.

Myndigheten ska säkra vård- och omsorgssektorns kvalitet, bl.a. genom tillsyn samt utfärdande av godkännanden, tillstånd och legitimationer. Myndighetens ansvar gäller i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan myndighet.

Myndigheten har även andra uppgifter som följer av denna förordning eller av andra föreskrifter eller särskilda beslut.

#### Vård- och omsorg och andra näraliggande områden

2 § Myndigheten ansvarar för

- tillsynen över hälso- och sjukvården och dess personal, socialtjänsten, sådana särskilda ungdomshem som avses i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och LVM-hem enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
- tillståndsprövningen och anmälningsplikten av verksamheter och legitimationer och annan behörighet inom vård och omsorgsområdet,
- att ta emot anmälningar om missförhållanden, allvarliga vårdskador etc. inom vård och omsorgsområdet,
- den centrala tillsynen samt kontrollen och tillståndsprövningen inom områdena alkohol, narkotika och tobak samt området hälsofarliga varor,

- att bevaka och utreda behovet av kontroll av varor enligt lagen om förbud mot vissa hälsofarliga varor,
- att bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel,
- kontrollen av dokument m.m. för vintransporter enligt förordningen (1999:1148) om EG:s förordningar om jordbruksprodukter,
- tillsynen över smittskyddet, och
- tillsynen i frågor som gäller hälsoskydd enligt 2, 5, 6 och 9 kap. miljöbalken och att tillhandahålla underlag för tillämpning av 3 och 4 kap. miljöbalken och plan- och bygglagen (2010:900).

## Läkemedel m.m.

### 3 § Myndigheten ansvarar för

- utfärdande av godkännanden och kontrollen och tillsynen av läkemedel,
- tillsynen av medicintekniska produkter,
- kontrollen och tillsynen av kosmetiska och hygieniska produkter samt vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära,
- tillståndsprovningen och tillsynen i frågor om handel med läkemedel och maskinell dosdispensering, och
- efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen.

### 4 § Myndigheten ska fullgöra de uppgifter som

- ankommer på behörig myndighet enligt rådets förordning (EG) nr 953/2003 av den 26 maj 2003 om förhindrande av att handeln med vissa viktiga mediciner avleds till Europeiska unionen, ändrad genom kommissionens förordning (EG) nr 1662/2005 av den 11 oktober 2005 om ändring av bilaga I till rådets förordning (EG) nr 953/2003 om förhindrande av att handeln med vissa viktiga mediciner avleds till Europeiska unionen, och
- en behörig myndighet har enligt artiklarna 14 och 16.3 i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 816/2006 av den 17 maj 2006 om tvångslicensiering av patent för tillverkning av läkemedelsprodukter för export till länder med folkhälsoproblem.



## Internationella adoptionsfrågor

### 5 § Myndigheten ansvarar för

– de uppgifter som åligger myndigheten enligt lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner

– frågor om auktorisation av och tillsyn över sammanslutningar som arbetar med internationell adoptionsförmedling samt godkännanden av utländska beslut om adoption.

Myndigheten fördelar statsbidrag till auktoriserade adoptions-sammanslutningar och till organisationer för adopterade.

6 § Myndigheten ska i denna verksamhet beakta Förenta nationernas konvention om barnens rättigheter.

### 7 § Myndigheten ska särskilt

– övervaka att de svenska auktoriserade sammanslutningarnas arbete med internationell adoptionsförmedling sker i enlighet med lag och principen om barnets bästa, såsom denna har kommit till uttryck i Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter och i 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner samt på ett etiskt godtagbart sätt i övrigt,

– följa den internationella utvecklingen på sitt område och samla information i frågor som rör adoption av utländska barn,

– följa utvecklingen av kostnaderna för adoption av utländska barn,

– bedriva informationsverksamhet samt lämna upplysningar och biträde åt myndigheter och organisationer, och

– utarbeta den särskilda information som behövs för bedömning av ett hems lämplighet att ta emot ett barn med hemvist utomlands i syfte att adoptera det.

Därutöver får myndigheten förhandla med myndigheter och organisationer i andra länder om frågor inom myndighetens verksamhetsområde.

## Regelgivning

8 § Myndigheten ansvarar för sådana föreskrifter och allmänna råd som an knyter till myndighetens verksamhetsområde enligt vad som anges i särskild författning.

Myndigheten ska se till att de regelverk och rutiner som myndigheten ansvarar för är kostnadseffektiva och enkla för medborgare och företag.

## Övriga uppgifter

9 § Myndigheten ska

– inom sitt verksamhetsområde verka för att det generationsmål för miljöarbetet och de miljökvalitetsmål som riksdagen har fastställt nås genom att följa upp, utvärdera och sprida kunskap om hur människors hälsa ska utsättas för minimal negativ miljöpåverkan samtidigt som miljöns positiva påverkan på människors hälsa främjas samt vid behov föreslå åtgärder för miljöarbetets utveckling,

– fullgöra de uppgifter som ankommer på behörig myndighet enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2006/2004 av den 27 oktober 2004 om samarbete mellan de nationella tillsynsmyndigheter som ansvarar för konsumentskyddslagstiftningen, i fråga om efterlevnaden av sådana regler som verket har tillsyn över, och

– vara behörig myndighet för yrken inom hälso- och sjukvården enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, senast ändrat genom kommissionens förordning (EU) nr 213/2011.

## Samverkan

10 § Myndigheten ska bistå Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg med de underlag som Kunskapsmyndigheten behöver för sin verksamhet. Myndigheten ska även vid begäran förse regeringen och övriga myndigheter med underlag.

11 § Myndigheten ska hålla sig underrättad om det arbete som utförs av Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg i den mån det behövs för att myndigheten ska kunna fullgöra sina uppgifter.

12 § Myndigheten ska förmedla sin information via Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg.

13 § Myndigheten ska

- löpande samråda med Konsumentverket på de områden där myndigheterna har ett gemensamt tillsynsansvar,
- samråda med de adopterades organisationer och med andra myndigheter och organisationer vars verksamhet berör internationella adoptionsfrågor,
- stödja Kunskapsmyndigheten för vård- och omsorg i sitt arbete med beredningsplanering på läkemedelsområdet, och
- i fråga om sitt miljöarbete enligt 9 § rapportera till Naturvårdsverket och samråda med verket om vilken rapportering som behövs.

### Ledning

14 § Myndigheten leds av en styrelse.

Styrelsen ska bestå av högst sju ledamöter.

### Särskilda organ

#### Rådet för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor

15 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns rådet för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor, som har till uppgift att avgöra

- rättsmedicinska ärenden,
- ärenden om fastställelse av könstillhörighet eller tillstånd till ingrepp i könsorgan enligt lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall,
- ärenden om tillstånd till sterilisering,
- ärenden om tillstånd till kastrering,
- ärenden om tillstånd till ingående av äktenskap,
- ärenden om tillstånd till abort och tillstånd till avbrytande av havandeskap enligt 6 § abortlagen (1974:595),
- ärenden om tillstånd till insemination,

– ärenden om tillstånd till befruktning utanför kroppen som vägrats i enlighet med 7 kap. 5 § lagen (2006:351) om genetisk integritet,

– ärenden om utlåtande om en persons hälsotillstånd i samband med prövning av en persons lämplighet att ta emot ett barn med hemvist utomlands i syfte att adoptera det,

– ärenden där Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ska yttra sig över en sådan utredning med ett utlåtande om risk för återfall i brottslighet som avses i 10 § lagen (2006:45) om omvandling av fängelse på livstid, samt

– andra ärenden, i vilka myndigheten på begäran av en domstol, en åklagarmyndighet eller en polismyndighet ska avge utlåtande om någons hälsotillstånd.

Om myndigheten bestämmer det, får rådet avgöra även andra ärenden.

Ordföranden i rådet och ställföreträdaren för denne ska ha erfarenhet som lagfaren domare.

### **Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring**

16 § Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring har till uppgift att bistå myndigheten med att

– dela in och benämna de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås samt med att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens,

– utarbeta målbeskrivningar som avses i 4 kap. 5 § 3 patient-säkerhetsförordningen (2010:1369),

– stödja sjukvårdshuvudmännen för att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen,

– främja utbildning av handledare inom specialiseringstjänstgöringen,

– följa upp kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen, samt

– utarbeta kriterier för utbildande enheter för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet.

Rådet ska vidare bistå myndigheten i frågor om enskilda läkares kompetens i förhållande till fastställda målbeskrivningar.

Rådet består av en ordförande och sju andra ledamöter.

17 § Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring utses av regeringen för en bestämd tid. Minst en av ledamöterna ska utses på förslag av myndigheten, minst en på förslag av Sveriges Kommuner och Landsting, minst en på förslag av Svenska Läkaresällskapet, minst en på förslag av Sveriges läkarförbund och minst en från universitet och högskolor på förslag av Högskoleverket.

### **Anställning**

18 § Generaldirektören är myndighetschef.

### **Personalansvarsnämnd**

19 § Vid myndigheten ska det finnas en personalansvarsnämnd.

### **Tillämpligheten av vissa förordningar**

20 § Personalföreträdarförordningen (1987:1101) ska tillämpas på myndigheten.

21 § Internrevisionsförordningen (2006:1228) ska tillämpas på myndigheten.

---

### **Övergångsbestämmelser**

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.
2. Genom denna förordning upphör förordningen (2007:1020) med instruktion för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor och förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket.
3. Beslut som har meddelats av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och Läkemedelsverket enligt äldre föreskrifter och som rör Inspektionens verksamhetsområde gäller fortfarande och ska anses ha meddelats av Inspektionen.

4. Berörda myndigheter ska till Inspektionen för hälsa, vård och omsorg överlämna handlingar i ärenden inom områden som innefattas i Inspektionens ansvar och som har inletts hos myndigheterna före den 1 januari 2014 men ännu inte har avgjorts.

#### **4 Förslag till förordning med instruktion för Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg;**

Regeringen föreskriver följande.

##### **Uppgifter**

1 § Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg ska i samarbete med Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi stödja en långsiktig utveckling av vården och omsorgen inom Sverige och EU. Myndigheten ska utgå ifrån att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor för medborgarna och med respekt för varje människas eget värde. Myndigheten ska vidare inom ramen för sitt arbete främja människors hälsa och delaktighet i samhället.

2 § Myndigheten har till uppgift att utveckla en integrerad informations- och datahantering inom vård- och omsorgssektorn.

Myndigheten ska

- tillhandahålla, förvalta och vidareutveckla en sammanhållen kommunikations- och IT-struktur för de statliga myndigheterna inom vård- och omsorgssektorn, bl.a. genom att tillhandahålla en gemensam webbportal för den kommunikation som Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi behöver med medborgare, verksamheter, huvudmän och statliga myndigheter,

- på uppdrag av Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg eller Myndigheten för välfärdsstrategi sköta drift och underhåll av nationella register och databaser samt behandla personuppgifter eller se till att sådana register och databaser blir åtkomliga för berörda användare,

- verka för att det sker en successiv utbyggnad och integration av kommunikations- och IT-strukturer som motsvarar sektorns behov,

- i samarbete med Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde, och
- bedriva analys och uppföljning inom sitt ansvarsområde.

### Särskilda uppgifter inom apoteksområdet

3 § Myndigheten ska hantera databaser, register, IT-system och annan infrastruktur sammanhörande med apoteksverksamhet samt utföra andra uppgifter som ålagts myndigheten enligt lag, förordning eller genom avtal med staten, samt bedriva därmed förenlig verksamhet.

### 4 § Myndigheten ska särskilt

1. ansvara för de databaser och register som regleras genom lagen (1996:1156) om receptregister, däribland högkostnadsdatabasen,
2. ansvara för läkemedelsförteckningen i enlighet med lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning,
3. föra de stödregister som är nödvändiga för att bolaget ska kunna hantera receptregistret och läkemedelsförteckningen,
4. inrätta och ansvara för ett nationellt dosregister samt under en övergångsperiod tillhandahålla befintligt webbaserat förskrivargränssnitt (e-dos och Pi-dos) till vårdgivarna,
5. ansvara för drift och underhåll av ett register avseende arbetsplatskoder,
6. ansvara för en databas med elektroniska recept för djur,
7. framställa och redovisa nationell läkemedelsstatistik,
8. förvalta och tillhandahålla läkemedelsstatistik för åren 2000–2005,
9. förmedla ersättning från landstingen till öppenvårdsapoteken enligt 16 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.,
10. utfärda de intyg som anges i 17–18 §§ Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:8) om ansökan om tillstånd att bedriva öppenvårdsapoteck,
11. övervaka Apoteket AB:s process att under en övergångsperiod erbjuda aktörer på apoteksmarknaden tillgång till kassa- och butikssystem (övergångslösningen),
12. hjälpa beställarna av övergångslösningen med information och kontakter,



13. övervaka och verka för konkurrensneutralitet gällande villkoren för övergångslösningen, bl.a. avseende support,
14. inrätta och ansvara för ett elektroniskt expeditionsstöd, samt
15. medverka i internationella samarbeten på hälso- och sjukvårdsområdet efter godkännande från Socialdepartementet.

### **Ledning**

5 § Myndigheten leds av en myndighetschef.

### **Anställning**

6 § Generaldirektören är myndighetschef.

### **Personalansvarsnämnd**

7 § Vid myndigheten ska det finnas en personalansvarsnämnd.

### **Tillämpligheten av viss förordning**

8 § Personalföreträdarförordningen (1987:1101) ska tillämpas på myndigheten.

---

### **Övergångsbestämmelser**

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.

## 5 Förslag till förordning med instruktion för Myndigheten för välfärdsstrategi;

Regeringen föreskriver följande.

### Uppgifter

1 § Myndigheten för välfärdsstrategi ska i samarbete med Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg och Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg stödja en långsiktig utveckling av vården och omsorgen inom Sverige och EU. Myndigheten ska utgå ifrån att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor för medborgarna och med respekt för varje människas eget värde. Myndigheten ska vidare inom ramen för sitt arbete främja människors hälsa och delaktighet i samhället.

2 § Myndigheten för välfärdsstrategi har till uppgift att stödja statens strategiska styrning inom hälso- och välfärdsområdet. Arbetet ska huvudsakligen ske genom utvärdering och analys. Myndigheten ska regelbundet och vid behov sammanfatta iakttagelser, bedömningar och handlingsalternativ.

3 § Myndigheten ansvarar för att sektorsövergripande följa det allmänna hälsoläget i befolkningen.

4 § Myndigheten har särskilt i uppgift att på en övergripande nivå följa genomförandet av den nationella funktionshinderspolitiken och genomförandet av den nationella folkhälsopolitiken.

5 § Myndigheten ska

- följa de statliga myndigheterna i deras arbete enligt förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken,
- bevaka och rapportera om den internationella utvecklingen inom området och genom sitt samordningsarbete bidra till att Sverige uppfyller sina åtaganden inom ramen för skyddet av mänskliga rättigheter.

6 § Myndigheten ansvarar för att följa och analysera den långsiktiga utvecklingen av vården och omsorgen och vid behov ta fram förslag på insatser, bl.a. när det gäller

- utvecklingen av vård- och omsorgssystemets effektivitet och produktivitet,
- behov och förväntningar hos medborgare, professioner och huvudmän,
- sektorns tillstånd och utmaningar,
- efterfrågan och utbud,
- resurser,
- demografisk och teknisk utveckling,
- marknadernas utveckling,
- förändringar i sjukdoms- och omsorgspanoramat, och
- gränssnittet mellan vård och omsorg.

7 § Myndigheten ska bistå regeringen i arbetet med nationella politiska initiativ inom hälsa vård och omsorg.

8 § För att kunna fullgöra sina uppgifter ska myndigheten kunna hantera och analysera data.

### **Ledning**

9 § Myndigheten leds av en myndighetschef.

### **Anställning**

10 § Generaldirektören är myndighetschef.

### **Personalansvarsnämnd**

11 § Vid myndigheten ska det finnas en personalansvarsnämnd.

### Tillämpligheten av viss förordning

12 § Personalföreträdarförordningen (1987:1101) ska tillämpas på myndigheten.

---

### Övergångsbestämmelser

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.
2. Genom denna förordning upphör förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vårdanalys.

# 1 Utgångspunkter

## 1.1 Uppdraget

Vårt uppdrag har varit att samlat se över statens roll i vård- och omsorgssystemet. Det övergripande syftet med arbetet anges i våra direktiv som att "...se över hur staten genom sina myndigheter kan verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem med fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet".

Syftet med utredningen har varit att åstadkomma en tydligare ansvarsfördelning och höjd effektivitet i de statliga delarna i vård- och omsorgssystemet, både mellan myndigheterna, mellan departementet och myndigheterna, och för staten som helhet. Direktiven lyfter särskilt fram fördelarna med ett helhetsgrepp och en systemsyn, bland annat för att ge bättre underlag för samlad prioritering, för att kunna lösa problem som är gemensamma för flera myndigheter och för att öka möjligheterna till samordning mellan myndigheter.

Följande uppgifter pekas ut i direktiven:

- Ge en översiktlig bild av rådande myndighetsstruktur
- Beskriva eventuella problem i fråga om myndigheternas ansvarsfördelning och funktioner
- Sammanfatta centrala organisationsförändringar under senare tid och skälen till dessa
- Ge en bild av myndigheternas kompetensförsörjning
- Särskilt analysera och granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet

- Beskriva myndigheternas effektivitet och ändamålsenlighet utifrån målgruppernas perspektiv: kommuner, landsting, professionella utförare och medborgare
- Vid behov lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen mellan myndigheterna och undanröjer eventuella överlappningar
- Ge förslag på hur kunskapsstyrningen kan effektiviseras genom samordning
- Föreslå förtydliganden i ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer
- Ge förslag på hur myndighetsstrukturen som helhet kan utvecklas för ökad tydlighet, effektivitet och ändamålsenlighet
- Ge förslag på hur regeringens styrning av berörda myndigheter och verksamheter bör utformas
- Redogöra för hur förslagen praktiskt kan genomföras.

Utredningen ska utgå från ett system- och ett medborgarperspektiv, med beaktande av myndigheternas ändamålsenlighet utifrån huvudmännens och utförarnas perspektiv, de senare oavsett driftsform. Ett villkor i uppdraget har varit att rådande ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen ligger fast.

## 1.2 Vår tolkning av uppdraget

### *Regeringens ambition att ta ett stort grepp*

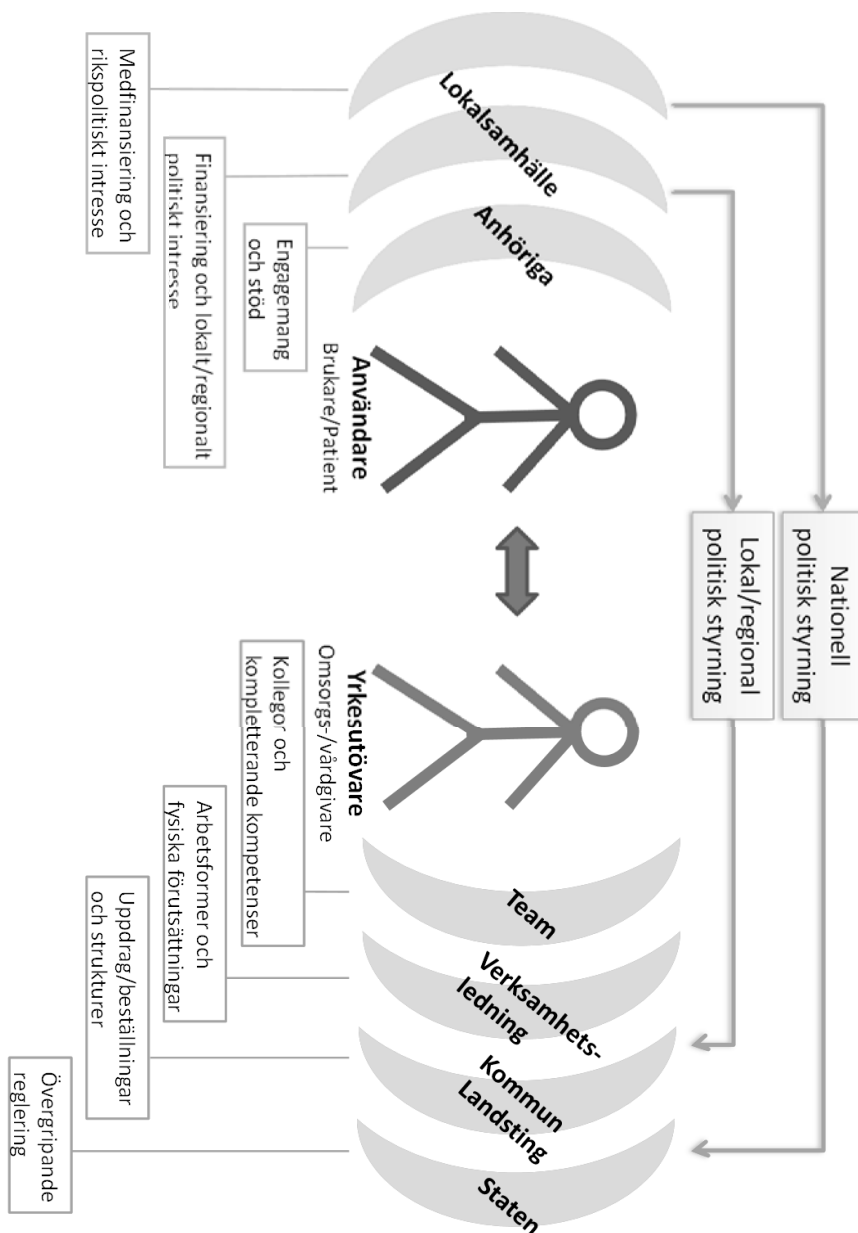
Vårt uppdrag visar att regeringen ser det som nödvändigt att ta ett stort grepp på vård- och omsorgssektorn i ett sammanhang. Direktiven lyfter fram både frågan om styrningen, myndighetsstrukturen och vård- och omsorgssystemets hela funktionalitet. Myndigheterna ska analyseras och granskas som en helhet, och våra förslag ska bl.a. syfta till att utveckla myndighetsstrukturen som helhet.

Vårt uppdrag har därmed varit bredare än en renodlad organisationsöversyn, såtillvida att det handlat både om att se hur strukturerna är uppbyggda och om att analysera samspelet och processerna som sker i strukturerna och som påverkar och styr hela systemet. Våra förslag handlar därför både om hur den statliga styrningen av systemet ska ske och om vem som ska göra vad. Regeringens betoning på bredd och systemsyn förstärks ytterligare

med uppmaningen att våra förslag ska relatera till framtidens behov. Det är de framtida utmaningarna som ska hanteras med våra förslag, snarare än problem i dagens system.

Regeringen visar i direktiven en öppenhet och vilja att förutsättningslöst pröva hela den statliga struktur som byggts upp kring vården och omsorgen, för att på så vis åstadkomma bättre stöd och styrning i framtiden. Uppdraget till utredningen öppnar för en diskussion om vilken roll staten tar sig i dag och bör ta sig i framtiden, i relation till huvudmännen och andra aktörer.

Figur 1.1 Illustration över statens roll i vård- och omsorgssystemet



Omsorg och vård handlar i grunden om möten mellan människor. Statens styrning ingår i en större helhet, och den blir bara effektiv när den samspelar med de praktiska förutsättningarna och övriga styr signaler.



*Långsiktighet och genomförbarhet*

Långsiktigheten är en grundläggande utgångspunkt i uppdraget. Vård- och omsorgssektorn utvecklas kontinuerligt, och så även statens roll i den. Myndigheternas uppdrag och arbetssätt förändras också successivt, men de grundläggande strukturerna och rollfördelningarna är av både principiella och praktiska skäl mer stabila. När en samlad översyn nu görs med uppdraget att åstadkomma ett hållbart system, är det vår ambition att föreslå en grundstruktur som kan stå sig 10–20 år. Implicit ligger i detta att en sådan långsiktigt hållbar struktur måste inrymma kapaciteten att successivt utvecklas och justeras. Den statliga struktur vi föreslår ska både verka i dagens vård och omsorg, och utvecklas för att möta kommande utmaningar och problem. Det innebär att uppdraget till utredningen kan ses som tredelat: vi ska dels föreslå hur statens roll i sektorn bör se ut framgent, dels föreslå hur staten ska hantera dessa roller, och dels föreslå en organisation som gör det möjligt att hantera framtida utmaningar på ett effektivt sätt.

Ambitionen att skapa en myndighetsstruktur som ska hålla under många år, gör det nödvändigt att börja analysen från bedömningar av de kommande årens behov. Vilka uppgifter kommer att behöva hanteras, och vilka arbets- och organisationsformer är bäst lämpade för att möta dessa behov? Först när den frågan analyserats, har kopplingarna till dagens struktur och övergångsfrågor och anpassningar diskuterats.

*Medborgaren i centrum*

Begreppet effektivitet kan ges olika innebörder. I direktiven är det systemets yttre effektivitet, den samlade effektiviteten i relation till medborgarna, som är huvudfrågan. En effektiv vård och omsorg ska motsvara medborgarnas behov, ges med tillräcklig kvalitet och utan att mer resurser än nödvändigt används. Vi har valt att göra en bred tolkning av medborgarbegreppet, så att det handlar om att påverka situationen för användarna (patienter/brukare) och deras anhöriga, för de yrkesverksamma i olika funktioner och för hela allmänheten som har intresse av att det ska finnas bra vård och omsorg när man behöver den, utan att kostnaderna är högre än nödvändigt. För att göra detta konkret, har vi låtit våra frågeställningar och resonemang ta sin utgångspunkt från dessa olika

aspekter av medborgarperspektiv. Vi har också försökt bedöma våra förslag ur denna bild av effektivitet. Det är det samlade resultatet av huvudmännens, statens och övriga aktörers stöd och styrning som är viktigt.

Man kan även använda begreppet ”inre effektivitet” för att beskriva den statliga strukturens egen produktivitet, utifrån de resurser den förfogar över. Effektivisering i det perspektivet handlar om att sänka de statliga verksamheternas kostnader utan att försämra deras resultat, eller om att göra det möjligt för dem att åstadkomma mer utan att det höjer kostnaderna, eller en kombination av båda. Sådan effektivisering är naturligtvis alltid angelägen – och den är både ett löpande ansvar för alla ansvariga chefer och ett viktigt perspektiv i strukturella översyner, inklusive vår utredning.

Våra förslag ska leda både till en ökad yttre och inre effektivitet i vården och omsorgen. De statliga myndigheterna i systemet kan bli effektivare i sig, samtidigt som statens stöd och styrning på ett effektivare sätt kan bidra till en bättre vård och omsorg.

### 1.3 Omfattning och avgränsningar

#### *Ett decentraliserat system*

Riksdagen har i grundlagen beslutat att vård- och omsorgsområdet bäst utvecklas i ett decentraliserat system där kommuner och landsting finansierar, beslutar om och genomför verksamheten. Kommuner och landsting kan i sin tur överlåta åt andra producenter att bedriva verksamheten. Det innebär att statens roll i systemet är nära kopplad till kommuner och landsting och övriga producenter. Det innebär också att den styrning som riksdag och regering utövar i vård- och omsorgssystemet, får konsekvenser inte bara för de statliga myndigheterna, utan framför allt för huvudmän och producenter, både privata och offentliga. Statens samlade insatser i form av stöd och styrning ska syfta till att ge kommuner, landsting, regioner, utförare och enskilda yrkesutövare så bra förutsättningar som möjligt att åstadkomma en god vård och omsorg för befolkningen. Det sker dels genom stöd till utveckling och förnyelse, dels genom insatser för att säkerställa att de av Riksdagen fastställda kraven för vården och omsorgen följs.

*Olika sätt att definiera vård och omsorgsområdet*

Vård- och omsorgssystemet kan beskrivas och avgränsas på olika sätt. Det kan definieras som de verksamheter som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen respektive Socialtjänstlagen. I det statliga utgiftsområdet för hälsovård, sjukvård och social omsorg ingår frågor som hälso- och sjukvård, socialtjänst (individ- och familjeomsorg samt ungdoms- och missbruksvård), äldrevård, frågor med koppling till funktionshinder och personer med funktionshinder, barnrättsfrågor, folkhälsofrågor samt forskningsfrågor i de delar som berör vård- och omsorgssystemet.<sup>1</sup>

Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen är ramlagar, med övergripande mål för vården och omsorgen. Med utgångspunkt från dessa ska huvudmännen, kommuner och landsting, utforma insatserna efter lokala och regionala behov. I Hälso- och sjukvårdslagen anges vad sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda befolkningen. I Socialtjänstlagen anges både rättigheter, skyldigheter och mål för verksamheten, vilket ger andra möjligheter till överklagande, samtidigt som domstolarnas tolkning av gällande lagstiftning och praxis har en framträdande roll.<sup>2</sup> Dessa olika utgångspunkter för lagstiftningen medför svårigheter för de praktiska verksamheterna på många sätt, inte minst i relation till patienter och brukare som är i behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi har inte haft i uppdrag att pröva möjligheterna till en samlad lagstiftning för vården och omsorgen, som ett sätt att överbrygga dessa skillnader. Däremot utgår vi ifrån att våra förslag kring statens stöd och styrning bör bidra till att överbrygga gränserna mellan områdena, eftersom detta skulle förbättra situationen för många medborgare.

Utöver ramlagstiftningen i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen, finns många andra författningar som preciserar hanteringen av olika frågor, t.ex. kring kommunernas och landstingens skyldigheter, professionens skyldigheter och patientens inflytande. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:383, LSS) är en av de lagar som särskilt kan nämnas. Lagen ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor. Över tid har även ramlagstiftningen kompletterats med nya paragrafer som preciserar innebörden.

<sup>1</sup> Prop. 2011/12:1 vol.6 *Budgetpropositionen för år 2012*.

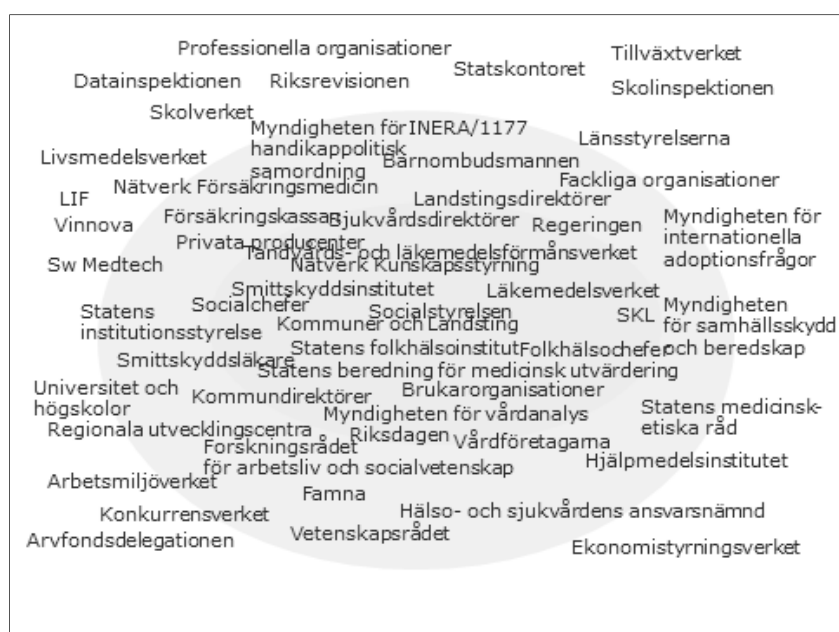
<sup>2</sup> Se t.ex. kommentarer i prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten*, prop. 2005/06:73 *Nationell samordning av riksjukevården*, prop. 2008/09:160 *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.

Alkohollagen (1994:1738) och Tobakslagen (1993:581) kan också nämnas för sin betydelse för människors hälsa och indirekt för vård- och omsorgsbehoven. Vid sidan av lagstiftningen finns olika politiska beslut för områdena, på nationell, regional och lokal nivå. EU-samarbetet är också en viktig grund för vården och omsorgen i Sverige, genom att mycket av den lagstiftning som införs är direkta anpassningar till bindande direktiv på EU-nivå.

### *Ett komplext system*

Vård- och omsorgssystemet är ett komplext system med många olika intressenter, kulturer, inneboende logiker, traditioner och hierarkier. Systemet utvecklas och styrs genom flera olika processer och skeenden. Starka professioner och organisationskulturer påverkar också komplexiteten.

**Figur 1.2** Illustration över aktörer i vård- och omsorgssystemet



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

Eftersom vården och omsorgen finansieras och drivs på många olika sätt, är det svårt att ge någon exakt bild av verksamheternas

omfattning. Sammantaget handlar det om verksamheter som kostar omkring en sjättedel av BNP.<sup>3</sup>

### 1.3.1 Om vård och omsorg

Utredningsdirektivet beskriver uppdraget som på samma sätt riktat mot vården och omsorgen. I delbetänkandet konstaterade vi att det finns goda skäl för ett sådant integrerat synsätt, men att förutsättningarna i flera avseenden är olika.

I många fall vänder sig vården och omsorgen till samma individer. Många av dem som har stora omsorgsbehov har också stora vårdbehov. Bristen på konkret samordning av olika vård- och omsorgsinsatser är i dessa fall ofta ett stort problem.

Ett bättre samspel mellan vården och omsorgen kan bara åstadkommas om det drivs med kunskap om och respekt för verksamheternas olika utgångslägen, styrkor och svagheter.

Vården, och särskilt de medicinska delarna av den, verkar i en på många sätt nationell och även internationell miljö. Både kunskapsutvecklingen och många av utbildningarna är till stor del geografiskt gränsöverskridande. Omsorgerna har istället starkare kopplingar till närmiljön och hemorten.

De skilda förutsättningar mellan vård och omsorg som vi har noterat<sup>4</sup> följer inte bara gränsen mellan verksamhet som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen respektive Socialtjänstlagen. Vissa skillnader finns också inom ett och samma område. Den kommunala hälso- och sjukvården har i många fall samma starka kopplingar till det lokala samhället som omsorgsverksamheterna. Historiskt har också modifieringar skett i finansieringsansvaret: Den så kallade Ädelreformen 1992 innebar exempelvis att stora delar av den långtidssjukvård och drevs med sjukvårdens begränsade patientavgifter överfördes till äldreboende med enskild betalning av hyra och hemtjänst i botten.

---

<sup>3</sup> Kostnaderna för hälso- och sjukvården låg år 2010 på 318 miljarder kronor, varav landstingens kostnader var 228 miljarder, kommunernas 24,3 miljarder, statens 5,7 miljarder och den privata sektorns kostnader 60,3 miljarder kronor enligt preliminära beräkningar hos Statistiska centralbyrån. Kostnaderna för omsorgen kan beräknas på olika sätt, där ett mått är kommunernas kostnader för äldre-, funktionshinderomsorg samt individ- och familjeomsorg, som år 2010 uppgick till 161 miljarder kronor, enligt Statistiska centralbyråns beräkningar. Till dessa summor kan läggas exempelvis statens insatser inom omsorgsområdet, investeringar i forskning om vård och omsorg samt olika insatser för att främja ohälsa och förebygga sjukdom. Kostnaderna för dessa insatser är svårare att beräkna, bland annat eftersom de är spridda på många aktörer.

<sup>4</sup> Se SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.

Ytterligare ett sätt att försöka fånga skillnaderna mellan vård och omsorg kan vara att använda begrepp som ”behandling” respektive ”omvårdnad”.<sup>5</sup> I en sådan renodlad bild kan behandling beskrivas som aktiva insatser som är direkt inriktade på förändring, t.ex. genom kirurgi, läkemedelsbehandling eller kognitiv beteendeterapi medan omvårdnad mer handlar om stöd för självläkning och god livskvalitet, t.ex. inom äldreomsorgen. Med sådana definitioner finns det inslag av behandling och omvårdnad både inom de verksamheter som styrs av hälso- och sjukvårdslagen och de som styrs av Socialtjänstlagen, även om tonvikterna är olika. Dikotomin inrymmer inte heller lika självklart sådana delar av socialtjänsten som bygger på klientbegreppet, som t.ex. individ- och familjeomsorgen.

I praktiken betyder detta bland annat att ambitioner att beskriva olika behandlingsmetoder och värdera deras resultat oftast uppfattas som naturliga när det gäller läkemedelsbehandling, kirurgi och missbrukarvård, men mera svårtillämpliga inom exempelvis äldreomsorgen.

#### *Patienter, brukare eller användare*

Inom vården är begreppet ”patient” relativt väldefinierat, den person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.<sup>6</sup> Inom omsorgen har det länge funnits en strävan att hitta ett motsvarande begrepp. Ordet ”brukare” används i många sammanhang, men är inte lika etablerat. ”Klient” är ett begrepp som ofta beskriver relationen inom delar av socialtjänsten, däribland individ- och familjeomsorg och missbruksvård. I vissa sammanhang, både inom omsorgen och vården, används ibland också begreppet ”kund”. Men eftersom ordet ”kund” ofta förknippas med en person som både betalar och själv kan välja, är det inte brett accepterat.

I vår utredning används orden ”brukare” och ”patient”, och som gemensamt begrepp ”användare”.

---

<sup>5</sup> Källa: Vårdförbundet.

<sup>6</sup> Socialstyrelsens termbank.

### 1.3.2 Gränstorna mot andra områden

#### *Socialförsäkringsområdet*

En viktig del i vård- och omsorgssystemet är socialförsäkringsområdet. I vårt uppdrag är frågan om socialförsäkringssystemen uttryckligen uteslutna, med hänvisning till den pågående utredningen *Hållbara försäkringar vid arbetslöshet och sjukdom*.<sup>7</sup> Vi har ändå valt att diskutera sambanden kortfattat i avsnitt 4.2.2 eftersom socialförsäkringsområdet har stor betydelse för vården och omsorgens utveckling totalt sett. Någon analys av försäkringssystemen som sådana görs inte.

#### *Folkhälsoområdet*

Ett annat område med starka kopplingar till vård och omsorg är hälsoområdet. Folkhälsoarbetets struktur och organisering präglas av en bred ansats. Styrningen och ansvarsfördelningen på detta område bygger på att samhället som helhet – inte bara vård- och omsorgssektorn – har ett ansvar för människors hälsa. Ansvaret vilar med denna ansats implicit också på alla och på var och en. Ansatsen innebär att den nationella politiken och styrningen inriktas mot flera övergripande frågor som har betydelse för folkhälsan.

---

<sup>7</sup> Dir. 2010:48 *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*.

Figur 1.3 Faktorer som påverkar folkhälsan



Källa: G Dahlgren och M Whitehead

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

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

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



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

För att nå det övergripande målet med hjälp av arbete med de 11 tillhörande bestämningsfaktorerna krävs ett sektorsövergripande arbetssätt och en bred samverkan mellan berörda aktörer. Statens folkhälsoinstitut har ett särskilt ansvar att följa upp och utvärdera folkhälsans utveckling och alla samhällssektors åtgärder inom folkhälsoområdet. Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen fungerar som nationella kunskapscentrum på området.<sup>9</sup> Utöver dessa tre myndigheter, har ett stort antal statliga myndigheter uppdrag att rapportera om vidtagna åtgärder inom folkhälsoområdet och att leverera relevant statistik.<sup>10</sup> Den större delen av det praktiska folkhälsoarbetet genomförs dock på regional och lokal nivå.<sup>11</sup> Många är berörda: dels de statliga myndigheterna inom området, kommuner och landsting, men också andra aktörer såsom näringslivet, ideella organisationer och enskilda medborgare.

I vårt uppdrag ingår inte att pröva den fortsatta inriktningen av den samlade folkhälsopolitiken, att se över målen för området eller att pröva ansvarsfördelningen mellan stat och huvudmän när det

---

<sup>9</sup> Arbetet för att främja hälsa och förebygga sjukdom sker med många olika verktyg och genom flera olika myndigheter. Förutom uppföljning, utvärdering och kunskapsutveckling sker också tillsyn, kontroll och bevakning.

<sup>10</sup> Dessa myndigheter är: Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), Jordbruksverket, Statens kulturråd (Kulturrådet), Livsmedelsverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Statens skolverk (Skolverket), Statistiska centralbyrån (SCB), Strålsäkerhetsmyndigheten samt Ungdomsstyrelsen. Källa: FHI 2010:16, *Folkhälsopolitisk rapport 2010*.

<sup>11</sup> Prop. 2011/12:1 *Budgetpropositionen för år 2012*.

gäller folkhälsopolitiken. Med detta sagt är det viktigt att också se kopplingarna till andra områden som har stor betydelse för människors hälsa, när vi nu tar fram förslag som fokuserar just vården och omsorgen.

#### *Funktionshinderspolitiska området*

Ytterligare ett område med starka kopplingar till vård och omsorg, är funktionshinderspolitiken. Målet för funktionshinderspolitiken är

- en samhällsgemensam med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder

Utgångspunkten är ett samhälle som utformas så att alla människor, inklusive de som har funktionsnedsättning, ges möjlighet till full delaktighet i samhället och jämlikhet i levnadsvillkor. Myndigheten för handikappolitisk samordning, Handisam, samordnar arbetet med genomförande och uppföljning av politiken, medan de operativa insatserna genomförs av myndigheter inom de flesta samhällssektorer. Inom ramen för funktionshinderspolitiken finns ett omfattande stödsystem som via socialförsäkringssystemen och Försäkringskassan finansierar de insatser som behövs. Stödets omfattning – i synnerhet statens och kommunernas kostnader för assistansersättningar – har ökat kraftigt under senare år.<sup>12</sup> Eftersom dessa stöd är en del av socialförsäkringssystemen, diskuterar vi inte närmare stödets utformning eller framtida finansieringslösningar i detta betänkande.

Vi har inte haft i uppdrag att pröva den fortsatta inriktningen av den samlade funktionshinderspolitiken, att se över målen för området eller att pröva ansvarsfördelningen mellan stat och huvudmän när det gäller funktionshinderspolitiska frågor. Med detta sagt är det viktigt att också se kopplingarna till andra områden som har stor betydelse för personer med funktionshinder och deras

---

<sup>12</sup> Se t.ex. Statskontoret 2011:16 *Försäkringskassans handläggning av assistansersättning*, RiR 2004:7 *Personlig assistans till funktionshindrade*.

möjligheter att delta aktivt i samhällslivet, när vi nu tar fram förslag som fokuserar just vården och omsorgen.

### *Barnrättspolitik*

Barnrättspolitiken ingår i det statliga utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg, men hör också till ett av de områden som har en bredare målgrupp än vården och omsorgen. Barnrättspolitiken syftar till att ta tillvara och stärka barns rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Perspektivet ska genomsyra all politik liksom alla verksamheter som rör barn. Barnombudsmannen har i detta sammanhang i uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen, driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor beslutar om auktorisation av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner, utövar tillsyn över dessa sammanslutningar, samt informerar i frågor om internationella adoptioner. Därutöver krävs insatser inom alla de områden där barn är berörda.<sup>13</sup>

### *Forskning och utbildning*

Fokus i vårt uppdrag ligger på de statliga myndigheternas förmåga att stötta och styra vården och omsorgen. Kunskapsspridning och – generering är en viktig del i detta arbete. När det gäller utbildningarnas kapacitet att möta sektorns behov, och sektorns förutsättningar för livskraftiga forskningsmiljöer och innovationsklimat har vi haft begränsade möjligheter att diskutera dessa frågor inom ramen för vårt uppdrag. Med detta sagt vill vi ändå peka på frågans vikt.<sup>14</sup> Frågan om förutsättningarna för forskning och utbildning behöver kontinuerligt analyseras och förslag tas fram kring viktiga utvecklings- och förbättringsområden, för att säkerställa fortsatt stöd till forskning av hög kvalitet.

---

<sup>13</sup> Prop. 2011/12:01 *Budgetpropositionen för 2012*.

<sup>14</sup> Se t.ex. FAS (2011) *Socialdepartementets politikområden inom hälsa och välfärd – en samlad forskningsstrategi*.

### *Andra områden*

Utöver de områden som nämnts specifikt ovan, finns betydelsefulla gränsområden gentemot vården och omsorgen, där både verksamhetsinriktningen och/eller det offentliga ansvaret gör avgränsningen mindre tydlig. I dessa gränsområden finns bland annat vuxentandvården som är offentligt reglerad men huvudsakligen privat finansierad samt optiker, hälsokost och kosmetiska behandlingar, som bara delvis är offentligt reglerade och är i stort sett helt privat finansierade. Här finns t.ex. läkemedelsbranschen och medicintekniska branschen, men också tjänster som delfinansieras via RUT-avdrag.

### **1.3.3 Avgränsningar**

Den samlade bilden är att en kristallklar avgränsning av vård- och omsorgssystemet är omöjlig att göra. Det finns ett antal kärnområden som handlar om bl.a. offentligt finansierad hälso- och sjukvård inklusive tandvård, socialtjänst (med individ- och familjeomsorg samt ungdoms- och missbruksvård), äldreomsorg, barnrättsfrågor, folkhälsofrågor, stöd till funktionshindrade, samt forskning relaterade till dessa områden. De statliga myndigheter som har någon koppling till vården och omsorgen är många. De som har en avgörande roll utifrån de frågeställningar som vårt uppdrag har, är å andra sidan färre.

I vårt arbete har den generella utmaningsbilden för sektorn som helhet och dess beröringspunkter med de statliga myndigheterna styrt vår avgränsning. Under kartläggnings- och analysarbetet har problembilden fördjupats och justerats. Våra slutliga förslag omfattar tio statliga myndigheter, en ideell förening samt ett bolag, Apotekens Service AB.<sup>15</sup>

### *Inledande avgränsning*

Inledningsvis lät vi de 16 myndigheter och organisationer med direkta kopplingar till Socialdepartementets vård- och omsorgsområden ingå i vår kartläggning. Dessa kopplades till utredningen i form av en referensgrupp:

---

<sup>15</sup> Se vidare kap 5.

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

Vi har kartlagt dessa myndigheter och organisationer, deras omfattning, uppgifter och regeringens styrning av dessa. Uppdraget i direktiven anger att Socialstyrelsens ändamålsenlighet och effektivitet ska bedömas särskilt. Det har däremot inte ingått i vårt uppdrag att granska övriga myndigheter var och en på detta sätt.

#### 1.4 Utgångspunkter från delbetänkandet

I oktober 2011 lämnade vi ett delbetänkande till regeringen, *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.<sup>16</sup> Delbetänkandet svarar på frågorna 1–4 i direktiven, samt beskriver de huvudsakliga bedömningar som utredningen gör av vårdens och omsorgens framtida utmaningar i fem övergripande utmaningar och tio områden där det behövs förbättringar.

---

<sup>16</sup> SOU 2011:65.

Kortfattat konstaterar vi i delbetänkandet att det finns ett behov av en genomgripande översyn av statens sätt att styra och stödja vård- och omsorgssystemet, och att myndighetsstrukturen därför bör omprövas. Vi konstaterar också att en effektivare statlig styrning kan uppnås utan resursförstärkningar, eftersom en del av problemen i den nuvarande statliga styrningen beror på att det finns överlappningar och komplicerande faktorer mellan myndigheter med likartade uppgifter.

De fem övergripande utmaningarna skapar förändringstryck på både verksamheterna och på statens stöd till och styrning av vård- och omsorgssystemet: *resursutmaningen, internationaliseringen, kunskaps- och IT-utvecklingen, viljan och möjligheten för patienter och brukare att utöva inflytande över sin egen vård och omsorg samt ökad mångfald i produktion och finansiering*. De fem övergripande utmaningarna förändrar också förutsättningarna för den lokala och regionala politiska styrningen.

Våra tio vägledande bedömningar för hur statens stöd och styrning bör utvecklas för att bättre möta dessa fem grundläggande utmaningar:

1. Samordning för vård och omsorg på lika villkor. Behoven av nationell samordning för lika villkor har vuxit på senare tid, både inom vården och omsorgen.
2. Bättre stöd till patienters och brukares inflytande. Stödet till patienter, brukare och anhöriga som kan och vill bestämma mer över sin vård och omsorg kan utvecklas.
3. Samordning för kvalitet och effektivitet. Sverige är ett litet land sett till invånarantalet men stort till ytan. Nationell samordning krävs både ur ett tekniskt perspektiv och för att kunna arbetsfördela på ett effektivt sätt.
4. Vidareutveckling av kunskapsstyrningen. Processerna att ta fram kunskap måste bli snabbare och mer samordnade, och resultaten mer lättillgängliga för användaren.
5. Mer kraft behövs i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Arbetet måste i första hand integreras i vårdens och omsorgens löpande arbete och kunskapsutveckling.
6. Mer samordnad hantering av de formella styrmedlen. Statens tillsyn, föreskriftsarbete och arbete med tillstånd kan hanteras mer samordnat och snabbare för att bättre svara mot en sektor där mångfalden av aktörer ökar.

7. Vidareutvecklade arenor för gemensamt utvecklingsarbete. De positiva erfarenheterna från samverkan mellan Socialdepartementet och SKL behöver tas tillvara, med en förtydligad ansvarsfördelning och bättre involvering av myndigheterna.
8. Resursutmaningen kräver beredskap för att hantera prioriteringar, avgränsningar och strategiska satsningar. Staten behöver kontinuerligt både säkerställa en helhetsbild över vårdens och omsorgens samlade resursbehov, och kunna föra en diskussion om prioriteringar och om innehållet i det offentliga åtagandet.
9. Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar. Ett förändringsledarskap krävs som ger medarbetare större möjligheter att utvecklas kontinuerligt.
10. Regeringens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk. Genomslagskraften för de politiska prioriteringar som görs på nationell nivå kan öka med större långsiktighet, uthållighet och mer samlade strategiska beslut.

Figur 1.4 Illustration över delbetänkandets bedömningar



## 1.5 Metod och angreppssätt

Vi inledde vårt arbete med en genomgripande analys av hur vården och omsorgen fungerar i dag och vilka utmaningar systemet står inför under de närmaste 10–20 åren. I enlighet med våra direktiv har vi kartlagt de berörda myndigheternas strukturer och arbetsuppgifter, och analyserat de olika styrmedel som staten använder.

Som en del i vår kartläggning har vi genomfört över 150 kvalitativa intervjuer med personer som arbetar i eller med vård- och omsorgssystemet eller dess närhet, eller som har stora kunskaper inom de områden som vårt uppdrag innefattar. Intervjuer har genomförts med 34 personer i de statliga myndigheterna, varav samtliga ledningar för de myndigheter och organisationer som knutits till arbetet i en referensgrupp<sup>17</sup>. Många av dessa personer har vi träffat vid flera ytterligare tillfällen för uppföljande samtal. Vi har intervjuat 21 personer verksamma i Regeringskansliet, många på Socialdepartementet men också på andra departement. Några av dessa har vi träffat flera gånger för att följa upp vissa frågor. Vi har intervjuat 24 personer verksamma på den kommunala nivån i vård- och omsorgssystemet, och 7 personer på landstingsnivå. Intervjuer

<sup>17</sup> Se avsnitt 1.3.3.



har också skett med 14 forskare, samt med 22 representanter för professionella och fackliga organisationer. 12 personer som företräder branscher med koppling till vård och omsorg, industri och fristående producenter av vård och omsorg har intervjuats, liksom 18 personer verksamma eller tidigare verksamma i utredningsarbete som inneburit översyner av statsförvaltningen.

Vi har bitt dessa personer, som från olika utgångspunkter har stora kunskaper om vård- och omsorgssystemet och av statsförvaltningen, att ge oss sina bilder av sektorns utmaningar, i dag och under de närmaste 10–20 åren, och hur dessa utmaningar påverkar statens uppgifter. Våra frågor har varit öppet formulerade och intervjupersonerna har själva kunnat välja vilka aspekter de velat lyfta fram. Som ett komplement till dessa intervjuer har vi tagit del av material som anknyter till utredningens frågeställningar. Denna analys har varit utgångspunkten för vår problembild och för det delbetänkande som presenterades i oktober 2011.<sup>18</sup>

Vid sidan om dessa intervjuer har möten med grupper av aktörer ägt rum. Bland dessa kan särskilt nämnas Socialutskottet, landstingsdirektörs- och hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverken på SKL, patient- och brukarorganisationer<sup>19</sup>, EU-kommissionen, NSK<sup>20</sup>, SKL:s förtroendevalda och presidium, SKL:s nätverk för folkhälsochefer i landstingen och motsvarande för kommunnivå, Statsrådsberedningens samordningskansli, lokala fackföreningar på Socialstyrelsen, personalen på Statens folkhälsoinstitut, privattandläkarna, föreningen SACO-vård<sup>21</sup> och föreningen Sveriges socialchefer.

Utredningen har haft löpande kontakt med politiker på nationell nivå – statsråd, riksdagsledamöter och statssekreterare.

I vårt arbete har SKL bistått på många sätt, både i diskussioner och möten och genom konkret underlag till utredningen. Detta stöd har varit viktigt för vår förståelse för vård- och omsorgssystemet ur ett kommunalt och landstingskommunalt perspektiv.

---

<sup>18</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.

<sup>19</sup> Deltagande organisationer: Astma- och allergiförbundet, Pensionärernas Riksorganisation, Prostatacancerförbundet, Hjärt- och lungsjukas Riksförbund, Svenska Diabetesförbundet, Sveriges Pensionärsförbund, Demensförbundet, Lika Unika, Famna, Reumatikerförbundet, Riksförbundet för Social och Mental hälsa, Riksförbundet Attention.

<sup>20</sup> Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning.

<sup>21</sup> Deltagande organisationer: Akademikerförbundet SSR, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Dietister, Sveriges Farmaceutförbund, Svenska Logopedförbundet, Sveriges Läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund.

De 16 myndigheter och organisationer som ingått i referensgruppen till utredningen och som redovisats ovan, har bistått i arbetet både genom att delta aktivt i dialoger och diskussioner med utredningen, samt genom att formulera sina bilder av hur ett framtida vård- och omsorgssystem bör se ut och fungera utifrån de utmaningar som väntar. Vi har haft stor nytta av dessa konstruktiva synpunkter. Myndigheterna har faktagranskat beskrivningen av sina organisationer.

För att komplettera arbetet, har vi bett fem svenska forskare med olika perspektiv på vård- och omsorgssektorn att delge oss sina erfarenheter. Forskarna har beskrivit sin syn på vilka faktorer som fram till år 2025 påverkar statens förutsättningar att agera i vård- och omsorgssektorn, hur detta påverkar statens roll och styrning och resonerat kring hur staten bör organisera sig för att möta dessa utmaningar på ett effektivt sätt. Inför slutjusteringen av rapporterna genomfördes ett gemensamt seminarium då de fem olika analyserna diskuterades. De fem rapporterna finns samlade i Bilaga 5.

På vårt uppdrag har European Observatory on Health Systems and Policies<sup>22</sup>, skrivit en rapport om utmaningar och statlig styrning i 11 andra länder.<sup>23</sup> Denna rapport utkommer inom kort också i en uppdaterad version. Utredningssekretariatet har också mött experter från observatoriet i en särskild workshop. Utredningssekretariatet har också besökt Norge, Danmark, Finland, England, Nederländerna och Belgien/Bryssel, det sistnämnda främst för att få en europeisk överblick.

Utredningen har samrått med styrelseordföranden i Apotekens Service AB, med den parlamentariska utredningen Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet samt med utredningen Översyn av statlig regional förvaltning m.m.<sup>24</sup> Utredningen har även samrått med Arbetsgivarverket.

För att få en närmare uppfattning om vilka författningsmässiga konsekvenser som skulle bli följden av vårt förslag, har utredningen gått igenom stora delar av de lagar och förordningar som reglerar myndigheternas verksamheter. Genomgången redovisas i bilaga 6.

---

<sup>22</sup> <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/about-us>

<sup>23</sup> Se Bilaga 4.

<sup>24</sup> Dir 2010:48, *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*, Dir. 2009:62, *Översyn av statlig regional förvaltning*, tilläggsdir. 2010:72.

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

## 1.6 Förkortningar

Genomgående i vårt betänkande gäller att begreppet landsting även inbegriper begreppet regioner.<sup>25</sup> I texten använder vi oss av följande förkortningar:

Alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT)  
Apotekens Service AB (APSE)  
Barnombudsmannen (BO)  
Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)  
Försäkringskassan (FK)  
Hjälpmiddelsinstitutet (HI)  
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)  
Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)  
Läkemedelsverket (LV)  
Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)  
Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)  
Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys)  
Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK)  
Patientsäkerhetslagen (PSL)  
Riksrevisionen (RiR)  
Smittskyddsinstitutet (SMI)  
Statens Medicinsk-Etiska råd (SMER)  
Socialstyrelsen (SoS)  
Socialtjänstlagen (SoL)  
Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)  
Statens folkhälsoinstitut (FHI)  
Statens institutionsstyrelse (SIS)  
Statens medicinsketiska råd (SMER)  
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

---

<sup>25</sup> RF 1 kap, 7§§, 14 kap. 1-6§§ samt 2 kap 1 § KL.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)  
Vetenskapsrådet (VR)  
Verket för innovationssystem (Vinnova)

## 2 Statens styrning och uppgifter inom vård- och omsorgssektorn i dag

### 2.1 En beskrivning av styrkedjan

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

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

Regeringen kan själv precisera styrningen genom att besluta om föreskrifter, under beteckningen förordningar. I förordningarna fattar regeringen bl.a. beslut om ansvar och uppgifter för de statliga myndigheterna (förordningar med instruktion). Förordningar kan också användas för att styra huvudmännens ansvar på olika områden, under förutsättning att det finns ett bemyndigande för regeringen. Av Regeringsformen följer annars att åligganden för kommuner och landsting ska ske genom lagstiftning. En föreskrift är bindande, kan utgöra grund för tillsyn, och kan meddelas genom en lag eller förordning.

De statliga myndigheterna ansvarar inom sina verksamhetsområden för att gällande lagstiftning följs.<sup>1</sup> Regeringens ambition med styrningen av statsförvaltningen är att den ska vara tydlig,

---

<sup>1</sup> Myndighetsförordning (2007:515).

inriktad mot verksamheten, verksamhetsanpassad och medborgarorienterad. Regeringen skriver:

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

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

### 2.1.1 Myndigheternas styrmedel

Även myndigheterna har olika styrmedel till sitt förfogande, för att åstadkomma utveckling i de områden där de är verksamma. Ett av dessa styrmedel är att utöva tillsyn i enlighet med gällande regler. Myndigheterna meddelar också föreskrifter, dvs. generellt gällande, bindande regler.

En myndighet har dock ingen behörighet att meddela föreskrifter inom sitt verksamhetsområde enbart i sin egenskap av att vara myndighet. Denna behörighet uppkommer först genom ett bemyndigande av regeringen i förordning. Ett bemyndigande ger aldrig en myndighet en generell rätt att besluta föreskrifter, utan avser alltid behörighet att meddela föreskrifter på ett på visst begränsat område.<sup>3</sup> Ett exempel är Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:2) om smittspårningspliktiga sjukdomar som Socialstyrelsen har meddelat med stöd av ett bemyndigande i 7 § Smittskyddsförordningen (2004:255).

En stor del av många myndigheters styrning utgörs av allmänna råd, dvs. regler som skiljer sig från föreskrifter genom att de inte är bindande för vare sig myndigheter eller enskilda. Med allmänna råd avses sådana generella rekommendationer om tillämpningen av en författning som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst

---

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

<sup>3</sup> Ds.1998:43, s. 24

hänseende.<sup>4</sup> För att en myndighet ska få besluta allmänna råd behövs inget särskilt bemyndigande.

En myndighet kan utfärda allmänna råd för att främja en enhetlig tillämpning av en viss författning eller för att bidra till utveckling i en viss riktning utan att formellt binda den som råden är riktade till. Exempel på allmänna råd är Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12). Socialstyrelsen ger i dessa allmänna råd rekommendationer till stöd för tillämpningen av bestämmelsen i 3 kap. 3 § andra stycket Socialtjänstlagen (2001:453). Enligt bestämmelsen ska det för utförande av uppgifter inom socialtjänsten finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. I råden anges de grundläggande kunskaper och förmågor som den personal som omfattas av råden bör ha.

Myndigheterna tar även fram en mängd andra dokument som inte är juridiskt bindande som t.ex. kan benämnas handböcker, riktlinjer eller vägledningar. Det kan handla om dokument som innehåller sådan information som inte får tas in i de bindande reglerna, t.ex. motivuttalanden, rättsfallsreferat eller myndighetens uppfattning om hur ett regelverk bör tolkas för att ge användaren en så fullständig information som möjligt. Ett exempel är Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2011:19) om kliniska läkemedelsprövningar på människor. Denna vägledning är avsedd att främja en enhetlig tillämpning av föreskrifterna och vänder sig till de aktörer (bl.a. läkemedelsföretag, prövare och tillverkare av prövningsläkemedel) som medverkar i genomförandet av kliniska läkemedelsprövningar på människor. Andra typer av dokument är bl.a. de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram som ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör bedriva.

Myndigheterna kan också påverka verksamheterna genom uppföljning, samordning, kunskapsutveckling, information, egna förslag till regeringen, utvärdering samt dialog och samspel med huvudmännen och regeringen. Även kommunerna har föreskriftsrätt och kan utöva tillsyn inom olika områden, t.ex. lokalt miljö- och hälsoskyddsarbete.

---

<sup>4</sup> 1 § författningssamlingsförordningen (1976:725).

### 2.1.2 Myndigheternas ledningsformer

Av myndighetsförordningen framgår att förvaltningsmyndigheter under regeringen kan ledas av antingen en myndighetschef (enrådighetsmyndighet), en styrelse (styrelsemyndighet) eller en nämnd (nämndmyndighet).<sup>5</sup> Regeringens utgångspunkt är att verksamhetens art, politiska prioriteringar och regeringens behov av att styra myndigheten på ett visst sätt bör vara utgångspunkten för valet av ledningsform.

#### *Enrådighetsmyndighet med eller utan insynsråd*

De flesta förvaltningsmyndigheter leds som enrådighetsverk, då en generaldirektör ensam ansvarar för verksamheten inför regeringen. Ledningsformen passar för verksamhet som i hög grad är styrd av lag, som i huvudsak är av rutinärende- och servicekaraktär, verksamhet av främjande karaktär eller verksamheter med ett litet finansiellt ansvar, menar regeringen.<sup>6</sup> Drygt 100 förvaltningsmyndigheter leds för närvarande som enrådighetsmyndigheter.

En majoritet av de drygt 100 förvaltningsmyndigheter som leds av en myndighetschef har ett insynsråd. Myndighetschefen ska vara ordförande i insynsrådet och hålla rådet informerat om verksamheten. Utöver myndighetschefen kan insynsrådet bestå av förtroendevalda ledamöter och/eller ledamöter från myndigheter och organisationer av särskild betydelse för myndighetens verksamhet. Ledamöterna utses av regeringen på viss tid. Insynsrådets uppgift är att utöva insyn i verksamheten och att ge myndighetschefen råd. Det har inga beslutsbefogenheter. Insynsråd kan förekomma exempelvis då insyn i verksamheten av medborgare och politiker bedöms som särskilt angelägen eller när verksamheten har breda kontaktytor mot många olika grupper.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Myndighetsförordningen gäller för förvaltningsmyndigheter under regeringen om det inte finns en författningsbestämmelse som avviker från myndighetsförordningen, då gäller den bestämmelsen.

<sup>6</sup> Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.*

<sup>7</sup> Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.*



### *Styrelse*

Styrelse med fullt ansvar är en lämplig ledningsform för myndigheter som beslutar om medel i stor omfattning, myndigheter med stora anslag eller transfereringar, myndigheter som förvaltar stora tillgångar, forskningsintensiv eller kunskapsproducerande verksamhet eller verksamhet som i stor utsträckning påverkar näringsliv, kommuner och landsting.<sup>8</sup> Myndigheter som omfattas av internrevisionsförordningen (2006:1228) bör ledas av en styrelse eftersom internrevisionen då ges bäst förutsättningar att verka.

I styrelsemyndigheter är det styrelsen som ansvarar inför regeringen för verksamheten. Myndighetschefen ansvarar inför styrelsen för den löpande verksamheten enligt de direktiv och riktlinjer som styrelsen beslutar. Myndighetschefen ska ingå i styrelsen, men inte vara dess ordförande eller vice ordförande. Myndighetschefens uppgifter är bl.a. att hålla styrelsen informerad om verksamheten, förse styrelsen med underlag för beslut och verkställa styrelsens beslut. Därtill svarar myndighetschefen under styrelsen för myndighetens arbetsgivarpolitik och företräder myndigheten som arbetsgivare.<sup>9</sup>

### *Nämnd*

I en nämndmyndighet är det nämnden som ansvarar för verksamheten inför regeringen. Nämndmyndigheter kännetecknas av ett snävt ansvarsområde, en liten organisation och en kollektiv beslutsform. Vissa nämnder har en domstolsliknande karaktär. Om regeringen har bestämt att myndigheten ska ha ett eget kansli leds det i regel av en kanslichef. Det är dock vanligt att en vårdmyndighet sköter administrationen.

### *Särskilda organ*

I flera av de myndigheter som omfattas av vår utredning finns beslutsgrupper som fattar självständiga beslut med bara en begränsad påverkansmöjlighet från vårdmyndigheten. Grupperna regleras i myndigheternas instruktioner.

---

<sup>8</sup> Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

<sup>9</sup> Myndighetsförordning (2007:515).

## 2.2 Myndigheterna och deras uppgifter i dag

Som vi beskrivit i kapitel 1 har vi som utgångspunkt låtit 16 myndigheter och organisationer ingå i vår kartläggning av det statliga vård- och omsorgssystemet. Denna grupp har även bistått oss i vårt utredningsarbete genom att myndighetscheferna (eller motsvarande) ingått i en referensgrupp. I bilaga 3 i vårt delbetänkande finns en fördjupad beskrivning av myndigheterna och organisationerna var och en.<sup>10</sup> I bilaga 3 i detta betänkande finns en fördjupad verksamhetsbeskrivning av de myndigheter/organisationer som berörs av våra förslag, som bygger på myndigheternas egna uppgifter. Gruppen har getts möjlighet att faktagranska beskrivningarna. Socialstyrelsen roll och ändamålsenlighet analyseras mer fördjupat i kapitel 3. Nedan följer en kortfattad beskrivning av myndigheternas uppdrag och omfattning.

Uppgifterna om myndigheternas storlek redovisas här genom bokslutsuppgifter för 2010 som anger anslag, övriga intäkter och medeltal anställda.

För de myndigheter som direkt berörs av våra förslag, redovisar vi dessutom aktuella uppgifter i form av myndighetschefernas bedömning av antal årsarbetare 2012.<sup>11</sup> Uppgiften kan ses som ett komplement till uppgifterna för 2010. Dessa bedömningar avser helårsarbetskrafter och innefattar även inhyrd arbetskraft och kan bland annat av dessa skäl inte direkt jämföras med bokslutsuppgifterna för 2010.

### *Barnombudsmannen (BO)*

Barnombudsmannens uppgifter är reglerade i lag<sup>12</sup>. Barnombudsmannen ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen mot bakgrund av Sveriges åtagande enligt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Barnombudsmannen ska även driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Därutöver finns ytterligare uppgifter, exempelvis att föreslå författningsändringar och samla kunskap och sammanställa statistik om barns och ungas levnadsvillkor.

---

<sup>10</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem*.

<sup>11</sup> Bilaga 3.

<sup>12</sup> Lag (1993:335) om Barnombudsman.

**Tabell 2.1 Barnombudsmannen, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	17 901	5 461	23 632	20

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)*

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har till uppgift att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet samt inom social- och folkhälsovetenskap. Inom ramen för denna uppgift har FAS ett antal uppgifter, främst fördela medel till forskning men även en rad andra uppgifter, exempelvis bedöma kvaliteten, nyttiggörandet och samhällsrelevansen i den egna verksamheten och i utvärderingen av den forskning till vilken rådet har fördelat medel samt utreda angelägna forskningsbehov.<sup>13</sup>

**Tabell 2.2 FAS, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	33 229	1 769	34 998	22

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### *Försäkringskassan (tandvårdsdelen)*

Försäkringskassan är förvaltningsmyndighet för de delar av socialförsäkringen och andra förmåner och ersättningar som enligt lag eller förordning ska administreras av Försäkringskassan. Verksamheten består huvudsakligen i att besluta och betala ut sådana förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för, däribland statligt tandvårdsstöd.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

<sup>14</sup> Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

**Tabell 2.3** Försäkringskassan, finansiering och anställda, 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	7 198 000	945 000	8 143 000	12 867

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### *Hjälpmedelsinstitutet (HI)*

Hjälpmedelsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum inom området hjälpmedel och tillgänglighet för människor med funktionsnedsättning. Hjälpmedelsinstitutet är ingen myndighet utan en ideell förening med staten och Sveriges Kommuner och Landsting som huvudmän. Institutet har lagstöd för att utföra vissa förvaltningsuppgifter<sup>15</sup>. Institutet har ett årligt fast anslag som formellt regleras i Socialstyrelsens regleringsbrev.

**Tabell 2.4** Hjälpmedelsinstitutet, finansiering och anställda, 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	51 876	48 876	99 752	76

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer HIs ledning att verksamheten kommer att kräva cirka 75 egna och inhyrda helårsarbetskrafter.

### *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)*

Socialstyrelsen har från och med 1 januari 2011 övertagit hanteringen av patientklagomål från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). HSAN:s uppgifter har begränsats till att pröva ärenden om provotid, återkallelse av legitimation och annan behörighet, begränsning av förskrivningsrätt samt ny legitimation och behörighet.<sup>16</sup> Från och med den 1 juli 2011 är HSAN en nämnd-

<sup>15</sup> Lag (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening.

<sup>16</sup> Förordning (2007:1019) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

myndighet. Kammarkollegiet sköter administrationen. HSAN tilldelas 18 696 tkr i anslag för år 2011.

**Tabell 2.5 HSAN, finansiering och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	29 354	2 898	32 252	33

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### Läkemedelsverket

Läkemedelsverket (LV) ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel och andra produkter som står läkemedel nära.<sup>17</sup> LV:s kontroll och tillsyn är till stor del lagreglerad genom exempelvis läkemedelslagen, lagen om kontroll av narkotika eller genom olika EG-förordningar. LV har också andra uppgifter, bland andra att svara för föreskrifter och allmänna råd samt delta i EU-samarbete och annat internationellt arbete.

**Tabell 2.6 Läkemedelsverket, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	0	612 525	612 525	610

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer LV:s myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 654 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk ökning sedan 2010.

### Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)

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

<sup>17</sup> Förordning (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket.

Handisam har som övergripande uppgifter att samordna arbetet inom funktionshindersområdet samt främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella funktionshinderspolitiken. Inom ramen för dessa uppgifter har Handisam en rad särskilda uppgifter, exempelvis ta fram åtgärder för att komma till rätta med problem inom området, bevaka internationella utvecklingen, bidra till kunskapsutveckling och utveckla metoder för att integrera funktionshindersperspektivet i processer och organisationer.<sup>18</sup>

**Tabell 2.7 Handisam, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter <sup>1</sup> , tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	19 976	23 299	43 275	27

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

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

- Inför 2012 bedömer Handisams myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 41 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar inte någon faktisk förändring i förhållande till 2010, utan enbart att bedömningen för 2012 avser både egna och inhyrda årsarbetskrafter.

#### *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)*

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) har till uppgift att skapa en hög kvalitet i den internationella adoptionsverksamheten i Sverige. MIA ansvarar för uppgifter enligt flera lagar och förordningar<sup>19</sup> samt fördelar statsbidrag till organisationer. MIA ska beakta barnkonventionen samt övervaka de svenska auktoriserade sammanslutningarnas arbete med internationell adoptionsförmedling, följa den internationella utveck-

<sup>18</sup> Förordning (2007:1134) med instruktion för Myndigheten för handikappolitisk samordning.

<sup>19</sup> Lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner, lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling, förordningen (1976:834) om prövning av utländskt beslut om adoption.

lingen, informera myndigheter och organisationer m.fl. samt får förhandla med myndigheter och organisationer i andra länder.<sup>20</sup>

**Tabell 2.8 MIA, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	12 037	280	12 317	11

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer MIAs myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 12 egna och inhyrda helårsarbetskrafter.

#### *Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys)*

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) bildades den 1 januari 2011. Vårdanalys har i uppgift att ur ett patient-, brukar och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt i gränssnittet mellan vård och omsorg. Mer specifikt har Vårdanalys i uppgift att, bland andra, följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga verksamheter samt utvärdera information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde.<sup>21</sup>

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

- Inför 2012 bedömer Vårdanalys myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 26 egna och inhyrda årsarbetskrafter.

<sup>20</sup> Förordning (2007:1020) med instruktion för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.

<sup>21</sup> Förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vårdanalys.

*Smittskyddsinstitutet (SMI)*

Smittskyddsinstitutets allmänna uppgifter är sammanfattningsvis:

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

Därutöver har SMI särskilda uppgifter bland annat inom krisberedskap, området hiv/aids, smittutbrott och internationellt samarbete.<sup>22</sup>

**Tabell 2.9 Smittskyddsinstitutet, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter <sup>1</sup>	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	202 265	129 453	332 718	324

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

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

- Inför 2012 bedömer SMIs myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 250 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk minskning sedan 2010, främst till följd av förändringar mellan 2010 och 2011.

*Socialstyrelsen (SoS)*

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

SoS har inom ramen för sitt övergripande uppdrag tre uppgifter: bygga upp och sprida kunskap, regelgivning och tillsyn. Därutöver finns ett antal övriga uppgifter avseende samordning bl.a. för

<sup>22</sup> Förordning (2010:604) med instruktion för Smittskyddsinstitutet.



insatser för barn, krisberedskap och smittskydd, erkännande av yrkeskvalifikationer samt statsbidrag.<sup>23</sup>

**Tabell 2.10 Socialstyrelsen, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	925 992	148 898	1 074 890	959

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer SoSs myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 1230 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en betydande faktisk ökning sedan 2010, främst till följd av två utvidgningar av uppdraget; övertagandet av tillsynen inom socialtjänstområdet samt övertagandet av huvuddelen av HSANs arbetsuppgifter.

#### *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)*

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården. SBU ska sammanställa utvärderingarna och sprida dem till vårdgivare och andra berörda. Myndigheten ska utvärdera hur denna kunskap använts och vilka resultat som nåtts. Utöver detta ska SBU vara kontakt i internationella frågor som rör utvärdering av medicinska metoder.<sup>24</sup>

**Tabell 2.11 SBU, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	56 248	14 845	71 093	48

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

<sup>23</sup> Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>24</sup> Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering.

- Inför 2012 bedömer SBU:s myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 66 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk ökning i förhållande till 2010, samt att bedömningen för 2012 avser både egna och inhyrda årsarbetskrafter.

#### *Statens folkhälsoinstitut (FHI)*

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Mer specificerat ska FHI göra en sektorsövergripande uppföljning av folkhälsans bestämningsfaktorer, utvärdera folkhälsopolitiska insatser, vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet samt ansvara för tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet samt området hälsofarliga varor. Tillståndsgivningen och tillsynen är styrd av lagar och EU-förordningar. FHI ska medverka i EU- och annat internationellt arbete.<sup>25</sup>

**Tabell 2.12 FHI, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	178 610	25 144	203 754	172

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer FHI:s myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 143 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk minskning sedan 2010, främst mellan 2010 och 2011.

#### *Statens institutionsstyrelse (SiS)*

Statens institutionsstyrelsens (SiS) verksamhet är indelad i ungdomsvård och missbruksvård. Vid de särskilda ungdomshemmen vårdas ungdomar med stöd av LVU<sup>26</sup> och de som dömts till sluten

<sup>25</sup> Förordning (2009:267) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut.

<sup>26</sup> Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

ungdomsvård enligt LSU<sup>27</sup>. Vid LVM-hemmen vårdas vuxna med missbruk med stöd av LVM.<sup>28</sup> SiS ska särskilt svara för

- planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen,
- anvisning av platser till hemmen,
- ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll,
- metodutveckling, forskning, och utvecklingsarbete.<sup>29</sup>

Tabell 2.13 SIS, intäkter och anställda, 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	772 570	1 390 300	2 162 870	3 354

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### Statens Medicinsk-etiska råd (SMER)

Regeringen inrättade Statens medicinsketiska råd (SMER) år 1985. Rådet tillkom på initiativ av socialutskottet i syfte att främja en fördjupad dialog om etiska frågor som väcks av medicinska forskningsframsteg mellan politiker och företrädare för vårdens discipliner, myndigheter och professioner. Motiven för rådet och de frågor som rådet bör ta upp beskrivs i en promemoria från Socialdepartementet.<sup>30</sup> En av rådets främsta uppgifter är att i ett tidigt skede uppmärksamma regeringen på utvecklingen inom sådan medicinsk forskning och behandling som kan vara etiskt kontroversiell.

Formellt är rådet en kommitté under Socialdepartementet och har ett sekretariat med tre anställda. Rådet består av ordföranden, åtta politiska ledamöter och tolv sakkunniga.<sup>31</sup>

<sup>27</sup> Lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU.

<sup>28</sup> Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

<sup>29</sup> Förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse.

<sup>30</sup> Socialdepartementet, protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-05, *Inrättande av ett råd för medicinsk-etiska frågor*.

<sup>31</sup> Socialdepartementet, protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-14, *Inrättande av ett råd för medicinsk-etiska frågor*.

*Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*

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

TLV ska vidare följa utvecklingen i andra länder, följa upp och utvärdera sina beslut samt informera berörda om sin verksamhet och sina beslut.<sup>32</sup>

**Tabell 2.14 TLV, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	87 667	1 734	89 401	56

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer TLVs myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 80 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk ökning sedan 2010.

Sammanfattningsvis har myndigheterna/organisationerna följande uppgifter i sina instruktioner.<sup>33</sup>

- Elva myndigheter har till uppgift att ta fram och sprida kunskap. Sju myndigheter verkar inom närliggande och ibland samma områden: FHI, LV, Vårdanalys, SMI, SoS, SBU och TLV.
- Fem myndigheter har tillsynsuppgifter inom olika områden. FHI (alkohol-, narkotika-, tobak, hälsofarliga varor), LV (läkemedel och andra produkter som står läkemedel nära), MIA (internationella adoptioner), SoS (hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel), TLV (apoteksmarknadens aktörer bland annat avseende reglerna för utbyte av läkemedel på apotek).

<sup>32</sup> Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

<sup>33</sup> Alla har inte instruktioner: Barnombudsmannens uppgifter regleras i lag. Hjälpmedelsinstitutet är ingen myndighet utan en ideell förening med staten och SKL som huvudmän. Institutets uppgifter regleras i lag om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter. SMER är formellt en kommitté, inrättandet av rådet beskrivs i ett regeringsbeslut från 1985.

- Fyra myndigheter arbetar med regelgivning: FHI (föreskriftsrätt avseende sina tillsynsområden), LV (svara för föreskrifter och allmänna råd), SoS (ansvara för föreskrifter och allmänna råd), TLV (svara för föreskrifter och allmänna råd).
- Tre myndigheter, LV, SiS och SMI, ska bedriva egen forskning.
- Sju myndigheter har forskningsanknutna uppgifter, FAS (främja och stödja), Handisam (initiera), FK (stödja), SMI (stödja), SBU (vetenskapligt utvärdera), SoS (följa, verka för), SMER (informations- och åsiktsutbyte om medicinsk-etiska frågor).
- Några myndigheter har så kallade "främjandeuppgifter", främst Handisam (genomförande av handikappolitiken), Barnombudsmannen (företräda barn och ungdomars intressen i enlighet med barnkonventionen), FHI (främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador) och SMI avseende HIV-prevention (främja ideella organisationers verksamhet) och antibiotikaresistens (främja tvärasektoriellt arbete, samt främja insatser på lokal och regional nivå).
- SIS ansvarar för behandlingshem och är den enda myndigheten som bedriver vård- och omsorgsverksamhet i egen regi.

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

- SoS fick den 1 januari 2011 ansvar för hanteringen av patientklagomål från HSAN. HSAN prövar nu endast behörighetsfrågor avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Från den 1 juli 2011 är HSAN en nämndmyndighet. Kammarkollegiet sköter handläggning och administration åt ansvarsnämnden.
- Vårdanalys bildades den 1 januari 2011 med övergripande uppgift att ur ett patient-, brukar och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvård, tandvård samt gränssnittet mellan vård och omsorg.
- Ansvaret för tillsyn över socialtjänsten och tillsyn enligt LSS fördes från länsstyrelserna till SoS den 1 januari 2010.
- Smittskyddsinstitutet ombildades 2010 och fick ett bredare och mer folkhälsoinriktat uppdrag med tonvikt på kunskapsuppbyggnad och kunskapsstyrning. Samtidigt fördes stora delar av

forskningsverksamheten till Karolinska institutet, medan uppgifter kring hiv/aids-prevention m.m. överfördes från SoS till SMI.

- I samband med reformen av det statliga tandvårdsstödet 2008 och omregleringen av apoteksmarknaden 2009, fick Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (tidigare Läkemedelsförmånsnämnden) ett bredare uppdrag.
- Statens folkhälsoinstitut omlokaliseras år 2005 till Östersund. I stort sett alla medarbetare nyrekryterades.

## 2.3 Myndigheternas registerhantering

Myndigheterna förfogar över ett flertal uppgiftssamlingar, register, som används till att stödja den egna verksamheten. Dessa register regleras i flera författningar som ger respektive myndighet rättsligt stöd för att hantera personuppgifter i de olika registren. Uppgifterna i registren omfattas av den sekretess som gäller för respektive myndighet, register eller del av myndighetens verksamhet där uppgifterna hanteras.

### *Rättsliga förutsättningar*

I regel är en myndighet personuppgiftsansvarig för de register som förs i den egna verksamheten. Detta innebär att myndigheten dels bestämmer ändamålen med och medlen för behandlingen av personuppgifter, dels är ansvarig för att behandlingen sker på ett lagligt och korrekt sätt och i enlighet med god sed.<sup>34</sup> Personuppgiftslagen (1998:204) hindrar inte att en myndighet eller annan extern aktör anlitas som personuppgiftsbiträde av andra myndigheter. Den myndighet som är personuppgiftsansvarig kan alltså välja att anlita en extern aktör som för myndighetens räkning sköter exempelvis drift och underhåll av IT-system för registrets hantering, statistiska sammanställningar, samkörningar eller annat som innebär att den externa aktören behandlar personuppgifter. Personuppgiftsbiträdet får bara behandla personuppgifterna enligt givna instruktioner och riktlinjer från den personuppgiftsansvarige. Biträdet är därmed osjälvständigt i den mening att biträdet inte kan

---

<sup>34</sup> Se 3 och 9 §§ personuppgiftslagen (1998:204).

bestämma för vilka ändamål personuppgifterna ska behandlas. Den personuppgiftsansvarige som anlitar ett biträde ska se till att relationen regleras i ett personuppgiftsbiträdesavtal.<sup>35</sup> Den personuppgiftsansvarige är oavsett om ett biträde anlitas alltid rättsligt ansvarig gentemot de registrerade. Det är alltid den personuppgiftsansvarige som har att fatta de formella besluten kring hanteringen av uppgifterna, t.ex. i fråga om registerinnehåll, uppgifternas utlämnande, eventuella samkörningar och andra bearbetningar.

### *Centrala uppgiftssamlingar hos myndigheterna*

Socialstyrelsen ansvarar bl.a. för fem hälsodataregister som innehåller personuppgifter om patienter. Dessa är patientregistret, medicinska födelseregistret, cancerregistret, läkemedelsregistret och tandhälsoregistret. I de förordningar som reglerar registren framkommer bl.a. vilka uppgifter som får finnas i registren liksom skyldigheten för dem som bedriver hälso- och sjukvård att lämna uppgifter till registren.<sup>36</sup> Enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister får registren endast användas för framställning av statistik, forskning samt uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring av hälso- och sjukvården. Uppgifterna i registren skyddas av s.k. absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), vilket är lagens starkaste sekretesskydd.

Socialstyrelsen ansvarar också för andra register som innehåller känsliga personuppgifter, bl.a. donationsregistret<sup>37</sup> och dödsorsaksregistret, samt är statistikansvarig myndighet för ett antal register över insatser i socialtjänsten.

Läkemedelsverket ansvarar för en rad olika register inom områdena läkemedel och medicintekniska produkter. Som exempel kan nämnas det nationella produktregistret för läkemedel som omfattar alla godkända läkemedel i Sverige och registret om medicintekniska produkter som förs för att underlätta Läkemedelsverkets kontroll av de medicintekniska produkter som av tillverkaren CE-märkts och släppts ut på marknaden. Läkemedelsverket behandlar också med stöd av 4 kap. 4 och 5 §§ läkemedelsförordningen (2006:272) personuppgifter utifrån rapporter till myndigheten om biverk-

---

<sup>35</sup> Se 30 § personuppgiftslagen (1998:204).

<sup>36</sup> Se SFS 2001:707, 2001:708, 2001:709, 2005:363 och 2008:194.

<sup>37</sup> Se förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

ningar av läkemedel bl.a. från de som innehar godkända läkemedel samt från vårdgivare och patienter/ konsumenter.

Smittskyddsinstitutet hanterar en stor mängd uppgiftssamlingar inom ramen för sin verksamhet, som exempelvis sker i enskilda forskningsstudier, rapporteringen av anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar (SMInet) och genom den vaccinationsregistrering som sker i Systemet Svevac.

I prop. 2011/12:123 *Ny ordning för nationella vaccinationsprogram* föreslår regeringen en ny lag om register för nationella vaccinationsprogram med ikraftträdande den 1 januari 2013.<sup>38</sup> I registret ska vårdgivarna registrera alla vaccinationer som ges inom ramen för programmen. Smittskyddsinstitutet ska vara personuppgiftsansvarigt för behandlingen av personuppgifter i registret. Personuppgifter ska få behandlas för statistik, utvärdering, kvalitetssäkring, uppföljning, forskning och epidemiologiska undersökningar.

Myndigheterna för också ett antal s.k. verksamhetsregister över dem som har tillstånd att bedriva olika verksamheter eller är anmälningspliktiga för sin verksamhet. Registren används främst för tillsyn, forskning och statistik. Som exempel kan nämnas att Socialstyrelsen har skyldighet att föra register över dem som har tillstånd att bedriva blodverksamhet/vävnadsinrättningar<sup>39</sup> och att Statens folkhälsoinstitut ska föra ett centralt register med uppgifter om dem som har tillstånd eller bedriver verksamhet enligt alkohollagen (2010:1622)<sup>40</sup>.

## 2.4 Statens servicecenter

Regeringen har beslutat att inrätta en ny myndighet – Statens servicecenter – den 1 juni 2012 med uppgift att svara för samordnat administrativt stöd till statliga myndigheter. En utgångspunkt för eventuella förslag om nya myndigheter har varit att de nya organisationerna ska anslutas till Statens servicecenter från start.

Syftet med Statens servicecenter är att öka effektiviteten och minska de administrativa kostnaderna i statsförvaltningen. Genom att koncentrera och standardisera verksamheten i ett servicecenter

---

<sup>38</sup> Planerad behandling i riksdagen 2012-06-11.

<sup>39</sup> Se 18 § lagen (2006:496) om blodsäkerhet och 23 § lagen (2008:286) om kvalitets- säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

<sup>40</sup> Se 13 kap. 1 § alkohollagen (2010:1622).



uppnås stordriftsfördelar, samtidigt som risker för kompetensbrist och personberoende inom myndigheterna minskar.

Målsättningen för servicecentret är att myndigheter med motsvarande 25 procent av alla statligt anställda ansluts till servicecentrets ekonomi- och lönerelaterade tjänster till och med 2015. Vad gäller e-handel är utgångspunkten att alla myndigheter som vill ska kunna ansluta sig till servicecentrets tjänst.

Servicecentrets tjänsteutbud kommer inledningsvis att omfatta löneadministration, rese- och utläggsadministration, beslutsskrivning avseende personalfrågor, tjänstepensionsadministration, kund- och leverantörsfakturahantering, anläggningsredovisning, löpande redovisning och bokslut, tidredovisning samt stöd för e-beställningar.

Syftet är att möjliggöra för kundmyndigheterna att frigöra sin administrativa personal för andra uppgifter, vilket är en förutsättning för att besparingspotentialen ska kunna realiseras.

Servicecenterutredningen har föreslagit en prismodell baserad på styckprissättning. Prislistan ska i grunden vara lika för alla och göra det tydligt för en myndighet vad den får och till vilket pris. Prissättningen ska vidare baseras på full kostnadstäckning där servicecentrets kostnader för såväl uppstart, löpande verksamhet som investeringar ska finansieras med avgifter.

I Statens servicecenter kommer administrativa stödtjänster att vara kärnverksamhet. Det innebär att servicecentrets främsta fokus kommer att vara att tillhandahålla administrativa stödtjänster med hög kvalitet till ett konkurrenskraftigt pris. För en myndighet som ansluter till Statens servicecenter innebär detta att myndighetens fokus på den egna kärnverksamheten kan öka.

Utöver de kvalitativa fördelarna finns en förväntad besparings-effekt som i Servicecenterutredningen beräknades till 33 procent, när det gäller statens kostnader för administrativa stödtjänster.<sup>41</sup>

## 2.5 Apotekens Service AB

Apotekens Service AB, APSE, är ett statligt bolag som från den 1 juli 2009 har ansvar för den infrastruktur som används av samtliga apoteksaktörer på den omreglerade apoteksmarknaden och som Apoteket AB tidigare ansvarade för.<sup>42</sup> APSE:s huvuduppgift är att ansvara för nationella infrastrukturtjänster som ska vara tillgängliga

---

<sup>41</sup> SOU 2011:38 *Ett myndighetsgemensamt servicecenter*.

<sup>42</sup> APSE:s hemsida april 2012.

för alla aktörer på apoteksmarknaden, i syfte att främja en patient-säker och kostnadseffektiv distribution av läkemedel. Detta ska ske på likvärdiga och icke-diskriminerande villkor för öppenvårds-apoteken.<sup>43</sup> Socialdepartementet är bolagets huvudman.<sup>44</sup>

Bolagets kunder är apoteksaktörer, landsting och systemleverantörer. Företagets tjänster består av tillgänglighet till elektroniska recept, stöd för att hantera läkemedelsförmånen och tillgång till nationella system för läkemedelsstatistik. En del av bolagets tjänster är obligatoriska för alla apoteksaktörer till en specifik kostnad, andra tjänster finns som tillval. Bolaget ansvarar också för elektroniska expertstöd, receptregistret, läkemedelsförteckningen och högkostnadsdatabasen. De tre senare används vid expediering av recept på apotek.<sup>45</sup>

TLV har till uppgift att prissätta APSE:s tjänster. Prissättningen omprövas efter årlig översyn.

---

<sup>43</sup> Statens ägardirektiv antagna på årsstämman april 2010.

<sup>44</sup> Enligt bolagsordningen är bolagets verksamhet att hantera databaser, register, IT-system och annan infrastruktur sammanhängande med apoteksverksamhet samt att utföra andra uppgifter som ålagts bolaget enligt lag, förordning eller genom avtal med staten, samt att bedriva därmed förenlig verksamhet. Syftet ska inte vara att generera vinst åt aktieägaren.

<sup>45</sup> APSE:s hemsida april 2012.

## 3 Fördjupad analys av Socialstyrelsen

I det följande analyseras Socialstyrelsens funktionalitet och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet i enlighet med direktiven. En samlad bild av myndighetens resursfördelning finns i Bilaga 3.

Vår analys av myndigheten utgår från det kartläggningsarbete som genomförts, och som baseras dels på intervjuer och möten, dels på en genomgång av olika styrdokument och annat relevant material.<sup>1</sup> I flertalet av de intervjuer vi genomfört har vi ställt frågan om hur Socialstyrelsens funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet uppfattas.

Ett särskilt avsnitt sammanfattar den utvärdering av tillsynsreformen som Statskontoret överlämnade till regeringen i mars i år.<sup>2</sup>

### 3.1 En översiktlig bild

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

SoS har inom ramen för sitt övergripande uppdrag tre uppgifter: bygga upp och sprida kunskap, regelgivning och tillsyn. Därutöver finns ett antal övriga uppgifter avseende samordning bl.a. för

---

<sup>1</sup> Se kap. 1 för en fördjupad beskrivning av vårt arbetssätt.

<sup>2</sup> Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen*.

insatser för barn, krisberedskap och smittskydd, erkännande av yrkeskvalifikationer samt fördelning av statsbidrag.<sup>3</sup>

Socialstyrelsen inrymmer många särskilda organ med eget beslutsmandat, reglerade i myndighetens instruktion. Dessa organ har bildats med syftet att sprida ansvaret för känsliga eller svåra beslut. Organen blir i detta sammanhang en garant för att besluten fattas utifrån en bred kompetensbas.

### **Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar avseende Socialstyrelsen, år 2006 och framåt**

2006:

- Nationella rådet för specialisttjänstgöring inrättades den 1 mars. Rådets uppdrag är att utarbeta målbeskrivningar för de olika specialiteterna, stödja huvudmännen att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen och främja utbildning av handledare.
- Myndigheten fick ansvar för register för uppföljning av dentala material.
- Myndigheten övertog administrationen av delar av Sibus (Statens institut för särskilt utbildningsstöd). I samband med detta blev Sibus ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen.
- Myndigheten fick ansvar för tillsyn över blodverksamhet, enligt Lagen (2006:94) om blodsäkerhet.
- Myndigheten fick ett sektorsansvar för handikappolitiken.

2007

- Nya regler om rikssjukvård infördes från den 1 januari, vilket innebar att en särskild nämnd inrättades i myndigheten. Myndighetens uppgift är att fatta beslut om rikssjukvård; hälso- och sjukvård som ska bedrivas av ett landsting men som har hela landet som upptagningsområde.
- SKL övertog myndighetens ansvar för administrationen av medel till nationella kvalitetsregister.

---

<sup>3</sup> Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

2008:

- Sibus avvecklades 1 juli. Verksamheten övertogs av nyinrättade Specialpedagogiska skolmyndigheten. Verksamheterna vid Specialpedagogiska institutet och Specialskolemyndigheten överfördes till den nya myndigheten.
- Myndigheten fick ansvar för tandhälsodataregister för vuxna enligt Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

2009:

- Myndigheten fick ansvar för tillsyn över verksamhet som rör insamling, kontroll och framställning av vävnader och celler.<sup>4</sup>
- Som en konsekvens av omregleringen av apoteksmarknaden förändrades myndighetens uppgifter. Tillsynsuppdraget breddades med hänsyn till att marknaden omfattar fler aktörer.

2010:

- Tillsyn och verksamhet enligt Socialtjänstlagen(2001:453, SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:383, LSS) fördes över till myndigheten den 1 januari. Myndigheten övertog dessutom ansvaret för kommunernas löpande tillsyn av sådan verksamhet, samt ansvaret för tillsyn över SiS:s institutioner.
- Myndigheten fick ett förstärkt tillsynsuppdrag gällande hem för vård eller boende för barn och unga genom förändring i Socialtjänstförordningen (2001:937). Myndigheten ålades att genomföra minst två inspektioner per år, varav minst en ska vara oanmäld.
- Myndigheten fick i uppdrag att driva UPP-centrum, ett nationellt utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Centret ska inordnas i myndighetens ordinarie verksamhet från år 2012.
- I samband med ombildning av SMI, överfördes vissa uppgifter som rör hiv/aids och andra sexuellt överförbara blodburna sjukdomar från SoS till SMI. Även ansvaret för finansiering av

---

<sup>4</sup> Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/23/EG av den 31 mars 2004 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

systemet för att följa utbredning och konsekvenserna av en pandemi fördes från SoS till SMI.

- Nationella hivrådet flyttades den 1 juli från SoS till SMI.
- På regeringens uppdrag utsågs två nationella kompetenscentra att samla in, strukturera och sprida kunskap i kommunerna: ett för anhöriga (NkA) och ett demenscentrum (SDC).

2011:

- Myndigheten fick den 1 januari ansvar för hanteringen av patientklagomål från HSAN. HSAN prövar nu endast behörighetsfrågor avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Från den 1 juli 2011 är HSAN en nämndmyndighet. Kammarkollegiet sköter handläggning och administration åt ansvarsnämnden.

**Tabell 3.1 Socialstyrelsen, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	925 992	148 898	1 074 890	959

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

## 3.2 Tillsynsreformen

### *Regeringens utgångspunkter*

När det gäller vården och omsorgen regleras tillsynen bl.a. i Socialtjänstlagen, Patientsäkerhetslagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. En viktig förändring av tillsynen skedde 1 januari 2010, då länsstyrelsernas tillsyns- och tillståndsverksamhet enligt Socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) fördes över till Socialstyrelsen, och samordnades med myndighetens tillsyn av hälso- och sjukvården. I regeringens proposition beskrivs reformen som en tvåstegsraket, där en renodlad tillsynsmyndighet bildas i steg två, genom att den samlade tillsynsverksamheten bryts ut från Socialstyrelsen.<sup>5</sup> Statskontoret fick i uppdrag att genom en utvärdering

<sup>5</sup> Prop. 2008/09:160, *En samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*, Socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

ge underlag till beslut om det ska bildas en renodlad tillsynsmyndighet.<sup>6</sup>

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

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

Reformen innebär att lagstiftningens krav om tillsyn ensades i patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL), socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:383, LSS) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Tillsyn definieras i 13 kap 2 § första stycket SoL.

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att den verksamhet som avses i 1 § uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Föreläggande enligt 5 och 8 §§, återkallelse av tillstånd och förbud enligt 9–11 §§ får användas endast när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

I 13 kap. 3 § preciseras den s.k. tillsynsrollen, dvs. övriga uppgifter med nära samband med den tillsyn som ska utföras av Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen ska inom ramen för sin tillsyn

- lämna råd och ge vägledning,
- kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps,
- förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och
- informera och ge råd till allmänheten.

Sammanfattningsvis är tillsynsrollen i vården och omsorgen tudelad: Det handlar dels om en granskande roll som syftar till att

---

<sup>6</sup> Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen*.

kontrollera att lagar och regler följs, dels en stödjande roll, med syfte att få verksamheterna att utvecklas i en dialog om tillsynens resultat. Föreningen av de båda rollerna kan upplevas som svår, men regeringen ser att bägge delarna är viktiga i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

När det gäller tillsynen av hälso- och sjukvården finns motsvarande tillsynsbestämmelser i patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) och syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Lagen omfattar tillsyn av hälso- och sjukvården (dvs. verksamheten) och dess personal.<sup>7</sup> Lagen (1993:383) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, regleras på samma sätt och omfattar verksamheten.<sup>8</sup> I PSL och LSS finns likadana bestämmelser som finns i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) 13 kap. 3 § SoL och som preciserar den s.k. tillsynsrollen.

Utöver detta finns i socialtjänstförordningen en precisering kring tillsyn över hem för vård eller boende för barn och unga. Här anges att Socialstyrelsen ska genomföra inspektioner minst två gånger per år, varav åtminstone en ska vara oanmäld.<sup>9</sup>

#### *Reformen följdes av internt förändringsarbete*

I samband med att riksdagen fattade beslut om en sammanhållen och integrerad tillsyn av hälso- och sjukvård och socialtjänst, fattade också regeringen beslut om en ny instruktion för myndigheten, som utgår ifrån områdena Kunskap, regelgivning och tillsyn.<sup>10</sup> Socialstyrelsen inrättade också en processbaserad organisation, med syfte att skapa bättre förutsättningar för integrering av hälso- och sjukvård och socialtjänst. I processorganiseringen skulle myndighetens olika styrmedel (såsom kunskap, normering och tillsyn) effektiviseras. Ett annat syfte var att skapa större enhetlighet i metoder, rutiner och uppföljning. Den tidigare organisationen, som delade hälso- och sjukvård och socialtjänst i separata avdelningar, ansågs inte ändamålsenlig för att möta de framtida utmaningar som myndigheten fått i uppdrag att hantera. Frågor som missbruksvård, äldreomsorg, omsorg om funktionshindrade, vård för barn och unga, stöd och vård till

<sup>7</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659, PSL) 7 kap.

<sup>8</sup> Lagen (1993:383) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

<sup>9</sup> Socialtjänstförordningen (SFS 2001:937) 3 kap 19 §.

<sup>10</sup> Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.



personer med psykisk sjukdom ansågs kräva ett mer integrerat synsätt i stället för att hanteras separat.<sup>11</sup>

### 3.2.1 Statskontorets utvärdering av tillsynsreformen

Statskontoret har utvärderat Socialstyrelsens tillsynsarbete inom ramen för uppdraget att utvärdera tillsynsreformen. Nedanstående avsnitt sammanfattar Statskontorets utvärdering.<sup>12</sup>

Statskontoret skriver i sin rapport att även om förutsättningarna för att nå en enhetlig tillsyn har förbättrats i och med att verksamheten samlats i en myndighet, så finns många brister i styrning, ledning och organisering av den samlade tillsynen.

Statskontoret har inom ramen för sin utvärdering av tillsynsreformen genomfört en enkät till kommuner och landsting, bl.a. om hur de uppfattar Socialstyrelsens tillämpning av tillsynsrollen. Statskontoret visar att kommunerna tycker att Socialstyrelsen har försummat den del av tillsynen som innebär vägledning och rådgivning om hur regler ska tillämpas, samt kunskapsåterföring av tillsynens iakttagelser. Kommunala företrädare vet heller inte till vem på Socialstyrelsen de kan vända sig för att få vägledning om hur det nationella regelverket ska tillämpas. Statskontoret konstaterar vidare att flertalet kommunala företrädare anser att det var enklare att få vägledning och råd före 2010, då tillsynen över socialtjänsten låg på länsstyrelserna. Drygt 50 % av kommunerna anser att kunskapsåterföringen från tillsynen har försämrats efter reformen.

Bland företrädare för landstingen är svarsfrekvensen lägre men det som framkommer är att det finns ett missnöje över att handläggningstiderna vuxit och att det blivit svårare att nå tjänstemän för att diskutera frågor.

#### *Oklart vem som ska ge vägledning och råd i anslutning till tillsynen*

Statskontoret konstaterar att regeringen i sin styrning av Socialstyrelsen via det instruktionsenliga uppdraget inte närmare preciserar det lagreglerade tillsynsuppdraget. I instruktionen framgår att Socialstyrelsen ska ansvara för tillsyn inom sitt verksamhetsområde samt att Socialstyrelsen ska ta tillvara och sprida kunskap från

<sup>11</sup> Statskontoret 2011:8 *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen*.

<sup>12</sup> Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen*.

tillsynen, och att den ska bedrivas utifrån ett barnperspektiv och ett jämställdhetsperspektiv. I myndighetens arbetsordning anges att tillsynsavdelningens uppdrag är att granska verksamheterna, samt att ta tillvara och sprida kunskap från tillsynsverksamheten, såväl inom myndigheten som i förhållande till dem som myndigheten omfattar. Avdelningen har också ansvaret för att informera, lämna råd och ge vägledning till verksamheter inom ramen för tillsynen och till allmänheten.<sup>13</sup> Dock erfar Statskontoret att i praktiken har ansvarsfördelningen kommit att bli annorlunda. I praktiken har tillsynsavdelningen kommit att ansvara enbart för de granskande uppgifterna, samt delvis för förmedling av kunskaper och erfarenheter som erhållits genom tillsynen, medan andra delar av myndigheten kommit att ansvara för resterande delar i tillsynsuppdraget, såsom rådgivning, vägledning och kunskapsförmedling.

### *Ingen systematik i ärendehantering*

Statskontorets utvärdering visar att Socialstyrelsen saknar system för att samlat styra och följa upp tillsynsverksamheten. Statskontoret konstaterar att det saknas ett fungerande dokumenthanteringssystem och att det därmed också är omöjligt att följa t.ex. handläggningstider. Statskontoret skriver:

Bristande uppföljningssystem försvårar analyser av ärendebalanser och handläggningstider. En effektiv produktionsstyrning förutsätter att olika typer av ärenden och eventuella flaskhalsar kan identifieras löpande.

Bristerna i myndighetens interna uppföljning och kontroll av tillsynsverksamheten gör sig också gällande i relation till tillsynsobjekten. Socialstyrelsen har i uppdrag att föra register över dessa, och kommuner och landsting har en plikt att anmäla vård- och omsorgsgivare till Socialstyrelsen. Statskontoret har i sin utvärdering särskilt granskat tillsyn över hem och boende för barn och konstaterar att många kommuner inte följt sina skyldigheter att anmäla verksamheterna. Socialstyrelsen har inte vid något tillfälle utfärdat föreläggande mot kommuner som bryter mot anmälningskyldigheten.

---

<sup>13</sup> Verksamheterna som ska granskas är: verksamheter inom socialtjänstområdet, smittskydd, hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning.

*Tillsynens resurser är inte fredade inom myndigheten*

Statskontoret lyfter i sin utvärdering fram att eftersom tillsynen huvudsakligen finansieras via Socialstyrelsens förvaltningsanslag, utan särskilda villkor eller specificerade anslagsposter, minskar regeringens möjligheter att styra tillsynen finansiellt. Regeringen har därmed gett Socialstyrelsen ansvaret för prioriteringen av tillsynens resurser i förhållande till resurser för övriga delar av myndighetens uppdrag. Det innebär också att Riksdagen avsagt sig det övergripande ansvaret för prioriteringen av resurstilldelningen för samlad statlig tillsyn inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

*Obalanser i tillsynsregleringen*

Statskontoret har också pekat på att tillsynsregleringen i Socialtjänstförordningen riskerar att tränga undan annan tillsyn inom området. Statskontoret konstaterar vidare att ärendebalanserna – dvs. antalet icke avgjorda ärenden – har ökat kraftigt, under 2011 med närmare 60 procent. Vid slutet av 2011 uppgick balansen till 17 200 ärenden, varav drygt 3 500 varit öppna längre än 1 år. En del av dessa ärenden är en konsekvens av att Socialstyrelsen sedan den 1 januari 2011 har fått ansvar för att utreda enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården. Av de 17 200 ärendena i balans, klassades drygt 5 900 som klagomål mot hälso- och sjukvård.<sup>14</sup>

*Hälso- och sjukvårdstillsynen fortsatt underdimensionerad i relation till socialtjänsttillsynen*

Den utredning som föregick regeringens proposition om reformen inom den sociala tillsynen, konstaterade att resurserna för tillsyn över hälso- och sjukvård var otillräckliga jämfört med resurserna för äldreomsorgstillsynen. Utredningen menade att Regeringskansliet inte i tillräcklig utsträckning prioriterade tillsynsresurserna för hälso- och sjukvård.

Dock visar Statskontoret att reformen i praktiken inte innebar någon förändring i resursfördelningen mellan de två tillsynsområdena. Ingen närmare analys av resursbehovet för den nya samordnade statliga tillsynen över socialtjänst respektive hälso- och

<sup>14</sup> Uppgifterna har Statskontoret fått genom att uttryckligen efterfråga uppgifter om antalet öppna tillsynsärenden.

sjukvård gjordes när de båda tillsynsområdena fördes samman. Statskontoret skriver:

Den nya tillsynsorganisationen blev egentligen summan av de personalresurser som före reformen utövade tillsyn hos länsstyrelserna och de personalresurser som före reformen utövade tillsyn över hälso- och sjukvård hos Socialstyrelsen.<sup>15</sup>

Statskontorets samlade bedömning är att det vore lämpligt att bilda en fristående tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. De menar att det är alltför svårt för Socialstyrelsen att inom ramen för sitt samlade uppdrag genomföra de åtgärder som skulle behövas för att utveckla tillsynen. Med en renodlad tillsynsmyndighet skulle tillsynen i stället få en särställning som statligt styrmedel, samtidigt som Riksdagen får det övergripande ansvaret för prioritering av resurserna för tillsynen. Vidare menar de att en ny inspektionsmyndighet ger möjligheter att från början anpassa styrmodeller, uppföljningssystem och ärendehanteringssystem till stora ärendevolymer och en myndighetsutövande roll. Statskontoret menar att detta skulle förbättra möjligheterna för en förtydligad och utvecklad tillsynsroll och strategi för kompetensförsörjning. Statskontoret pekar också på vikten av en nära dialog mellan den nya myndighetsledningen och regeringen i inledningsfasen av ett uppbyggnadsskede, för att minimera risker som kan uppstå under genomförandet.

### **3.3 Vår bedömning av Socialstyrelsens ändamålsenlighet och funktionalitet i vården och omsorgen**

#### *Uppdraget*

Socialstyrelsen har många olika roller enligt sitt instruktionsenliga uppdrag, och mottar därutöver många särskilda uppdrag från regeringen under löpande budgetår.

De olika rollerna i uppdraget inrymmer olika mål som delvis är motstridiga. Ett exempel på målkonflikter i det instruktionsenliga uppdraget är att myndigheten både har normerande och granskande uppgifter. Dessutom har myndigheten i uppgift att fördela statsbidrag. De inneboende målkonflikterna gör att myndigheten kan förväntas ha svårt att i alla delar tillgodose uppdraget, trots att

---

<sup>15</sup> Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen*.

detta är en av regeringens grundläggande förvaltningspolitiska principer. Regeringen menar att styrningen av myndigheterna ska vara tydlig i den meningen att "...mål och uppgifter till myndigheterna /ska/ formuleras så att respektive myndighet själv råder över eller har rimliga möjligheter att genom olika åtgärder kunna genomföra uppdraget på ett tillfredsställande sätt".<sup>16</sup>

Mängden särskilda uppdrag till Socialstyrelsen har ökat under senare år,<sup>17</sup> något som också kritiserats av bl.a. Statskontoret.<sup>18</sup> Uppdragsmängden till Socialstyrelsen står i också strid med regeringens principiella ställningstaganden kring myndighetsstyrning som syftar till att åstadkomma en mer långsiktig och strategisk styrning. För att åstadkomma detta menar regeringen att styrsignalerna till myndigheterna bör blir färre och tydligare.<sup>19</sup> En risk med en stor uppdragsmängd är att myndighetens utrymme för egna initiativ och mer långsiktigt arbete i enlighet med målen i instruktionen minskar.

Troligen spelar mängden särskilda uppdrag in i den bild vi fått av myndigheten genom de samtal och intervjuer vi genomfört. Uttryck som "skotträdd", "passiv" och "utan förmåga att vara i framkant" har återkommit i intervjuerna. Dessa uttryck speglar att mängden uppdrag får konsekvenser för hur myndighetens roll i vården och omsorgen uppfattas. De får också konsekvenser för regeringens bild av myndigheten. Vår bedömning är att med en minskad uppdragsmängd och större möjligheter till proaktivitet, egna initiativ och långsiktiga strategiska analyser över sektorns framtida utmaningar, så kan också myndighetens mervärde i vården och omsorgen öka.

### *Målgruppen*

En problematik som hänger samman med myndighetens olika roller och som också lyfts fram är att målgruppen inte är tydligt utpekad. Vem är myndigheten till för?

Här finns ingen entydig uppfattning. Här förekommer t.ex. bilden av myndigheten som ett stabsorgan till regeringen som ska

---

<sup>16</sup> Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

<sup>17</sup> Se också kap 4.

<sup>18</sup> Se Statskontoret 2011:8 *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen*.

<sup>19</sup> Se prop. 2008/09:1 *Budgetpropositionen för 2009*, där regeringen skriver att "...det är angeläget att styrsignalerna till myndigheterna för att de ska få avsett politiskt genomslag blir såväl färre som tydligare".

bidra med underlag för politikens fortsatta inriktning, och bilden av myndigheten som i första hand ett stöd för sektorn och dess aktörer i arbetet med att driva och utveckla verksamheterna. En tredje bild är att Socialstyrelsen ska vara statens förlängda arm, och se till att lagar och regler följs. Utifrån det sistnämnda perspektivet är myndighetens roll tydligt åtskild från intressen och behov i kommuner och landsting.

I kapitel 4 tecknar vi en bild av vårdens och omsorgens behov. Här framkommer att det i vården och omsorgen finns en tydlig efterfrågan på nationell samordning, stöd och styrning inom många olika frågor, varav många frågor täcker delar av Socialstyrelsens nuvarande uppdrag. Det finns med andra ord ett stort mervärde för Socialstyrelsen att fylla för vården och omsorgen. Utifrån detta perspektiv är myndighetens målgrupp vården och omsorgen och dess företrädare.

Samtidigt står myndigheten i en direkt lydndsrelation till regeringen, en aktör som också den representerar ett medborgerligt intresse. Det är regeringen och inte sektorn som förväntas styra myndigheten i linje med medborgarnas önskemål.

Utifrån utredningens angreppssätt finns inget självändamål med en statlig myndighet i vård- och omsorgssystemet, om inte vården och omsorgen och ytterst medborgarna har någon nytta av den. Statens mervärde i sektorn ska med andra ord relateras till vårdens och omsorgens behov. Utifrån detta perspektiv är det vården och omsorgen som är den omedelbara målgruppen för staten och de statliga myndigheterna. Vi menar att den otydlighet kring myndighetens målgrupp som framkommit, förstärks genom de konstitutionella förutsättningarna, som pekar ut att ansvaret för verksamheterna ligger på kommuner och landsting. Detta gör att myndighetens målgruppsbild kompliceras och delas mellan nationella och regionala/lokala intressen.

För myndighetens del betyder det att lyhördheten mot och kontakterna med kommuner, landsting och t.ex. olika producenter av vård- och omsorg måste vara omfattande, samtidigt som myndigheten har att omsätta de lagar och regler som regering och riksdag beslutat, utöver det instruktionsenliga uppdraget samt eventuella särskilda uppdrag från regeringen.

### *Ingångar*

Omorganiseringen av Socialstyrelsen syftade till att förutsättningarna för ett mer samlat arbetssätt i myndigheten skulle förbättras. Systematik i metoder och integrering av relevanta perspektiv i de underlag och rapporter myndigheten tar fram skulle också kunna underlättas. Men förändringen har gett upphov till en del nya problem, problem som man också förutsåg i samband med omorganisationen. Myndigheten har inte i tillräcklig utsträckning förmått att behålla tydligheten i ”ingångar” och kontaktytor mot omvärlden. Dessutom har målen om en större integration mellan olika områden bara delvis uppnåtts. Myndighetens olika avdelningar sluter sig och integreringen mellan olika delar är begränsad, även om gränssnitten är nya.<sup>20</sup>

Omorganisationen visar på behovet av tydliga fack- eller sakorienterade ingångar och kompetensgemenskaper i myndighetens kommunikation med omvärlden. Detta kan ske parallellt med ett processorienterat arbetssätt. I synnerhet inom kunskapsområdet behövs områdesvisa indelningar för att det ska gå att orientera sig för den som vill komma i kontakt med myndigheten.

Att kompetens saknas på vissa områden är svårt att undvika i alla sammanhang för en myndighet med ett så omfattande uppdrag som Socialstyrelsen. Men när särskild kompetens saknas på myndigheten, måste ändå området vara identifierat och ha en ”plats”, så att myndigheten kan hänvisa vidare, upphandla tjänster eller kompetens eller på annat vis tillgodose behoven av kontakter i vården och omsorgen.

### *Tillsynen*

Arbetet med tillsyn inom hälso- och sjukvård och socialtjänst förutsätter en dubbel roll: det handlar dels om att säkerställa vårdens och omsorgens kvalitetsnivåer och patienters och brukares rättssäkerhet genom granskning av att beslutade lagar och regler efterlevs. Dels handlar det om att genom att informera om tillsynens resultat och gällande regelverk, bidra till vårdens och omsorgens utveckling.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Se också Statskontoret 2011:8 *Myndighetsanalysen av Socialstyrelsen*.

<sup>21</sup> Patientsäkerhetslagen (2010:69, PSL), Socialtjänstlagen (2001:453, SoL), Lagen (1993:383, LSS) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Socialstyrelsens tillsyn har kommit att brista i balansen mellan de två rollerna. Förmågan till flexibilitet, konstruktiv dialog och utveckling av alternativa lösningar har försvagats med den tolkning av tillsynsrollen som Socialstyrelsen gör.

Som ett led i att vården och omsorgen förändrats och utvecklas mot en marknad med en mångfald av olika aktörer, bör också tillsynen anpassas i sin inriktning. Tillsynsverksamheten bör utvecklas mer mot att också täcka beställarrollen, eftersom beställaren har en avgörande roll för verksamheternas kvalitet och också det yttersta ansvaret för att frågor om t.ex. patientsäkerhet och brukarnas rättssäkerhet upprätthålls.

Vår kartläggning av Socialstyrelsens tillsynsverksamhet visar att myndigheten bedriver omkring 2 500 fysiska tillsynsbesök på ett år, fördelat på omkring 290 årsarbetare. Fördelat per inspektör och år innebär detta i snitt knappt 9 inspektioner årligen.<sup>22</sup> Detta är inte en tillfredsställande nivå.

Delvis kan det låga antalet inspektioner bero på att den tillsyn som bedrivs, inte sker utifrån ett riskbaserat angreppssätt. Med ett riskbaserat angreppssätt kan inspektionstillfällena effektiviseras och anpassas efter risknivån. Ett riskbaserat angreppssätt kräver dock en annan överblick över tillsynsobjekten än vad Socialstyrelsen har i dag. Det är ett allvarligt problem att kommunerna inte fullgör sin anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen, och i detta sammanhang är det problematiskt att myndigheten inte använder de ingripandemöjligheter som finns för att åstadkomma en bättre överblick. Samma luckor i kunskapen om tillsynsobjekten inom vården finns i vårdgivarregistret. Bristerna i registren medför stora hinder för verksamhetstillsynen från Socialstyrelsens sida.<sup>23</sup> Med detta sagt är det också allvarligt att myndigheten saknar ett ärendehanteringssystem som möjliggör en samlad uppföljning och styrning av tillsynen.

Myndigheten har tagit initiativ för att komma tillrätta med problemen. Bl.a. planeras en förändrad organisering av tillsynsverksamheten.<sup>24</sup>

Även om ett riskbaserat angreppssätt skulle införas och ärendesystemen förbättras, är det enligt utredningens bedömning tvek-

---

<sup>22</sup> Se bilaga 3.

<sup>23</sup> Ewa Axelsson (2011) *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård*. I avhandlingen konstateras att ett tillstånds- eller godkännandeförfarande även för offentligt driven verksamheter skulle kunna vara ett sätt att råda bot på uppkomna brister.

<sup>24</sup> Se t.ex. Cap Gemini (2011) *Utvärdering av Tillsynsavdelningens organisation*. Rapport m. SoS:s dnr 1.3-10566/2011.



samt om resursfördelningen till tillsynen är tillräcklig i Socialstyrelsen i dag. De stora ärendebalanserna pekar på att tillsynen troligen behöver förstärkas för att kunna fungera fullt ut.

### *Kunskapsstyrningen*

Socialstyrelsen medverkar i kunskapsstyrningen på olika sätt. Myndigheten samordnar arbetet med Öppna jämförelser tillsammans med SKL. Myndigheten står också bakom mycket av arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för vården och omsorgen. En allt större del i myndighetens arbete ägnas åt att genomföra särskilda uppdrag, varav många har kopplingar till kunskapsstyrningen. Inte minst viktigt är myndighetens arbete inom området uppföljning, statistik och analys på olika områden.

Socialstyrelsen har specialistkompetens inom flera olika områden, som gör att myndigheten bidrar till kunskapsutvecklingen för sektorn på många olika sätt. De underlag som myndigheten bidrar med och som visar jämförelser av kvalitet och resultat i vården och omsorgen över landet, har stor betydelse för verksamheternas utveckling. Öppna jämförelser betraktas som en av de viktigaste påverkansfaktorerna för förbättringar, och här är Socialstyrelsens nationella perspektiv viktigt.

En mer samordnad infrastruktur och bättre system för datafångst och integrering av olika perspektiv i resultatjämförelserna skulle ytterligare kunna öka tempot och genomslagskraften i denna del i kunskapsstyrningen.<sup>25</sup> På så sätt kan dessa underlag bli än mer verksamma i vården och omsorgen.

Vikten av integration av olika perspektiv på vård och omsorg märks i myndighetens arbete, t.ex. i de nyligen framtagna riktlinjerna för förebyggande hälso- och sjukvård.<sup>26</sup> Trots myndighetens omorganisering för att skapa ökad integration mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, är dock gränstorna inom myndigheten fortfarande så starka att de uppfattas som ett problem i vården och omsorgen. Hälso- och sjukvården hanteras för sig, det förebyggande arbetet för sig, funktionshindersperspektivet för sig etc., i många av de rapporter, underlag och rekommendationer som

---

<sup>25</sup> Se också Socialstyrelsen (2012) *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering*.

<sup>26</sup> Socialstyrelsen (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*, Socialstyrelsen m.fl. (2012) *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning*.

myndigheten färdigställer och som vården och omsorgen ska omsätta i praktiken.<sup>27</sup>

Trots att specialiseringen på myndigheten är stor, saknas spetskompetenser inom flera områden. Det handlar dels om kompetens kring exempelvis sådant som kost och tandvård, men också om kompetens på områden där vården och omsorgen efterfrågar ökat stöd: ledning, styrning, beställarkompetens, kompetens om vård- och omsorgsmarknadens aktörer och beteende etc. Dessutom beskriver myndigheten svårigheter i rekrytering av läkare samt svårigheter att hitta specialister som kan bistå i arbetet med att ta fram vissa typer av riktlinjer.<sup>28</sup> Kompetensbehoven som uppstår på myndigheten kan riskera att bromsa upp det viktiga arbetet med kunskapsstyrningen.

Myndighetens arbete med att ta fram riktlinjer är en viktig del i kunskapsstyrningen. Två problemområden relateras till detta: 1) de tar för lång tid att ta fram. 2) riktlinjerna implementeras inte. Frågan om tidsutdräkt beror delvis på de kompetensförsörjningsproblem som redovisades ovan, men troligen också på hur arbetet med att ta fram riktlinjer bedrivs. Här finns förutsättningar för att arbeta snabbare. Ofta finns underlag och rekommendationer (t.ex. i form av HTA-analyser)<sup>29</sup> redan på annat håll (både på andra ställen i landet och analyser som tagits fram i andra länder), som myndigheten i högre grad skulle kunna "översätta" till nationella underlag. Överlag finns en stor potential för myndigheten att bättre dra nytta av lokalt och regionalt framtagen kunskap. När det gäller frågan om svårigheten att få till stånd implementering av nationella riktlinjer, ligger en stor del av förklaringen i bristande kopplingar till huvudmännen. Huvudmännens bild över möjligheter till implementering är viktig att ta hänsyn till för att åstadkomma en bättre implementering av nationella riktlinjer.

### *Akut eller långsiktig utmaning?*

I vårt uppdrag har det långsiktiga perspektivet varit vägledande. Mer dagsaktuella problem måste också lösas, men inför framtiden är det viktigare att orientera sig bland mer strategiska frågor.

---

<sup>27</sup> Se också kap 4, avsnitt 4.2.

<sup>28</sup> Se också SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem*.

<sup>29</sup> Health Technology Assessment. Samlad analys av metodernas medicinska, ekonomiska, etiska och sociala effekter. Källa: SBU:s hemsida.

Den omorganisering som myndigheten genomfört och som inneburit en processororienterad i stället för sakorienterad organisering, syftade till att åstadkomma ett mer samlat angreppssätt för stödet till och styrningen av vården och omsorgen. Utredningen bedömer att ett sådant samlat angreppssätt är viktigt att förstärka framöver i vården och omsorgen.<sup>30</sup> Även om förändringen inledningsvis inneburit svårigheter, otydligheter och lett till trögheter internt inom myndigheten, är det utredningens bedömning att omorganiseringen är ett viktigt steg i rätt riktning. Däremot har förändringen försvagat tydligheten och ingångarna för olika målgrupper och försämrat tydligheten i myndigheten gentemot omvärlden.

Bristerna som noterats i tillsynsverksamheten kan troligen delvis förklaras av tillsynsreformen, som fick omfattande konsekvenser för myndighetens uppdrag, arbetssätt, personalsammansättning och roll. Några av dessa problem är övergående och kan hanteras inom ramen för myndighetens nuvarande förutsättningar. Däremot uppfattar vi att även om verksamheten kan effektiviseras, bl.a. genom ett mer riskbaserat angreppssätt, så kan de samlade problemen i dagens tillsynsverksamhet antagligen bara lösas genom en resursförstärkning.

I kapitel 4 visar vi att kunskapsstyrningens utmaningar och problem är den mest angelägna framtidsfrågan för vården och omsorgen. Det är framför allt i detta sammanhang som staten behöver utveckla sin roll. På Socialstyrelsen finns stora delar av den kompetens som krävs för att utveckla kunskapsstyrningen i framtiden. I dag utnyttjas inte denna potential fullt ut. Det behövs en större tillit till myndighetens förmåga att bistå i sektorns utveckling. I vårt kartläggningsarbete har vi noterat att det finns en bild av att Socialstyrelsen brister i förmåga att arbeta ”snabbfotat”, att bistå i utvecklingsarbetet i vården och omsorgen och att bidra till implementeringen av t.ex. nationella riktlinjer. Myndigheten beskrivs som att den alltför tydligt tar avstånd från dessa delar. Socialstyrelsen beskrivs med andra ord som alltför restriktivt ”statlig” i sitt perspektiv på vården och omsorgen.<sup>31</sup> Någon beskriver det som att ”Socialstyrelsen tar fram sitt kunskapsunderlag och skriver sina riktlinjer men sen släpper de sitt ansvar. De tycker inte att de har ansvaret för nästa steg. Men vem ska se till att all klokskap implementeras?”

---

<sup>30</sup> Se kap 4.

<sup>31</sup> Se också kap. 4 avsnitt 4.2.

Ansvar för implementering av nya regler vilar på huvudmännen. Men i detta sammanhang vill vi ändå lyfta fram ett utvecklingsområde som handlar om att Socialstyrelsen i sitt arbetssätt skulle kunna fokusera mer på sina mottagare i vården och omsorgen och det sätt som kunskapen, riktlinjerna eller andra produkter bäst når dessa. Ett sätt kan vara att medvetet arbeta för att åstadkomma ett bättre sätt att kommunicera mot vården och omsorgen.

Socialstyrelsens mångfacetterade uppdrag inrymmer svårigheter att förena olika roller. Inom tillsynsområdet märks detta i en obalans mellan den granskande och vägledande rollen, inom kunskapsområdet märks det i svårigheter i arbetet mot målgrupper i vården och omsorgen, både i framtagandet av och spridningen av kunskapsunderlag och rekommendationer, t.ex. nationella riktlinjer.

## 4 Statens stöd och styrning möter inte vårdens och omsorgens behov

I detta kapitel diskuterar vi statens roll i vården och omsorgen med utgångspunkt från ett medborgar- och resultatperspektiv. Vi beskriver sektorns ökande behov och efterfrågan av samarbete och samordning på nationell nivå. Vi analyserar hur statens stöd och styrning fungerar i dag och pekar på förändringsbehoven.

Huvuddelen av våra iakttagelser och bedömningar utgår från den problembild som tecknades i delbetänkandet hösten 2011.<sup>1</sup> Sedan dess har bilden fördjupats och nyanserats. Vårt arbetssätt beskrivs närmare i kapitel 1.

Många av de frågor och utmaningar som vi diskuterar i vårt delbetänkande är aktuella även i andra länder med likartade förutsättningar. Paralleller med andra länder diskuteras i avsnitt 4.7, med stöd bland annat av en särskild rapport framtagen på utredningens uppdrag.<sup>2</sup>

Analysen har huvudsakligen ett långsiktigt och strukturellt fokus: Hur väl är statens roll, stöd och styrning anpassad för att möta de utmaningar och konkreta frågor som vården och omsorgen kommer att behöva hantera under de närmaste 10–20 åren?

---

<sup>1</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem en kartläggning*.

<sup>2</sup> Se bilaga 4.

## 4.1 Vårdens och omsorgens utmaningar och utvecklingsområden

*Delbetänkandets slutsatser – och deras betydelse i det fortsatta arbetet*

I delbetänkandet pekade vi ut fem grundläggande utmaningar och tio angelägna utvecklingsområden:

De fem långsiktiga utmaningarna var Resursutmaningen, Internationaliseringen, Kunskaps- och IT-utvecklingen, Patienter och brukare som kan och vill ha mer makt över sin egen vård och omsorg samt Ökad mångfald i produktion och finansiering.

De områden vi pekade ut som särskilt viktiga i det fortsatta utredningsarbetet var:

- Samordning för vård och omsorg på lika villkor
- Bättre stöd till patienters och brukares inflytande
- Samordning för kvalitet och effektivitet
- Vidareutveckling av kunskapsstyrningen
- Mer kraft i hälsofrämjande och förebyggande arbetet
- Mer samordnad hantering av de formella styrmedlen
- Vidareutvecklade arenor för gemensamt utvecklingsarbete
- Resursutmaningen kräver beredskap att hantera prioriteringar, avgränsningar och strategiska satsningar
- Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar
- Regeringens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk

Dessa punkter har nyanserats under det fortsatta arbetet, men de har fortsatt att vara viktiga utgångspunkter för utredningsarbetet.

Två frågor som vi blivit mer uppmärksamma på under arbetets gång är folkhälso- och funktionshinderperspektiven. Båda dessa har bred inriktning på många samhällssektorer, samtidigt som de borde ha en starkare plats i många delar av vården och omsorgen.

*Utmaningarna har inga enkla lösningar – det handlar om att hitta strukturer och arbetsformer som gör det enklare att hantera dem*

Frågorna som listas ovan har olika karaktär. Kvalitet, lika villkor, patient- och brukarinflytande samt bättre hälsa är mål i sig, medan olika typer av samordning och styrformer snarare är verktyg.

En viktig gemensam nämnare är att de är frågor som kommer att kräva successiv hantering under många år framöver. Därmed har utredningens fokus inte varit att hitta specifika lösningar på var och en av frågorna, utan att lägga förslag som gör det enklare att successivt hantera dem:

För att hantera resursutmaningen behövs det vidareutvecklade system för att stärka effektiviteten på alla nivåer. Löpande förbättringsarbete behöver stimuleras och underlättas. Det behövs också starkare system för att skapa strukturell effektivitet, t.ex. genom samordnat IT-stöd och arbetsfördelning när det gäller specialiserad verksamhet. Dessutom behöver det finnas välfungerande former för att stödja olika typer av prioriteringsbeslut.

Internationaliseringens krav och möjligheter behöver mötas med ökad öppenhet i hela sektorn. På flera områden behövs också vidareutvecklade nationella kontaktpunkter för att hantera den internationella utvecklingen.

Kunskaps- och IT-utvecklingens växande möjligheter till gränsöverskridande lärande behöver stödjas av användarvänliga och samordnade system.

Patienter och brukare behöver enklare vägar för att finna information och kunna påverka.

Hela systemet ska vara anpassat till mångfalden i organisations- och driftformer. Mångfalden ska kunna underlätta nytänkande och lokal anpassning. Tillsynen ska garantera att all verksamhet lever upp till kraven i den nationella lagstiftningen.

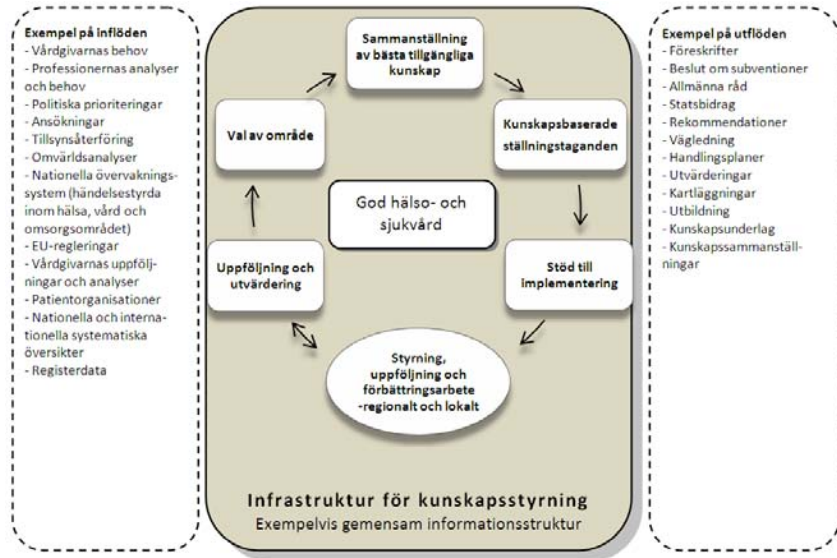
## **4.2 Kunskapsstyrning är en nyckelfaktor**

Vår bedömning är att det arbetssätt som kallas kunskapsstyrning är en nyckelfaktor för att kunna hantera många av de utmaningar och frågor som sektorn står inför.

Förenklat uttryckt är kunskapsstyrning en successiv process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap sedan skapas med stöd av uppföljningen. Det handlar både om att välja rätt

metod i varje enskilt fall och om att bygga bra helheter och system. På detta sätt kan vården och omsorgen bli mer jämlik, samtidigt som resultaten blir bättre och säkerheten och kvalitén för patienterna och brukarna kan höjas på ett resurseffektivt sätt. Det principiella arbetssättet är tillämpligt även i övergripande arbete med frågor som befolkningens hälsa och funktionshindersfrågor.

Figur 4.1 God vård-"snurran"



Källa: Socialstyrelsen m.fl. (2012) Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård.



I grunden handlar det om att bygga system för successivt lärande och att dra nytta av den kompetens och det engagemang som finns och kan vidareutvecklas hos de berörda; professioner, brukare och patienter, verksamhetsledningar, uppdragsgivare och förtroendevalda. Vård och omsorg är komplexa verksamheter som ofta styrs mer effektivt genom kunskapsutveckling, kunskapsspridning och resultatuppföljning än genom strikt reglering.

När prioriteringar behövs, ska även dessa baseras på bästa möjliga kunskap. Eftersom det då handlar om avvägningar mellan olika intressen behöver arbetssättet i dessa fall kompletteras med strukturerade beslutsprocesser, både på professionell och politisk nivå.

### *Flera initiativ tagna*

Flera initiativ när det gäller kunskapsstyrning har tagits under senare år. De flesta har primärt berört hälso- och sjukvården, men det finns ett ökande antal initiativ även när det gäller omsorgen. Några exempel:

I januari 2009 skapades en grupp med representanter från de sex hälso- och sjukvårdsregionerna, SKL, SoS, LV, SBU och TLV. FHI anslöt sig till gruppen i ett senare skede. Gruppen kallas Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK). NSK ska verka för ett tätare samarbete mellan de olika aktörerna i hälso- och sjukvården, det vill säga de aktörer som också representeras i gruppen.<sup>3</sup> Förslag finns också om att bilda motsvarande samordningsgrupp för kunskapsstyrning inom socialtjänstområdet, NSK-s.<sup>4</sup> På myndighetsnivå finns också en egen samordningsgrupp för kunskapsstyrningen, myndigheternas samordningsgrupp (MSG).<sup>5</sup>

2009 presenterade SoS och SKL en gemensam rapport som kartlade och analyserade nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården<sup>6</sup>.

2011 slöt regeringen och SKL en överenskommelse om stöd till evidensbaserad praktik inom socialtjänstens område.<sup>7</sup> Överens-

---

<sup>3</sup> SKL:s hemsida

<sup>4</sup> Uppgift från SKL.

<sup>5</sup> Socialstyrelsen och SKL (2009) *Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården.*

<sup>6</sup> Socialstyrelsen och SKL (2009) *Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården.*

<sup>7</sup> *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område – överenskommelse för 2011 mellan staten och SKL.* Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-01-27, S2011/986/FST

kommelsen följdes sedan upp med en ny överenskommelse 2012, där staten avsätter 135 miljoner kronor för fortsatt arbete.<sup>8</sup>

I januari 2012 redovisade SoS, LV, SBU, FHI, SMI och TLV sitt gemensamma uppdrag att utveckla modellen God vård.<sup>9</sup>

I januari 2012 presenterade SKL också ett positionspapper om evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso- och sjukvård.<sup>10</sup>

Satsningarna på patientsäkerhet och kvalitetsregister har ett annat fokus, men har samtidigt många kopplingar till arbetet med successivt förbättringsarbete.

#### 4.2.1 Förbättringsbehoven

I den ovannämnda rapporten från SoS och SKL 2009 pekade man på problem med bristande samordning av kunskapsunderlagen från SoS, SBU, LV och TLV. SoS och SKL konstaterar att det trots god vilja från berörda myndigheter är svårt att nå tillräcklig samordning utan "... förändringar i myndigheternas uppdrag, ledningsansvar och/eller struktur."<sup>11</sup>

NSK sammanfattade i oktober 2011 några punkter som visar att det finns ett behov av bl.a.<sup>12</sup>:

- bättre samarbete mellan huvudmännen och de statliga myndigheterna kring implementering och uppföljning av nya kunskapsunderlag,
- mer heltäckande kunskapsunderlag som utgår från centrala vårdområden och verksamheternas behov,
- vidareutvecklade nationella kunskapsunderlag som kan minska behovet av regionalt och lokalt arbete med kunskapsunderlag,
- en effektivare användning av den nationella expertisen som nu ofta blir en "flaskhals" eftersom samma experter används i många parallella sammanhang.

---

<sup>8</sup> Protokoll vid regeringssammanträde 2012-03-08, dnr S2011/986/FST (delvis) *Godkännande av en överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten.*

<sup>9</sup> Socialstyrelsen m.fl. (2012) *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård.*

<sup>10</sup> SKL (2012) *Evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

<sup>11</sup> Socialstyrelsen och SKL (2009) *Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården.*

<sup>12</sup> Promemoria framtagen av NSK, daterad 2011-10-05.

I arbetet med utredningens delrapport fångade vi upp många likartade synpunkter:

### *Kunskapen ska integrera olika perspektiv*

Olika aspekter bör vara sammanvägda och integrerade. Eventuella motsägelsefullheter och tolkningsskillnader bör vara utredda innan informationen sprids. Det finns också stora fördelar med överbryggande länkar mellan vården och omsorgen. Multisjuka äldre och personer med psykiska sjukdomar är exempel på grupper som behöver insatser från båda områdena.

Läkemedelsgenomgångar för äldre är ett exempel på en angelägen insats som skulle behöva ett breddat perspektiv. Många som använder flera läkemedel samtidigt har nytta av en samlad genomgång där alla deras aktuella läkemedel bedöms samtidigt. Vid flera äldreboenden genomförs sådana genomgångar i samarbete mellan kommunen och landstinget. En stor del av sjukligheten handlar här om hjärt-kärlproblem, sömnstörningar och nedstämdhet, problem som kan behandlas på många olika sätt; inklusive sådant som kostvanor och livsstilsförändringar som t.ex. kan stödjas av sociala insatser och hjälpmedel som underlättar aktivare liv. Arbetet är angeläget, men skulle behöva bättre stöd av kunskapsunderlag som integrerar läkemedelskunnande med kunnande om andra behandlingsmetoder och förebyggande insatser.

Tanken med integration av olika perspektiv utgår från kunskaper om att det slutliga resultatet av vårdens och omsorgens insatser för den enskilde medborgaren, ofta avgörs av den samlade livssituationen.<sup>13</sup> Begrepp som "livshändelser", "vårdkedjor" och "processorientering" uttrycker liknande resonemang.

### *Kunskapen ska vara lätt att använda*

Kunskaperna bör på ett enhetligt sätt vara tillgängliga så nära användarna som möjligt, helst i de kanaler de använder även för andra ändamål. För de professionella aktörerna handlar det om successiv integration i olika typer av beslutsstöd, behandlingsjournaler och liknande. För patienter och brukare handlar det om

---

<sup>13</sup> Se t.ex. Statens Folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2012) *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012*.

integration i t.ex. 1177/Inera och Vårdguiden. Fortlöpande uppdatering bör vara en löpande rutin. Behovet av tryckta rapporter kommer antagligen att minska påtagligt.

Genom att göra kunskapsunderlagen lättillgängliga redan från början kan de också användas direkt, utan behov av ytterligare bearbetning på regional och lokal nivå.

#### *Kunskapsutveckling genom jämförelser av resultat*

Det finns många exempel på att kunskapsutvecklingen nu sker allt mer genom löpande resultatåterföring och jämförelser. Denna kunskapsutveckling sker mer successivt, genom att kontinuerligt bidra till lärandet om verksamheterna och sambanden mellan insatser och resultat. Utmärkande för t.ex. Öppna jämförelser är just syftet att stimulera lärande mellan landsting och kommuner för högre kvalitet och effektivitet, och inte minst att öka öppenheten gentemot medborgarna genom bättre resultatinformation.

Denna typ av kunskapsutveckling ställer dock krav på jämförbarhet och enhetlighet i sådant som indikatorer, dataunderlag och statistik. Termer, begrepp och definitioner måste ensas. Det handlar om ett omfattande arbete som på sikt kan ge mer heläckande bilder av verksamheternas resultat. Arbetet medför också krav på förbättrade tekniska förutsättningar, som kompatibilitet och förenklingar för uppgiftslämnare och för dem som vill ta del av informationen.

Arbetet med att utveckla t.ex. Öppna jämförelser handlar därför både om tekniska frågor och om att utveckla kunskaper genom ett förbättrat innehåll i jämförelserna. Båda dessa delar är viktiga att vidareutveckla i den fortsatta kunskapsutvecklingen.

*Kunskapen ska svara på de frågor som ställs*

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

Inom omsorgen och det förebyggande arbetet är det oftast svårare att nå hög evidensgrad än t ex inom läkemedelsområdet. Orsakssambanden är inte lika lätta att isolera, tidscykeln mellan en intervention och ett resultat kan vara lång, och jämförelserna med icke-alternativen svårare. Inte desto mindre är det angeläget att successivt stärka kunskapsutvecklingen och att hela tiden använda bästa möjliga kunskap inför de frågor som ställs.

Processerna för att ta fram kunskapsunderlag behöver också bli snabbare och effektivare, så att användarna inte blir lämnade utan vägledning.

*Möjligheterna till internationellt utbyte bör utnyttjas bättre*

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

Det internationella kunskapsutbytet får ökad betydelse. Allt fler underlag kan relativt enkelt anpassas och användas även i Sverige.

*Det förebyggande perspektivet behöver stärkt ställning*

Hälsa har ett stort egenvärde genom att det för de flesta människor är en av de viktigaste förutsättningarna för ett gott liv. Dessutom är det samhällsekonomiskt fördelaktigt om behoven av vård och omsorg kan begränsas. Exempelvis beräknar Socialdepartementet i en rapport<sup>14</sup> att god hälsa i befolkningen har ekonomiska potentialer i mångmiljardnivå för vård- och omsorgssektorn.

På övergripande samhällsnivå handlar det om ett brett spektrum av faktorer<sup>15</sup> och insatsmöjligheter. Det finns systematiska och långsiktiga skillnader mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män. Även var i landet man lever spelar roll för hälsoutvecklingen. Det finns också skillnader i den självupplevda hälsan mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Till detta ska läggas att den psykiska hälsan hos skolungdomar och unga vuxna blivit sämre. Vi vet också att vårdens och omsorgens förmåga att behandla och bemöta medborgare jämlikt brister på olika områden.<sup>16</sup>

Individer och grupper har olika individuella och samhälleliga förutsättningar att ta till sig information och råd och att leva på ett sätt som främjar god hälsa. Det är t.ex. känt att de fyra viktigaste riskfaktorerna för icke smittsamma sjukdomar är skadlig alkoholkonsumtion, tobaksmissbruk, felaktig kost och otillräcklig fysisk aktivitet. Dessa riskfaktorer är ofta ojämnt fördelade i befolkningen så till vida att en och samma individ eller grupp kan ha flera av de riskabla levnadsvanorna. Erfarenheten har visat att hälsosatsningar tenderar att få ett större genomslag för de personer som redan har relativt goda kunskaper medan det har visat sig svårt att nå personer som lever med flera av riskfaktorerna. En annan riskfaktor för hälsan är funktionshinder. Självupplevd ohälsa är t.ex. 10 gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning än inom övriga befolkningen.<sup>17</sup> Här behövs vidareutvecklad uppföljning och insatser som bättre förmår att nå ut till de med störst behov. Kunskaper om metoder för att förebygga bruk och missbruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak (ANDT) ingår i

---

<sup>14</sup> Socialdepartementet (2010) *Den ljusnande framtiden är vård – Delresultat från LEV-projektet*.

<sup>15</sup> Se kap 1.

<sup>16</sup> Se t.ex. Socialstyrelsen (2011) *Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*, SKL (2010) *Vård på (o)jämlika villkor*, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2012) *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012*.

<sup>17</sup> Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2012) *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012*.

detta arbete som en viktig del. I ANDT-arbetet ingår också samordningsuppgifter och kunskaper om vård och behandling etc.

Inom vården och omsorgen kan perspektivet få en betydligt starkare ställning än i dag. Det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet hanteras i dag alltför separat och bör få en betydligt starkare plats i de kunskapsunderlag som används inom sektorn.

#### *..liksom funktionshindersperspektivet*

Det har inte legat i utredningens uppdrag att bedöma det övergripande arbetet med funktionshindersfrågor. Men för vård- och omsorgssektorn bedömer vi att funktionshindersperspektivet inte i tillräcklig utsträckning integreras i kunskapsunderlag och riktlinjer.

Funktionshinderspolitiken har – liksom folkhälsopolitiken – bredare målgrupper än vården och omsorgen, samtidigt som vården och omsorgen utgör en stor del av kontaktytan mellan personer med funktionsnedsättning och samhället. På motsvarande sätt som när det gäller det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet, behöver funktionshindersperspektivet därför få en starkare ställning i de kunskapsunderlag, råd och rekommendationer som riktas till vården och omsorgen, utan att perspektivet för den skull tappar kraft i övriga delar av samhället.

#### *Kopplingen till rehabilitering och sjukskrivning behöver stärkas*

Sjukskrivning betraktas som en del i vård och behandling enligt Socialstyrelsens rekommendationer i det Försäkringsmedicinska beslutsstödet. Detsamma framgår av Socialstyrelsens riktlinjer för God Vård och överensstämmer med villkoren i sjukskrivningsmiljarden, där bland annat landstingens ledningssystem ska omfatta även sjukskrivningsfrågorna. Detta sätt att se på sjukskrivningar börjar bli mer och mer accepterat inom hälso- och sjukvården, men det är fortfarande inte en självklarhet. Utifrån ett samlat perspektiv och utifrån ohälsotolets utveckling totalt sett, är erfarenheterna av den senaste tidens utvecklade samverkan mellan vården och Försäkringskassan positiva och kan utvecklas och förstärkas. Även här efterlyses med andra ord en bättre helhetssyn och ökad integration mellan olika kunskapsområden. En sådan idé på förstärkning av kopplingarna som vi också framförde i delbetänkandet, är att vård-

givaren skulle kunna ha ett direkt ansvar för och hantera en del av sjukskrivningarna. Vid avgränsade sjukdomstillstånd skulle sjukskrivningen kunna ses som en del av rehabiliteringen och som en integrerad del av vården. När en sjukfrånvaro ingår som en relativt standardiserad del i ett behandlingsprogram, t.ex. ett antal dagars/veckors återhämtning efter en operation, är tanken att detta skulle kunna beslutas utan administrativ omväg via Försäkringskassan. Genom att i sådana fall låta sjukskrivningsbeslutet tas direkt av läkaren/behandlaren, skulle förenklingar kunna uppnås. Med hänsyn till att socialförsäkringsfrågorna bereds i sin helhet av kommittén *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*<sup>18</sup> och eftersom Försäkringskassans ansvar enligt vårt uppdrag bara ska belysas utifrån hanteringen av tandvårdsstödet<sup>19</sup>, väljer vi ändå att lyfta fram denna idé utan att lämna några konkreta förslag.

#### *Kopplingarna mellan vård och omsorg behöver stärkas – med respekt för skillnaderna*

Det finns starka skäl att stärka samspelet och gränsöverskridande arbetssätt mellan vården och omsorgen, bl.a. eftersom många av de individer som har stora omsorgsbehov också har stora vårdbehov. Ett sätt att stödja detta kan vara att ta fram och använda allt mer gemensamma och integrerade kunskapsunderlag. Samtidigt är det är viktigt att driva integrationsarbetet med respekt för att förutsättningarna skiljer sig åt.

#### *Huvudmännen behöver en tydligare roll i arbetet med riktlinjer som stödjer prioriteringar*

I dag finns flera riktlinjer som tagits fram med god evidens, men ändå inte får tillräckligt genomslag. Delvis handlar detta om otillräcklig koppling mellan riktlinjearbetet och de praktiska och ekonomiska förutsättningar som finns ute i verksamheterna.

För att riktlinjearbetet ska kunna driva utvecklingen framåt än mer, behövs starka kopplingar till det praktiska arbetets förutsättningar. Verksamhetsansvariga från huvudmännen måste tidigt och tydligt vara med i riktlinjearbetet.

---

<sup>18</sup> Dir.2010:48 *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*.

<sup>19</sup> Se bilaga 1.



Dessutom behöver både kommuner och landsting stärka sin förmåga att hantera kunskapsspridning och kunskapsutveckling i sina verksamheter.

*Den avskilda hanteringen av kunskapsstöd inom läkemedelsområdet blir ett större problem*

I dag hanteras kunskapsstödet när det gäller läkemedel avskilt från annat kunskapsstöd. LV har relativt stora resurser för att på olika sätt ge både yrkesverksamma och allmänhet kunskapsstöd om läkemedel, naturläkemedel och angränsande frågor. Myndigheten producerar kunskapssammanställningar och svarar på enskilda frågor. Bland annat ger LV vart annat år ut en ny version av Läke-medelsboken som på ett samlat sätt beskriver läkemedelsbehandlingar vid olika sjukdomstillstånd. På samma sätt som praktiskt taget hela LV:s verksamhet, finansieras detta kunskapsstöd med avgifter från industrin. Till LV:s uppgifter hör även tillsyn av tillverkare och produkter inom det medicintekniska området.

Detta kunskapsstöd har stor betydelse i vården. Så vitt vi kan bedöma har det också hög trovärdighet och legitimitet. Samtidigt innebär den avskilda hanteringen vissa problem.

I praktiken handlar den viktigaste frågan om bristen på integration: Varför är inte kunskapsstödet om läkemedel fullt ut integrerat med kunskapsstöd om andra behandlingsmetoder?

Principiellt sett är det tveksamt att kunskapsstödet inom just detta område ska finansieras på annat sätt än kunskapsstöd inom andra områden. På vilka grunder avgörs det hur mycket kunskapsstöd som ska fokusera på läkemedel och hur mycket som ska fokusera på andra behandlingsmetoder?

I flera avseenden har läkemedelssektorn varit en föregångare när det gäller att utveckla kunskapsstöd. De erfarenheterna behöver nu användas i uppbyggnaden av användaranpassad kunskapsstyrning som utgår från patientens/brukarens situation och behov snarare än från en enskild behandlingsmetod.

*Särlagstiftningen om kunskapsstyrning inom läkemedelsområdet  
försvårar integrerade arbetssätt*

Enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska det finnas en eller flera läkemedelskommittéer i varje landsting. Kommittéernas uppgift är att genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget.

Läkemedelskommittéerna har haft stor betydelse för att få en mer rationell läkemedelsanvändning. Deras erfarenheter är värdefulla i det vidareutvecklade arbetet med kunskapsstyrning, men vår bedömning är att lagstiftningen motverkar integrering med andra viktiga delar i vården och omsorgens kunskapsutveckling.

*Vårdens och omsorgens behov av samlad forskningsstöd*

Forskning och utbildning skapar viktiga förutsättningar för vård- och omsorgssektorns utveckling på längre sikt. Behoven finns inom flera områden, såväl naturvetenskapliga som samhällsvetenskapliga.

Naturvetenskapliga forskningssatsningar görs bland annat i samverkan mellan universitetssjukhusen, andra universitet och högskolor, industri och landsting.

Vården och omsorgen har viktiga roller både som mottagare av kunskap, men också som kunskapsgeneratorer och ”testbäddar” för t.ex. nya arbetssätt och hjälpmedel.

För att få ett kunskapsunderlag med ett helhetsperspektiv för vården och omsorgen behövs forskning från flera olika områden. Med allt mer sammansatta behov hos patienter och brukare och med fler tvärspektoriella problemställningar behövs tvärvetenskaplig och multidisciplinär forskning. Forskningsresultat behöver kombineras på nya sätt, föras ut till relevanta målgrupper och nyttiggöras i verksamheter. FAS lyfte i sin forskningsstrategi fram behovet av följande kompetenser för forskning inom politikområdena Hälsa och Välfärd: utvärderings- och effektforskning, hälsoekonomi, organisations- och tjänsteforskning, välfärdstatsforskning, epidemiologi, statistik och informatik.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> FAS (2011) *Socialdepartementets politikområden inom hälsa och välfärd – en samlad forskningsstrategi*.

Idag finansieras och stöds dessa olika forskningsområden av flera olika forskningsfinansiärer, vilket bidrar till en splittrad bild. Det medför också en risk att viktiga forskningsområden faller mellan stolarna. Splittringen medför också svårigheter i de samlade kontakterna mellan vården och omsorgen och forskningssamhället. Här finns ett behov av en mer samordnad statlig aktör som kan bidra till en bättre dialog mellan vetenskapssamhället och vården och omsorgen.

#### *Bristfällig dialog med forsknings- och utbildningssektorn*

Den framtida kompetensförsörjningen i vården och omsorgen är central för att klara övriga utmaningar i sektorn. För att möta dessa utmaningar, behöver de utbildningar och kompetensutvecklingsmöjligheter som erbjuds, stämma överens med behoven i sektorn. Det handlar både om att de utbildningar som erbjuds ska framstå som attraktiva så att tillräckligt många utbildar sig, och om att det behövs ett tätt samspel mellan lärosätena och sektorns olika företrädare, för att säkerställa att de utbildningar som erbjuds motsvarar behoven. Framöver behövs bättre former för att ta hand om dessa angelägna frågor.

#### *Exempel på kunskapsunderlagens otillräckliga genomslag*

Ett exempel från hjärtsjukvården kan beskriva en del av problematiken med otillräckligt genomslag för kunskapsunderlag och rekommendationer i praktiken: Det har under många år funnits nationella riktlinjer från SoS och kvalitetsregister. Beslut om olika läkemedel fattas av LV och TLV. FHI ger råd om livsstil som under senare år arbetats in i riktlinjerna. Riktlinjerna uppdateras sällan, trots att ny kunskap tillkommer kontinuerligt. Vissa nyckeltal över resultat i hjärtsjukvården ingår i Öppna jämförelser och flera enheter arbetar dessutom effektivt med jämförelser från kvalitetsregistret. SoS:s granskning visar dock att mycket få patienter får helt rätt behandling vid en genomgång av de viktigaste behandlingsinsatserna. Slutsatsen i SoS:s rapport är att om alla skulle få rätt behandling skulle många kunna lägga flera friska år till livet,

samtidigt som de samhällsekonomiska vinsterna skulle bli avsevärda.<sup>21</sup>

### *Statens kunskapsstyrning är splittrad*

Många av statens myndigheter arbetar i dag med kunskapsstöd till vård- och omsorgssektorn.

**Figur 4.2 Myndigheter och organisationer med kunskapsrelaterade uppgifter i vården och omsorgen**



Regeringen har under senare år aktivt verkat för en ökad samordning mellan myndigheterna i kunskapsstyrningen. I instruktionerna för SoS, SBU, TLV, LV och SMI samt i FHI:s regleringsbrev, anges att ”arbetet med kunskapsstyrning ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården är samordnad”.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Socialstyrelsen (2009) *Hjärtsjukvård – öppna jämförelser och utvärdering 2009*.

<sup>22</sup> Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen, förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering, förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, förordning (2010:604) med

Regeringen har också i särskilda uppdrag angett att myndigheterna gemensamt ska ansvara för och rapportera arbetet med vissa kunskapsstyrningsfrågor. Bland annat har FHI, SBU och SoS ett gemensamt uppdrag att pröva användningen av SBU:s metoder för att utveckla och bedöma kunskapsunderlag även inom folkhälsoområdet.<sup>23</sup> SoS, LV, SBU, FHI, SMI och TLV har också haft ett gemensamt uppdrag att utveckla modellen för God vård.<sup>24</sup> Ytterligare exempel är regeringens uppdrag till SoS och FHI att gemensamt rapportera om folkhälsans utveckling och dess bestämningsfaktorer.<sup>25</sup>

Här har det visat sig att myndigheternas mandat, uppdrag och kompetenser skapar vissa problem. Formellt sett har myndigheterna samma status och roll gentemot regeringen. Ingen av dem kan samordna i meningen styra över någon annan. Det innebär att det krävs samsyn och konsensus, vilket ibland försvåras eftersom myndigheterna har skapats utifrån olika ändamål och förhållanden.

Gränssnitten mellan myndigheterna skapar dessutom problem och trögheter när det gäller att utbyta information, analysera samband och fatta strategiska beslut. De statliga myndigheternas arbete i kunskapssammanhang riktas därmed delvis inåt mot andra delar av staten i stället för utåt mot verksamheterna och medborgarna. Kraft behöver läggas på att hitta sätt att överbrygga gränser sinsemellan.

Möjligheten till genomslag från FHI och Handisam, som inte riktar sig till enbart vården och omsorgen, försvåras också av de organisatoriska gränserna.

Själva antalet myndigheter med ansvar att stödja vården och omsorgen utifrån bästa möjliga kunskap skapar också i sig problem med överblickbarheten för mottagarna och även för regeringen.

---

instruktion för Smittskyddsinstitutet, regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Statens folkhälsoinstitut.

<sup>23</sup> Uppdrag att utreda utformningen av rekommendationer för metoder och strategier på folkhälsoområdet, regeringsbeslut 2012-01-26, dnr S2012/623/FS (delvis), Uppdrag att utreda konsekvenserna för Statens folkhälsoinstitut av att tillämpa GRADE-systemet för värdering av vetenskapligt stöd, regeringsbeslut 2012-01-26, dnr S2012/624/FS (delvis).

<sup>24</sup> Socialstyrelsen m.fl. (2012) Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård.

<sup>25</sup> Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2012) Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012.

### *Utredningens bedömning*

Vi bedömer att vidareutvecklad kunskapsstyrning är en nyckelfråga för att hantera de utmaningar som vården och omsorgen står inför. Specialiserad fackkunskap inom olika områden kommer att ha minst lika stor betydelse som den har i dag, men den behöver finnas i sammanhang som utgår från patienters och brukares helhetssituation och är anpassade till både brukarnas, patienternas och verksamheternas behov.

## **4.3 Tillsyn och reglering ska säkerställa att regler följs**

### *Regeringens övergripande syn på tillsyn*

Tillsyn är ett instrument som syftar till att garantera att lagar och regler följs i enlighet med de demokratiskt fattade besluten. Tillsynen är ett styrmedel som ytterst ska upprätthålla respekten för folkviljan. Vikten ligger implicit på enhetlighet.<sup>26</sup> Regeringen definierar tillsynen på följande sätt:

...verksamhet som avser självständig granskning för att kontrollera om tillsynsobjekt uppfyller krav som följer av lagar och andra bindande föreskrifter och vid behov kan leda till beslut om åtgärder som syftar till att åstadkomma rättelse av den objektsansvarige.<sup>27</sup>

Statskontoret konstaterar i sin studie om statlig tillsyn och tillsynens utveckling att tilltron till tillsyn och användningen av tillsyn som styrmedel ökat under de senaste decennierna, bl.a. som en följd av resultatstyrningens utveckling, avregleringar, privatiseringar och EU-medlemskapet. Statskontoret konstaterar också att det finns en tendens att lägga tillsynsuppdraget i särskilda nyinrättade myndigheter i stället för inom existerande myndigheter, i enlighet med tanken om renodling av myndigheters verksamhet utifrån deras funktion eller roll i systemet (exempel på andra funktioner kan vara normering, produktion och utveckling).<sup>28</sup>

Statskontorets konstaterande om renodlingstendensen i statsförvaltningen lyfter den principiella frågan om var tillsynen bäst

<sup>26</sup> Se t.ex. Statskontoret (2012) *Tänk till om tillsyn*.

<sup>27</sup> Skr. 2009/10:79 *En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn*.

<sup>28</sup> Statskontoret (2012) *Tänk till om tillsynen*. Se också Statskontoret (2011) *Fristående utvärderingsmyndigheter – en förvaltningspolitisk trend?*

hör hemma. Vi har i delbetänkandet påpekat att det inom vården och omsorgen finns två olika synsätt: Ett synsätt betraktar tillsynen som en viktig del i ett ”hjul” av verksamhetsutveckling, där tillsynens resultat leder fram till nya kunskaper, som i sin tur kan bilda grund för exempelvis nya föreskrifter och praxis, som sedan följs upp vid ny tillsyn etc. Med ett annat synsätt utgår man ifrån att det måste finnas en tydlig åtskillnad mellan regelgivning, tillsyn och utvecklingsstöd, så att opartiskhet säkerställs. Med detta synsätt betonas de olika roller eller rationaliteter som de olika aktiviteterna har. Tillsyn kräver integritet, tydlighet och likabehandling gentemot tillsynsobjektet. Arbetet med att ta fram föreskrifter bör med detta synsätt hållas isär från tillsynsuppdraget.<sup>29</sup>

Figur 4.3 Samspelet mellan utveckling och tillsyn



Tillsynens kärna är att säkerställa att fastställda lagar och regelverk följs och därmed garantera genomförandet av intentionerna från regering och riksdag. Som en del av detta ska tillsynen ge information om gällande regler. Iakttagelser från tillsynen kan också bidra till successivt lärande och förbättring.

Regeringens syn på tillsynens sammanhang och relationen mellan t.ex. tillsyn-normering-främjande är förhållandevis öppen. Regeringen skriver:

<sup>29</sup> Se också SOU 2008:118 *Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning*, bilagan.

Det är i allmänhet inte lämpligt att tillsynsmyndigheten uppträder som konsult och ger råd om hur tillsynsobjekten ska agera i specifika ärenden. Det kan t.ex. uppstå svårigheter om tillsynsmyndigheten tidigare lämnat mycket precisa råd i ärenden som sedan blir föremål för tillsyn. Tillsynsmyndigheten måste dock självklart kunna lämna upplysningar om vad som utgör gällande rätt. Inom vissa tillsynsområden kan skäl tala för att även rekommendationer och vägledning ska vara en del av tillsynen.<sup>30</sup>

Regeringen är alltså tydlig med att rådgivning i specifika ärenden är olämpligt för en tillsynsmyndighet, men att det är en självklar uppgift att kunna beskriva de regler som gäller.

#### *Tillsyn ur verksamheternas perspektiv*

I vår inledande kartläggning konstaterade vi att vården och omsorgen styrs av regler och krav från flera olika håll. Statliga myndigheter – inte enbart de som är knutna Socialdepartementet – står för stora delar av regleringen, men även huvudmännen har sina regelverk, rapporteringskrav och kontrollfunktioner. För patienter, brukare och yrkesverksamma är det inte alltid tydligt vilka regler och kontroller som kommer från vilket håll. För huvudmännen kan det vara viktigt att göra en tydlig skillnad mellan statens rikslänkande normkrav och det utrymme som finns för eget utvecklingsarbete.

#### *Dagens problem i Socialstyrelsens tillsyn*

För närvarande finns flera problem i statens tillsyn mot vård- och omsorgssektorn. Som framgår i kapitel 3, har SoS sedan januari 2010 ansvar för tillsynen av både vård- och omsorgsverksamhet. I kapitel 3 redovisar vi också en del av de konkreta brister som i dag finns i SoS tillsynsverksamhet. Åtgärder har också inletts på myndigheten för att hantera dessa.

I våra samtal har vi också fångat upp den principiella synpunkten att den statliga normeringen och tillsynen bör fokusera på resultat och inte låses till ”strukturmått” som bemanning, lokalytor, standardutrustning etc. Sådana strukturmått minskar utrymme för lokal anpassning och nytänkande. Här finns stor utveck-

---

<sup>30</sup> Skr. 2009/10:79 *En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn.*



lingspotential i möjligheterna att ta fram bättre mått och indikatorer.

Sammantaget kan vi konstatera att SoS:s tillsynsverksamhet i dag har brister, och att man också inom myndigheten inlett ett arbete för att komma tillrätta med dessa.

#### *Andra problem som berör tillsyn, tillstånd och legitimationer*

I våra samtal har synpunkter kring tillsyn, tillstånd och legitimationer ofta lyfts fram i ett och samma sammanhang. I vårt delbetänkande beskrev vi detta som en önskan om en mer samordnad hantering av de formella styrmedlen.

Utöver den ovan nämnda kritiken mot verksamhetstillsynen noterade vi också kritik mot den reglering och tillsyn som riktas mot apoteken. Strukturen uppfattas som komplicerad i och med att det är SoS som utövar tillsyn över personalen, medan det är LV som svarar för tillsyn över lokaler och utrustning. Samtidigt har TLV tillsynsansvar över apoteksmarknaden.

Flera av dem vi talat med lyfte fram betydelsen av att tillsynen riktas tydligt både mot beställare/uppdragsgivare och de operativa verksamheterna. Formellt sett finns det inga problem i detta, men frågan behöver ändå uppmärksammas eftersom rutiner och arbetsformer till stor del vuxit fram innan mångfalden ökade i sektorn.

En del fristående producenter av vård och omsorg, representanter för läkemedelsindustrin, apoteksbranschen och medicinteknikföretagen upplever att de myndigheter som svarar för tillståndsgivning och tillsyn inte förstår företagets villkor. Reglerna upplevs som oklara och handläggningstiderna som långa, vilket skapar svårigheter särskilt för små företag. Ur huvudmännens perspektiv blir problemet att förnyelsemöjligheterna bromsas upp.

Arbetsmiljöverket är en myndighet utan direkt koppling till Socialdepartementet som har en viktig roll i vård- och omsorgssystemet. Här uppfattar huvudmän och verksamhetsföreträdare ibland att Arbetsmiljöverkets krav krockar med verksamhetskraven från SoS. I dessa fall efterlyses en avstämning mellan myndigheterna, så att kraven blir möjliga att leva upp till. Det finns också önskemål om att Arbetsmiljöverkets regler ska finnas tillgängliga i samma sammanhang – t ex på samma webbplats – där information om övriga regler finns.

*Tillsynsvägledning kring alkohol- och tobak*

FHI:s tillsynsansvar över efterlevnaden av alkohollagen och tobakslagen sker genom stöd och samordning gentemot länsstyrelserna, som har ansvaret för tillsynsvägledning inom länet och ska biträda kommunerna med råd i deras verksamhet. Den direkta tillämpningen av regelefterlevnaden sker dock av kommunerna och av respektive Länspolismyndighet.

Från kommunalt håll pekar man på skillnader i det stöd och den vägledning som länsstyrelserna ger. Rollfördelningen mellan FHI och Länsstyrelserna upplevs som oklar. Här pågår nu utvecklingsarbete inom Länsstyrelserna för att förtydliga och ensa den tillsynsvägledning som riktas till kommunerna.<sup>31</sup> Regeringen har också pekat ut länsstyrelsernas roll i arbetet med ANDT-strategin, genom finansieringen av särskilda ANDT-samordnare. Samordnarna ska bidra till att föra ut mål och inriktning i regeringens ANDT-strategi, genom bidrag till utvecklingen av det lokala ANDT-arbetet. Arbetet ska ske i samverkan med Statens folkhälsoinstitut.<sup>32</sup>

*Godkännanden av läkemedel och andra produkter*

Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och utövar tillsyn över medicintekniska produkter. Detta är en viktig del av arbetet att garantera säkerhet och möjliggöra innovation. Detta arbete är numera integrerat i en gemensam EU-hantering där industrin söker tillstånd, levererar underlag och betalar för prövningen. En stor del av arbetet görs av nationella myndigheter, men besluten fattas sedan på EU-nivå. Sveriges del i processen sköts i huvudsak av Läkemedelsverket.

Denna verksamhet skiljer sig på många sätt från de verksamheter som riktar sig direkt till vården och omsorgen. Här riktas arbetet till industrin. Verksamheten är intäktsfinansierad och till stor del konkurrensutsatt genom att det inte är givet i vilket EU-land processen ska skötas.

Denna del av LV:s verksamhet ligger i huvudsak utanför utredningens uppdrag. Vi har inte gjort någon analys av dessa verksamheter och lägger heller inga förslag till förändringar av sättet att arbeta med dem.

<sup>31</sup> Vägledning beslutad 9 december 2011, Länsstyrelsen i Södermanlands län dnr 705-1230-2011D.

<sup>32</sup> Prop. 2010/11:47 *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken.*

*Utredningens bedömningar kring tillsyn, tillstånd och legitimationer*

Statens effektivitet i arbetet med tillsyn, tillstånd och legitimationer behöver förbättras. Kapaciteten bör öka och arbetsätten effektiviseras och förnyas.

Den information och dialog som ska komplettera granskningen behöver vidareutvecklas. Utan att göra den granskande rollen otydlig, bör tillsynens iakttagelser också användas som stöd för successivt lärande. Huvudmännens verksamhetsansvar innebär också ett ansvar för egen uppföljning och utveckling.

Staten har organiserat tillsynsverksamheten på olika sätt i olika sektorer. Inom Finansmarknadsområdet har Finansinspektionen ansvaret både för tillsyn och tillstånd, liksom på infrastrukturområdet där Post- och telestyrelsen har båda uppgifterna. Även inom skolområdet har tillsynsverksamheten sammanförts med tillstånd och legitimationer. Parallellen har gemensamma nämndare med vården och omsorgen genom att staten inom skolområdet har ett likartat förhållande till huvudmännen, som svarar för den operativa verksamheten.

#### **4.4 Det behövs ett stärkt nationellt grepp om IT- och kommunikationsfrågorna**

En förutsättning för ett löpande förbättringsarbete i vården och omsorgen är tillgången på aktuella och jämförbara data. Det är genom tillgången på dessa uppgifter som förändringstrycket i vården och omsorgen skapas, genom att det blir tydligt vilka åtgärder som åstadkommer vilken effekt. Dessutom synliggörs de förbättringar som går att åstadkomma. Data ska kunna spegla många olika aspekter: kostnader, strukturer, processer och resultat. Data är grunden för bland annat

- benchmarking och avvikelseanalyser baserat på jämförande data för att t.ex. ge förutsättningar för förbättringsarbete i vardagen,
- att kunna identifiera strategiska problemområden att utveckla,
- att kunna bedriva forskning,
- att kunna göra analyser av effektivitets- och kvalitetsutveckling, framtagandet av prognoser och simuleringar m.m.,

- underlag för ledning och styrning t.ex. genom resultatbaserade ersättningar, och
- att kunna följa att mål nås i nationella, regionala och lokala satsningar.

Trots att det finns mycket data redan i dag, behöver register såväl utvecklas som byggas ut, för att göra det möjligt att utveckla system som skapar lärande i mötet mellan profession och patient/brukare/användare. Ett sådant lärande bygger på återkoppling av data som visar hur insatsen i det individuella fallet eller för grupper av patienter och brukare ser ut i jämförelse med de som lyckas bäst.

Nyttan spelar avgörande roll. Data som samlas in utan att användas och återförs skapar vare sig engagemang eller ökad kompetens.

### *Möjligheter till ökat inflytande för patienter och brukare*

Många av de iakttagelser vi gjort visar hur patienter och brukare i allt större utsträckning kan utöva en direkt påverkan på vården och omsorgen, bl.a. som ett resultat av olika valfrihetsreformer och att resurserna följer patientens/brukarens val. Inom hälso- och sjukvården kan patienter röra sig fritt mellan landsting, och det finns också ökade möjligheter att söka vård inom hela EU. Den enskilde har också i ökande utsträckning tillgång till information och kunskap om de olika verksamheterna, och med detta ökar också förväntningarna och kraven på verksamheterna. De konsekvenser som en fri rörlighet i hela landet innebär belyses mer fördjupat i Patientmaktsutredningen.<sup>33</sup>

Möjligheten att välja vård och/eller omsorg är i många fall en viktig påverkansmöjlighet, men det finns också andra frågor. Till exempel är det viktigt att mötas av lyhördhet, valmöjligheter och väl samordnad hjälp även när man inte kan eller vill byta. Det kan också vara viktigt att ha tillgång till bra information, att kunna ta del av den dokumentation som finns om en själv, att kunna rapportera biverkningar och annan användarkunskap och sist men inte minst att ha tillgång till hjälp när något inte fungerar som det ska.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Se t.ex. dir. 2011:25, Tilläggsdir. 2012:24, *Stärkt ställning för patienten genom en ny lagstiftning*.

<sup>34</sup> Vårdanalys (2012) *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?*, Vårdanalys (2012) *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård*.

I ett större perspektiv går det att vända på själva frågan om patient- och brukarinflytande. För dem som har vilja och kapacitet att ta ett stort eget ansvar, kan det snarare handla om hur mycket professionell involvering och inflytande man vill ha i sitt eget liv.

I ökande utsträckning kan brukare och patienter själva styra inriktningen på sin vård och omsorg. Inte minst har sådana möjligheter utvecklats för de med kroniska sjukdomar eller stödbehov. Här finns flera exempel på egenvård-, behandling och kontroll som både underlättar för den enskilde och samtidigt avlastar vården och omsorgen. Ett led i denna utveckling är arbetet med att tillhandahålla och erbjuda en elektronisk infrastruktur för säker lagring och delning av information – ett så kallat hälsokonto. Via denna plattform kan bland annat den egna journalinformationen och läkemedelslistan göras tillgänglig via en säker webblösning och den enskilde få tillgång till enkla tjänster för att planera sin egen vård och behandling. Utöver detta kan personliga tjänster i form av en hälsodagbok erbjudas, för att skapa möjligheter för patienten att själv dokumentera och följa sin hälsoutveckling, samt för att få en personligt anpassad rådgivning. Under våren 2012 kommer Socialdepartementet tillsammans med Apoteken Service AB att påbörja arbetet med att utveckla och erbjuda den nationella databasen för individuella hälsokonton.<sup>35</sup>

Trots stora skillnader mellan olika patienters och brukares förmågor och önskemål, talar mycket för att denna förändring i riktning mot allt mer välinformerade och kravställande brukare och patienter kommer att vara en av vård- och omsorgssektorns största utmaningar och förändringskrafter. Detta innebär ett skifte i vården och omsorgen där makt och initiativkraft flyttar till individen och till mötet mellan individen och vård-/omsorgsgivaren. Informationstekniken har stor betydelse i detta sammanhang, men förutsätter mer samlade och användarvänliga informations- och kommunikationskanaler, med bibehållet skydd för den personliga integriteten.

#### *Administrativa förenklingsmöjligheter kräver satsningar*

IT-utvecklingen ger ökade möjligheter både till kunskapsspridning och förenklad administration. Samtidigt bygger utvecklingen på att allt mer av det som görs ute i verksamheterna dokumenteras. Nya

---

<sup>35</sup> Uppgift från Socialdepartementet.

arbetsinsatser och kompetenser krävs. Frågor om integritet och andra etiska frågor får ökad aktualitet.

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

Behoven av en gemensam terminologi finns även inom tandvården. Här har terminologi och klassifikationer tagits fram med olika syften men utan samordning, vilket innebär att olika begrepp används i t.ex. riktlinjer respektive ersättningsregler.<sup>36</sup>

Frågan om en samlad informationsstruktur för vården och omsorgen har länge varit prioriterad, av både stat och huvudmän. Regeringens beslut om den Nationella IT-strategin för vård och omsorg år 2006 (numera Nationell e-hälsa) har åtföljts av många olika insatser för att samordna arbetet på området.<sup>37</sup> Målet med insatserna är att skapa konkret nytta för invånare, personal och beslutsfattare. Detta till trots, återstår ännu några steg innan informationsstrukturerna är samordnade i linje med regeringens ambitioner. Det beror på att ansvaret för arbetet bara delvis är statens. Huvuddelen av de infrastrukturbeslut som behövs fattas av kommuner och landsting. Staten behöver bistå med stöd till en fortsatt samordning.

En jämförelse kan göras med Apotekens Service AB (APSE), som bildades efter omregleringen av apoteksmarknaden den 1 juli 2009, och övertog ansvaret efter Apoteket AB för nationella infrastruktur tjänster för alla aktörer på apoteksmarknaden. Under Apoteket AB kunde infrastrukturen byggas upp och utvecklas enhetligt och gemensamt över hela landet, erfarenheter som sedan vidareutvecklats i APSE. Till skillnad från andra delar av vården och omsorgen, finns här en sammanhållen infrastruktur som möjliggör effektivitet och bättre patientsäkerhet. Samtidigt finns nära kopplingar mellan vården och omsorgen och APSE:s verksamhet, vilket innebär att användandet av informationssystem och datahantering skulle kunna samordnas och effektiviseras ytterligare. De positiva

<sup>36</sup> Socialstyrelsen (2011) *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering*.

<sup>37</sup> Skr. 2005/06:139, *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*. Se också bl.a. Socialdepartementet (2010) *Nationell eHälsa – strategi för tillgänglig och säker information om vård och omsorg*, samt [www.ehis.se](http://www.ehis.se), [www.inera.se](http://www.inera.se)

erfarenheterna från verksamheten i APSE bör tas tillvara på ett bättre sätt än i dag genom systematiska kopplingar till infrastrukturen för övrig vård och omsorgsinformation, utan att parallella informationslösningar byggs upp från statens sida.

Riksrevisionen har tidigare pekat på att ansvaret för förvaltningen av den nationella informationsstrukturen är oklart.<sup>38</sup> Regeringen har pekat på behovet av en samlad förvaltningsorganisation för arbetet med nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk, för delar av den tillämpade informationsstruktur som utvecklats av Center för eHälsa i samverkan<sup>39</sup>, samt för den fortsatta utvecklingen och förvaltningen av socialtjänstens informationsstruktur. SoS har därför fått i uppdrag att ta fram ett förslag på en sådan förvaltningsorganisation.<sup>40</sup> I rapporten till regeringen föreslår SoS att myndigheten får ett samlat ansvar för förvaltningen av hela den gemensamma informationsstrukturen för både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Myndigheten pekar på att arbetet ska vara långsiktigt och föreslår att ansvaret skrivs in i Socialstyrelsens instruktion. Myndigheten menar att antalet aktörer i arbetet bör vara få och arbeta mot gemensamma mål, och att resurserna måste användas effektivt.<sup>41</sup>

Arbetet med att stödja en mer sammanhållen informationsstruktur för vården och omsorgen går nu in i en förvaltningsfas. Från att ha varit ett ”nytt” utvecklingsområde med stora behov av strategisk, politisk samordning och samförståndsskapande kring inriktning och övergripande mål mellan olika aktörer, däribland mellan staten och landstings- och kommunnivån men också mellan offentliga och privata aktörer, har arbetet nu gått in i en mer löpande utveckling, som behöver kontinuitet och långsiktighet. Berörda i vården och omsorgen efterfrågar löpande stöd, kunskap och beslutsförmåga från staten för att kunna förbättra tillgången på information för brukarna och patienterna och säkerställa kvaliteten i vården och omsorgen. En hel del av dessa frågor kan med fördel hanteras på myndighetsnivå. Samtidigt behöver regeringen och Socialdepartementet fortsatt kunna fokusera de strategiska frågorna kring inriktningen av arbetet på längre sikt.

<sup>38</sup> RiR (2011) *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?*

<sup>39</sup> Center för eHälsa i samverkan (CeHis) ansvarar för att koordinera landstingens och regionernas eHälsa-samarbete

<sup>40</sup> Socialstyrelsen (2009) *Nationell informationsstruktur – ett regeringsuppdrag inom Nationell IT-strategi för vård och omsorg.*

<sup>41</sup> Socialstyrelsen (2011) *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering.*

Svårigheterna i den nuvarande myndighetsstrukturen kan belysas med ett exempel från funktionshindersområdet: I dag är flera myndigheter och andra funktioner involverade i den statliga styrningen av funktionshinders- och hjälpmedelsområdena. I detta sammanhang innebär teknikutvecklingen att frågorna behöver ses mer i ett samlat perspektiv där t.ex. effektivisering av vård och omsorg, samverkan mellan vård och socialtjänst, ökad egenvård, ökade möjligheter till behandling hemma etc. ingår som förutsättningar och mål. Teknikutvecklingen ”går ihop” på många områden och möjligheten till utveckling av hjälpmedel – både mer traditionella och nya tekniska hjälpmedel – förbättras genom ett bredare och mer samlat perspektiv.

#### *Utredningens bedömning*

Det finns ett påtagligt behov och efterfrågan av förstärkta nationella satsningar inom IT- och kommunikationsområdet. Från att ha varit ett nytt område där främst principiella överenskommelser behövts, växer nu behovet av operativa insatser med praktiska frågor, systemutveckling och förvaltning.

I grunden ligger det operativa ansvaret på huvudmännen, men behovet av nationell samordning ger staten en viktig roll. Det ökande antalet praktiska frågor gör det också viktigt för staten att rusta myndigheterna för att ta en allt större roll, så att departementet kan hålla fokus på de strategiska aspekterna.

## **4.5 Långsiktig och fokuserad statlig styrning ger bättre genomslag**

### *Överlappningar i ansvar och uppgifter*

En viktig del av styrningen av vård- och omsorgen sker i ledningen och styrningen av myndigheterna i departementet. Regeringens styrning av myndigheterna har under lång tid varit föremål för diskussion och utveckling.<sup>42</sup> Regeringens styrning av myndigheterna redovisas mer fördjupat i vårt delbetänkande.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Se t.ex. SOU 2007:75, Prop. 2008/09:1, prop. 2009/10:175, SOU 2008:118.

<sup>43</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård och omsorgssystem en kartläggning*.



Instruktionernas roll i den statliga styrningen har utvecklats på senare år, bl.a. för att åstadkomma en mer verksamhetsanpassad och långsiktig, strategiskt inriktad styrning.<sup>44 45</sup> Regeringens ambition är att den årliga styrningen av myndigheterna i högre grad ska inriktas på verksamhetens resultat utifrån det instruktionsenliga uppdraget. Instruktionen och de uppgifter som anges i denna bör vara basen för den löpande styrningen och återrapporeringen. I vår kartläggning av myndigheternas instruktioner har vi noterat att flera myndigheter har liknande uppgifter inom samma områden.

**Tabell 4.1 Exempel på överlappningar på instruktionsnivå**

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

*Källa:* Myndigheternas instruktioner.

<sup>1</sup> SMI:s uppgifter breddade till ett mer folkhälsoinriktat arbete

<sup>2</sup> Vårdanalys ska följa upp verksamheter i gränssnittet mellan vård och omsorg.

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

### Stor mängd initiativ

Regeringens löpande styrning av myndigheterna inom vård- och omsorgssektorn kännetecknas av stor aktivitet. Vår kartläggning visar att såväl antalet uppdrag i regleringsbrev som antalet särskilda uppdrag till myndigheterna ökat de senaste åren för de mest uppdragsbelastade myndigheterna, i synnerhet för SoS.

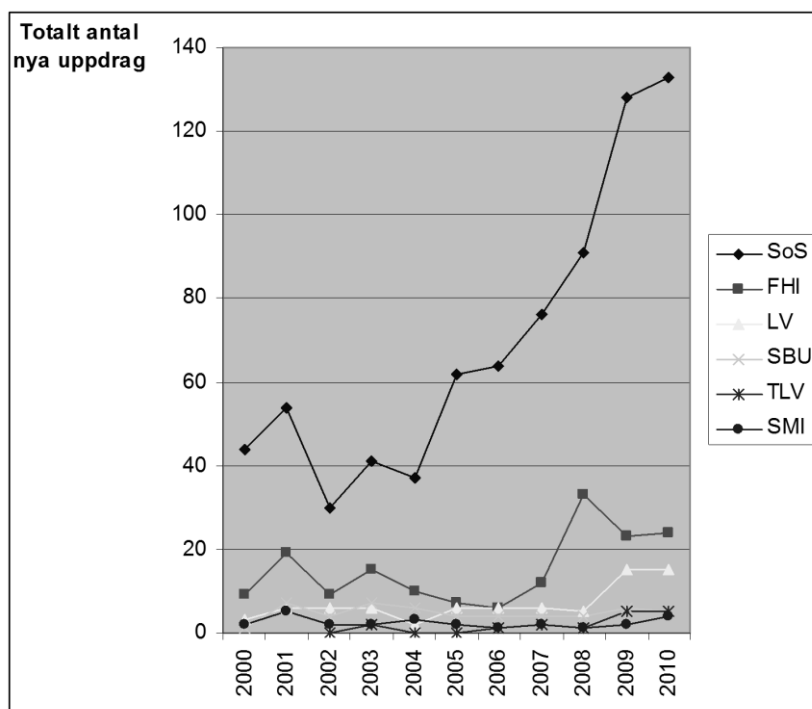
I diagram 4.1 redovisar vi uppdragsutvecklingen från år 2000 – 2010 för de sex myndigheter som ibland har överlappande

<sup>44</sup> Förordning (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag.

<sup>45</sup> Prop. 2008/09:1, *Budgetpropositionen för 2009*.

uppgifter: FHI, LV, SMI, SoS, SBU och TLV.<sup>46</sup> Som ovan slagits fast är SoS den myndighet som får allra flest uppdrag, både i regleringsbrevet och i särskilda beslut. Den absoluta merparten kommer från Socialdepartementet även om det förekommer att även andra departementet ger uppdrag till myndigheten. FHI får också förhållandevis många uppdrag och en viss ökning kan noteras de senaste åren. Uppdragen till övriga myndigheter är förhållandevis få, både i regleringsbrev och som särskilda beslut. LV och SMI har dock fått fler uppdrag de senaste åren.

Diagram 4.1 Totalt antal nya uppdrag i regleringsbrev och som särskilda beslut, per år 2000–2010.



De myndigheter som får flest uppdrag, SoS och FHI, har fått särskilda medel i samband med vissa uppdrag under hela den studerade perioden. De medel som tilldelas fullfinansierar inte alltid uppdragen.

<sup>46</sup> Vårdanalys bildades först 1 januari 2011 ingår därför inte i redovisningen.

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

De senaste åren kan en trend skönjas att ge särskilda medel i samband med uppdragen även till andra myndigheter än SoS och FHI.<sup>47</sup>

En stor del av regeringsuppdragen kan hänföras till kunskapsområdet (inklusive utveckling av metoder samt uppföljning och utvärdering). Flera uppdrag ska dock ske i samverkan mellan myndigheter, bland annat i syfte att samordna arbetet med kunskapsunderlag.<sup>48</sup>

I samband med den utveckling av resultatstyrningen som regeringen bedriver, har också formerna för kontakter och dialog mellan regering och myndigheter diskuterats och utvecklats. Regeringen anser att dessa kontakter ”bör syfta till informations- och kunskapsutbyte samt förtydliganden av regeringens styrning”.<sup>49</sup> För de granskade myndigheterna har dialogformerna utvecklats på senare år. I dag är kontakten mellan myndigheterna och Socialdepartementet tätare och mer systematiska än tidigare, vilket de myndighetsrepresentanter och departementsföreträdare vi talat med ser som positivt. Flera pekar dock på att kopplingen mellan regeringens samlade politiska prioriteringar och myndigheternas arbete skulle kunna förtydligas.

Ett annat styrinstrument som regeringen kan använda sig av för att åstadkomma utveckling i vården och omsorgen är strategier. Dessa dokument varierar både till form, framtagande och innehåll. Aktuella strategier är exempelvis ANDT-strategin,<sup>50</sup> den nationella cancerstrategin som inneburit en rad satsningar sedan år 2010<sup>51</sup> och den nationella läkemedelsstrategin om läkemedelsanvändning som beslutades i augusti år 2011<sup>52</sup>. Kopplad till läkemedelsstrategin finns en handlingsplan med specifika insatser som myndigheter och organisationer ska arbeta vidare med. Till båda dessa strategier finns överenskommelser med SKL knutna.

Överenskommelser har träffats inom många olika områden och för många olika frågor inom vården och omsorgen. Historiskt sett

---

<sup>47</sup> Se SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.

<sup>48</sup> Se t.ex. SoS m.fl. (2012) *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om uppdrag att utveckla modellen God vård*.

<sup>49</sup> Prop. 2009/10:175, *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

<sup>50</sup> Prop. 2010/11:47 *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken*.

<sup>51</sup> SOU 2009:11, *En nationell cancerstrategi för framtiden*.

<sup>52</sup> Socialdepartementet, *Nationell läkemedelsstrategi*, Promemoria S2011.029.

är det främst inom hälso- och sjukvårdsområdet som det tecknats överenskommelser men nu finns nu även flera omfattande överenskommelser inom omsorgsområdet. Omfattningen av utbetalade medel till kommuner och landsting och till SKL i samband med överenskommelser framgår av de olika regeringsbesluten.

Regeringen tillsätter ibland samordnare för att hantera avgränsade prioriterade frågor eller projekt. Ett aktuellt exempel är regeringens äldresamordnare som utsågs 2011 i samband med en satsning på 3,75 miljarder kronor under mandatperioden för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Andra exempel på samordnare finns avseende utveckling av de nationella kvalitetsregistren, hemsjukvård och genomförandet av den nationella cancerstrategin.

Flera företrädare för kommuner och landsting är positiva till många av de initiativ som tagits, men anser att regeringens styrning med särskilda utvecklingsmedel skulle kunna få större genomslag om man fokuserade på färre områden, mer långsiktigt och med större utrymme för huvudmännen att själva forma metoderna. Det ökar möjligheterna för kommuner och landsting att ta sitt ansvar när statens styrning är långsiktig och fokuserad på ett begränsat antal frågor.

#### *Överenskommelser viktiga, men formerna behöver förbättras*

Verksamma såväl inom kommuner och landsting som inom myndigheter, ser överenskommelser mellan de politiska ledningarna på nationell, regional och lokal nivå som ett bra sätt att kraftsamla för att utveckla vården och omsorgen. Överenskommelser knyts också utan en strategi som grund, inom områden där det finns reformer och satsningar som behöver få stöd i implementering på regional och lokal nivå. En del överenskommelser har sitt ursprung i förändrad lagstiftning, exempelvis Kömiljarden.

Samtidigt har myndigheterna ibland fått en otydlig roll i arbetet. Oftast har de, framför allt SoS, varit involverade på olika sätt, t.ex. i förberedelsearbetet, genom parallella uppdrag eller i uppföljningen. Men många av de vi talat med, har uppfattat att arbetssättet tyder på bristande tilltro till myndigheternas förmåga att stödja utveckling. Regeringens direkta samarbete med SKL uppfattas ibland som ett uttryck för att man inte tror att myndigheterna har förmåga att bidra till utveckling. Den oklara tilltron till den statliga myndig-

hetsstrukturen försvårar därmed för myndigheterna att bidra i arbetet på bästa sätt.

Samtidigt är flera företrädare för huvudmännen kritiska mot mängden av signaler och initiativ. Kritiken lyfter fram att flera av överenskommelserna slutits ad hoc, utan koppling till huvudmännens egna planerings- och prioriteringsförutsättningar och många gånger på en alltför hög detaljnivå. Både för förtroendevalda och tjänstemän uppstår det svårigheter när många olika närbesläktade men inte helt koordinerade initiativ ska hanteras samtidigt.

SKL är ingen statlig myndighet utan en arbetsgivar- och intresseorganisation, där en stor del av verksamheten nu finansieras via statsbidrag som är knutna till överenskommelserna med regeringen.<sup>53</sup> SKL har inte samma skyldighet som en myndighet att öppet redovisa resursfördelning, uppföljning av insatser och resultat till regeringen.

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

Statskontoret tar i en underlagsrapport till Ansvarskommittén upp ”annan styrning”, nationellt initierade, tidsbegränsade insatser, kombinerade med statsbidrag. Ett styrmedel som beskrivs är just överenskommelser mellan staten och de lokala huvudmännen/SKL. I rapporten riktas kritik mot att förutsägbarheten i den statliga styrningen påverkas negativt samt att styrningen inte stämmer överens med det kommunala självstyret.<sup>54</sup> Liknande kritik från huvudmännen redovisade vi i delbetänkandet.

I en annan rapport från Statskontoret behandlas problematiken kring överenskommelser som styrmedel. Statskontoret pekar bland annat på att överenskommelserna inte är juridiskt bindande och att det därmed inte finns några formella sanktioner som utlöses om

<sup>53</sup> Förbundsavgiftens andel av de totala intäkterna till SKL minskade från 56 procent till 36 procent mellan 2009 och 2010. Övriga intäkter var till övervägande delen statliga bidrag. De statliga bidragen uppgick till 584,4 miljoner kronor år 2010 jämfört med 220 miljoner kronor år 2009. Källa: SKL:s årsredovisning för 2010.

<sup>54</sup> Statskontoret Dnr 2004/75-5, *Statens styrning av hälso- och sjukvården – Delredovisning 2 av Statskontorets uppdrag från Ansvarskommittén*.

avtalet skulle brytas, att det tätare samarbetet mellan regeringen och SKL innebär att SKL:s roll gentemot sina medlemmar blir mer komplicerad samt att ett flitigt användande av överenskommelser kan göra ansvarsförhållandena mindre tydliga mellan kommuner och landsting och SKL.<sup>55</sup>

#### *Brist på samlad överblick över sektorn som helhet*

De nuvarande myndigheterna har god överblick inom sina specifika ansvarsområden, men det saknas breda analyser över vårdens och omsorgens tillstånd i stort; behov, förväntningar, efterfrågan, utbud, kvalitet, resurser, kunskapsutveckling, teknisk utveckling, forskning, utbildning, arbetsmarknad och kompetensförsörjning, kommersiella aktörer och annat av strategisk betydelse för sektorn. Som exempel på frågor som är strategiskt betydelsefulla, trots att de ligger lite vid sidan av vårdens och omsorgens löpande frågor, kan nämnas den ökande andelen av omsorgsliknande tjänster som finansieras via RUT-avdrag, utvecklingen när det gäller LSS-tjänster, läkemedelsindustrins och den medicintekniska branschens ställning i landet och de eventuella behoven av ökad reglering av privatfinansierad plastikkirurgi. På de flesta områden finns god sakkunskap, men det samlade perspektivet skulle behöva bevakas bättre och stödja den långsiktiga politiken.

SoS har ett brett ansvar, men inte uppdrag och möjlighet att följa alla aspekter.

Regeringskansliet har överblick över de statliga delarna i vården och omsorgen, både ur ett ekonomiskt och verksamhetsmässigt perspektiv. I en del andra länder ser relationen mellan Regeringskansli och myndigheter annorlunda ut. Den svenska förvaltningsmodellen är inte anpassad för att inrymma större analyskapacitet inom Regeringskansliet, som har till huvudsaklig uppgift att bereda ärenden och i övrigt bistå regeringen och statsråden i deras verksamhet.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Statskontoret (2011) 2011:22, *Tänk efter före – om viss styrning av kommuner och landsting*. Statskontoret (2011) 2011:30 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*.

<sup>56</sup> Förordning (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet.

### *Utredningens bedömning*

Staten får en allt viktigare roll inom sektorn. Delvis handlar det om konkreta uppgifter som reglering, tillsyn, infrastruktur och utvecklingsstöd. Med utgångspunkt från Riksdagens övergripande ansvar, är det också statens roll att följa sektorns utveckling som helhet och styra efter behov.

Som stöd för den övergripande styrningen anser vi att staten behöver stärkta funktioner som ger överblick och framförhållning, utöver departementets strategiska arbete och ansvar.

Vi bedömer också att staten genom en mer fokuserad styrning som i ökad utsträckning involverar myndigheterna, kan få större genomslag för sina ambitioner.

## **4.6 Övriga iakttagelser och bedömningar**

### *Kultur och ledarskap*

Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för vårdens och omsorgens utveckling. Medarbetare med professionalism, ansvarstagande, stolthet och arbetsglädje gör ett bättre arbete. Detta gäller både i den direkta vård- och omsorgsverksamheten, i kommuner och landsting och inom statens myndigheter.

I arbetet med vårt delbetänkande tog vi del av tolv myndigheters senaste medarbetarundersökningar och/eller arbetsmiljöundersökningar. Nya undersökningar har nu genomförts, men utredningen har inte haft utrymme att ta del av eller analysera dessa. Generellt sett ansåg medarbetarna att deras arbete är meningsfullt, men att ledarskapet är ett viktigt förbättringsområde. I flera myndigheter var förtroendet för myndighetsledningarna lågt.<sup>57</sup>

Som anställd i offentlig verksamhet, är nyttan för medborgarna alltid ett viktigt mål. Samtidigt är specialisering kännetecknande för kunskapsorienterade organisationer, något som kan få till följd att fokus riktas mot det egna expertområdet snarare än mot målgruppen. Fokus blir internt istället för externt. En viktig uppgift för ledning och styrning av kunskapsorganisationer blir därmed att uppmärksamma och uppmuntra bredd, integration och fokus på större sammanhang.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.

<sup>58</sup> Se t.ex. Mats Alvesson (2004) *Kunskapsarbete och kunskapsföretag*.

Vi har inte gjort någon närmare analys av de många orsaker som kan finnas till dessa problem, men efter samtal med flera berörda kan vi konstatera att en försvårande faktor är myndigheternas otydliga uppdrag och mandat, inte minst visavi varandra. När myndighetens roll inte är tydlig, blir det svårt för ledningarna att svara upp mot medarbetarnas förväntningar på klara besked. Vår bedömning är att dessa oklarheter förstärkts under senare år, bland annat genom att SKL i relation till vården och omsorgen kommit att få delvis samma roll och karaktär som en statlig myndighet.

Det är angeläget att skapa en tydlighet kring myndigheternas uppdrag. Vi bedömer att en nyorientering genom nya uppdrag skulle kunna öppna nya möjligheter för berörda verksamheter och medarbetare.

### *Effektiviseringsbehov*

Som vi framhåller i kapitel 1, ligger utredningens huvudsakliga fokus på den ”yttre effektiviteten”, det vill säga att myndigheterna ska arbeta så bra att verksamheterna kan fungera effektivare och åstadkomma en bättre vård och omsorg för medborgarna. Samtidigt är det naturligtvis viktigt att även den statliga organisationen är så effektiv som möjligt.

För statens del innebär detta att myndighetsstrukturen behöver bli effektivare. Flera av myndigheterna utvecklar sina interna processer, ofta med fokus på verksamhetsplanering, uppföljning och kvalitetsarbete. Kompetenser och nyckelroller i staten måste fungera i ett smidigt samspel med självstyret. Dubblerade uppgifter och kompetenser inom den statliga strukturen ska undvikas.

I dagens myndighetsstruktur finns flera exempel på dubblerade eller näraliggande kompetenser och ansvarsområden.<sup>59</sup> Det huvudsakliga problemet i detta är att stödet till verksamheter och huvudmän fungerar sämre än det skulle kunna göra. Men dessutom leder bristen på samordning till att myndigheternas arbete blir onödigt resurskrävande. Vi bedömer att det här – främst när det gäller kunskapsstyrning – skulle vara möjligt att genom samordning nå bättre resultat till lägre kostnader.

---

<sup>59</sup> Se avsnitt 4.5, SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem- en kartläggning*.



*Bättre stöd i styrningen av fristående producenter*

Successivt ökar den andel av offentligt finansierad vård och omsorg som drivs i fristående former. Skillnaderna mellan olika kommuner och landsting är stor, både som följd av olika förutsättningar och av olika politiska synsätt.

Antalet anställda hos fristående producenter av vård och omsorg uppgick 2009 till cirka hundra-tjugofem tusen personer, fördelade på knappt tjugoåtta tusen företag med en omsättning på cirka 95 miljarder kronor. Av dessa företag hade 97,6 procent mellan 0 och 19 anställda, cirka 21 procent av totala antalet anställda och drygt 32 procent av totala nettoomsättningen. Både nettoomsättningen och antalet anställda i branschen har vuxit under senare år. Mellan 2007 och 2009 har branschen vuxit med 22 procent, i termer av antalet anställda och med 24 procent i termer av nettoomsättning.<sup>60</sup>

Den växande mängden avtalsrelationer mellan beställare och utförare kräver delvis ny kompetens hos huvudmännen. Det handlar om att kunna specificera och följa upp kvalitet och resultat på ett bra sätt och samtidigt hålla öppet för nytänkande genom att vara återhållsam med detaljerade krav på organisation, arbetssätt och liknande "hur-frågor".

Kommuner och landsting har ofta relativt lång erfarenhet av att styra och följa upp verksamheter i egen regi och även lokala entreprenörer som arbetar på ungefär samma sätt som egenregiverksamheterna. Erfarenheten av att styra och följa upp större företag är oftast betydligt mindre. I relation till en lokal entreprenör är kommunen eller landstinget oftast den resursstarkare parten, med de största resurserna för utredning, uppföljning, ekonomi, juridik osv. I relation till större entreprenörer kan styrkeförhållandena vara omvända. Detta innebär nya utmaningar som delvis även påverkar behoven av ökad nationell samordning. Behovet av detta stöd framhålls även i bl.a. Upphandlingsstödsutredningen.<sup>61</sup>

Potentialen i gemensamt lärande och utbyte på nationell nivå är stor. Jämförelser kan göras med andra områden som tidigare drivits helt offentligt och som omreglerats för att öppna för konkurrens, t.ex. telekom-, el-, apoteks- och järnvägsmarknaderna. På dessa områden har staten byggt upp en förnyad reglering och förstärkt

<sup>60</sup> Statistiska centralbyrån, undersökningen Företagens ekonomi. Uppgifterna avser år 2007–2009.

<sup>61</sup> SOU 2012:32 *Upphandlingsstöds utredningens framtid*.

tillsynen för att säkerställa fortsatt kvalitet i verksamheterna och rättssäkerhet för den enskilde när privata aktörer fått tillträde till marknaden. Sedan tidigare har Kammarkollegiet ett ansvar att utveckla en vägledning för upphandling inom vård och omsorg i syfte att underlätta upphandlingsprocessen för upphandlande myndigheter och leverantörer. En vägledning tas nu fram, som kommer att omfatta särskilt boende och dagverksamhet för äldre samt bostad med särskilt stöd och service och daglig verksamhet för funktionshindrade. Regeringen gav i december 2011 SoS i uppdrag att ta fram ett vägledande underlag för upphandling enligt LOU, förfrågningsunderlag enligt LOV samt en vägledning för uppföljning av insatser, inklusive insatser som annan utförare än kommunen utför. Arbetet ska ske i samarbete med Kammarkollegiet. SoS ska redovisa sitt uppdrag senast den 31 januari 2013.

Vi bedömer att det inledda arbetet kring beställar- och upphandlingsstöd kommer att vara viktigt under de kommande åren och kan komma att behöva vidareutvecklas.

#### *Allmänt om samband och gränser*

I komplexa verksamheter är specialisering och arbetsfördelning nödvändigt. Samtidigt innebär varje sådan uppdelning vissa gränsdragningsproblem, och många frågor behöver hanteras över organisatoriska gränser. För- och nackdelar måste avvägas. Utredningen har tagit fasta på vårdens och omsorgens behov av samlade kunskapsunderlag. Även regeringens behov av övergripande analyser kring hela sektorns tillstånd och utmaningar lyfts fram. Samtidigt behövs specialiseringen och kompetensen inom enskilda områden. Ett renodlat processfokus riskerar att tappa förankringen i de olika fackområden som vården och omsorgen ansvarar för. Detsamma gäller generella iakttagelser och analyser på aggregerad nivå, som löper risk att tappa nyttan och kopplingarna till verkligheten om de läggs på en alltför hög abstraktionsnivå. Nytt- och resultatfokus måste vara vägledande. Här kan Öppna jämförelser tjäna som ett gott exempel. Jämförelsernas starka koppling till befintliga verksamheter och resultat i kombination med aggregerade jämförelser över landet, gör att både huvudmän, professioner och patienter/brukare har nytta av materialet.

I vår analys ser vi behovet av integration ur användarperspektiv som överordnat. Både stöd och styrning måste i första hand byggas

upp så att det fungerar och är tydligt för dem som finns i de praktiska verksamheterna. Specialiserade kunskaper lägger en grund och sammanvägs till fungerande stöd och styrning.

Eftersom vi ser kunskapsstyrningen som en nyckelfråga anser vi att ett integrerat arbete inom det området har överordnad betydelse och bör styra organiseringen. En förnyad myndighetsstruktur skapar automatiskt nya gränssnitt mellan myndigheterna, som alltid, oavsett organiseringsprincip, är förenad med vissa för- och nackdelar. Utredningen bedömer i detta sammanhang att det är angeläget att antalet gränssnitt mellan myndigheterna i sektorn minskar, vilket inte minst förenklar för verksamheter och användare. Med tydliga roller och uppdrag kan gränssnitten dessutom fungera smidigare än i dag, även om myndigheterna blir större utifrån en sådan ambition.

En annan avvägning handlar om relationen och ansvarsfördelningen mellan myndigheter och Regeringskansli/departement. Dessa relationer lever och förändras i takt med omvärldsförändringar, dagsaktuella händelser och politiska prioriteringar. Utredningen vill framhålla vikten av att regeringens och Regeringskansliets roll fokuseras på långsiktiga prioriteringar. Vi har noterat att departementets e-hälsoarbete och arbetet med att formulera särskilda överenskommelser med SKL vuxit till att omfatta operativa och löpande uppgifter, uppgifter som i dag kräver relativt stora arbetsinsatser från departementet. De mer löpande delarna i detta arbete kan med fördel avlastas till myndigheterna.

## 4.7 Internationella jämförelser

### *Internationell jämförelse om statens roll i vården i 11 länder*

European Observatory on Health Systems and Policies<sup>62</sup> har på utredningens uppdrag sammanställt en rapport som redovisar statens styrning av vårdssystem i elva länder<sup>63</sup>. Baserat på denna översikt sammanfattar rapporten ett antal trender. Den första visar att regeringarna i dessa länder i stor omfattning ökat sina ansträngningar för att få inflytande över sektorn, främst genom en centralisering av ansvar till den nationella nivån. Det finns också exempel på att den regionala och lokala nivån fått ett större ansvar för vissa

---

<sup>62</sup> <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/about-us>

<sup>63</sup> Bilaga 4.

frågor, däribland ansvaret för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet. De statliga myndigheternas ansvar har stärkts i flera länder, dels genom nya utpekade åtaganden, dels genom en stärkt roll i arbetet med förhandlingar/avtal mellan berörda parter. Det senare åstadkoms utan förändringar i lagstiftning och ofta i kombination med nationella strategier. Organisering och nya organisationsförändringar för att hantera kommande utmaningar förekommer också i de studerade länderna. I vissa fall har nya myndigheter bildats, i andra länder har justeringar skett i befintlig struktur.

#### *Egna jämförelser med andra länder*

Utredningen har också studerat statens roll i vården och omsorgen i ett antal länder genom resor till Norge, Danmark, Finland, England, Nederländerna och Belgien/Bryssel, det sistnämnda främst för att få en europeisk överblick. Sammanfattningen nedan bygger på de intervjuer, besök och inläsning av material som gjorts i samband med dessa resor.

Utmaningarna i de länder vi besökt skiljer sig inte så mycket från de svenska. Utgifterna som andel av BNP har stigit i t.ex. både Danmark, Norge och Nederländerna. Samtliga länder arbetar med att på olika sätt öka kopplingen mellan ersättning och resultat, bl.a. genom framtagande av nya indikatorer och modeller för kapite- ringsersättning. I flera länder diskuteras balansen mellan å ena sidan behovet av nationell styrning, utformandet av överenskommelser mellan regeringen och huvudmännen och å andra sidan risken för detaljregleringar och svårigheter till lokala anpassningar. Flera länder driver också aktivt på för att öka andelen fristående utförare i vården och omsorgen, bl.a. Finland och England.

I samtliga länder som utredningen besökt har ansvaret för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet förtydligats genom ett utpekat ansvar för den lokala/kommunala nivån, ofta genom förändringar i lagstiftningen. I England och Norge har dessa beslut inträtt så sent som under årsskiftet 2011/12, och ska nu implementeras. I Norge kombineras ett förtydligat ansvar på kommunal nivå med ett ökat ansvar för den norska motsvarigheten till FHI – Folkehelseinstituttet – att stödja kommunerna i detta arbete. Myndigheten är ålagd att varje år ge kommunerna en ”hälsoprofil” baserad på de data myndigheten har tillgång till. Kommunerna i Nederländerna ansvarar för att från och med 2011 årligen

till regeringen redovisa uppföljningar av det förebyggande arbetet, med hänsyn till nationella initiativ. Om en kommun väljer att inte följa de nationella initiativen på området, bör skälen till detta anges.

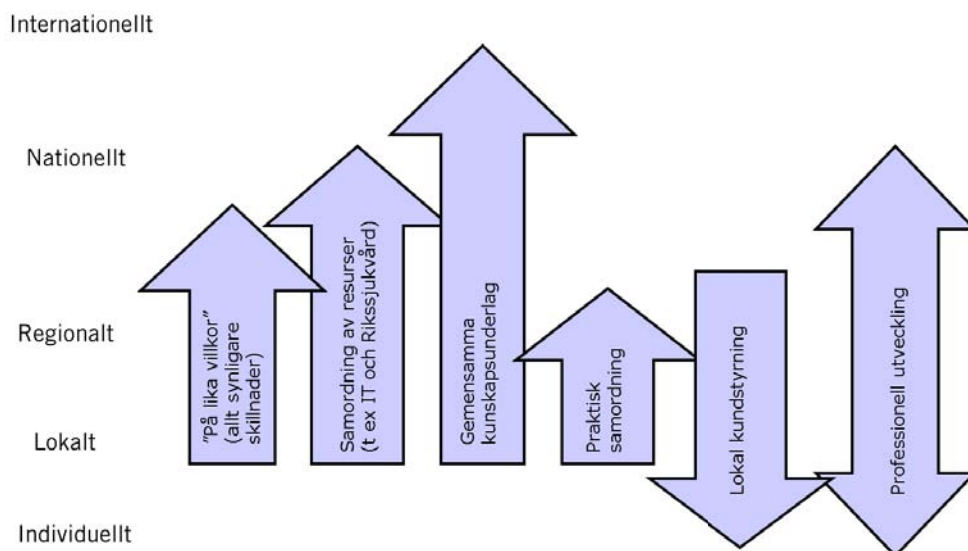
Flera av de länder som utredningen studerat har förändrat ansvarsfördelningen mellan statlig, regional och lokal nivå för att bättre kunna hantera de utmaningar man identifierat. I Norge har kommunerna från och med 2012 övertagit en del (omkring 20 procent) av budgeten för sjukhusvård. I Danmark skedde en stor regionreform år 2007, som påverkade huvudmannskapet för vården och omsorgen på flera sätt. 271 kommuner reducerades till 98, och 13 amt (Danmarks motsvarighet till Sveriges län) ersattes av 5 regioner. Danmarks motsvarighet till Socialstyrelsen har ett samlat nationellt ansvar för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Kommunerna fick i samband med reformen ett förtydligt ansvar för befolkningens hälsa. I Nederländerna har en försäkringslösning för hälso- och sjukvården etablerats 2006, samtidigt som ansvaret för omsorgen i stora delar lagts på kommunal nivå.

Ansträngningarna för att öka inslaget av evidens i arbetssätt och metoder i vården känns igen i samtliga länder. I Nederländerna har regeringen fattat beslut om att inrätta ett Quality Institute med uppdrag att ta fram riktlinjer och sprida dessa till vården. Syftet är att öka tempot i arbetet med rekommendationer till vården. Sedan 1990-talet satsar Finland mycket på informationsstyrning och dialogstyrning, dvs. det som i Sverige benämns kunskapsstyrning. Institutet för hälsa och välfärd (THL), bildades 1 januari 2009, med utgångspunkten att det är kunskapsstyrning som gör skillnad för att förändra och påverka vården och omsorgen. Myndigheten har cirka 1 300 anställda, och bildades genom en sammanslagning av den finska motsvarigheten till FHI, SMI, SBU, delar av SoS och delar av Karolinska Institutet, KI. Myndigheten bedriver egen forskning. Forskarna samarbetar i utvecklingsfrågor med myndigheten och universiteten. Erfarenheten av sammanslagningen är positiv så till vida att samarbetet underlättats under en ”hatt”, metodstödet sker utifrån samma ramverk och en del dubbelarbete undviks. Som exempel kan nämnas att myndigheten menar samma sak med ord som transparent och evidensbaserat.

## 4.8 Sammanfattande bedömningar

Det allt snabbare kunskapsflödet, patienters och brukares rörlighet, internationaliseringen, IT-utvecklingens möjligheter, de ökande behoven av öppna prioriteringar etc. gör att allt fler frågor inom vård- och omsorgssektorn behöver hanteras på nationell nivå.

Figur 4.4 Frågor som förskjuts mellan nivåer



Det handlar inte om frågor som kan avgöras "en gång för alla" utan om komplexa frågeställningar som kommer att behöva hanteras successivt under lång tid. Flera olika typer av sakkunskap ska samverka i löpande processer som utgår från patienternas och brukarnas behov och önskemål. De hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna måste få en starkare ställning. Funktionshindersperspektivet behöver integreras i alla relevanta sammanhang.

Både frågan om folkhälsopolitikens och funktionshinderspolitikens genomförande kräver ett samlat uppföljningssystem för att arbetet ska kunna fortlöpa, justeras och insatserna inriktas mot de områden där de ger bäst effekt. Det handlar om att kunna följa samtliga de delar av samhället som har bäring på politikens måluppfyllelse. Dessa områden kräver alltså en annan utblick än enbart vård och omsorg. Med anledning av de bestående systematiska

skillnader som finns inom befolkningen när det gäller t.ex. livslängd, sjuklighet och psykisk hälsa samtidigt som befolkningen blir allt äldre, menar vi att det finns skäl för staten att fortsatt bevaka frågan och följa utvecklingen utifrån en samlad analys.

Var och en har i detta sammanhang ett individuellt ansvar för sin hälsa och sin förmåga att delta aktivt i samhällsgemenskapen. Vi vill lyfta fram kommunernas övergripande ansvar och förmåga att påverka dessa områden. I statens samlade uppföljning av måluppfyllelsen när det gäller både det funktionshinderspolitiska och folkhälsopolitiska området, är kommunernas insatser centrala.

Nationell samordning är inte bara statlig styrning. Stora delar av samordningen kan med fördel byggas genom frivilligt samarbete. Men staten måste förtydliga sin förmåga att bidra.

Med utgångspunkt från de utmaningar och frågeställningar som vi identifierade i vårt delbetänkande ser vi några områden där staten särskilt behöver stärka sin förmåga att stödja och styra:

Vi ser en samordnad kunskapsstyrning som en central fråga för sektorn. Genom systematiskt arbete med uppföljning, lärande och förbättring tillvaratas alla medarbetares kompetens och engagemang. Även brukare och patienter behöver engageras. Valfungerande kunskapsstyrning leder till ökad effektivitet och skulle också kunna ge underlag för bättre prioriteringar. Trots goda intentioner ser vi att myndigheterna i dag har svårt att bidra så effektivt som skulle vara önskvärt.

Vi bedömer också att den statliga tillsynen skulle kunna förbättras avsevärt. En del av dagens problem kan vara tillfälliga och kan kanske hanteras med specifika insatser, men det skulle finnas långsiktiga fördelar i en strukturell förändring där tillsynen ges en stärkt ställning och knyts till arbetet med tillstånd, legitimationer och godkännanden.

Vi ser också behov av ett ökat statligt ansvarstagande för sektorns infrastruktur för IT och kommunikation.

Dessutom anser vi att den statliga styrningen skulle kunna bli mer effektiv genom ett mer systematiskt arbetssätt, understött bland annat av bredare långsiktiga kunskapsunderlag.

Den nuvarande myndighetsstrukturen har vuxit fram successivt med utgångspunkt från olika ambitioner och utan någon samlad analys över systemets indelningsgrunder eller rationaliteter för ansvarsutkrävande. Förnyade arbetssätt och en mer ändamålsenlig myndighetsstruktur skulle kunna göra det enklare att möta de kommande årens utmaningar.

En kraftsamling inom dessa områden bör genomsyras av ett samlat synsätt kring den övergripande roll som staten bör ha i vården och omsorgen. Utifrån rådande ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen, menar utredningen att statens övergripande roll är att värna jämlik hälsa i befolkningen. Det handlar både om att värna jämlikhet i t.ex. tillgång och kvalitet, och att bidra till insatser som kan åstadkomma bättre hälsa i befolkningen. För staten i vården och omsorgen bör ett övergripande åtagande vara att värna alla människors eget värde, och att verka för en god vård och omsorg på lika villkor. Med en vård och omsorg som bättre förmår att bidra till människors hälsa i framtiden, ökar utrymmet och möjligheterna för ett aktivt liv och deltagande i samhällslivet för de allra flesta, oavsett bakgrund eller övriga förutsättningar. Det är utredningens bedömning att ett integrerat hälsofrämjande angreppssätt som förmår att nå ut till utsatta grupper, i sig kan bidra till en mer jämlik hälsa i befolkningen.