

TILL RIKSDAGEN

DATUM: 2017-01-24

DNR: 3.1.1-2015-1077

RIR 2017:3

*Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport över effektivitetsrevisionen:*

## Staten och SKL

– en slutrapport om statens styrning på vårdområdet

Riksrevisionen har granskat statens styrning av vården. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som avser Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen.

Företrädare för Regeringskansliet (Socialdepartementet), Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på ett utkast till rapporten. Riksrevisionen vill tacka referenspersonerna Paula Blomqvist och Hans Winberg för synpunkter. Riksrevisionen står dock helt för de slutsatser som dras i rapporten.

Riksrevisor Margareta Åberg har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör Emma Wallin har varit föredragande. Revisionsdirektör Sofia Lidström och revisionsledare Petra Jonvallen har medverkat i den slutliga handläggningen.

Margareta Åberg

Emma Wallin

*För kännedom:*

Regeringen, Socialdepartementet  
Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Sveriges kommuner och landsting (SKL)

STATEN OCH SKL – EN SLUTRAPPORT OM STATENS STYRNING PÅ VÅRDOMRÅDET

RIKSREVISIONEN

# Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	10
1.1 Motiv till granskning	10
1.2 Syfte och avgränsningar	11
1.3 Metod	12
1.4 Utgångspunkter	12
2 Statens styrning av vården	15
2.1 Styrning genom lagstiftning	16
2.2 Styrning med kunskap	17
2.3 Ökad användning av otraditionella styrmedel	19
3 Nya roller – konsekvenser av regeringens styrning	27
3.1 Socialstyrelsen	27
3.2 Bristande samordning har lett till en ny organisatorisk funktion	35
3.3 SKL har fått en central roll i styrningen av vården	37
3.4 Rollfördelning mellan Socialstyrelsen och SKL	43
4 Slutsatser	48
4.1 Styrning mot nationell likvärdighet	48
4.2 SKL har blivit en viktig aktör i regeringens styrning	49
4.3 Socialstyrelsen har haft en undanskymd roll	51
4.4 Styrning vid sidan av ordinarie förvaltning	52
4.5 Staten behöver utveckla sin kunskapsstyrning	52
4.6 Rekommendationer	53
Referenslista	54
Bilaga 1. Metodbilaga för intervjuer	56
Bilaga 2. Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen 2006–2015	58

STATEN OCH SKL – EN SLUTRAPPORT OM STATENS STYRNING PÅ VÅRDOMRÅDET

RIKSREVISIONEN

# Sammanfattning

## Bakgrund och syfte

Riksrevisionen tog under 2011 fram en s.k. granskningsstrategi för området staten och vården. Bakgrunden till strategin var bl.a. att Riksrevisionen uppmärksammat ett antal problem som var väl kända men inte hade lösts. Inom ramen för granskningsstrategin har Riksrevisionen genomfört tio granskningar av olika delar av hälso- och sjukvården. Under arbetet med den här slutrapporten har Riksrevisionen gjort en genomgång av samtliga granskningsrapporter och funnit att en del iakttagelser har återkommit i olika granskningar. Det handlar om att regeringen allt oftare använt otraditionella styrmedel för att påverka vårdens huvudmän och om förhållandet till Socialstyrelsen och kommunsektorns intresseorganisation Sveriges kommuner och landsting (SKL). Syftet med slutrapporten är att fördjupa analysen av dessa iakttagelser genom att beskriva utvecklingen, analysera orsaker och konsekvenser samt identifiera områden där styrningen skulle kunna fungera bättre.

Rapporten fokuserar i huvudsak på de senaste tio åren då otraditionella styrmedel blivit allt vanligare. De aktörer som berörs är Socialstyrelsen, Regeringskansliet (Socialdepartementet), SKL samt vissa delar av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rapporten utgår från de granskningar som Riksrevisionen publicerat inom strategin "Staten och vården" 2011–2016. Därutöver bygger rapporten på intervjuer, dokumentstudier och uppgifter om utbetalningar till SKL.

## Slutsatser och rekommendationer

### Styrning mot nationell likvärdighet

Det är en svår uppgift för en regering att ta ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården på ett sätt som uppfattas som legitimt. Det kommunala självstyret är en utgångspunkt i det svenska systemet och hälso- och sjukvårdslagens utformning som en ramlag är tänkt att ge stort utrymme för landstingen att utforma vården efter lokala behov. Samtidigt är likvärdigheten en portalparagraf i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns en naturlig spänning mellan dessa principer som minskar regeringens handlingsalternativ.

Tanken är att de åtaganden som kommuner och landsting har ska regleras i lag och att ekonomiska bidrag som staten tillför vården fördelas genom det kommunala utjämningsystemet. Syftet med dessa principer är att åstadkomma en tydlig ansvarsfördelning och långsiktighet. Under den tidsperiod som Riksrevisionen granskat vården har regeringen ingått flera överenskommelser med SKL och beslutat om ett stort antal andra riktade statsbidrag till landstingen. Regeringen har därmed inte följt principen om att statsbidrag i första hand ska ges i form av generella bidrag.

Många gånger har regeringens insatser syftat till att höja ambitionsnivån, men Riksrevisionen bedömer att dessa inte har inneburit nya åtaganden för kommuner och landsting.

Riksrevisionen konstaterar att regeringen vid flera tillfällen försökt komplettera ramlagstiftningen och den decentraliserade vårdorganisationen med olika styrningsinsatser för att öka den nationella likvärdigheten. Det är naturligt; kommuner och landsting kan inte förväntas ha den överblick som krävs för att ta ett sådant ansvar. Givet den ansvarsfördelningen som i dag finns mellan staten och vårdens huvudmän kommer det alltid att behövas nationell styrning mot ökad likvärdighet vilket skapar en förväntan på regeringen att agera. Regeringens satsningar har dock i hög grad varit tidsbegränsade, vilket har försvårat strävan efter långsiktighet.

### SKL har blivit en viktig aktör i regeringens styrning

Regeringen har använt sig av styrformer som i stor utsträckning involverat SKL, vilket gjort SKL till en central aktör i styrningen av vården. Riksrevisionens bedömning är att detta skett utan att regeringen aktivt tagit ställning till vilken roll SKL ska ha i styrningen av vården. Att SKL fått stort inflytande kan snarare ses som ett resultat av att regeringen allt oftare valt att ingå överenskommelser som vid varje enskilt tillfälle gett SKL lite mer att säga till om. Att SKL påverkar villkoren för kommuner och landsting är naturligt. I rapporten framkommer dock att SKL kommit att få ett stort inflytande även över den statliga styrningen av vården.

Givet de begränsningar som finns för regeringen att direkt styra vården är det begripligt att regeringen valt att använda sig av SKL. Mycket talar för att regeringen helt enkelt ansåg att det inte var möjligt att få samma effekt med hjälp av de statliga myndigheterna på vårdområdet. I praktiken har det emellertid inneburit att regeringen gett SKL en myndighetsliknande roll. Riksrevisionen gör bedömningen att regeringen inte i tillräcklig utsträckning har tagit hänsyn till konsekvenserna av att använda en intresseorganisation som en del av förvaltningen.

I rapporten konstaterar Riksrevisionen att SKL har nära till landstingens verksamhet och därmed kan fungera som en viktig länk mellan staten och landstingen. Ur regeringens perspektiv kan SKL därför upplevas som en snabb och flexibel väg för att nå ut till vårdens huvudmän. Eftersom SKL inte är en myndighet lyder organisationen inte under förvaltningslagen eller regeringsformen. Möjligheterna till ansvarsutkrävande är inte heller samma som om SKL hade varit en myndighet. SKL företräder offentliga organ, men är i sig själv inte ett sådant. Därmed kan varken regeringen, andra myndigheter eller medborgarna ställa samma krav på objektivitet och transparens på SKL som på Socialstyrelsen. I rapporten visar Riksrevisionen att regeringen inte reglerat tillgången till databaser och annan kunskap som byggts upp på SKL med statliga medel på samma sätt som om verksamheten legat vid en myndighet.

Riksrevisionen konstaterar att regeringen har en ambition att minska detaljstyrningen på vårdområdet men bedömer att utvecklingen går långsamt. Regeringen har uttryckt att antalet överenskommelser ska minska. Trots detta har antalet överenskommelser på vårdområdet inte förändrats, och den ordning som har uppstått där SKL har en mycket central roll i regeringens styrning av vården tycks vara svår för regeringen att ta sig ur. Riksrevisionens bedömning är att regeringen har låtit samarbetet med SKL – och därmed SKL:s inflytande över styrningen av vården – växa i alltför stor omfattning. Riksrevisionen noterar att medlen till SKL ökar. Enligt Riksrevisionens mening vore det rimligt att riksdagen informerades om omfattningen och utvecklingen av medlen till SKL. Anledningen är att de medel som tilldelats SKL centralt är i nivå med förvaltningsanslagen på vårdområdet som riksdagen beslutar om samtidigt som SKL är en intresseorganisation. Det är Riksrevisionens uppfattning att regeringen behöver utvärdera samarbetet med SKL för att på ett principiellt plan ta ställning till formerna för samverkan.

### Socialstyrelsen har haft en undanskymd roll

Rapporten visar att regeringens val att ingå överenskommelser med SKL har inneburit att Socialstyrelsen – som central förvaltningsmyndighet – har fått en mer undanskymd roll. Enligt Riksrevisionen kan detta ses som ett tecken på att regeringen bedömt att det inte hade varit möjligt att få samma genomslag för sin politik genom att använda Socialstyrelsen.

När det gäller hur aktiv Socialstyrelsen ska vara som rådgivare till kommuner och landsting finns det inga självklara svar. Riksrevisionen bedömer att Socialstyrelsen tidigare har gjort en väl restriktiv tolkning av sitt uppdrag. Det är vidare Riksrevisionens uppfattning att den restriktiva hållningen har varit en av orsakerna till att SKL och inte Socialstyrelsen fått en central roll i arbetet med att stödja huvudmännen i implementeringsfrågor.

Enligt Riksrevisionen bör regeringen i första hand använda den centrala förvaltningsmyndigheten för att förverkliga sin politik. Riksrevisionen ser därför positivt på att regeringen vidtagit flera åtgärder för att återupprätta Socialstyrelsens roll som förvaltningsmyndighet, det har bl.a. handlat om att lyfta fram det stödjande uppdraget mot regeringen och huvudmännen.

### Styrning vid sidan av ordinarie förvaltning

I rapporten finns exempel på hur regeringen – när ordinarie förvaltning på vårdområdet inte har fungerat som önskat – byggt upp särskilda strukturer. Utöver överenskommelserna med SKL gäller det även arbetet i de s.k. programråden, nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) och Rådet för styrning med kunskap. Beslutet om att inrätta Rådet för styrning med kunskap innebär möjligheter till en bättre samordnad statlig kunskapsstyrning. Rådet kan samtidigt ses

som en organisatorisk överbyggnad där Socialstyrelsen är ordförande men saknar beslutsmandat.

### Staten behöver utveckla sin kunskapsstyrning

Ett sätt för regeringen att främja förbättringar av vården i kommuner och landsting och öka likvärdigheten är att ta fram nationella kunskapsstöd. Det finns vissa brister i hur väl kommuner och landsting följer dessa. Samtidigt har det i granskningen framkommit att staten inte i tillräcklig utsträckning undersökt vilket behov av kunskapsstöd som finns i vården. Enligt Riksrevisionen vore det en viktig åtgärd för att öka följsamheten. Regeringen har – i förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst – nyligen ställt krav på vårdmyndigheterna att anpassa kunskapsstyrningen efter behov.

Riksrevisionen har också funnit vissa brister i uppföljningen av den statliga kunskapsstyrningen, vilket försvårar lärandet i vården. Det gäller såväl för föreskrifter som i arbetet med statliga kunskapsstöd. I de fall där följsamheten inte fungerar anser Riksrevisionen att Socialstyrelsen i högre utsträckning måste undersöka *varför* föreskrifter och kunskapsstöd inte efterlevs.

### Rekommendationer

Riksrevisionen konstaterar sammanfattningsvis att Socialstyrelsen och SKL i grunden har olika roller men att regeringens styrning har gjort att rollerna sammanblandats. Riksrevisionen anser att regeringen i första hand bör använda den centrala förvaltningsmyndigheten för att förverkliga sin politik. Om regeringen väljer att fortsätta att använda SKL i styrningen av vården rekommenderar Riksrevisionen att regeringen a) tydliggör Socialstyrelsens roll i förhållande till SKL, b) utvärderar samarbetet med SKL för att på ett principiellt plan ta ställning till formerna för samverkan, c) reglerar insyn, förvaltning och ägande under och efter satsningar där SKL används och d) till riksdagen redovisar omfattning och utveckling av medel som tilldelas SKL.

Riksrevisionen bedömer att det ingår i Socialstyrelsens roll som central förvaltningsmyndighet att fungera som ett stöd till landstingen. När det gäller hur aktiv Socialstyrelsen ska vara i det avseendet finns det utrymme för olika tolkningar av myndighetens uppdrag. Riksrevisionen rekommenderar därför att regeringen ytterligare tydliggör Socialstyrelsens stödjande funktion mot huvudmännen, och ett led i det är att förtydliga myndighetens stödjande uppgift i instruktionen.

Utifrån hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor anser Riksrevisionen att de omotiverade skillnaderna i den svenska vården är problematiska. Den här rapporten visar att syftet bakom regeringens åtgärder ofta är att öka den nationella likvärdigheten. Samtidigt har staten intresserat sig lite för varför kunskapsstöd inte följs. Kunskapsstöden är ett styrmedel som kan öka likvärdigheten utan att



utmana det kommunala självstyret, samtidigt som det sättet att styra är mer långsiktigt än överenskommelser. Riksrevisionen ser positivt på att regeringen tillsatt en utredning med uppdrag att utreda hur ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Enligt Riksrevisionen behöver regeringen och dess myndigheter dock kontinuerligt arbeta med att undersöka orsaker till att såväl föreskrifter som kunskapsstöd inte efterlevs.

# 1 Inledning

## 1.1 Motiv till granskning

Det svenska sjukvårdssystemet bygger i grunden på ett grundlagsstadgat kommunalt självstyre, vilket innebär att varje landsting självständigt ansvarar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård i sitt geografiska område.<sup>1</sup> Staten har därmed delegerat ansvaret för vården till kommuner och landsting. Samtidigt ställer hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, höga krav på att vården ska ges på lika villkor i hela landet. Staten måste i sin styrning kunna hantera dessa potentiellt motstridiga krav; hela tiden finns en press på den nationella nivån att se till att vården uppfyller kravet på likvärdighet. Att hitta en lämplig balans mellan kravet på nationell likvärdighet och utrymmet för kommunalt självstyre är ingen enkel uppgift för en regering.

Historiskt sett har staten försökt påverka vården genom organisering, lagar, föreskrifter, riktlinjer och ekonomiska bidrag till landstingen. På senare år har olika former av mindre traditionella styrmedel blivit allt vanligare. Företeelser som överenskommelser, nationella samordnare, nationella strategier och handlingsplaner är numera vanliga inom vården. Styrningen genom överenskommelser har inneburit att Sveriges kommuner och landsting (SKL) fått en mer framträdande roll. Det här är naturligtvis en utveckling som får konsekvenser för vården, men den är också intressant ur ett förvaltningspolitiskt perspektiv bl.a. eftersom det inneburit att regeringen använder en icke-offentlig aktör, SKL, för att genomföra sin politik.

Riksrevisionen tog under 2011 fram en s.k. granskningsstrategi för området staten och vården.<sup>2</sup> Den övergripande frågan var om statens insatser främjar effektiviteten och kvaliteten inom hälso- och sjukvården för att nå målen om en god vård. Bakgrunden till strategin var bl.a. att Riksrevisionen uppmärksammat ett antal problem som var väl kända men inte hade lösts. Det handlade bl.a. om att

- vården inte alltid ges på lika villkor
- patienter drabbas av vårdskador
- vården upplevs som fragmenterad
- vårdens organisering i vissa delar inte är effektiv
- bästa möjliga kunskap inte alltid används i vården
- vården har en splittrad styrning från flera aktörer.

<sup>1</sup> Det är framför allt landstingen som ansvarar för hälso- och sjukvård, även om viss vård tillhandahålls av kommunerna. Se 1 kap. 7 § regeringsformen (1974:152), RF, "I riket finns kommuner på lokal och regional nivå." Grundlagsskyddet framgår av 1 kap. 1 § och 14 kap. 3 § RF.

<sup>2</sup> En granskningsstrategi var enligt Riksrevisionens dåvarande arbetssätt ett ramverk för att genomföra granskningar som syftade till att besvara en gemensam frågeställning.

Inom ramen för granskningsstrategin har Riksrevisionen genomfört tio granskningar av olika delar av hälso- och sjukvården.<sup>3</sup> Det har bl.a. handlat om granskningar av nationella riktlinjer utifrån ett patientperspektiv, nationella kvalitetsregister, primärvårdens styrning, överenskommelser mellan staten och SKL, patientsäkerhet samt riktade statsbidrag. Granskningarna har haft ett gemensamt fokus på hur statens styrning av vården fungerar. Riksrevisionen har inom ramen för arbetet med slutrapporten gjort en genomgång av samtliga granskningsrapporter och funnit att en del iakttagelser har återkommit i olika granskningar. Det handlar bl.a. om att regeringen använt otraditionella styrmedel för att påverka vården i önskad riktning och om en förändrad rollfördelning mellan Socialstyrelsen och SKL.<sup>4</sup> I den här slutrapporten har Riksrevisionen fördjupat dessa iakttagelser eftersom de visar på en utveckling som tycks vara unik för vården och som Riksrevisionen bedömer är förvaltningspolitiskt intressant.

## 1.2 Syfte och avgränsningar

Riksrevisionen har i flera granskningar iakttagit att regeringen allt oftare använt otraditionella styrmedel för att påverka vårdens huvudmän i önskad riktning och att regeringen har ändrat sitt sätt att använda Socialstyrelsen – som central förvaltningsmyndighet – och kommunsektorns intresseorganisation SKL. Socialstyrelsen har haft en undanskymd roll medan SKL tycks ha fått en allt mer central position. Syftet med den här slutrapporten är att fördjupa analysen av dessa iakttagelser genom att

1. beskriva statens styrning av vården och hur den har utvecklats, med fokus på regeringens styrning av Socialstyrelsen och den styrning som sker av vårdhuvudmännen via SKL (kapitel 2 och 3)
2. analysera orsaker till (kapitel 2) och konsekvenser av (kapitel 3) de förändringar som har skett i styrningen
3. identifiera områden där styrningen skulle kunna fungera bättre (kapitel 4).

Rapporten fokuserar på den statliga styrningen av landstingen, såsom utförare av hälso- och sjukvård, liksom regeringens styrning av sina myndigheter. Den utveckling

<sup>3</sup> Riksrevisionen (2011). *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?* Riksrevisionen (2012a). *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?* Riksrevisionen (2012b). *Statens insatser inom ambulansverksamheten*, Riksrevisionen (2013a). *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?* Riksrevisionen (2013b). *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?* Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, Riksrevisionen (2014b). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* Riksrevisionen (2015). *Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?* Riksrevisionen (2016a). *Säkra och effektiva läkemedel – hur hanterar staten läkemedelsindustrins inflytande?* och Riksrevisionen (2016b). *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*.

<sup>4</sup> För definition av begreppet otraditionella styrmedel, se kapitel 2.

av statens styrning som beskrivs och analyseras i rapporten har vuxit fram successivt, men rapporten fokuserar i huvudsak på de senaste tio åren då otraditionella styrmedel blivit allt vanligare. Berörda aktörer är Socialstyrelsen, Regeringskansliet (Socialdepartementet), SKL samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i de delar som påverkar Socialstyrelsens roll. Det innebär att övriga vårdmyndigheter inte omfattas av rapporten.

### 1.3 Metod

Den här rapporten utgår från de granskningar som Riksrevisionen publicerat inom ramen för strategin ”Staten och vården” 2011–2016. I arbetet med rapporten har vi kompletterat med ny empiri i form av dokumentstudier och intervjuer med centrala aktörer.

- För att hitta *förklaringar till utvecklingen* har vi genomfört intervjuer, framför allt på Socialstyrelsen, Socialdepartementet och SKL. En mer utförlig beskrivning av intervjustudien finns i bilaga 1.
- En konsekvens av statens förändrade styrning av vården är att de ekonomiska bidragen till SKL har ökat. Därför har vi begärt in uppgifter om *statens utbetalningar till SKL*, avseende hur mycket medel från överenskommelserna som tilldelats SKL centralt och hur utbetalningarna har förändrats över tid.
- För att bedöma om utvecklingen är typisk för vårdområdet har vi gjort *jämförelser med skolområdet* när det bedömts vara relevant. Vården och skolan kan ses som jämförbara politikområden ur ett styrningsperspektiv, då bägge är centrala välfärdssektorer med en decentraliserad organisation och nationella ambitioner om likvärdighet. Både skolan och vården är dessutom områden med ett starkt medialt tryck på de nationella politikerna.

### 1.4 Utgångspunkter

#### 1.4.1 Nationell likvärdighet och kommunalt självstyre

Ansvarsfördelningen mellan staten och kommunerna utgår från det kommunala självstyrets grund<sup>5</sup> och det är riksdagen som genom lag bestämmer kommunernas befogenheter och åligganden.<sup>6</sup> Vidare är hälso- och sjukvårdslagen utformad som

<sup>5</sup> Någon allmänt accepterad definition av vad som avses med kommunalt självstyre finns inte. För en redogörelse för lagstiftningsärenden där frågor om det kommunala självstyret aktualiseras under senare år, se SOU 2007:93 s. 55 ff. Av 14 kap. 2 § regeringsformen (RF) framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på det kommunala självstyrets grund. Proportionalitetsprincipen regleras i 14 kap. 3 § RF. I 8 kap. 2 § RF finns bestämmelser om delegationsrätten.

<sup>6</sup> Begreppet kommuner avser här såväl kommuner som landstingskommuner. I 8 kap. 2 § 1 st. 3 och 8 kap. 3 § RF finns bestämmelser om delegationsrätten. Av 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900)

en s.k. ramlag, vilket innebär att den innehåller allmänna mål och riktlinjer för vårdverksamheterna. Ramlagsutformningen är tänkt att ge stort utrymme för landstingen att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.<sup>7</sup> Samtidigt finns det i hälso- och sjukvårdslagen en tydlig förväntan om att vården ska vara likvärdig i hela landet. Här finns naturligtvis en inneboende spänning mellan det grundlagsfästa kommunala självstyret och ramlagstanken å ena sidan respektive lagens krav om nationell likvärdighet å andra sidan, vilket kan ta sig olika uttryck i olika vårdpolitiska sammanhang.<sup>8</sup>

#### 1.4.2 Principer för regeringens styrning av landsting och kommuner

Regeringen styr riket och har en rad olika styrmedel till sitt förfogande. Riksdagen har dock slagit fast att de åtaganden som staten anser att kommunerna har gentemot sina medborgare bör läggas fast i lag eller regleras med stöd av lag.<sup>9</sup> I början av 1990-talet infördes ett generellt bidrag från staten till landstingen och kommunerna, bland annat för att skapa mer likvärdiga ekonomiska förutsättningar mellan landstingen respektive kommunerna. Reformen skulle underlätta landstingens och kommunernas planering och samtidigt ge en klarare ansvarsfördelning mellan stat och landsting/kommun. Den statliga regleringen skulle minska, rollfördelningen skulle bli tydligare och statsmakternas mål, uppföljning och utvärdering skulle tydliggöras. I en proposition från 2003 anges att statsbidrag i princip ska ges i form av generella bidrag.<sup>10</sup> Riktade statsbidrag ska användas undantagsvis och vara tidsbegränsade.<sup>11</sup> Anledningen är att riktade statsbidrag till vissa verksamheter kan leda till en ineffektiv resursanvändning i kommuner och landsting. Finansutskottet uttryckte i betänkandet att stabila förutsättningar och en rimlig planeringshorisont är avgörande för att de kommunala verksamheterna ska kunna utvecklas på ett effektivt och framtidsinriktat sätt.<sup>12</sup> Regeringen har även vid senare tillfälle behandlat

---

framgår att kommuner och landsting själva får ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan.

<sup>7</sup> Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, mm., bet. SoU 1981/82:51, rskr. 1981/82:381.

<sup>8</sup> Se t.ex. Fredriksson, Mio (2012). *Between equity and local autonomy – a government dilemma in Swedish healthcare*. Diss., Uppsala universitet.

<sup>9</sup> Prop. 1991/92:150 med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93 m.m., bet. 1991/92:FiU29. *Den kommunala ekonomin*, rskr. 1991/92:345. Den s.k. legalitetsprincipen regleras i 1 kap. 1 § st 3 RF.

<sup>10</sup> Prop. 2003/04:105. *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting*, bet. 2004/05:FiU8, rskr. 2004/05:14.

<sup>11</sup> Prop. 1991/92:150 med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93 m.m., bet. 1991/92:FiU29. *Den kommunala ekonomin*, rskr. 1991/92:345.

<sup>12</sup> Prop. 2003/04:105. *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting*, bet. 2004/05:FiU8, rskr. 2004/05:14.

frågan om statsbidrag till kommunerna utan att ändra utgångspunkterna för styrningen.<sup>13</sup>

Tanken är således att regeringen ska ge kommuner och landsting utrymme att styra över vården utifrån den grundlagsfästa principen om kommunalt självstyre. Det innebär till exempel att de åtaganden som regeringen anser att landstingen och kommunerna har ska regleras i lag och att statsbidrag i första hand ska ges via det generella statsbidraget. En sådan styrning i form av regler och resurser är tänkt att skapa stabila och långsiktiga förutsättningar för landstingen att styra vården. Om regeringen ger landsting och kommuner nya obligatoriska uppgifter ska staten ersätta landsting och kommuner i enlighet med finansieringsprincipen.<sup>14</sup>

Samtidigt har regeringen ett övergripande ansvar för att hälso- och sjukvården lever upp till kraven på god vård på lika villkor. Regeringen har således att agera inom ramen för den spänning som finns mellan det kommunala självstyret och nationell likvärdighet. Vården är organiserad och huvudsakligen finansierad med utgångspunkt i det kommunala självstyret. Kommuner och landsting kan dock inte förväntas ha den överblick som krävs för att ta ett nationellt ansvar för likvärdigheten; det blir därför en viktig uppgift för staten. Det kommer alltid att finnas en efterfrågan på nationell styrning mot ökad likvärdighet, vilket skapar ett utrymme för och en förväntan på regeringar att agera.

Regler och resurser är långt ifrån de enda styrmedel regeringen har till sitt förfogande. Exempelen på hur regeringen försöker påverka kommuner och landsting, som varken innebär nya författningar eller mer resurser, är många och har blivit allt fler de senaste åren. Som vi beskrev i inledningen har det blivit allt vanligare att regeringen använder otraditionella styrmedel för att styra vården.

Riksrevisionen har inte funnit några normativa principer för när regeringen kan använda andra aktörer än myndigheter för att genomföra sin politik. Det finns inte heller några principer för hur en sådan styrning i så fall ska utformas. När regeringen använder sina förvaltningsmyndigheter finns krav på t.ex. offentlighet och opartiskhet reglerade i grundlagen. Någon liknande reglering finns inte när regeringen använder sig av icke-offentliga organisationer, även om dessa hanterar statliga medel.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> Prop. 2009/10:175. *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*, bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315.

<sup>14</sup> Finansieringsprincipen innebär att kommuner och landsting inte bör åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter. Principen är inte lagfäst men har godkänts av riksdagen och tillämpats sedan 1993 (se prop. 1991/92:150, del II, avsnitt 4.4.2 Finansieringsprincipen).

<sup>15</sup> Kravet på resurshushållning finns i 3 § budgetlagen (2011:203), kravet på offentlighet i tryckfrihetsförordningen (1949:105) och opartiskhet i regeringsformen (1974:152) med SFS ändring 2010:1408.

## 2 Statens styrning av vården

Det här kapitlet innehåller en genomgång av de styrmedel som regeringen använder inom hälso- och sjukvården, med fokus på regeringens styrning i form av författningar, otraditionella styrmedel (framför allt överenskommelser) och kunskapsstyrning. Att dessa områden står i fokus beror på att lagstiftning kan sägas vara den mest grundläggande styrformen medan överenskommelser och kunskapsstyrning har fått allt större betydelse de senaste åren. I kapitel 3 kommer vi att diskutera vilka konsekvenser den här styrningen har fått för rollfördelningen mellan olika aktörer.

Även om regeringen inte kan styra hälso- och sjukvården direkt finns det en uppsättning konkreta verktyg som staten kan använda för att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. I faktarutan nedan redogör vi för de statliga styrmedel som regeringen har använt på vårdområdet. En del styrmedel är tvingande (hård styrning) medan andra är mer frivilliga (mjuk styrning). I grunden består styrmedlen av olika varianter av information, ekonomiska incitament eller tvång.

De otraditionella styrmedlen är i grunden mjuka, men kan uppfattas som hård styrning om regeringen t.ex. väljer att komplettera med ekonomiska incitament och/eller mer detaljerade krav. När det gäller kunskapsstyrning utgår vi från samma definition som regeringen, och där ingår föreskrifter som en del. Kunskapsstöd är en mjuk styrning medan föreskrifter är tvingande, och därmed en hård styrform. Föreskrifter kan betraktas både som reglerande och som en del i kunskapsstyrningen.

### Statliga styrmedel riktade till vårdens huvudmän

#### Reglerande styrmedel

- Lagstiftning (tvingande)
- Förordningar (tvingande)

#### Kunskapsstyrning

- Föreskrifter (tvingande)
- Nationella riktlinjer
- Allmänna råd
- Metodstöd

#### Ekonomisk styrning

- Statsbidrag
- Överenskommelser

#### Kontroll

- Tillsyn

#### Övriga styrmedel

- Nationella samordnare
- Öppna jämförelser
- Nationella handlingsplaner
- Nationella strategier
- Nationella samlingar

## 2.1 Styrning genom lagstiftning

Ett traditionellt sätt för staten att styra vården är genom reglering. Den centrala lagen på vårdområdet är hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Lagen är utformad som en s.k. ramlag, vilket innebär att den innehåller allmänna mål och riktlinjer och fastställer ramarna för verksamheterna. Hur lagens bestämmelser bäst ska tillämpas är sedan tänkt att avgöras av myndigheters föreskrifter och praxis samt av kommunsektorn. HSL ersatte 1983 den dåvarande sjukvårdslagen (1962:242). Den tidigare lagen var inte utformad som en ramlag, och med HSL decentraliserades vissa beslutsbefogenheter till landstingen. När lagen tillkom uttalade regeringen att den borde ge stort utrymme för landstingen att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Lagen tillkom således delvis för att begränsa detaljreglering och statlig styrning av landstingens organisation av hälso- och sjukvården.<sup>16</sup> I propositionen som föregick HSL konstaterades att landstingen har de bästa förutsättningarna att kunna bedöma hur behoven på lokal nivå ska kunna tillgodoses. Under lagstiftningsarbetet framfördes viss kritik mot ramlagstanken; några myndigheter och organisationer menade att förslaget medgav stora standardskillnader mellan olika landsting.<sup>17</sup>

Vidare är hälso- och sjukvårdslagen en skyldighetslagstiftning och inte en rättighetslagstiftning. Därmed innehåller den övergripande skyldigheter för huvudmännen och enskilda vårdgivare, snarare än individuella rättigheter. Det är sålunda inte en rättighetslag som exempelvis socialtjänstlagen, enligt vilken brukaren har en lagstadgad rätt med möjlighet att överklaga beslut genom förvaltningsbesvär.<sup>18</sup>

Hälso- och sjukvårdslagen har under de ca 30 år som den varit i kraft kommit att bli mer detaljrik. Trots att det är en ramlagstiftning har den ändrats ett flertal gånger, byggts ut och efterhand kommit att innehålla vissa detaljregleringar. Avsteg från ramlagstiftningen har gjorts när regering och riksdag ansett att det har funnits hänsyn av nationell karaktär som inte kunnat tillgodoses på lokal eller regional nivå. Ett exempel på detta är vårdgarantin i primärvården som styr patientens rätt till besök hos läkare. För närvarande bereder riksdagen förslag till en ny hälso- och sjukvårdslag. Syftet är bl.a. att göra regelverket mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.<sup>19</sup>

<sup>16</sup> Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m., bet. SoU 1981/82:51, rskr 1981/82:381.

<sup>17</sup> Dir. 2015:127. *Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården*, s. 7 f.

<sup>18</sup> Socialstyrelsen (2006). *Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen*.

<sup>19</sup> Prop. 2016/17:43. *En ny hälso- och sjukvårdslag*.



## 2.2 Styrning med kunskap

Ett annat sätt för staten att påverka vården är genom kunskapsstyrning (se faktarutan ovan). Den statliga kunskapsstyrningen definieras som de olika former av kunskapsstöd och föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för, och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet dessa ansvarar för.<sup>20</sup> Rekommendationer som framgår i kunskapsstöden är frivilliga för landstingen att följa medan föreskrifter är bindande. Kunskapsstyrning kan vidare ses som en successiv process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas med stöd av uppföljningen.<sup>21</sup>

### 2.2.1 Följsamhet till kunskapsstyrning

Frågan om följsamhet till kunskapsstöd i hälso- och sjukvården har uppmärksamats de senaste åren. Det finns en uppfattning om att nationella riktlinjer och annat kunskapsstöd inte följs eller att efterlevnaden i alla fall varierar. Mot bakgrund av det har regeringen tillsatt en särskild utredare för att överväga och lämna förslag till hur ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås.<sup>22</sup> I utredarens uppdrag ingår bl.a. att kartlägga vilka förutsättningar som finns och vilka initiativ som tagits för ökad efterlevnad av nationella kunskapsstöd i stort, samt främja bättre följsamhet. Vidare ska utredaren analysera bakomliggande orsaker till bristande följsamhet till nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2017.

Riksrevisionen granskade under 2013 om arbetet med nationella riktlinjer främjar en vård utformad utifrån patientens perspektiv.<sup>23</sup> Den sammanfattande slutsatsen i rapporten var att staten kunde använda nationella riktlinjer mer effektivt för att främja en patientcentrerad och effektiv vård. Varje led i arbetet med riktlinjerna behövde, utöver att mer tydligt utgå från ett patientperspektiv, också nå fram och användas i högre utsträckning av mottagarna. De utvärderingar som hade gjorts av riktlinjerna visade ett begränsat genomslag i vården. När det gäller följsamhet till föreskrifter har Riksrevisionen tidigare konstaterat att efterlevnaden av föreskrifter (SFS 2011:9) om ledningssystem var mycket varierande mellan landstingen.<sup>24</sup>

I en utvärdering av nationella riktlinjers inverkan på vården konstaterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att de nationella riktlinjerna i viss mån bidrar till att göra vården mer kunskapsbaserad, men att det fortfarande är långt ifrån all vård

<sup>20</sup> Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

<sup>21</sup> SOU 2012:33. *Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.*

<sup>22</sup> Dir. 2015:127. *Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.*

<sup>23</sup> Riksrevisionen (2013a). *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?*

<sup>24</sup> Riksrevisionen (2015). *Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?*

som baseras på bästa tillgängliga kunskap.<sup>25</sup> Myndigheten bedömer att riktlinjerna bidrar till att göra vården mer jämlik men att betydande och omotiverade skillnader kvarstår. I direktivet till utredningen om ökad följsamhet i vården konstaterade regeringen att de två nationella utvärderingar avseende hjärtsjukvård och diabetes som Socialstyrelsen gjorde under 2015, visade på en ökad användning av rekommenderade åtgärder men att det fortfarande fanns omotiverade geografiska och socioekonomiska skillnader.<sup>26</sup> Regeringens bedömning är att detta är bekymmersamt då det kan bidra till omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården och till att ineffektiva metoder fortsätter att användas. Även Socialstyrelsen har konstaterat att även om det finns en positiv utveckling på många områden är de regionala skillnaderna fortfarande stora när det gäller bl.a. diagnostik och tillgång till rekommenderade behandlingar.<sup>27</sup>

Socialstyrelsen följer upp om de nationella riktlinjerna används och hur indikatorerna utvecklar sig. Vissa indikatorer inom ramen för nationella riktlinjer visar på stora skillnader mellan landstingen. Myndigheten har dock ingen systematisk uppföljning av *varför* vårdverksamheterna eventuellt inte följer kunskapsstöden. I våra intervjuer har det framkommit att myndigheten har ett projekt där orsaker till bristande följsamhet undersöks: ett projekt om sekundärprevention för stroke genom rökstopp. Därutöver har Socialstyrelsen i ett annat fall uppdragit åt en forskargrupp att undersöka varför det tar tid att implementera rekommendationer i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.<sup>28</sup> Det har framkommit i våra intervjuer att Socialstyrelsen dels inte ser det som sin huvuduppgift att svara på varför nationella riktlinjer inte följs, dels att sådana projekt inte haft högsta prioritet.<sup>29</sup>

Att tillsynsupdraget inte längre ligger på Socialstyrelsen innebär samtidigt att myndigheten inte längre får signaler från den egna organisationen om det finns problem med att tillämpa föreskrifter och andra kunskapsstöd. En av de intervjuade cheferna på Socialstyrelsen bedömer att när myndigheten hade tillsynsverksamheten funderade man mer över hur saker landade i verksamheterna.<sup>30</sup> Ett exempel på en åtgärd som Socialstyrelsen har vidtagit för att öka kunskapen om hur systemen i vården fungerar är att myndigheten har inrättat en enhet för systemanalys. Enheten inrättades 2013 och arbetar med analyser av vård och omsorg för att öka förståelsen av hur komplexa system fungerar och kan vidareutvecklas.

<sup>25</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*.

<sup>26</sup> Dir. 2015:127. *Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården*.

<sup>27</sup> Socialstyrelsen (2016). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2016*, s. 42.

<sup>28</sup> Elg, M. m.fl. (2016). *Översättning av riktlinjer – Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag*.

<sup>29</sup> Intervju vid Socialstyrelsen. 2016-04-22 och 2016-04-27.

<sup>30</sup> Intervju vid Socialstyrelsen. 2016-04-27.

Genomslaget för nationella riktlinjer kan också skilja sig från rekommendation till rekommendation: följsamheten kan vara god till en rekommendation men sämre till en annan. Exempel på hinder för att uppnå god följsamhet till kunskapsstöd i vårdverksamheterna kan vara att kunskapsstödet inte finns där det behövs, inte är uppdaterat, inte anses vara legitimt eller att stödet förutsätter utrustning som inte finns på plats av ekonomiska skäl.<sup>31</sup>

### 2.3 Ökad användning av otraditionella styrmedel

Reglering och kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården är inte de enda styrmedel regeringen har tillgång till för att påverka vården i önskvärd riktning. Statlig styrning betraktas traditionellt som en vertikal hierarkisk kedja med styrformer som lagstiftning, ekonomiska styrmedel, tillsyn och mål- och resultatstyrning.<sup>32</sup> Statlig styrning kan också vara mer horisontell och mjuk i formerna. Inom vården har det blivit allt vanligare att regeringen använder styrformer som överenskommelser, nationella samordnare och nationella strategier. För att beskriva den här typen av styrning brukar man tala om mjuk eller otraditionell styrning. En förklaring till att Socialdepartementet använder otraditionella styrmedel är att det är kommuner och landsting som ansvarar för verksamheten, till skillnad från statlig verksamhet där regeringen kan styra mer direkt genom t.ex. myndighetsinstruktioner och regleringsbrev.<sup>33</sup>

Valet av styrmedel avgörs av hur behovet av styrning ser ut i den specifika frågan, enligt Socialdepartementet.<sup>34</sup> Enligt departementet finns det inga riktlinjer eller mallar för när olika styrmedel ska användas, men det förs en diskussion i departementet inför valet av styrmedel.

Regeringen har inte följt huvudprincipen om att staten i första hand ska ge bidrag till kommuner och landsting via det generella statsbidraget. Under de senaste åren har regeringen allt oftare valt att använda sig av *specialdestinerade statsbidrag* för att påverka vården i önskvärd riktning.<sup>35</sup> Riksrevisionen har i sin granskning av styrning genom riktade statsbidrag pekat på flera problem, bl.a. mängden samtidigt pågående bidrag.<sup>36</sup> En slutsats i rapporten är att det stora antalet riktade bidrag som löper parallellt innebär att bidragen inte används undantagsvis. I en skrivelse till Finansdepartementet under våren 2016 lyfter SKL fram den ökning som skett av specialdestinerade statsbidrag inom vård, omsorg och skola, och menar att den

<sup>31</sup> Intervju vid Kunskapsstödsutredningen (S2015:07), 2016-08-24.

<sup>32</sup> Statskontoret (2014). *Nationella samordnare – statlig styrning i otraditionella former?*

<sup>33</sup> Intervju vid Socialdepartementets enhet för samordning och stöd, 2016-06-14.

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej* och Riksrevisionen (2016b). *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*.

<sup>36</sup> Riksrevisionen (2016b). Ibid.

stora mängden bidrag riskerar att skapa kortsiktighet i förutsättningarna för huvudmännens styrning av verksamheterna. För år 2016 fanns 27 riktade statsbidrag inom vårdområdet och på utbildningsområdet fanns det 38.<sup>37</sup> Regeringen har också uttryckt en vilja att minska mängden riktade statsbidrag.<sup>38</sup> Socialdepartementet har i det här sammanhanget påpekat att regeringen även har höjt det generella statsbidraget under 2000-talet.<sup>39</sup>

Regeringen har vidare slutit ett stort antal *överenskommelser med SKL*. Överenskommelserna liknar avtal men det finns inga rättsliga förpliktelser kopplade till dem. I princip innehåller överenskommelserna alltid tillfälliga statsbidrag. Under de senaste tio åren har den bärande idén i regeringens överenskommelser med SKL varit att genom ekonomiska incitament uppmuntra, stärka och intensifiera ett visst arbete i kommuner och landsting.<sup>40</sup> Det här styrmedlet användes även tidigare. Den dominerande överenskommelsen var länge den s.k. Dagmaröverenskommelsen från 1985. I de överenskommelser som tillkommit därefter har regeringen gått från att finansiera hela verksamheter i vården till att praktisera en mer detaljerad ekonomisk styrning.<sup>41</sup>

Flera av de överenskommelser som slutits på vårdområdet har innehållit prestationsbaserade ersättningar. Prestationsbaserad ersättning innebär att kommuner och/eller landsting först redovisar resultat för att sedan ta del av medlen beroende på hur väl man presterat. Den nuvarande regeringens ambition är att överenskommelserna ska samordnas bättre och vara mindre detaljerade.<sup>42</sup> En utgångspunkt är att regeringen ska överväga andra alternativ innan den väljer att ingå en överenskommelse.<sup>43</sup> Vidare ska det finnas en samlad bild över pågående och kommande överenskommelser och en vägledning för handläggarna på Socialdepartementet.<sup>44</sup>

<sup>37</sup> Sveriges kommuner och landsting (2016). *Färre och mer effektiva riktade statsbidrag till kommuner, landsting och regioner*.

<sup>38</sup> Finansdepartementet (2016). Svar 2016/17:99 på skriftlig fråga 2015/16:993 av Patrik Engström (S) *Statlig styrning av myndigheter*.

<sup>39</sup> Regeringen har under 2000-talet tillfört ca sex miljarder kronor som en permanent höjning till landstingen och avser att tillföra de s.k. välfärdsmiljarderna genom 2,3 miljarder kronor 2017–2018 och därefter stegvisa höjningar, vilket kommer innebära en permanent höjning på 3 miljarder kronor fr.o.m. 2021. E-post från Socialdepartementet, 2017-01-09.

<sup>40</sup> Den första överenskommelsen på Socialdepartementets område var den s.k. sjukskrivningsmiljarden som slöts 2007. Den första överenskommelsen av den här karaktären på vårdområdet var den s.k. kömiljarden 2009.

<sup>41</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*.

<sup>42</sup> Skr. 2014/15:52. *Riksrevisionens rapport om överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården*, bet. 2014/15:SoU13, rskr. 2014/15:214.

<sup>43</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015-08-25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.

<sup>44</sup> Intervju vid Socialdepartementets enhet för samordning och stöd, 2016-06-14.

Överenskommelser som styrmedel har blivit allt vanligare på vårdområdet sedan den s.k. kömiljarden tillkom 2009. Sedan 2014 är antalet dock oförändrat (sju stycken).<sup>45</sup> En del har fasats ut medan andra har tillkommit. Sett till hela Socialdepartementets område har antalet minskat från 13 till 10 stycken.<sup>46</sup> Som en jämförelse har regeringen inte slutit några överenskommelser med SKL på skolområdet. Regeringen har också tillsatt flera *nationella samordnare* på vårdområdet. Dessa samordnare får ofta till uppgift att t.ex. knyta samman kommuner, landsting och andra aktörer och se till att de samverkar på ett sätt som bidrar till de politiska målen inom verksamhetsområdet.

Mindre traditionella styrmedel som överenskommelser och nationella samordnare förekommer i hög utsträckning på Socialdepartementets område. Till exempel tillsatte regeringen tolv samordnare på Socialdepartementets område under perioden 2005–2015 att jämföra med Utbildningsdepartementet där regeringen under samma period tillsatte fyra samordnare.<sup>47</sup>

### 2.3.1 Vad kännetecknar den otraditionella styrningen på vårdområdet?

Överenskommelserna på vårdområdet bör inte enbart betraktas som mjuk styrning, då de i princip alltid är sammankopplade med ekonomisk styrning. Den ekonomiska styrningen är visserligen inte tvingande, men som Riksrevisionen visade i granskningarna av överenskommelser 2014 och riktade statsbidrag 2016 kan till synes frivillig ekonomisk styrning i praktiken bli starkt styrande.<sup>48</sup> Det visade sig att SKL uppfattade det som svårt att tacka nej till erbjudanden om att gå in i en överenskommelse och lika svårt för enskilda landsting att stå utanför. Den frivillighet som styrningen genom överenskommelser ger sken av har i praktiken varit begränsad.<sup>49</sup>

Användningen av otraditionella styrmedel har egentligen inte handlat om att införa nya åtaganden för kommunerna, även om det kan ha inneburit nya arbetsuppgifter för vårdprofessionerna.<sup>50</sup> Företrädare för Socialdepartementet menar att mjuka styrmedel mest används för att komplettera den hårda styrningen, som incitament till

<sup>45</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, s. 33, och Socialdepartementet (2016), *Överenskommelser 2016*, PM Socialdepartementet.

<sup>46</sup> Siffran 13 är hämtad från Riksrevisionen (2014a). *ibid.*, s. 33 och siffran 10 är hämtad från Socialdepartementet (2016). *ibid.* I båda fallen är överenskommelsen om aktivitetsförmågeutredningar exkluderad då den inte riktar sig till alla landsting.

<sup>47</sup> Riksrevisionen (2016c). *Nationella samordnare som statligt styrmedel*. RiR 2016:5.

<sup>48</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej* och Riksrevisionen (2016b). *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*.

<sup>49</sup> Riksrevisionen (2014a). *ibid.*

<sup>50</sup> SOU 2016:2. *Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*.

en ambitionshöjning.<sup>51</sup> Inom ramen för ett utvecklingsarbete om överenskommelser som bedrivits på Socialdepartementet uttryckte flera enskilda tjänstemän att mjuka styrmedel även är bra att använda när lagstiftningens krav inte nås.<sup>52</sup>

Tillfälliga statsbidrag kan vara ett sätt för regeringen att närma sig landstingen och åstadkomma ökad följsamhet med lagen hos huvudmännen. Samtidigt finns det en risk att regeringen och SKL genom tillfälliga satsningar på utvalda områden såsom exempelvis patientsäkerhet och tillgänglighet signalerar till huvudmännen att vissa lagar och bestämmelser är viktigare att följa än andra.

En hypotes skulle kunna vara att den otraditionella styrningen har ersatt den mer traditionella, dvs. att regeringen har gått från att styra med lagar och regler till att istället förhandla och stimulera aktörerna i önskvärd riktning. Även om våra granskningar visar på allt fler exempel på otraditionella styrmedel är vår bedömning att dessa inte ersatt den traditionella styrningen. Regeringen har de senaste tio åren genomfört förändringar i regelverket på vårdområdet, t.ex. införandet av patientlagen, patientsäkerhetslagen och vårdgarantin. Förändringarna har handlat om såväl ambitionshöjningar som överföring av lagbestämmelser från HSL till de nya lagarna. Den utvecklingen har skett parallellt med framväxten av otraditionella styrmedel. Sätillvida finns det inget som tyder på att regeringen skulle ha förändrat sin syn på lagstiftning som styrmedel. Vi noterar samtidigt att de senaste årens ändringar i HSL har inneburit ökade krav på administration.<sup>53</sup>

Givet det kommunala självstyret är det svårare för regeringen att styra kommuner och landsting än de statliga förvaltningsmyndigheterna vilket innebär att det är svårt för regeringen att höja ambitionsnivån i kommunal verksamhet. Samtidigt har det funnits ett starkt tryck på likvärdighet, bl.a. i den offentliga debatten som har förts i media, ett tryck som enligt bl.a. Stig Montin, professor i offentlig förvaltning, har ökat under 1990- och 2000-talet.<sup>54</sup> Givet att det inte finns några prioriteringar i de generella statsbidragen till kommuner och landsting blir tillfälliga statsbidrag, överenskommelser och nationella samordnare ett sätt för regeringen att, trots det kommunala självstyret, försöka styra dessa aktörer.

---

<sup>51</sup> Intervju vid Socialdepartementets enhet för samordning och stöd, 2016-06-14.

<sup>52</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015-08-25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.

<sup>53</sup> SOU 2016:2. *Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.*

<sup>54</sup> Montin, Stig (2016). Bilaga 2 i Statskontoret (2016), *Statens styrning av kommunerna.*

Överenskommelserna har inte ingåtts med enskilda landsting utan med SKL för samtliga landsting. Det har praktiska orsaker. Det var enligt dåvarande socialministern helt enkelt enklare att teckna överenskommelser med SKL än med 21 olika landsting.<sup>55</sup>

### 2.3.2 Varför har nya styrformer uppstått?

Den otraditionella styrform som har varit mest framträdande på vårdområdet är överenskommelser med SKL. Överenskommelser har funnits sedan tidigare men styrformen har på senare tid börjat användas allt mer.<sup>56</sup> En del av bakgrunden till att den första överenskommelsen om kömiljarden slöts mellan regeringen och SKL 2009 var att den dåvarande socialministern ansåg att variationerna mellan olika landsting var orimliga och att tillgängligheten till vården var dålig. Det saknades också uppgifter på nationell nivå för att mäta och jämföra landstingen utifrån dessa aspekter. Statens inflytande över vården var väldigt begränsat, vilket krävde nya sätt att styra kommunsektorn, enligt den dåvarande ministern.<sup>57</sup> Utan staten som pådrivare ansågs det inte vara möjligt att få en jämlik vård. Dåvarande socialministern hade också en uppfattning om att staten behövde gå in i detaljer: *”Med den fördelning som finns mellan stat och kommun och att lagstiftning ofta är dåligt när man ska ner på detaljnivå så blev en annan styrning nödvändig.”*<sup>58</sup> Utformningen av den satsning som fick benämningen kömiljarden var även en reaktion mot hur pengar fördelats tidigare. Bilden var att tidigare regeringar inte hade följt upp de medel som landstingen hade fått för att stärka tillgängligheten till vården, och att det inte hade blivit en mätbar förbättring.<sup>59</sup> Den politiska ledningen som införde kömiljarden ville genom denna styrning uppnå snabba resultat, enligt en dåvarande chef på Socialdepartementet.<sup>60</sup>

När de första överenskommelserna slöts fanns ingen plan på att detta var en form som regeringen skulle tillämpa på fler områden inom vården. När de första överenskommelserna varit igång ett tag kom dessa att användas som argument för nya överenskommelser.<sup>61</sup> Det fanns en tydlig ”lösning” att föreslå oavsett om problemet var inom patientsäkerhet, äldreomsorg eller psykisk ohälsa. Införandet av överenskommelser kan på så vis sägas ha lett till uppkomsten av nya överenskommelser. Kommuner och landsting har också efterfrågat statliga satsningar eftersom det

<sup>55</sup> Intervju med tidigare socialminister, 2016-08-31.

<sup>56</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.*

<sup>57</sup> Intervju med tidigare socialminister, 2016-08-31.

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> Intervju med f.d. chef på Socialdepartementet, 2016-06-16.

<sup>61</sup> Intervju med tidigare socialminister, 2016-08-31.

sätter fokus på deras frågor och ibland innebär ökade resurser.<sup>62</sup> Därför har det inte funnits något intresse från regeringen eller SKL att upphöra med överenskommelser. Antalet överenskommelser växte således fram stegvis utan att regeringen tog ställning till mängden och sammansättningen på något principiellt plan. Även för styrningen genom riktade statsbidrag på vårdområdet, utan koppling till överenskommelser, finns en liknande utveckling; användandet av dessa bidrag har vuxit fram successivt utan en övergripande plan, enligt Riksrevisionens granskning.<sup>63</sup>

I sitt svar på Riksrevisionens granskning av överenskommelser kan regeringen sägas ha tagit ställning till hur överenskommelser ska användas.<sup>64</sup> I skrivelsen framkom bl.a. att antalet överenskommelser skulle minska och att prestationsbaserad ersättning endast skulle användas i begränsad omfattning. Därefter har Socialdepartementet bedrivit ett utvecklingsarbete avseende överenskommelser med utgångspunkt i ambitionen att bl.a. minska detaljstyrningen, öka samordningen och arbeta mer systematiskt med uppföljning och utvärdering.<sup>65</sup> Även SKL har framfört i en skrivelse till regeringen att man önskar minska antalet riktade statsbidrag och antalet överenskommelser.<sup>66</sup>

Riksrevisionen har dock noterat att antalet överenskommelser på vårdområdet är oförändrat i förhållande till 2014, då Riksrevisionens tidigare granskning genomfördes. Samtidigt har regeringen tagit vissa steg mot att minska detaljstyrningen genom att i princip upphöra med prestationsbaserade ersättningar i överenskommelserna men också genom att höja det generella statsbidraget till hälso- och sjukvården.<sup>67</sup>

Som en del av utvecklingsarbetet som bedrevs under 2015 genomfördes bl.a. intervjuer med tjänstemän på Socialdepartementet. I arbetet framkom att tjänstemän upplevde att det fanns både för- och nackdelar med överenskommelser som styrform. Några enskilda tjänstemän ansåg att det fanns ett mervärde i att vända sig till SKL eftersom SKL har direktkontakt med huvudmännen och anses ha kapacitet att samordna insatser. SKL uppfattades vara snabba, flexibla och kapabla att åstadkomma snabb förändring.<sup>68</sup>

<sup>62</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.*

<sup>63</sup> Riksrevisionen (2016b). *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården.*

<sup>64</sup> Skr. 2014/15:52. *Riksrevisionens rapport om överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården*, bet. 2014/15:SoU13, rskr. 2014/15:214.

<sup>65</sup> Intervju vid Socialdepartementets enhet för samordning och stöd, 2016-06-14.

<sup>66</sup> Sveriges kommuner och landsting (2016). *Färre och mer effektiva riktade statsbidrag till kommuner, landsting och regioner*, skrivelse till Finansdepartementet, 2016-04-20.

<sup>67</sup> E-post från Socialdepartementet, 2017-01-09.

<sup>68</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015-08-25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.



Inom ramen för utvecklingsarbetet framkom också en del kritiska synpunkter från enskilda tjänstemän när det gäller SKL:s roll i överenskommelserna. Ett exempel är att några tjänstemän ställde sig frågande till SKL:s kapacitet att hantera långsiktighet och mer förvaltande uppgifter i samband med överenskommelserna. Flera pekade på att SKL i sin roll har att hantera konflikten i att vara en del i en statlig satsning och samtidigt värna medlemmarnas intressen. Några enskilda tjänstemän tyckte att överenskommelser kan ses som ett slags symptom på att myndigheterna inte fungerar bra; att regeringen i brist på välfungerande myndigheter väljer att vända sig till SKL.<sup>69</sup>

### 2.3.3 Både likheter och skillnader i styrningen av vården och skolan

En jämförelse mellan regeringens styrning av vården och skolan visar på en hög grad av detaljstyrning av de centrala förvaltningsmyndigheterna och många tillfälliga statsbidrag. Vården och skolan utgör centrala välfärdssektorer med en decentraliserad organisation. I båda fallen finns det nationella ambitioner om likvärdighet i kombination med kommunalt självstyre.

Den statliga styrningen av dessa sektorer ser dock olika ut i några viktiga avseenden. I flera av våra intervjuer har det lyfts fram att överenskommelser är ett sätt för regeringen att visa handlingskraft. Behovet av att visa politisk handlingskraft torde vara minst lika eftersträvanvärt på skolområdet som inom vården, inte minst med tanke på resultaten i de senaste årens Pisa-undersökningar. Trots detta har regeringen inte ingått några överenskommelser med SKL på skolområdet. Däremot förekommer det att Skolverket i vissa fall ingår överenskommelser med kommuner och enskilda huvudmän. När det gäller vården är det främst landsting som är huvudmän, men i vissa avseenden också kommuner, medan det för skolans del är kommunerna (och fristående skolor) som är huvudmän. Detta innebär en viss skillnad i förutsättningarna för styrning eftersom landstingen är 21 till antalet medan kommunerna är 290. Det skulle kunna innebära att en överenskommelse med SKL på skolans område kan vara svårare för SKL att samordna. Å andra sidan skulle det kunna fylla en större funktion för regeringen att använda SKL som samordnande motpart för 290 kommuner än för 21 landsting. Det finns exempel på överenskommelser på vårdområdet som riktat sig till kommunerna, även om dessa inte är lika många som de som riktar sig till landstingen.

En tänkbar förklaring till att styrningen av huvudmännen på vård- respektive skolområdet skiljer sig är att lagstiftningen ser olika ut. Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag, och en tänkbar förklaring till den mjuka styrningen är att regeringen bedömt att lagen behöver fyllas ut. Skollagen utgör det grundläggande ramverket för

<sup>69</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015–08–25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.

skolverksamheten men är ingen ramlag. Regleringen är mer detaljerad än på vårdområdet, och utöver förordningar, föreskrifter och allmänna råd styrs skolan även av kursplaner, som fastställs på nationell nivå.

Även det faktum att skolan fram till relativt nyligen var statlig har uppgetts som en förklaring. Det skulle kunna förklara varför regeringen valt att i högre utsträckning använda sig av sin centrala förvaltningsmyndighet på skolområdet och heller inte ingått överenskommelser med SKL.

Det är tänkbart att valet att ingå överenskommelser på vårdområdet beror på enskilda initiativ. I våra intervjuer har det framkommit att det fanns vissa personer som var drivande i arbetet med den första överenskommelsen mellan SKL och staten på vårdområdet. Som vi har beskrivit tidigare ledde denna överenskommelse till fler, och en kultur utvecklades där detta styrmedel sågs som en bra lösning för att få genomslag i vården. Motsvarande kultur har inte kunnat utvecklas på skolområdet eftersom inga överenskommelser med SKL har slutits där.

## 3 Nya roller – konsekvenser av regeringens styrning

Det sätt som regeringen valt att styra vården på, och som har beskrivits i kapitel 2, har fått konsekvenser framför allt för rollfördelningen mellan Socialstyrelsen och SKL. I det här kapitlet undersöker vi hur förändringar i statens styrning har påverkat relationerna mellan olika aktörer på hälso- och sjukvårdsområdet.

### 3.1 Socialstyrelsen

#### 3.1.1 Uppdragstyngd styrning

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården och har bl.a. uppgifter inom ramen för kunskapsstyrningen på vårdområdet. Regeringens ambition generellt är att åstadkomma en mer verksamhetsanpassad, strategisk och resultatnriktad styrning.<sup>70</sup> Styrsignalerna till myndigheterna ska bli färre och tydligare. Precis som när det gäller styrningen av övriga statliga myndigheter ska styrningen av Socialstyrelsen utgå från myndighetens instruktion.

Regeringens styrning av Socialstyrelsen har historiskt sett präglats av stor aktivitet. Socialstyrelsen har under lång tid haft många regeringsuppdrag. En sammanställning över de senaste tio åren visar att antalet uppdrag var särskilt stort under 2010, se diagram 1 och bilaga 2.<sup>71</sup> Vård- och omsorgsutredningen pekade 2012 på att antalet uppdrag i regleringsbrevet och antalet särskilda uppdrag till vårdmyndigheterna hade ökat, framför allt för Socialstyrelsen.<sup>72</sup>

Enligt Statskontorets myndighetsanalyser av Socialstyrelsen och Skolverket har regeringens styrning under lång tid kännetecknats av ett stort antal, ofta detaljerade, uppdrag.<sup>73</sup> Enligt Statskontorets bedömning tränger det stora antalet regeringsuppdrag undan löpande uppgifter. Vård- och omsorgsutredningen ansåg att mängden uppdrag står i strid med regeringens principiella ställningstaganden avseende myndighetsstyrning, som syftar till att åstadkomma en mer långsiktig och strategisk styrning.

---

<sup>70</sup> Prop. 2009/10:175. *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*, bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315.

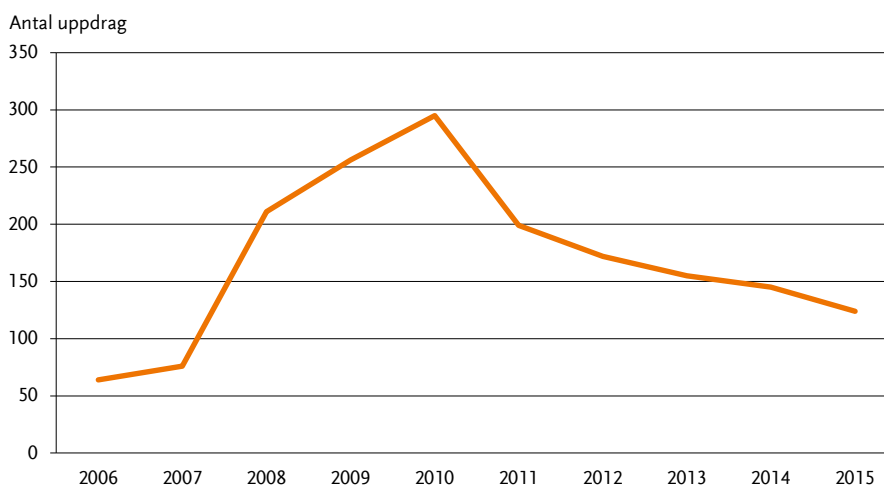
<sup>71</sup> Uppgifterna avser uppdrag som inkommit till Socialstyrelsen under respektive år, såväl sådana som avslutats under året, som de som pågick vid årets slut.

<sup>72</sup> SOU 2012:33. *Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning*.

<sup>73</sup> Statskontoret (2015). *Myndighetsanalys av Statens skolverk*, och Statskontoret (2011). *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen*.

Sedan 2010 har uppdragen till Socialstyrelsen minskat. Eftersom verksamheten delvis har förändrats är det inte helt lätt att jämföra siffrorna över tid.<sup>74</sup> Att myndigheten haft och fortfarande har en stor mängd regeringsuppdrag har dock bekräftats i våra intervjuer på Socialstyrelsen. De intervjuer vi gjort med medarbetare och chefer tyder emellertid på att regeringens ambition att minska antalet uppdrag till myndigheterna har haft visst genomslag. Flera uppger att de upplever att antalet uppdrag blivit färre och/eller att detaljeringsgraden i dem har minskat. I intervjuerna har det framkommit att flera enheter har utrymme att arbeta mer långsiktigt utifrån myndighetens instruktion. Vissa delar av myndigheten uppges dock fortfarande vara styrda av många uppdrag. Det gäller t.ex. avdelningen för utvärdering och analys.

**Diagram 1** Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen 2006-2015



Källa: Sammanställning från Socialstyrelsen, e-post 2016-12-21.

Socialstyrelsens uppdrag kommer både via regleringsbrevet och löpande under verksamhetsåret. De varierar i tid, omfattning, innehåll och komplexitet. I vissa fall får Socialstyrelsen särskild finansiering för att genomföra uppdragen, i andra fall ska kostnaden för uppdraget täckas av Socialstyrelsens förvaltningsanslag. Regeringen har en ambition att lyfta över uppdrag som har en långsiktig finansiering till instruktionen.<sup>75</sup>

<sup>74</sup> Tillsynen flyttades över till Inspektionen för vård och omsorg den 1 juni 2013.

<sup>75</sup> Intervju vid Socialdepartementets enhet för samordning och stöd, 2016-06-14.

När det gäller Skolverket har regeringen en motsvarande ambition att öka långsiktigheten i finansieringen.<sup>76</sup> Tidigare har regeringen i stor utsträckning styrt finansieringen genom att öronmärka medel för särskilda regeringsuppdrag. Enligt Statskontoret låser det in medlen och försämrar myndighetens möjligheter att använda medlen effektivt.<sup>77</sup> Riksrevisionen ser att det finns en risk med för många uppdrag eftersom myndighetens utrymme för egna initiativ och långsiktigt arbete utifrån målen i instruktionen minskar.

### 3.1.2 Utvecklingen av Socialstyrelsens roll

Enligt Socialstyrelsens instruktion ska myndigheten bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska också arbeta med och ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde. Genom kunskapsstöd och föreskrifter ska myndigheten bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde.

Riksrevisionen har noterat att Socialstyrelsens roll som central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården har ifrågasatts. I Vård- och omsorgsutredningen som publicerades 2012 problematiserades bilden av Socialstyrelsen som förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården. Här framkom uttryck som att myndigheten uppfattas som "passiv" och "utan förmåga att vara i framkant" samt att myndigheten har ett alltför strikt statligt perspektiv på vården och omsorgen.<sup>78</sup> I ett par intervjuer med chefer på Socialstyrelsen bekräftas att den här uppfattningen har funnits.<sup>79</sup> De förklaringar som lyfts fram är dels det faktum att myndigheten inte kan ge råd i enskilda fall, dels att myndigheten har tagit överdriven hänsyn till det kommunala självstyret.

I Riksrevisionens granskningar har Socialstyrelsen ibland kritiserats för att vara passiv. I granskningen av patientsäkerhet menade Riksrevisionen att stödet till vårdgivarna var begränsat och, liksom i granskningen av ambulansverksamheten, att Socialstyrelsen genom föreskrifter borde förtydliga hur lagstiftningen ska tolkas. En granskning av statliga insatser för att ge vårdpersonal tillgång till patientinformation som genomfördes under 2011 visade också att Socialstyrelsens föreskrifter inte varit tillräckliga.<sup>80</sup>

Både Vård- och omsorgsutredningen och Riksrevisionens granskningar visar att det funnits, och fortfarande finns, en förväntan om att Socialstyrelsen ska vara mer av

<sup>76</sup> Ekonomistyrningsverket (2015). *Ekonomistyrningsverkets redovisning av regeringsuppdraget om en översyn av den finansiella styrningen av Statens skolverk*.

<sup>77</sup> Statskontoret (2015). *Myndighetsanalys av Statens skolverk*.

<sup>78</sup> SOU 2012:33. *Gör det enklare!*, s. 127 och 133.

<sup>79</sup> Intervjuer vid Socialstyrelsen, 2016-05-20 och 2016-04-12.

<sup>80</sup> Riksrevisionen (2011). *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?*

ett stöd till landstingens implementering av lagar, förordningar och föreskrifter. Myndighetens roll gentemot huvudmännen, professionerna och medborgarna har förändrats i och med att tillsynen flyttades till IVO 2013. Bakgrunden var att regeringen ville skilja normering och tillsyn åt. Detta är den största förändringen i Socialstyrelsens uppdrag på mycket länge. Utbrytningen av tillsynen har inneburit att myndigheten behövt hitta sin nya roll.

När det gäller kunskapsstyrningen gjorde regeringen ett förtydligande av Socialstyrelsens roll i och med förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förordningen lyfter fram att statliga myndigheter – däribland Socialstyrelsen – har ett ansvar för att kunskapsstyrningen utgör ett stöd för huvudmännen. Uppgiften att arbeta stödjande mot huvudmännen är enligt Riksrevisionen en central uppgift för Socialstyrelsen men har inte tidigare uttryckligen framgått av instruktionen. I nuvarande instruktion framgår inte uppgiften heller tydligt. Däremot finns en hänvisning till Kunskapsstyrningsförordningen.<sup>81</sup> Uppgiften att arbeta stödjande innebär enligt Socialdepartementet inte någon förändring av Socialstyrelsens roll. Enligt departementet har myndigheten alltid haft en stödjande roll gentemot huvudmännen.<sup>82</sup>

Förordningen innebär att Socialstyrelsen ska vara ordförande för Rådet för styrning med kunskap, men myndigheten har inget beslutsmandat. Att på detta sätt vara ett nav för kunskapsstyrningen innebär enligt Socialstyrelsens generaldirektör ett utökat ansvar, mer arbetsuppgifter och en stor förändring av Socialstyrelsens roll. Ordförandeskapet medför en koordinerande roll och Socialstyrelsen har etablerat en kanslifunktion för att samordna arbetet mellan myndigheterna.<sup>83</sup>

En annan förändring som påverkat hur Socialstyrelsen uppfattar sitt uppdrag är betoningen av myndighetens stabsliknande roll som gjordes i och med att myndigheten fick en ny instruktion 2015.<sup>84</sup> Enligt instruktionen ska Socialstyrelsen bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Förändringen innebär att myndigheten, utöver sina övriga uppdrag, löpande bistår Regeringskansliet med fakta, analyser och expertis.<sup>85</sup> Förändringen har påverkat myndighetens syn på kompetensförsörjning och man bedömer nu att det behövs expertkunskap vid sidan av generalister eftersom det är expertkunnande som Regeringskansliet efterfrågar.

---

<sup>81</sup> I 3 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen anges att bestämmelser om statlig styrning med kunskap finns i förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>82</sup> Intervju med Socialdepartementets enhet för folkhälsa och sjukvård, 2016-05-27.

<sup>83</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-06-16.

<sup>84</sup> Förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>85</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-06-16.

### 3.1.3 Stöd till huvudmännen

Socialstyrelsen har i uppgift att bl.a. ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling samt arbeta med och ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde.<sup>86</sup> Vidare omfattas myndigheten av kravet att den statliga kunskapsstyrningen på hälso- och sjukvårdsområdet ska utgöra ett stöd för huvudmän och berörda professioner. Styrningen ska vara samordnad, effektiv och anpassad till behoven hos professioner och huvudmän.<sup>87</sup>

En bild som getts i bl.a. Vård- och omsorgsutredningen är att Socialstyrelsen tidigare inte har varit ett stöd för huvudmännen i implementeringen.<sup>88</sup> Flera personer från olika delar av myndigheten lyfter fram att Socialstyrelsen tidigare haft en ganska ensidig syn på kunskapsstyrning. I dag distanserar sig myndigheten från den gamla synen på kunskapsstyrning. En chef konstaterar att *"...vi hade ju den där bilden av Socialstyrelsen för tio år sedan som den här slutna borgen som då och då hissade ner vindbryggan och kastade ut någon produkt och sedan upp snabbt igen."*<sup>89</sup>

I dag finns det en ambition på Socialstyrelsen att arbeta utifrån en annan kunskapsyn där kunskap uppstår i mötet med mottagarna.<sup>90</sup> För att kunna utforma kunskapsstyrningen konstaterar en av Socialstyrelsens chefer att myndigheten behöver vara ute i systemet mer, mycket mer än vad som kanske gjorts tidigare, i syfte att lyssna på vilka behov vården har. Genom att identifiera vilka behov som finns, och utforma kunskapsstyrningen efter det, kan myndigheten bli ett stöd. Socialstyrelsen har också en viktig roll som stöd när kunskapsunderlag och/eller föreskrifter väl är framtagna, genom att förklara och svara på frågor.<sup>91</sup>

Våra intervjuer på Socialstyrelsen visar att det finns en utveckling mot att arbeta mer stödjande gentemot huvudmän och profession. Myndigheten har fått fler sådana uppdrag och en enhet som arbetar med implementering har inrättats (enheten för kunskapsstillämpning). Ett pågående regeringsuppdrag med fokus på professionens behov är arbetet med ett samlat stöd inom patientsäkerhet.

Att Socialstyrelsen nu har ett större fokus på stöd till huvudmännen bekräftas av myndighetens generaldirektör.<sup>92</sup> Eftersom tillsynen har förts över till IVO är uppfattningen att Socialstyrelsen kan arbeta med förändrings- och förbättringsarbetet i vården på ett mer verksamhetsnära sätt. Ambitionen är att arbetet ska handla mer

<sup>86</sup> 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>87</sup> 1-2 § förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>88</sup> SOU 2012:33. *Gör det enklare!*

<sup>89</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-05-20.

<sup>90</sup> Intervjuer vid Socialstyrelsen, 2016-05-20 och 2016-04-29.

<sup>91</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-05-20.

<sup>92</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-06-16.

om att stödja förbättring än att bara ta fram en produkt, t.ex. i form av en rapport eller en föreskrift. Hur långtgående stödet till huvudmännen ska vara är inte reglerat, utan det måste Socialstyrelsen bedöma i varje enskild fråga. Utöver att bedöma vilka insatser som behövs är det också en resursfråga.<sup>93</sup>

När Socialstyrelsen kommer närmare vårdverksamheterna närmar sig myndigheten också SKL:s arbete. Representanter för SKL menar att organisationen har tagit en aktiv roll därför att det har funnits ett glapp mellan den statliga nivån och vården. Det har framkommit i våra intervjuer på såväl Socialstyrelsen som på SKL att det ibland uppstår friktion mellan de båda aktörerna, det gäller t.ex. på patientsäkerhetsområdet där båda organisationerna arbetar nära landstingen. En uppfattning som framförts av en företrädare för SKL är att statliga myndigheter inte ska vara så långt ut i vården.<sup>94</sup> Att Socialstyrelsen uppfattar att det finns en sådan efterfrågan har dock framkommit i några av våra intervjuer.<sup>95</sup> Att det finns önskemål från landstingen om mer metod- och tillämpningsstöd från Socialstyrelsen framgick även i Riksrevisionens granskning inom patientsäkerhetsområdet.<sup>96</sup>

### 3.1.4 Behov av kunskapsstöd

Staten har i begränsad utsträckning tagit reda på vilket behov av kunskapsstöd som finns i vården. Som ett sätt att undersöka behov av kunskapsstöd genomförde Socialstyrelsen tre förstudier för nationella riktlinjer inom endometrios, psoriasis och epilepsi. Det var första gången som ett sådant arbetsätt användes och det finns inget motsvarande arbete planerat framöver. Däremot görs kartläggningar av kunskapsbehov *inom ramen för* arbetet med nationella riktlinjer. I övrigt gör Socialstyrelsen på riktlinjeområdet inga systematiska undersökningar av behov, enligt våra intervjuer. När det gäller andra kunskapsstöd finns det exempel på att Socialstyrelsen har undersökt behovet, t.ex. för effektiv utskrivning, könsavvikelse och organ donationsområdet.<sup>97</sup>

Vidare har det framkommit att Socialstyrelsen genom träffar med kontaktpersoner på landstingen får en viss uppfattning om behoven.<sup>98</sup>

### 3.1.5 Kunskapsstyrningen har krävt nya nationella strukturer

För att kunna använda nationella kunskapsstöd behöver landstingen i ett första steg ha en mottagningskapacitet, i syfte att prioritera och sammanställa kunskapsunderlag

<sup>93</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-06-16.

<sup>94</sup> Intervju vid Sveriges kommuner och landsting, 2016-05-12.

<sup>95</sup> Intervjuer vid Socialstyrelsen, 2016-05-20 och 2016-04-12.

<sup>96</sup> Riksrevisionen (2015). *Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?*, s.97.

<sup>97</sup> E-post från Socialstyrelsen, 2017-01-10.

<sup>98</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-04-29.



för den vårdnära verksamheten, i form av t.ex. vårdprogram. Mottagningskapaciteten – i form av kapacitet och kompetens att ta emot kunskapsstöd – varierar mycket mellan landstingen, enligt våra intervjuer. Landstingen har valt att organisera sig på olika sätt och det saknas en samlad analys av hur mottagningskapaciteten ser ut i dag.

Att det finns problem med att föra ut respektive ta emot statliga kunskapsstöd har gjort att nya nationella strukturer har utvecklats. Det handlar bl.a. om den s.k. nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) och nationella programråd. Initiativen till de nya strukturerna har kommit från sjukvårdshuvudmännen men har fått statligt stöd.<sup>99</sup>

NSK illustrerar att sättet att föra ut den statliga kunskapsstyrningen har förändrats, gruppen är en mellannivå som har införts i syfte att kunskapsflödet ska hänga ihop bättre, från staten och ut till landstingen.<sup>100</sup> Det har framförts i våra intervjuer att NSK fyller en viktig funktion, som kommer att behövas även om Rådet för styrning med kunskap nu har inrättats.<sup>101</sup> En skillnad mot arbetet i NSK är att SKL inte är representerade i Rådet för styrning med kunskap.

Utifrån arbetet i NSK, och i syfte att främja en ökad följsamhet till och användning av nationella kunskapsstöd, har nationella programråd inrättats för tio områden sedan starten 2012, bl.a. kroniska sjukdomar och psykisk hälsa.<sup>102</sup> Programråden ska fungera som komplement till de befintliga processerna för kunskapsstyrning. Råden ska bl.a. bidra till ökad kunskap, bättre dialog och samverkan inom och mellan lokal, regional och nationell nivå och utarbeta nationella vårdprogram, standardiserade vårdplaner och riktlinjer samt beslutsunderlag och indikatorer.<sup>103</sup> Inom ramen för den nationella cancerstrategin har liknande strukturer byggts upp, med bl.a. regionala cancercentrum.

Det finns en samstämmig bild att samarbetet mellan staten och SKL fungerar bra i programråden och i arbetet inom NSK, enligt våra intervjuer. Råden och NSK bedöms av flera chefer på Socialstyrelsen ha en stor potential för en hållbar och långsiktig mottagarstruktur, men de bedömer inte att det är realistiskt att ha programråd för alla områden inom vården.<sup>104</sup> Vikten av fungerande mottagarstrukturer för att nå ut med statligt kunskapsstöd betonas också.<sup>105</sup>

<sup>99</sup> Dir. 2015:127. *Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.*

<sup>100</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-04-22.

<sup>101</sup> Intervju vid Sveriges kommuner och landsting, 2016-05-12.

<sup>102</sup> <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad>. Hämtad 2016-12-20.

<sup>103</sup> Dir. 2015:127. *Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.*

<sup>104</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-04-22.

<sup>105</sup> Ibid.

Regeringen har nyligen reglerat den statliga kunskapsstyrningen genom förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ett syfte med förordningen är bl.a. att säkerställa att kunskapsstyrningen för vården är ett stöd för huvudmännen och utgår från deras behov. Representanter för huvudmännen ska därför erbjudas att delta i den s.k. Huvudmannagruppen. Ett syfte med gruppen är att de ska informera Rådet för styrning med kunskap om områden där huvudmännen har behov av statlig kunskapsstyrning.<sup>106</sup> En bättre samordnad statlig kunskapsstyrning skulle underlätta för huvudmännen att bearbeta och omsätta kunskapsstöd i praktiken. Förordningen är ett försök att uppnå det.

### 3.1.6 Uppföljning och lärande i föreskriftsarbetet

I Riksrevisionens granskningar har det framkommit att Socialstyrelsen kan bli bättre på att förtydliga lagstiftningen genom föreskrifter och därigenom ge ett bättre stöd till vårdgivarna.<sup>107</sup> En viktig fråga i det sammanhanget är också uppföljningen av efterlevnad av befintliga föreskrifter. Om en föreskrift inte efterlevs i vården, kan det bero på att det finns problem med utformningen och/eller ändamålsenligheten, och vem ansvarar för att identifiera respektive åtgärda sådana problem?

Socialstyrelsens jurister ser ett tydligt ansvar för den egna myndigheten i att följa upp föreskrifter.<sup>108</sup> Förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning reglerar också att en myndighet som utfärdar föreskrifter och allmänna råd ska följa upp konsekvenserna av dessa.<sup>109</sup> Socialstyrelsen är dock beroende av att kunskaper som fås genom tillsyn förs in i processen med att följa upp föreskrifter. I dag sker sådant kunskapsutbyte genom adhoc-lösningar, enligt företrädare för Socialstyrelsen.<sup>110</sup>

När tillsynen bröts ut från Socialstyrelsen var ett syfte att skilja tillsyn och normering åt. I propositionen som låg till grund för IVO:s bildande förutsatte regeringen dock att ett effektivt kunskapsutbyte mellan IVO och Socialstyrelsen kunde etableras. IVO skulle bidra till vårdens löpande utveckling genom att med stöd av sina iakttagelser bidra till successivt lärande och samverka med Socialstyrelsen i de fall där det fanns problem eller frågeställningar som hade betydelse för vårdens utveckling.<sup>111</sup>

<sup>106</sup> Se vidare avsnitt 3.2.

<sup>107</sup> Riksrevisionen (2011). *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?* Riksrevisionen (2012b). *Statens insatser inom ambulansverksamheten*, och Riksrevisionen (2015a). *Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?*

<sup>108</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-05-25 och 2016-05-20.

<sup>109</sup> 10 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

<sup>110</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-05-25.

<sup>111</sup> Prop. 2012/13:20. *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*, s. 95., bet. 2012/13:SoU5, rskr. 2012/13:116.

Enligt Riksrevisionen behöver kunskapsutbytet av tillsynens iakttagelser mellan Socialstyrelsen och IVO bli mer systematiskt för att bidra till ett sådant lärande. Generaldirektörerna för bägge myndigheter pekar på att Rådet för styrning med kunskap kan vara ett forum för den typen av samverkan.<sup>112</sup> Det finns en medvetenhet hos såväl Socialstyrelsen som IVO att kunskapsutbytet mellan myndigheterna behöver förbättras. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen och IVO i faktagranskningen av denna rapport är även ett mer strukturerat samarbete mellan myndigheterna under uppbyggnad.<sup>113</sup> Det finns skäl att få till former för utbytet på flera nivåer, inte minst för att få med iakttagelser från tillsynen i Socialstyrelsens arbete med kunskapsstyrning och uppföljning av föreskrifter.

IVO har framfört synpunkter till Socialstyrelsen på vissa föreskrifter, där det handlat om bestämmelser som blivit problematiska i vård- och omsorgsverksamheterna. IVO anger dock att det inte alltid är möjligt att identifiera sådana mönster.<sup>114</sup>

Socialstyrelsen har utvecklat processen för uppföljning av föreskrifter genom att införa s.k. förvaltningsplaner.<sup>115</sup> Det innebär att för varje författning fastställs en tidpunkt när en uppföljning ska göras. Ansvariga förvaltare utses för varje föreskriftsområde och myndigheten har ett system för att samla in synpunkter som kommer efter hand. Däremot kvarstår ett arbete med att fastställa hur uppföljningen ska genomföras vid uppföljningstidpunkten. Ingen föreskrift har ännu blivit aktuell för uppföljning enligt förvaltningsplanen.

### 3.2 Bristande samordning har lett till en ny organisatorisk funktion

Vård- och omsorgsutredningen pekade på ett antal problem i vården: kunskapsstödet på vårdområdet var splittrat, tillsynen för svag, riktlinjer hade inte tillräcklig genomslagskraft och det fanns behov av vidareutvecklad styrning.<sup>116</sup> Utredningens problemanalys fick starkt stöd av remissinstanserna.<sup>117</sup> Regeringen konstaterade att styrningen av myndigheternas kunskapsstyrningsarbete genom instruktioner, regleringsbrev och särskilda uppdrag inte hade varit tillräcklig för att få till stånd en välfungerande samverkan inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.<sup>118</sup> Problembilden

<sup>112</sup> Intervjuer vid Socialstyrelsen, 2016-06-16 och IVO, 2016-08-29.

<sup>113</sup> E-post från Socialstyrelsen, 2016-12-21 och från IVO, 2016-12-21.

<sup>114</sup> Intervju vid IVO, 2016-08-29 och e-post från IVO, 2017-01-13.

<sup>115</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-05-25.

<sup>116</sup> SOU 2012:33. *Gör det enklare!*

<sup>117</sup> Ds. 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

<sup>118</sup> Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*, s. 89.

var att det fanns många myndigheter, överlappande arbete och alltför många signaler, och den styrning som fanns i regelverket ansågs inte tillräcklig.<sup>119</sup>

Regeringen beslutade därför 2015 i en förordning att de statliga myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap ska samverka i ett rådgivande organ: Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.<sup>120</sup> De myndigheter som ingår i rådet ska också ge ut sina föreskrifter i en gemensam författningssamling.<sup>121</sup> Inför bildandet av rådet fanns ett behov av att lyfta fram ett nav i samordningen, och Socialstyrelsen blev därför ordförande i rådet.<sup>122</sup>

Kunskapsstyrningsförordningen anger att de berörda myndigheterna ska samverka i rådet. Hur denna samverkan skiljer sig från reguljärt myndighetssamarbete framgår inte i förordningen.<sup>123</sup> Enligt regeringen går den nya ordningen för samverkan längre än så genom att de frågor som myndigheterna ska samverka om preciseras.<sup>124</sup> Genom att tydliggöra myndighetschefernas ansvar för att kunskapsstyrningen är effektiv, samordnad och behovsanpassad bedömde regeringen att det ges förutsättningar för uppföljning och ansvarsutkrävande. Det innebär också att myndigheternas samverkan formaliseras.<sup>125</sup> Regleringen innebär att såväl myndighetsinstruktionen som förordningen om kunskapsstyrning styr myndigheternas verksamhet utan att någon förordning har företräde framför den andra.

Rådets inrättande i sig markerar att det är något mer än ordinarie myndighetssamverkan, anser en av ledamöterna i Rådet för styrning med kunskap.<sup>126</sup> Enligt Socialstyrelsens generaldirektör är det en samordning som är skarpare än de samordningskrav som generellt finns i staten, eftersom det också innehåller ett styrningsmoment, vilket bl.a. handlar om samplanering och gemensam resurssättning. Myndigheterna har också t.ex. gjort en gemensam omvärldsanalys.<sup>127</sup> Riksrevisionen har inte granskat rådets arbete men våra intervjuer visar att det finns höga förväntningar på vad rådet ska åstadkomma.

---

<sup>119</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-06-16.

<sup>120</sup> Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>121</sup> Rådet för styrning med kunskap består av myndighetscheferna för E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemiddelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

<sup>122</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-06-16.

<sup>123</sup> 6 § myndighetsförordning (2007:515).

<sup>124</sup> Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*, s. 95.

<sup>125</sup> Ibid. s. 94.

<sup>126</sup> Intervju med företrädare för Kunskapsstödsutredningen (S2015:07), 2016-08-24.

<sup>127</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-06-16.

### 3.3 SKL har fått en central roll i styrningen av vården

SKL är en arbetsgivar- och intresseorganisation för alla kommuner, landsting och regioner i landet. Riksrevisionens granskningar visar att regeringen har ett nära och utbyggt samarbete med SKL på vårdområdet. Vi har inte funnit något annat område där samarbetet är så utbyggt och intensivt som inom vården. Om man jämför med exempelvis skolan finns det inget liknande samarbete mellan aktörerna.

#### 3.3.1 Ekonomiskt

Statsbidragen riktade till hälso- och sjukvården har, utöver de medel som fördelats till landstingen, även blivit en viktig inkomstkälla för SKL centralt. En stor del av bidragen är knutna till överenskommelserna mellan regeringen och SKL.<sup>128</sup> Visserligen tar SKL egna beslut om hur man vill delta i den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Riksrevisionens bild är dock att det är svårt för SKL att avstå från att ingå överenskommelser eftersom de innebär potentiella pengar till nytta för medlemmarna. Nyttan för medlemmarna kan uppstå genom medel som fördelas direkt till kommuner och landsting eller mer indirekt genom medel som används centralt på SKL till t.ex. nationell samordning eller utvecklingsarbete.<sup>129</sup>

I Riksrevisionens granskning 2014 av regeringens styrning genom överenskommelser framkom att det av samma skäl som för SKL varit svårt även för enskilda landsting att avstå från att delta i arbetet med överenskommelser; det är helt enkelt svårt att avstå från ett möjligt statsbidrag. När Riksrevisionen genomförde granskningen hade antalet överenskommelser – och därtill kopplade statsbidrag – ökat över tid, vilket i sin tur lett till att de statliga medlen till SKL hade ökat.<sup>130</sup>

Sedan Riksrevisionens granskning 2014 har inte antalet överenskommelser på vårdområdet förändrats. Statens utbetalningar till SKL på vårdområdet har däremot ökat. För 2016 uppgår de medel som regeringen har betalat ut till SKL centralt (dvs. medel som inte behöver fördelas vidare) enbart för hälso- och sjukvård till ca 177 miljoner kronor. I beloppet kan det enligt uppgift från Socialdepartementet finnas medel som SKL själva valt att betala vidare till kommuner och landsting. Hur mycket pengar det kan vara har departementet ingen uppgift om.

Totalt för perioden 2009–2016 har staten utbetalt 1 078 miljoner kronor till SKL centralt för hälso- och sjukvård. Dessa medel har bl.a. finansierat utvecklingsarbete,

<sup>128</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.*

<sup>129</sup> Fortsättningsvis använder vi begreppet "SKL centralt" för de medel som utbetalas till SKL och som inte behöver fördelas vidare.

<sup>130</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.*

nationell samordning och uppföljning av landstingens arbete.<sup>131</sup> SKL har därmed kunnat bygga upp betydande kompetens och förvaltning med hjälp av de statliga medlen. Enligt Socialdepartementet kan SKL:s arbete konkret handla om it-stöd, metod- och implementeringsstöd, kommunikationsinsatser, resurser för samordning centralt, regionalt och lokalt etc.<sup>132</sup> Därutöver har SKL under perioden fått ca 5 944 miljoner kronor att fördela till landstingen för hälso- och sjukvård. Totalt har SKL under perioden fått ca 7 021 miljoner kronor inom ramen för överenskommelser, varav 4 149 miljoner kronor avser satsningen på psykisk ohälsa. SKL ska årligen redogöra för den verksamhet som har bedrivits med stöd av de statliga medlen som betalats ut inom ramen för överenskommelserna.<sup>133</sup>

Medlen till SKL centralt har ökat under perioden 2009-2016 och var som högst 2016 (även om 2012 års belopp var i ungefär samma storleksordning), se diagram 2. Riksrevisionen har bett Socialdepartementet om förklaringar till ökningen mellan 2015 och 2016. Enligt Socialdepartementet finns det en stark koppling mellan de totala medlen för olika satsningar och medlen till SKL centralt, eftersom SKL ofta får medel för att genomföra åtgärder kopplade till satsningarna. Det finns också satsningar där delar av medlen betalas ut enbart till SKL centralt, medan de delar som rör landstingen utbetalas av Kammarkollegiet direkt till respektive landsting.<sup>134</sup> Den främsta förklaringen till att beloppet 2016 är högre än 2015 är enligt Socialdepartementet att regeringens budgetförslag röstades ner i riksdagen och anslagen på hälso- och sjukvårdsområdet 2015 därmed minskades med 1,6 miljarder kronor jämfört med förslaget som regeringen lämnat. År 2016 tillförde regeringen medel för nya satsningar inom vilka SKL tilldelades medel för eget arbete, såsom satsningen på kvinnors hälsa och den s.k. professionsmiljarden.<sup>135</sup>

---

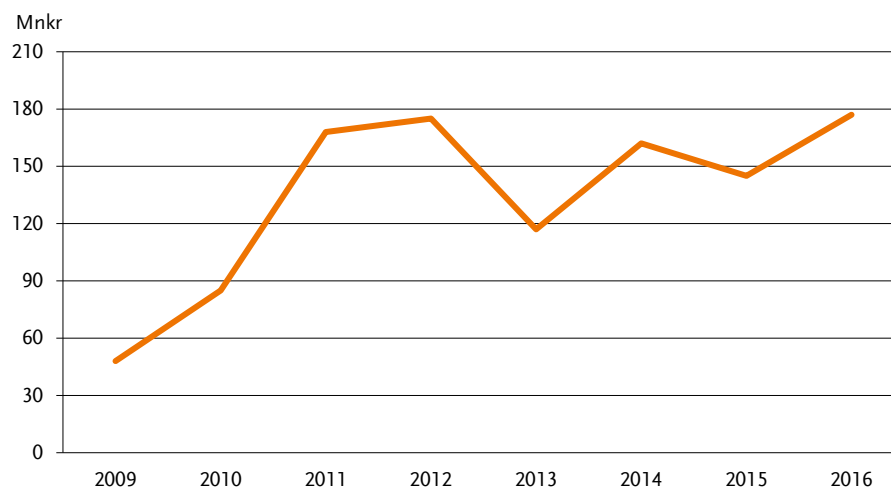
<sup>131</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, s.38.

<sup>132</sup> E-post från Socialdepartementet, 2016-11-14.

<sup>133</sup> E-post från Socialdepartementet, 2016-12-02. Enligt Socialdepartementet är detta en rutin som används i de beslut som rör medel till SKL. I besluten ska det också regleras att oförbrukade medel ska betalas tillbaka.

<sup>134</sup> Satsningar där medlen till landstingen betalats ut via Kammarkollegiet är bl.a. patientsäkerhets-satsningen och professionsmiljarden.

<sup>135</sup> E-post från Socialdepartementet, 2016-12-06. Satsningen på kvinnors hälsa inleddes under andra halvåret 2015 men inga medel utbetalades under det året.

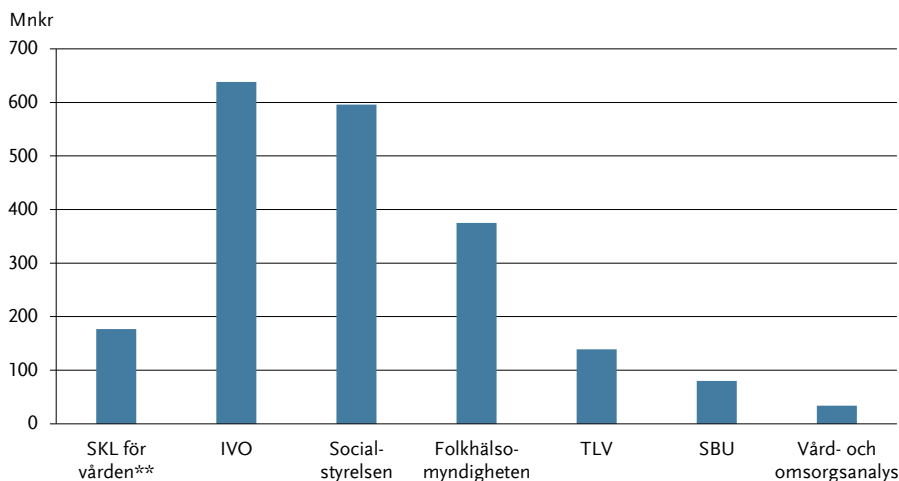
**Diagram 2** Statens medel till SKL (vård) 2009-2016

Källa: Sammanställning från Socialdepartementet, e-post 2016-11-14. Siffrorna avser de statliga medel som regeringen har betalat ut till SKL för arbete med hälso- och sjukvård och som inte behöver fördelas vidare.

De medel staten betalade ut 2016 till SKL centralt för arbete inom hälso- och sjukvården uppgick till ca 177 miljoner kronor. I diagram 3 gör vi en jämförelse mellan medlen som tilldelats SKL centralt och de statliga vårdmyndigheternas förvaltningsanslag.<sup>136</sup> Beloppen för IVO, Socialstyrelsen samt Vård- och omsorgsanlys innehåller dock medel för både vård och omsorg, till skillnad från beloppet för SKL som endast avser vård. I diagrammet har sakanslag för tillfälliga satsningar inte inkluderats, eftersom dessa medel innehåller både sådant som fördelas vidare och medel som används på myndigheten. Syftet med jämförelsen är att få en uppfattning om storleken på medlen till SKL.

Som en jämförelse uppgår förvaltningsanslaget för Socialstyrelsen till 596 miljoner kronor och för Myndigheten för vård- och omsorgsanlys till 34 miljoner kronor. Beloppsmässigt skulle medlen till SKL placera sig efter den tredje största vårdmyndigheten.

<sup>136</sup> Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten har inte inkluderats i jämförelsen eftersom verksamheterna till stor del är avgiftsfinansierade.

**Diagram 3** Statens medel\* till aktörer på vårdområdet 2016

Källa: Sammanställning från Socialdepartementet, e-post 2016-11-14 samt budgetpropositionen för 2016.

\* För de statliga myndigheterna avses förvaltningsanslaget.

\*\* Beloppet avser de statliga medel som regeringen har betalat ut till SKL för arbete med hälso- och sjukvård och som inte behöver fördelas vidare.

Som en del av Socialdepartementets utvecklingsarbete när det gäller överenskommelser, vilket bedrevs under 2015, hölls ett antal intervjuer och workshops. En synpunkt som framkom var behovet av en helhetsbild över medelsfördelningen till SKL, liksom någon slags princip vid beslut om medelsfördelning till SKL.<sup>137</sup> Som ett resultat av utvecklingsarbetet togs en vägledning fram. Vägledningen är ett informellt stöd som belyser de olika delarna i arbetet med överenskommelser.<sup>138</sup>

Uppgifter om statens utbetalningar till SKL centralt redovisas inte i budgetpropositionen, vilket innebär att riksdagen inte informeras om omfattningen eller utvecklingen. När Riksrevisionen efterfrågade en sammanställning över utbetalningar till SKL över tid framkom att någon samlad sådan inte fanns. Ovanstående siffror bygger på en sammanställning som Socialdepartementet gjort efter förfrågan från Riksrevisionen. Socialdepartementet har i faktagranskningen av denna rapport framfört att departementet löpande tar fram olika typer av interna sammanställningar som visar medelstilledningen till SKL. Helhetsbilder, som även visat medel som tilldelats SKL centralt, har tagits fram för vissa år.<sup>139</sup> En sammanställning över

<sup>137</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015-08-25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.

<sup>138</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015-08-25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.

<sup>139</sup> E-post från Socialdepartementet, 2017-01-19.



departementets samlade medelstildelning till och via SKL, under de år som Riksrevisionen efterfrågat, har inte tagits fram tidigare.<sup>140</sup>

### 3.3.2 Rättsligt

I de överenskommelser som har slutits mellan SKL och regeringen har den framtida förvaltningen och ägarskapet, efter att överenskommelsen löpt ut, inte reglerats för databaser och den kunskap som tas fram med statlig finansiering. Staten har finansierat uppbyggnaden av olika strukturer men den statliga finansieringen upphör när respektive överenskommelse löper ut. Det är ovanligt att överenskommelserna innehåller nedtrappningsplaner där det står beskrivet hur det statliga stödet ska fasas ut.<sup>141</sup> Numera är ambitionen, när regeringen ingår nya överenskommelser, att även planera för framtida förvaltning efter att överenskommelsen har upphört.<sup>142</sup>

Vårdgarantin var fram till 2009 en överenskommelse mellan regeringen och landstingen. Den 1 juli 2010 infördes ett lagstadgat krav på att landstingen ska erbjuda en vårdgaranti, dvs. en försäkran om att den enskilde inom viss tid får en åtgärd inom vården.<sup>143</sup> Som en följd av vårdgarantin infördes en skyldighet för landstingen att lämna uppgifter om väntetider till en nationell databas.<sup>144</sup> Regeringen har i författningar reglerat att landstingen ska lämna uppgifterna ”till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges kommuner och landsting”.<sup>145</sup> Databasen förvaltas av SKL men har finansierats av staten.

Att databasen hanteras av en intresseorganisation är en ovanlig lösning. Riksrevisionen har endast funnit ett delvis liknande exempel inom svensk förvaltning: ett jaktregister som tidigare fördes av Svenska Jägarförbundet, och som nu hanteras av Naturvårdsverket. I regeringens utredning *Jaktens villkor* konstaterades att förvaltningsuppgifter på jaktens och viltvårdens område som innebär myndighetsutövning inte annat än i undantagsfall borde fullgöras av intresseorganisationer. Såväl informations-, rättssäkerhets-, som konkurrenssynpunkter talade för att en myndighet skulle ta över ansvaret för registret.<sup>146</sup>

En internationell jämförelse med Norge, Danmark, Finland, England och Skottland visar att Sverige är det enda land där ansvaret för datainsamling och registrering av

<sup>140</sup> Enligt uppgift kommer Socialdepartementet under 2017 att säkerställa att uppföljningen uppfyller de behov som finns på departementet. E-post 2017-01-19.

<sup>141</sup> Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.*

<sup>142</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015-08-25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.

<sup>143</sup> 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

<sup>144</sup> 3 i § HSL.

<sup>145</sup> 4 § förordningen (2010:349) om vårdgaranti.

<sup>146</sup> Prop. 1999/2000:73. *Jaktens villkor*, bet. 1999/2000: MJU17, rskr. 1999/2000:253.

uppgifter ligger på ett icke-offentligtorgan.<sup>147</sup> I övriga studerade länder är det en nationell myndighet som har ansvaret för att samla in och bearbeta väntetidsstatistik. Sverige och Finland skiljer sig från de övriga länderna genom att väntetider inte rapporteras på individnivå.

Den nationella väntetidsdatabasen innebär inte myndighetsutövning, och databasen innehåller inte heller individdata eller andra känsliga personuppgifter. I regeringens proposition konstateras att den data som rapporteras är avidentifierad, och regeringen bedömde därför att det inte fanns några integritetsaspekter att ta hänsyn till.<sup>148</sup>

Enligt Socialdepartementet var det troligen det faktum att det redan fanns en databas när vårdgarantin lagreglerades 2010 som gjorde att regeringen beslutade i författning att landstingen skulle fortsätta att rapportera in uppgifter till databasen, och att SKL skulle hantera den. Enligt uppgift från tjänstemän på Socialdepartementet är det både ovanligt och olämpligt att reglera detta med annan aktör än en statlig myndighet.<sup>149</sup> Samtidigt finns det inga planer på att flytta över databasen till någon statlig myndighet.

Väntetidsdatabasen illustrerar det faktum att det saknas reglering av den framtida förvaltningen i relationen mellan staten och SKL, såväl för databaser som för annat arbete som har byggts upp. I granskningen av patientsäkerhet framkom t.ex. att det i landstingen fanns önskemål om att de databaser som tagits fram inom ramen för överenskommelsen skulle hållas tillgängliga även efter överenskommelsens slut. Riksrevisionen noterar att regeringen inte fattat något principiellt beslut om hur SKL ska hantera det som staten har finansierat inom ramen för överenskommelser, efter det att överenskommelsen har löpt ut. Socialdepartementet uppger dock att vikten av tillgänglighet och fortsatt förvaltning av system, databaser och strukturer m.m. som byggts upp med hjälp av statliga medel betonas i de diskussioner som förs med SKL inför varje enskild överenskommelse.<sup>150</sup>

Riksrevisionen noterar att det saknas reglering av bl.a. insyn, tillgång till uppgifter, kontroll, uppdateringar av databaser och arkivering för sådant som staten har finansierat inom ramen för överenskommelser. Medan överenskommelsen löper redovisar SKL årligen resultat av genomfört arbete och användningen av medel.<sup>151</sup> Regeringen har reglerat hanteringen av bidrag till icke-offentliga organisationer, bl.a. genom redovisningskrav och återbetalning av medel samt prövning av bidrag mot upphandlings- och statsstödsregler.<sup>152</sup>

<sup>147</sup> Socialstyrelsen (2012). *Patientens väg genom vården – system för uppföljning av väntetider i vården*, s.24-25.

<sup>148</sup> Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, bet. 2009/10:SoU7, rskr. 2009/10:212.

<sup>149</sup> Intervju vid enheten för folkhälsa och sjukvård, Socialdepartementet, 2016-05-27 samt e-post, 2016-05-27.

<sup>150</sup> E-post från Socialdepartementet, 2017-01-19.

<sup>151</sup> E-post från Socialdepartementet, 2017-01-09.

<sup>152</sup> E-post från Socialdepartementet, 2017-01-09.

### 3.3.3 Politiskt

SKL bevakar landstingens intressen och driver frågor som handlar om att förvalta och utveckla vården. De senaste åren har SKL dessutom blivit en länk i den statliga styrningen av vården. SKL har träffat flera överenskommelser om vården med regeringen, lämnat synpunkter på föreskrifter, bedömt landstingens prestationer och förvaltat väntetidsdatabasen. Överenskommelserna har i flera fall utformats på ett sådant sätt att SKL fått agera såväl beställare som utförare, och ibland även bedömare av resultat, när det handlat om att fördela statsbidrag till sina egna medlemmar. Enligt Socialdepartementet är stöd från SKL i många fall en förutsättning för att effektivt nå ut till huvudmännen.<sup>153</sup> I arbetet med överenskommelser är SKL således både förhandlingspart till regeringen och utförare av myndighetsliknande arbete.

I Socialdepartementets utvecklingsarbete avseende överenskommelser framkom också synpunkter från enskilda tjänstemän om att SKL hade fått myndighetsliknande uppgifter och blivit en stor maktfaktor samtidigt som Socialdepartementets möjligheter till insyn var begränsade.<sup>154</sup> Det fanns också reflektioner kring att om regeringen hade gett liknande uppgifter till en statlig myndighet så hade andra möjligheter till insyn och löpande styrning funnits.

Det har framkommit i flera intervjuer att SKL har stor initiativmakt när det gäller statens styrning av vården. Enligt såväl Socialstyrelsens före detta som den nuvarande generaldirektören har regeringen ett nära samarbete med SKL: *”Regeringen beslutar, men [SKL] har stor möjlighet att föreslå. Detta bidrar också till finansiering från staten i många fall.”*<sup>155</sup> I intervjuer med både SKL och dåvarande socialministern har det framkommit att överenskommelser ibland uppstått på initiativ från SKL och ibland från regeringen. SKL är involverade både i att generera ämnen för överenskommelser och innehåll, t.ex. indikatorer.

## 3.4 Rollfördelning mellan Socialstyrelsen och SKL

Det finns inte någon given, generell ansvarsfördelning mellan SKL och Socialstyrelsen. I grunden har organisationerna helt olika roller och uppdrag; Socialstyrelsen arbetar på uppdrag av regeringen medan SKL representerar sina medlemmar. Det gör att Socialstyrelsen har ett statligt perspektiv på vården medan SKL i första hand har ett landstingsperspektiv. Detta påverkar rimligen hur organisationerna ser på problem och lösningar på vårdområdet.

<sup>153</sup> E-post från Socialdepartementet, 2016-11-14.

<sup>154</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015–08–25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.

<sup>155</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-06-16.

När det gäller kunskapsstyrning har SKL och Socialstyrelsen delvis samma uppgifter men olika uppdrag och syften. Riksrevisionen har endast funnit ett fall där rollerna har förtydligats. I handlingsplanen för arbetet med öppna jämförelser beskriver Socialdepartementet vad Socialstyrelsen respektive SKL ska göra.<sup>156</sup> Vid flera intervjuer med Socialstyrelsen respektive SKL har vi fått en bild av att samarbetet, trots det, fungerar väl. I en del intervjuer har det dock lyfts fram att gränsdragningen mellan aktörerna behöver förtydligas.

I Vård- och omsorgsutredningen uppmärksammades att SKL fått en framträdande roll i och med regeringens användning av strategier, överenskommelser och nationella samordnare. Utredningen betonade att SKL inte är en statlig myndighet, men att organisationen genom regeringens sätt att styra knutits till regeringen.<sup>157</sup> Både Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Statskontoret har kritiserat Socialstyrelsens begränsade involvering i arbetet med att ta fram överenskommelser. I Riksrevisionens intervjuer på Socialstyrelsen har det framkommit att myndigheten endast undantagsvis är involverad i utformandet av överenskommelser. Ett exempel när så ändå har skett är den s.k. sjukskrivningsmiljarden. Det är vidare ovanligt att Socialstyrelsen ges möjlighet att påverka indikatorerna i överenskommelsen. Däremot är det vanligt att myndigheten får information i förväg och får uppdrag kopplade till överenskommelsen, t.ex. att ansvara för uppföljningen. Detta har lett till att Socialstyrelsen har fått en undanskymd och otydlig roll i arbetet, medan SKL:s roll ofta blivit helt central - nästan myndighetslik. Även den nationella samordnaren för ett effektivt resursutnyttjande i vården har uppmärksammat att SKL ibland uppfattas som en myndighet.<sup>158</sup>

Enligt den före detta generaldirektören för Socialstyrelsen påtalade myndigheten för departementet att den ville delta i arbetet med att utforma mål och indikatorer i överenskommelser.<sup>159</sup> Det sågs som en förutsättning att delta i framtagandet av indikatorer för att sedan kunna bedöma huvudmännens resultat utifrån dem. Det har framkommit en viss skepsis i våra intervjuer med medarbetare och chefer på Socialstyrelsen till att först sitta vid förhandlingsbordet och sedan bedöma vilka huvudmän som uppfyller kraven för att få bidrag.<sup>160</sup> Här finns således olika uppfattningar bland anställda på Socialstyrelsen om vilka arbetsuppgifter som är förenliga med myndighetens roll. I utvecklingsarbetet avseende överenskommelser framkom att det fanns olika bilder på departementet av hur Socialstyrelsen arbetar med överenskommelser; en del menade att myndigheten varit aktiv i arbetet medan andra

<sup>156</sup> Socialdepartementet (2014). *Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården – handlingsplan för 2014–2015*.

<sup>157</sup> SOU 2012:3. *Gör det enklare!*

<sup>158</sup> SOU 2016:2. *Effektiv vård*.

<sup>159</sup> Intervju med f.d. generaldirektör för Socialstyrelsen, 2016-04-05.

<sup>160</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-04-20.

ansåg att myndigheten till och med tagit avstånd från att delta i framtagandet av överenskommelser.<sup>161</sup>

I och med att regeringen har involverat SKL i styrningen av vården har det uppstått något som kan liknas vid en konkurrenssituation mellan den centrala förvaltningsmyndigheten och huvudmännens medlemsorganisation. Båda organisationerna arbetar med kunskapsstöd till kommuner och landsting. Vidare arbetar både SKL och Socialstyrelsen med att ta fram kunskap om hur vården fungerar. Socialstyrelsen arbetar alltid på uppdrag av regeringen, och SKL på uppdrag av medlemmarna. Inom ramen för överenskommelserna agerar SKL även som genomförare av regeringens politik. Det är svårt att dra gränsen för vad som är SKL:s respektive Socialstyrelsens roll eftersom uppgifterna överlappar varandra. Vidare har det framkommit i våra intervjuer, även med SKL, att det är vanligt att SKL uppfattas som en myndighet. Den här bilden bekräftas också av tidigare utredningar.<sup>162</sup> För huvudmännen kan det vara otydligt vem kunskapsstöden kommer från och därmed kan det även vara oklart vilken status kunskapsstöden har.

Ett exempel på otydliga roller är de öppna jämförelser som både SKL och Socialstyrelsen arbetar med. I intervjuer bekräftar både SKL och Socialstyrelsen att Socialstyrelsens öppna jämförelser genomgår mer kvalitetssäkring än SKL:s. Enligt uppgift från SKL finns ingen formaliserad kvalitetssäkringsprocess för den produkten.<sup>163</sup> Både Socialstyrelsen och SKL uppger i intervjuer att det är olika synsätt på vilken data som kan användas för jämförelser, där Socialstyrelsen ställer högre krav på datans kvalitet.<sup>164</sup> SKL håller med om den bilden men uppger att de prioriterat att datan ska vara aktuell och därmed mer användbar för förbättringsarbete i vården.<sup>165</sup>

Tillgången till kunskap om vården är i dag uppdelad mellan SKL och Socialstyrelsen. När det gäller databaser tycks en skillnad vara att Socialstyrelsen har individdata medan SKL framförallt har verksamhetsdata såsom KPP (kostnad per patient) och KPB (kostnad per brukare). Socialstyrelsen förvaltar t.ex. patientregistret men har få patientrapporterade utfallsmått och saknar data om primärvården.<sup>166</sup> För kvalitetsregistren sköts registerservice av Socialstyrelsen och kansliet finns på SKL. Flera företrädare för Socialstyrelsen har framfört att myndigheten själv behöver ha den information som finns i dessa databaser för att få en nationell överblick över utvecklingen i vården. Vissa företrädare bedömer samtidigt att det finns mycket

<sup>161</sup> Internt arbetsmaterial hos Socialdepartementet: Nulägesanalys 2015–08–25 och Resultat och samlad bild inför 2016, december 2015.

<sup>162</sup> SOU 2012:33. *Gör det enklare!* och SOU 2016:2. *Effektiv vård*.

<sup>163</sup> Intervju vid Sveriges kommuner och landsting, 2016-05-17.

<sup>164</sup> Intervjuer vid Socialstyrelsen, 2016-04-29 (I) och 2016-04-29 (II) samt intervju vid Sveriges kommuner och landsting, 2016-05-17.

<sup>165</sup> E-post från Sveriges kommuner och landsting, 2016-12-22.

<sup>166</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-04-29.

verksamhetsstatistik på SKL som Socialstyrelsen inte behöver. Enligt Socialstyrelsens generaldirektör är myndigheten dock beroende av data från KPP och kvalitetsregister.

En samstämmig bild i våra intervjuer är att samarbetet mellan SKL och Socialstyrelsen fungerar bra när det gäller information och data. Socialstyrelsen bedömer att SKL är öppen med den information som finns i databaserna. Det tycks dock finnas en viss spänning. En chef på SKL beskrev det som ”maktbalans” och menade ”vilket tryck blir det om de inte är beroende av data från oss?”. En chef på Socialstyrelsen bedömer när det gäller tillgången till kvalitetsregister att myndigheten får komma med ”mössan i hand”. Staten äger inte kvalitetsregistren men har i hög utsträckning bidragit med finansiering inom ramen för kvalitetsregisteröverenskommelsen.<sup>167</sup> Enligt överenskommelsen står staten för 70 procent och landstingen för 30 procent av den nationella finansieringen.<sup>168</sup>

Att det inte finns någon tydlig rollfördelning visar sig i våra intervjuer, varken företrädare för SKL eller för Socialstyrelsen kan beskriva vilken typ av uppgifter regeringen ger till respektive aktör. Socialdepartementet bekräftar att det inte finns någon principiell ansvarsfördelning mellan Socialstyrelsen och SKL förutom den fördelning som beskrivits i Socialdepartementets handlingsplan för öppna jämförelser.<sup>169</sup> SKL:s uppgifter har ofta tillkommit genom enskilda överenskommelser vars avslut och förvaltning inte varit planerade. Ett exempel är Väntetidsdatabasen som togs fram med statlig finansiering via Dagmaröverenskommelsen. Det har framkommit i våra intervjuer att skälet till att Väntetidsdatabasen togs fram på SKL var att den kompetensen råkade finnas på SKL. Eftersom ägandet inte reglerades i överenskommelsen har databasen kommit att ligga kvar på SKL. När regeringen i ett senare skede beslutade om en vårdgaranti reglerades SKL:s ansvar för databasen i en förordning.<sup>170</sup> Riksrevisionen noterar att regeringen i det här fallet har hanterat SKL som en myndighet.

SKL uppfattas bevaka det kommunala självstyret, och chefer på Socialstyrelsen uppger att de inte alltid vet om det är sakskalet eller ekonomiska skäl som ligger bakom SKL:s bedömningar. Intervjuade på Socialstyrelsen upplever ibland att SKL ”hållit emot” när Socialstyrelsen tagit fram kostnadsdrivande rekommendationer vilket lett till att myndigheten behövt argumentera för sin syn. Enligt SKL är det viktigt att Socialstyrelsen motiverar sina rekommendationer eftersom det kan komma att kräva omprioriteringar i verksamheterna.<sup>171</sup> SKL betraktas även som en aktör som har ett

<sup>167</sup> Riksrevisionen (2013b). *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?*

<sup>168</sup> Socialdepartementet (2011). *Överenskommelse mellan Sveriges kommuner och landsting (SKL) och staten – om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012-2016.*

<sup>169</sup> Intervju vid Socialdepartementet, 2016-06-14 och 2016-05-27.

<sup>170</sup> E-post från Socialdepartementet, 2016-05-27.

<sup>171</sup> E-post från Sveriges kommuner och landsting, 2016-12-22.

naturligt intresse av att marknadsföra goda resultat. Samtidigt påpekar många av de intervjuade på såväl SKL som Socialstyrelsen att samarbetet mellan de två organisationerna fungerar bra. Flera företrädare för Socialstyrelsen lyfter t.ex. fram att det är positivt att kunna använda SKL:s olika nätverk med landstingsföreträdare i sin verksamhet. En intervjuad chef på Socialstyrelsen anser vidare att det är bra att staten stödjer en motpart till Socialstyrelsen.

Vård- och omsorgsutredningen pekade på att regeringens samarbete med SKL kan uppfattas som ett underkännande av vårdmyndigheternas funktionssätt: *”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 myndighetsstrukturen försvårar därmed för myndigheterna att bidra i arbetet på bästa sätt.”*<sup>172</sup>

I samtliga intervjuer med chefer och medarbetare på Socialstyrelsen har det framkommit att man betraktar SKL som en stark aktör. I flera intervjuer har chefer och utredare på Socialstyrelsen beskrivit att de upplever att myndigheten urholkats eller ”hamnat i bakvattnet” i jämförelse med SKL. Företrädare för SKL har i våra intervjuer varit nogga med att betona att deras roll är att ta till vara medlemmarnas intressen och att SKL inte kan bestämma över landstingen. Samtidigt har chefer på SKL gett uttryck för att organisationen kan och bör vara något mer än en intresseorganisation: *”Utan att vara en formell myndighet kan vi i vissa stycken ha en funktion som stödjer och utvecklar t.ex. kunskapsstyrning genom vårt arbete.”*<sup>173</sup> När det gäller statens roll har företrädare för SKL uttryckt en uppfattning om att staten inte ska vara inne i det verksamhetsnära och att statens uppgift är att göra det som ”ingen annan kan”.<sup>174</sup>

---

<sup>172</sup> SOU 2012:3. *Gör det enklare!*

<sup>173</sup> Intervju vid Sveriges kommuner och landsting, 2016-05-17.

<sup>174</sup> Intervju vid Sveriges kommuner och landsting, 2016-05-12.

## 4 Slutsatser

Bakgrunden till den här rapporten är att Riksrevisionen har noterat att regeringen allt oftare använt otraditionella styrmedel och allt mer involverat SKL i den statliga styrningen av vården. I det här avslutande kapitlet diskuterar vi varför den här styrningen har utvecklats på vårdområdet, vilka konsekvenser det får och slutligen hur regeringens styrning skulle kunna förbättras.

### 4.1 Styrning mot nationell likvärdighet

Det är en svår uppgift för en regering att ta ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården på ett sätt som uppfattas som legitimt. Det kommunala självstyret är en utgångspunkt i det svenska systemet. Hälso- och sjukvårdslagens utformning som en ramlag är dessutom tänkt att ge stort utrymme för landstingen att utforma vården efter lokala behov. Samtidigt är likvärdigheten en portalparagraf i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns en naturlig spänning mellan dessa principer som minskar regeringens handlingsalternativ.

Riksdagen har beslutat om normativa principer för hur staten ska styra kommuner och landsting. Tanken är att de åtaganden som kommuner och landsting har ska regleras i lag. Vidare ska de ekonomiska bidrag som staten tillför vården huvudsakligen fördelas genom det kommunala utjämningsystemet. Syftet med dessa principer är att åstadkomma en tydlig ansvarsfördelning och långsiktighet. Under den tidsperiod som Riksrevisionen granskat vården har regeringen ingått flera överenskommelser med SKL och beslutat om ett stort antal andra riktade statsbidrag. Regeringen har därmed inte följt principen om att statsbidrag i första hand ska ges i form av generella bidrag. Istället har det stora antalet riktade statsbidrag, både inom och utanför överenskommelser, kommit att utgöra mer än bara undantag från huvudprincipen. När det gäller principen att åtaganden ska regleras i lag har regeringens satsningar många gånger syftat till att höja ambitionsnivån i vården, men Riksrevisionen bedömer att satsningarna inte har inneburit nya åtaganden för kommuner och landsting. Sådana ambitionshöjningar kan ändå ha medfört nya arbetsuppgifter i vården.

En förklaring till att nya styrformer införts är att det funnits ett starkt tryck på nationella politiker att kunna visa på resultat för en verksamhet som de inte är operativt ansvariga för. Som beskrivits i kapitel 2 har trycket på likvärdighet ökat över tid. Samtidigt är ansvarsförhållandena mellan staten och kommuner och landsting i stort oförändrade. Visserligen finns det tidigare exempel på otraditionell styrning men det var först 2009 som den typen av styrning började öka på vårdområdet. Den styrning som då började växa fram var mer detaljerad än tidigare och ofta kopplad till ekonomiska incitament. Styrningen utgick från att variationerna mellan landsting var för stora. Uppfattningen var att staten behövde driva på utvecklingen, och för att



få till en förändring ansåg sig regeringen tvungen att använda andra styrformer än tidigare. Lagstiftning ansågs helt enkelt inte ändamålsenligt för detta syfte. Det här talar för att en förklaring till den förändrade styrningen är att det fanns ett nytt synsätt hos den politiska ledningen på Socialdepartementet.

Riksrevisionen kan konstatera att regeringen vid flera tillfällen försökt komplettera ramlagstiftningen och den decentraliserade vårdorganisationen med olika styrningsinsatser för att öka den nationella likvärdigheten. Det är naturligt; kommuner och landsting kan inte förväntas ha den överblick som krävs för att ta ett sådant ansvar. Givet den ansvarsfördelning som i dag finns mellan staten och vårdens huvudmän kommer det alltid att behövas nationell styrning mot ökad likvärdighet, vilket skapar ett utrymme för och en förväntan på regeringen att agera. Regeringens satsningar har dock i hög grad varit tidsbegränsade vilket har försvårat strävan efter långsiktighet. Det är regeringens ansvar att tillgodose likvärdighet i vården, men de vägar som har valts för detta ändamål har enligt Riksrevisionens bedömning resulterat i en styrning som är alltför kortsiktig.

## 4.2 SKL har blivit en viktig aktör i regeringens styrning

Regeringen har använt sig av otraditionell styrning som i stor utsträckning involverat SKL, vilket gjort SKL till en central aktör i styrningen. Riksrevisionens bedömning är att detta skett utan att regeringen aktivt tagit ställning till vilken roll SKL ska ha i styrningen av vården. Att SKL fått stort inflytande kan snarare ses som ett resultat av att regeringen allt oftare valt att ingå överenskommelser som vid varje enskilt tillfälle gett SKL lite mer att säga till om. Att SKL påverkar villkoren för kommuner och landsting är naturligt. I Riksrevisionens granskningar har det dock framkommit att SKL kommit att få ett stort inflytande även över den statliga styrningen av vården.

Riksrevisionen bedömer att förekomsten av överenskommelser med SKL är unik för Socialdepartementets område. Framväxten av detta styrmedel kan bero på att vissa personer varit drivande, såväl på SKL som på Regeringskansliet. Överenskommelsen om kömiljarden upplevdes dessutom som framgångsrik och ledde därför till att fler överenskommelser slöts. Det utvecklades successivt en styrningskultur på Socialdepartementet där överenskommelser var en viktig del.

Givet de begränsningar som finns för regeringen att direkt styra vården är det begripligt att regeringen valt att använda sig av SKL. Mycket talar för att regeringen helt enkelt ansåg att det inte var möjligt att få samma effekt med hjälp av de statliga myndigheterna på vårdområdet. I praktiken har det emellertid inneburit att regeringen har gett SKL en myndighetsliknande roll. Riksrevisionen kan konstatera att det saknas normativa principer för när, och i så fall hur, regeringen kan använda icke-offentliga aktörer för att genomföra sin politik. Det finns fördelar men också nackdelar med att använda SKL i styrningen av vården. Det är Riksrevisionens

bedömning att regeringen inte i tillräcklig utsträckning har tagit hänsyn till konsekvenserna av att använda en intresseorganisation som en del av förvaltningen.

SKL har naturligt närmare till landstingens verksamhet och kan därmed fungera som en viktig länk mellan staten och landstingen. Det har också framkommit att det ur regeringens perspektiv kan upplevas som en snabb och flexibel väg för att nå ut till vårdens huvudmän. Eftersom SKL inte är en myndighet lyder organisationen inte under förvaltningslagen eller regeringsformen. Möjligheterna till ansvarsutkrävande är inte heller samma som om SKL hade varit en myndighet. SKL företräder offentliga organ, men är i sig själv inte ett sådant. Därmed kan varken regeringen, andra myndigheter eller medborgarna ställa samma krav på objektivitet och transparens på SKL som på Socialstyrelsen. SKL är en organisation som ska bevaka sina medlemmars intressen och det är därför naturligt för SKL att slå vakt om det kommunala självstyret. Det gör att man inte kan förvänta sig samma objektivitet från SKL som från en statlig myndighet. SKL kan dessutom ha ett intresse av att hålla nere kostnader för sina medlemmar.

Det är Riksrevisionens bedömning att det i praktiken är oklart vem som egentligen äger den kunskap och de databaser som tas fram inom ramen för överenskommelserna. Regeringen har därmed inte säkrat tillgången till den kompetens som byggts upp med statliga medel. Riksrevisionen kan konstatera att det inte finns någon diskussion inom Socialdepartementet om att överföra databaser från SKL till Socialstyrelsen. Att regeringen inte tagit ställning i ägarskapsfrågan innebär i praktiken att det som tagits fram på SKL stannar på SKL. Det är Riksrevisionens uppfattning att regeringen behöver utvärdera samarbetet med SKL för att på ett principiellt plan ta ställning till formerna för samverkan.

Regeringen har en ambition att minska detaljstyrningen på vårdområdet, men utvecklingen går långsamt. Regeringen har uttryckt att antalet överenskommelser ska minska. Trots detta har antalet överenskommelser på vårdområdet inte förändrats, och den ordning som har uppstått där SKL har en mycket central roll i regeringens styrning av vården tycks vara svår för regeringen att ta sig ur. Om det nära samarbetet med SKL, i form av t.ex. överenskommelser, ska fortsätta behöver regeringen säkra tillgången till det som tas fram med statliga medel. Det kan t.ex. handla om att reglera insyn och förvaltning under och efter en satsning.

Riksrevisionens bedömning är att regeringen har låtit samarbetet med SKL – och därmed SKL:s inflytande över styrningen av vården – växa i alltför stor omfattning. Granskningen visar att de medel som tilldelas SKL utan krav på att fördelas vidare till landstingen beloppsmässigt kan jämföras med förvaltningsanslagen till de större vårdmyndigheterna. Departementet har inte heller haft en samlad bild av hur de medel som har gått till SKL centralt har utvecklats över tid. Riksrevisionen noterar att medlen till SKL ökar. Riksdagen har inte informerats om omfattningen och utvecklingen av dessa medel. Enligt Riksrevisionens mening vore det rimligt att riksdagen informerades om medlen till SKL. Anledningen är att de medel som

tilldelats SKL centralt är i nivå med förvaltningsanslagen på vårdområdet som riksdagen beslutar om, samtidigt som SKL är en intresseorganisation.

Den omfattande styrningen genom SKL har också lett till att rollfördelningen mellan SKL och Socialstyrelsen uppfattas som otydlig. Varken företrädare för Socialdepartementet, SKL eller Socialstyrelsen kan beskriva vilken typ av uppgifter regeringen ger till respektive aktör. Riksrevisionen bedömer att en förklaring till detta är att det inte har funnits någon sådan logik i styrningen.

### 4.3 Socialstyrelsen har haft en undanskymd roll

Regeringens val att ingå överenskommelser med SKL har inneburit att Socialstyrelsen – som central förvaltningsmyndighet – har fått en undanskymd roll. Regeringen har också valt att endast i begränsad utsträckning involvera Socialstyrelsen i det praktiska överenskommelsearbetet. Det är Riksrevisionens bedömning att detta kan ses som ett tecken på att regeringen bedömt att det inte hade varit möjligt att få samma genomslag för sin politik genom att använda Socialstyrelsen.

Tidigare ville Socialstyrelsen inte ge alltför långtgående stöd till huvudmännen i implementeringsfrågor med hänvisning till myndighetens dåvarande tillsynsverksamhet. Ibland lyfts också det kommunala självstyret fram som en begränsning för hur aktiv Socialstyrelsen kan vara i förhållande till kommuner och landsting. Socialstyrelsen har ibland pekat på att myndigheten inte kan ge konkreta råd i enskilda fall. Det yttersta ansvaret för implementering är alltid huvudmännens, men det finns samtidigt exempel på konkreta råd och stöd som inte innebär att myndigheten behöver tar ställning i enskilda fall eller som inskränker det kommunala självstyret. Det kan t.ex. handla om standardisering i form av journalföring eller gemensamma begrepp.

När det gäller hur aktiv Socialstyrelsen ska vara som rådgivare till kommuner och landsting finns det inga självklara svar utan här finns utrymme för olika tolkningar av myndighetens uppdrag. Riksrevisionen bedömer att Socialstyrelsen tidigare har gjort en väl restriktiv tolkning av sitt uppdrag. Det är vidare Riksrevisionens uppfattning att den restriktiva hållningen har varit en av orsakerna till att SKL och inte Socialstyrelsen fått en central roll i arbetet med att stödja huvudmännen i implementeringsfrågor.

Enligt Riksrevisionens mening bör regeringen i första hand använda den centrala förvaltningsmyndigheten för att förverkliga sin politik. Riksrevisionen ser därför positivt på att regeringen vidtagit flera åtgärder för att återupprätta Socialstyrelsens roll som förvaltningsmyndighet; det har bl.a. handlat om att lyfta fram det stödande uppdraget gentemot både regeringen och huvudmännen. Det stödande uppdraget gentemot huvudmännen finns inte tydligt formulerat i Socialstyrelsens instruktion, utan det regleras i stället i kunskapsstyrningsförordningen. Utifrån principen att myndigheters uppgifter ska finnas samlade i instruktionen, och att den stödande

rollen borde omfatta mer än bara kunskapsstyrning, bedömer Riksrevisionen att regeringen bör förtydliga den stödjande uppgiften gentemot huvudmännen i instruktionen.

Tidigare har också regeringens många och detaljerade uppdrag försvårat för Socialstyrelsen att arbeta strategiskt utifrån uppgifterna i myndighetens instruktion, men det finns nu tecken på att myndigheten har fått större utrymme att arbeta enligt instruktionen. I samband med att regeringen återupprättar Socialstyrelsen som central förvaltningsmyndighet är det också rimligt att se över om myndigheten har den data som behövs för att följa och stödja vården.

#### 4.4 Styrning vid sidan av ordinarie förvaltning

När ordinarie förvaltning på vårdområdet inte har fungerat som önskat har regeringen byggt upp särskilda strukturer. Utöver överenskommelserna med SKL gäller det även arbetet i nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), programråden och Rådet för styrning med kunskap. Beslutet om att inrätta Rådet för styrning med kunskap innebär möjligheter till en bättre samordnad statlig kunskapsstyrning. Rådet kan samtidigt ses som en organisatorisk överbyggnad där Socialstyrelsen är ordförande men saknar beslutsmandat. Det gör att det blir oklart vilket mervärde rådet tillför i förhållande till ordinarie myndighetssamverkan. Med den lösning som regeringen har valt styrs myndigheterna med dubbla förordningar: såväl genom myndighetens instruktion som genom förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Båda förordningarna styr myndigheternas verksamhet men ingen är överordnad. Genom att i stället förtydliga ansvaret för en samordnad kunskapsstyrning i instruktionerna för de berörda myndigheterna hade regeringen kunnat ge samma styrsignal och samtidigt undvikit denna otydlighet.

#### 4.5 Staten behöver utveckla sin kunskapsstyrning

Ett sätt för regeringen att förbättra vården i kommuner och landsting och öka likvärdigheten är att ta fram nationella kunskapsstöd. Det finns vissa brister i hur väl kommuner och landsting följer nationella kunskapsstöd. Samtidigt har det i granskningen framkommit att staten inte i tillräcklig utsträckning undersökt vilket behov av kunskapsstöd som finns i vården. Enligt Riksrevisionens bedömning vore sådana undersökningar en viktig åtgärd för att öka följsamheten till kunskapsstöden. Regeringen har – i förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst – nyligen ställt krav på vårdmyndigheterna att anpassa kunskapsstyrningen efter behov.

Riksrevisionen kan också konstatera att det finns brister i uppföljningen av den statliga kunskapsstyrningen, vilket försvårar lärandet i vården. Det gäller såväl för föreskrifter som i arbetet med statliga kunskapsstöd. I de fall där följsamheten inte fungerar anser Riksrevisionen att Socialstyrelsen i högre utsträckning måste undersöka

varför föreskrifter och kunskapsstöd inte efterlevs. I arbetet med kunskapsstöd har det endast gjorts i marginell utsträckning. För föreskrifter har Socialstyrelsen inlett ett arbete med att förbättra uppföljningen men det är avgörande att Socialstyrelsen och IVO fortsätter att utveckla kunskapsutbytet mellan myndigheterna för att ta tillvara tillsynens iakttagelser och använda dem i uppföljningen. För att få till ett sådant utbyte är det viktigt att IVO har system för att fånga upp iakttagelser från handläggarnivå.

## 4.6 Rekommendationer

Sammanfattningsvis kan Riksrevisionen konstatera att Socialstyrelsen och SKL i grunden har olika roller men att regeringens styrning har gjort att det inte är tydligt vem som gör vad: roller och arbetsuppgifter har kommit att sammanblandas. Riksrevisionen anser att regeringen i första hand bör använda den centrala förvaltningsmyndigheten för att förverkliga sin politik. Om regeringen väljer att fortsätta att använda SKL i styrningen av vården rekommenderar Riksrevisionen att regeringen a) tydliggör Socialstyrelsens roll i förhållande till SKL, b) utvärderar samarbetet med SKL för att på ett principiellt plan ta ställning till formerna för samverkan, c) reglerar insyn, förvaltning och ägande under och efter satsningar där SKL används och d) till riksdagen redovisar omfattning och utveckling av medel som tilldelas SKL.

Riksrevisionen bedömer att det ingår i Socialstyrelsens roll som central förvaltningsmyndighet att fungera som ett stöd till landstingen. När det gäller hur aktiv Socialstyrelsen ska vara i det avseendet finns det inga självklara svar utan här finns utrymme för olika tolkningar av myndighetens uppdrag. Riksrevisionen rekommenderar därför att regeringen ytterligare tydliggör Socialstyrelsens stödjande funktion mot huvudmännen, och ett led i det är att förtydliga myndighetens stödjande uppgift i instruktionen.

Utifrån hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor anser Riksrevisionen att de omotiverade skillnaderna i den svenska vården är problematiska. Den här rapporten visar att syftet bakom regeringens åtgärder ofta är att öka den nationella likvärdigheten. Samtidigt har staten intresserat sig för lite för varför kunskapsstöd inte följs. Kunskapsstöden är ett styrmedel som kan öka likvärdigheten utan att utmana det kommunala självstyret, samtidigt som det sättet att styra är mer långsiktigt än överenskommelser. Riksrevisionen ser positivt på att regeringen tillsatt en utredning med uppdrag att utreda hur ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Enligt Riksrevisionen behöver regeringen och dess myndigheter dock kontinuerligt arbeta med att undersöka orsaker till att såväl föreskrifter som kunskapsstöd inte efterlevs.

## Referenslista

- Dir. 2015:127. *Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.*
- Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*
- Ekonomistyrningsverket (2015). *Ekonomistyrningsverkets redovisning av regeringsuppdraget om en översyn av den finansiella styrningen av Statens skolverk*, PM (3.1-1034/2015).
- Elg, Mattias m.fl. (2016). *Översättning av riktlinjer – Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag*, HELIX Rapport 16:003, Linköpings universitet.
- Finansdepartementet (2016). Svar 2016/17:99 på skriftlig fråga 2015/16:993 av Patrik Engström (S) *Statlig styrning av myndigheter*, dnr Fi2016/01093/K.
- Fredriksson, Mio (2012). *Between equity and local autonomy – A governance dilemma in Swedish healthcare*. Diss., Uppsala universitet.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*. Rapport 2015:7.
- Montin, Stig (2016). Bilaga 2 i Statskontoret (2016), *Statens styrning av kommunerna*. Statskontoret 2016:24.
- Prop. 1981/82:97 om *hälso- och sjukvårdslag*, mm., bet. SoU 1981/82:51, rskr. 1981/82:381.
- Prop. 1991/92:150 med *förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93*, m.m., bet. 1991/92:FiU29, rskr. 1991/92:345.
- Prop. 1999/2000:73. *Jaktens villkor*, bet. 1999/2000:MJU17, rskr. 1999/2000:253.
- Prop. 2003/04:105. *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting*, bet. 2004/05:FiU8, rskr. 2004/05:14.
- Prop. 2009/10:175. *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*, bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315.
- Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, bet. 2009/10:SoU7, rskr. 2009/10:212.
- Prop. 2012/13:20. *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*, bet. 2012/13:SoU5, rskr. 2012/13:116.
- Prop. 2015/16:1, utg.omr. 9, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102.
- Prop. 2016/17:43. *En ny hälso- och sjukvårdslag*.
- Riksrevisionen (2011). *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?* RiR 2011:19.
- Riksrevisionen (2012a). *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?* RiR 2012:12.
- Riksrevisionen (2012b). *Statens insatser inom ambulansverksamheten*. RiR 2012:20.
- Riksrevisionen (2013a). *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?* RiR 2013:4

- Riksrevisionen (2013b). *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* RiR 2013:20.
- Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.* RiR 2014:20.
- Riksrevisionen (2014b). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* RiR 2014:22.
- Riksrevisionen (2015). *Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?* RiR 2015:12.
- Riksrevisionen (2016a). *Säkra och effektiva läkemedel – hur hanterar staten läkemedelsindustrins inflytande?* RiR 2016:9.
- Riksrevisionen (2016b). *Statens styrning genom riktade statsbidrag.* RiR 2016:29.
- Riksrevisionen (2016c). *Nationella samordnare som statligt styrmedel.* RiR 2016:5.
- Skr. 2014/15:52. *Riksrevisionens rapport om överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården*, bet. 2014/15:SoU13, rskr. 2014/15:214.
- Socialdepartementet (2011). *Överenskommelse mellan Sveriges kommuner och landsting (SKL) och staten – om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012-2016.*
- Socialdepartementet (2014). *Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården – handlingsplan för 2014–2015*, S2014.008.
- Socialdepartementet (2016). *Överenskommelser 2016*, PM Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2006). *Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen.*
- Socialstyrelsen (2012). *Patientens väg genom vården – system för uppföljning av väntetider i Vården*, (art.nr. 2013-12-20).
- Socialstyrelsen (2016). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård, lägesrapport 2016*, s. 42, art.nr 2016-3-16.
- SOU 2007:93. *Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd.*
- SOU 2012:33. *Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.*
- SOU 2016:2. *Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.* Stockholm 2016.
- Statskontoret (2011). *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen.* Statskontoret 2011:8.
- Statskontoret (2014). *Nationella samordnare – Statlig styrning i otraditionella former?* Rapportserien Om offentlig sektor.
- Statskontoret (2015). *Myndighetsanalys av Statens skolverk.* Statskontoret 2015:16.
- Sveriges kommuner och landsting (2016). *Färre och mer effektiva riktade statsbidrag till kommuner, landsting och regioner*, skrivelse till Finansdepartementet, 2016-04-20. Ärendenr. SKL: 16/02375.

## Bilaga 1. Metodbilaga för intervjuer

Under våren 2016 genomförde Riksrevisionen intervjuer med företrädare för Socialstyrelsen, SKL och Socialdepartementet. Som ett komplement till dessa genomfördes också intervjuer med representanter för IVO respektive Kunskapsstödsutredningen. Totalt har 21 intervjuer med 48 personer genomförts inom ramen för slutrapporten. För att hitta rätt personer att intervjua har vi för Socialstyrelsen, SKL och Socialdepartementet beskrivit vårt syfte och intresse för regeringens, Socialstyrelsens och SKL:s roller och relationer på vårdområdet. Respektive organisation har hjälpt oss att, givet vårt syfte, göra en bedömning av vilka medarbetare som vore lämpliga att intervjua. Vi har även intervjuat ansvariga chefer i respektive organisation.

Det finns alltid en risk med ett sådant tillvägagångssätt eftersom det kan finnas ett intresse från organisationers sida av att i sådana sammanhang inte föreslå de mest kritiska medarbetarna. Vår bedömning har dock varit att det vore mer problematiskt om vi själva skulle välja ut personer och därmed riskera att välja mindre erfarna personer. Tillvägagångssättet har dessutom varit tidsbesparande.

Vid Socialstyrelsen har vi valt att intervjua avdelningscheferna för kunskapsstyrning, regler och behörighet, utvärdering och analys och statistik och jämförelser samt berörda enhetschefer inom dessa avdelningar. Vi har även intervjuat handläggare som arbetat på myndigheten en längre tid. Intervjuerna med handläggare har skett i form av gruppintervjuer och intervjuer med enhetschefer har skett såväl enskilt som i grupp, beroende på hur många enhetschefer som har varit berörda.

Vid Socialdepartementet har vi valt att intervjua gruppchef och handläggare vid enheten för folkhälsa och sjukvård samt f.d. enhetschef och handläggare vid enheten för samordning och stöd. Intervjuerna har skett i form av två olika gruppintervjuer.

Vid SKL har vi valt att intervjua ansvarig sektionschef respektive avdelningschef för avdelningen för vård och omsorg samt erfarna handläggare. Handläggarna intervjuades i grupp.

För att komma åt möjliga historiska förklaringar till utvecklingen på vårdområdet har vi även genomfört intervjuer med Göran Hägglund som var socialminister och ansvarig för hälso- och sjukvårdsfrågorna 2006-2014, Lars-Erik Holm, generaldirektör för Socialstyrelsen 2008-2015 samt Olivia Wigzell, nuvarande generaldirektör för Socialstyrelsen.

Huvudsyftet med intervjuerna har varit att hitta förklaringar till utvecklingen av styrningen av vården. Intervjuerna har därför genomgående varit semistrukturerade och oftast haft karaktären av ett samtal där vi som intervjuare deltagit med följdfrågor och påståenden som intervjupersonerna fått kommentera. Intervjupersonerna har i förväg fått en rad frågor som vi har velat diskutera med dem för att i god tid hinna reflektera. Ett annat syfte med intervjuerna har varit att undersöka huruvida



de iakttagelser som Riksrevisionen gjort i tidigare granskningar fortfarande stämmer. Intervjuerna spelades in och varade mellan 1-1,5 timmar. I intervjuerna har intervjupersonerna bidragit med olika möjliga förklaringar till utvecklingen. Riksrevisionen har därefter gjort en egen bedömning av vilka som är de viktigaste förklaringarna till utvecklingen av styrningen av vården.

## Bilaga 2. Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen 2006–2015

	Nya uppdrag i regleringsbrev	Nya uppdrag i särskilda regeringsbeslut	Transfereringsuppdrag	Totalt
2015	57	28	39	124
2014	78	30	37	145
2013	53	44	58	155
2012	43	66	63	172
2011	47	72	80	199
2010	58	80	157	295
2009	Uppgift saknas	Uppgift saknas	139	256
2008	Uppgift saknas	Uppgift saknas	130	211
2007	35	41	Uppgift saknas	76
2006	35	29	Uppgift saknas	64

Källa: Sammanställning från Socialstyrelsen, e-post 2006-12-21.