

PERSPEKTIV PÅ VÅRDEN I VERKLIGHETEN

PROCESSER, STRUKTURER, UTMANINGAR OCH FÖRSLAG



AGENDA

PERSPEKTIV PÅ VÅRDEN I VERKLIGHETEN

PROCESSER, STRUKTURER, UTMANINGAR OCH FÖRSLAG

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

TANKESMEDJANS FÖRORD
INNEHÅLLSFÖRTECKNING
FÖRFATTARPRESANTATIONER

Linnéa Henriksson

Problem, lösningar och perspektiv på vårdreformen s. 12

Joban Groop

Kostnaderna för social- och hälsovården fortsätter att öka:
Hur kan utvecklingen påverkas? s.40

Göran Honga

Vårdreformen ur specialistsjukvårdens synvinkel s.62

Mats Brommels

Ta körsbären, glöm krusbären: Vilka svenska erfarenheter
kan tillämpas i social- och hälsovårdsreformen? s.72

Bjarne Peth

ICT – herre eller dräng? s.94

Linnéa Henriksson

Svenska intressen och språkpolitik i vårdreformen s.108

Linda Lindholm

Språkliga rättigheter i en ny förvaltningsmodell
för vården s. 128

Tankesmedjan Agenda 2016

ISBN 978-952-68299-4-4 (inb.)

ISBN 978-952-68299-5-1 (PDF)

Översättningar från finska av Peter Nordling

TANKESMEDJANS FÖRORD

UNDER ETT ANTAL ÅR har en grundlig omdaning av hela social- och hälsovårdssektorn planerats. Vårdreformen är ett enormt projekt – oberoende av vilken utformning reformen slutligen får - och följaktligen finns, också efter många år av beredningsarbete, ett stort antal obesvarade frågor. Denna rapport berör några av dem. (Med vårdreformen (på finska sote-uudistus) avses i denna text sådana reformer, som syftar till att föra över organiseringen av social- och hälsovård till större områden.)

Rapporten syftar för det första till att diskutera vårdreformen ur olika perspektiv, för att belysa att vilka aspekter som är viktiga beror på ur vilket perspektiv vårdreformen betraktas. Rapporten syftar för det andra till att artikulera språkligt baserade intressen i vårdreformen. Vissa aspekter av vårdreformen har ingen omedelbar språklig dimension. Det är skäl att skilja åt utmaningar i förslaget till vårdreform från språkliga utmaningar i förslaget.

Denna rapport gör på inget sätt anspråk på att vara heltäckande och kan inte bidra med svar på alla frågor. Rapporten bidrar inte med ny forskning, men sammanfattar insikter från olika områden och påminner om sådana aspekter på frågan som inte syns i ministeriernas beredningstexter. Rapporten består av ett antal olika texter som skrivits av olika författare, som var och en står för sin egen text. Författarna verkar i olika kontext, vilket avspeglar sig i texternas något olika stil och format. Varje text avslutas med en uppsättning åtgärdsförslag eller rekommendationer.

Det nuvarande förslaget till vårdreform hänger upp väldigt stora förhoppningar på att större områden ska lösa alla problem. Större områden, både 18 landskap och 5 vårdområden kan lösa vissa problem när det gäller beslutsfattandet om vården – dels ger ett större område möjlighet att fördela resurser på ett sätt

som nuvarande områdes- och befogenhetsgränser omöjliggör och dels ger ett större område som förvaltas av staten ett större både mentalt och geografiskt avstånd till enheter som bedöms som överflödiga, vilket gör det lättare att koncentrera verksamheter. För att inte resursfördelningskonflikter bara ska förflyttas från kommuner och sjukvårdsdistrikt till landskapen, kräver det dock en mycket fast koordinerande hand hos de fem vårdområdena.

Större områden löser i sig inte eventuella verksamhetsrelaterade problem; resurser som inte används optimalt, vårdkedjor som inte fungerar med önskad smidighet och olika serviceformer som antingen överlappar eller utesluter varandra. Trycket på den här formen av verksamhetsutveckling och –koordinering ökar ytterligare i större organisationer, där beställningar och valfrihetsreformen skapar en myriad av olika aktörer som utför arbetet. Både Johan Groop och Bjarne Peth betonar vikten av att förbättra vårdprocesser och –system framom strukturer för beslutsfattande och förvaltning. Cirka 10 procent av befolkningen genererar 80 procent av de totala social-, hälso- och sjukvårdskostnaderna. Johan Groop påtar sig att möjligheten att påverka dessa kostnader ligger i högre utsträckning inom processerna än inom strukturerna.

Ur Svenskfinlands synvinkel är 18+5 områden kanske bättre än till exempel 12 områden, men den kraftiga statliga styrningen och mångfalden av utförare skapar också stora risker. Svenskfinland förlorar terräng, när det är enheter långt från de tvåspråkiga kommunerna som beställer och dikterar verksamhetsförutsättningarna. De svenskspråkigas möjligheter att delta i och påverka beslutsfattandet, helt enkelt påverka hur vård erbjuds, försämras i alla kommuner. På vissa håll kan valfrihetsarrangemang möjligen förbättra tillgången till vård, men bara om det finns ett utbud. På andra håll, särskilt på glest befolkade svenskdominerade områden, är risken för en försämring stor. Här är det skäl att minnas att skillnaderna inom landskapen ibland är större än

skillnaderna mellan landskap. För personer med stort vårdbehov kan koordineringen bli särskilt krävande.

Eftersom ett viktigt mål för vårdreformen är att trygga närservicen, borde man på det lokala planet hellre tillämpa ett valfrihetsystem än konkurrensutsättning. Brommels konstaterar att det både skulle främja företagandet inom social- och hälsovården och trygga sådan småskalig verksamhet som man lönsamt kan upprätthålla också på områden med ett litet befolkningsunderlag. Å den andra sidan är det värt att betona att en omfattande valfrihet inte är ägnad att förbättra möjligheterna till integration mellan olika delar av vården.

För att även framöver ha servicepunkter med full svensk-språkig service krävs en del insatser av lagberedningen. Göran Honga påtalar att lagstiftningen som framöver styr vården måste innehålla stadganden gällande svenskspråkig specialistservice inom alla tvåspråkiga områden. Linda Lindholm konstaterar att stadganden om språk måste tas in även i speciallagstiftningen, bara språklagen räcker inte, samt att eventuella språkorgan måste ha reell makt att fatta beslut. Linnéa Henriksson påtalar vikten av en svensk närvaro i beställarfunktionen, inte bara inom serviceproduktionen. För att det ska finnas ett utbud på svenska, en möjlighet att koordinera serviceutbud från olika håll till personer med stort vårdbehov och en insikt om vad organisering av vård för svenskspråkiga innebär, så behöver det absolut finnas ett uttalat ansvar för det svenska både inom beställarenheten och serviceproduktionen.

Göran Honga ifrågasätter det förnuftiga i att frånta kommunerna all vård, särskilt eftersom kommunerna fortsättningsvis har ansvar för det förbyggande hälsoarbetet. Vården på lokalt plan har stor inverkan på den lokala servicen och många kopplingar till förebyggande arbete inom kommunens andra sektorer. Det är därtill lite sökt att tro på en av kommunal service oberoende lokal identitet och livskraft.

Vårdreformens följder för språk verkar nu allt mer bli en fråga om balansen mellan effekterna av bolagiseringen och valfriheten.

MAGNUS ÖSTER

DIREKTÖR, SVENSKA BILDNINGSFÖRBUNDET

FÖRFATTARPRESANTATIONER

MATS BROMMELS ÄR specialläkare i inre medicin och med kir dr, utbildad vid Helsingfors universitet. Han var professor i hälso- och sjukvårdsadministration vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg åren 1988-92 samt vid Helsingfors universitet åren 1992-2010 (deltid åren 2002-2010). Sedan år 2002 är Mats Brommels professor och chef för Medical Management Centrum vid Karolinska Institutet i Stockholm. Han var utredningsperson för strukturfrågor under det nationella hälsovårdsprojektet åren 2001-2002 och ordförande i den arbetsgrupp som åren 2002-2003 beredde vårdgarantilagstiftningen i Finland. Han leder för närvarande den utredargrupp som lägger förslag till formerna för genomförande av valfrihet i samband med den nu aktuella social- och hälsovårdsreformen.

JOHAN GROOP ÄR teknologie doktor från Aalto-universitetet (Esbo). Hans doktorsavhandling handlade om utveckling av produktivitet inom äldreomsorgen. Avhandlingen resulterade i en modell som håller på att tas i bruk av allt fler kommuner. Idag arbetar Groop på ledningskonsulteringsföretaget Nordic Healthcare Group, där han hjälper både offentliga och privata organisationer inom social- och hälsovården att utveckla sin verksamhet, samt deltid som post-doc forskare vid Aalto-universitetet. Han har tidigare verkat vid Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, som egenföretagare samt som gästande forskare vid Stanford-universitetet i Kalifornien.

LINNÉA HENRIKSSON ÄR politices licentiat och undervisare och forskar i offentlig förvaltning vid Åbo Akademi. Till hennes forskningsintressen hör tvåspråkig förvaltning, kommunala beslutsfattare samt marknadsorientering av kommunal serviceproduktion. Hon har skrivit flera olika utredningar om språk

i organisationer och förvaltning. Henriksson har också under många år innehaft olika kommunala förtroendeuppdrag.

GÖRAN HONGA ÄR diplomingenjör från Tekniska högskolan i Esbo (Aalto-universitet) samt har en MBA-examen från Hanken / Vaasan yliopisto. Han har tidigare arbetat som stadsdirektör i Jakobstad och är sedan år 2005 direktör för Vasa sjukvårdsdistrikt. Honga har deltagit som expert i arbetsgrupper och varit utredningsman i flera utredningar gällande reformen av social-, hälso- och sjukvårdens strukturer under statsministrarna Katainens, Stubbs och Sipiläs regeringar.

LINDA LINDHOLM ÄR politics magister i offentlig rätt från Åbo Akademi. Hon har skrivit sin avhandling pro gradu om förverkligandet av språkliga rättigheter genom språkorgan i lagstadgade samkommuner. Lindholm har även haft förtroendeuppdrag på samkommunal nivå, bland annat som suppleant i landskapsstyrelsen och vice ordförande i kommissionen för språklig service vid Egentliga Finlands förbund.

BJARNE PETH ÄR en erfaren förändringskonsult med erfarenhet från åtskilliga krävande förändringsprojekt inom den privata sektorn, statliga bolag och hälsovården.

PROBLEM, LÖSNINGAR OCH PERSPEKTIV PÅ VÅRDREFORMEN

LINNÉA HENRIKSSON

VÅRDREFORMEN HAR KNACKAT på dörren i ungefär ett decennium. Inledningsvis ville man, genom kommun- och servicestrukturreformen som lanserades 2005, skapa ekonomiskt och professionellt mer bärkraftiga områden genom större kommuner. Eftersom KSSR (eller PARAS på finska) gav kommunerna möjlighet att kvarstå som självständiga ifall de samorganiserade social- och hälsovården, ansågs KSSR inte leda till tillräckligt många kommun-sammanslagningar. Därmed består det finländska kommunfältet fortsättningsvis av många kommuner av högst varierande storlek och med olika kapacitet. En hel del vårdssamarbeten uppstod, med varierande resultat och förlopp. (För beskrivning av kommunreformerna och vårdssamarbeten, se till exempel Puustinen & Niiranen (2011) samt Stenvall et al. (2015).)

Regeringarna Vanhanen/Kiviniemi, som initierade reformerna, ersattes av regeringarna Katainen/Stubb, som övergick från att jaga ihop kommunerna till att koncentrera sig på vården, eftersom det är den ekonomiskt sett mest betungande sektorn. Den versionen av vårdreformen, där förslaget innebar fem samkommuner som skulle utgöra social- och hälsovårdsområden och under dem högst nitton samkommuner med produktionsansvar, föll slutligen i riksdagen i december 2014. Avgörande för att förslaget föll var grundlagsutskottets betänkande (GrUU 67/2014 rd), där man bland annat påtalade att denna lösning hade lett till obalans mellan kommunernas betalningsansvar för och inflytande över vården.

En hel del av denna tidigare barlast har förstås haft en betydande inverkan på det nu föreliggande förslaget till vårdreform.

Vid riksdagsvalet i april 2015 vann Centern stort, Sannfinländarna blev lite smygande näst största parti och Samlingspartiet kom på tredje plats. Dessa tre partier bildade sedermera regering, med ett kortare och mer slagkraftigt regeringsprogram än tidigare, inkluderande ett embryo till en vårdreform i ny version. Det nya förslaget till vårdreform är mycket tydligt en kompromiss, som de nuvarande regeringspartierna Centern, Sannfinländarna och Samlingspartiet kommit fram till efter rätt stor möda och hotande regeringskris. Förslaget till vårdreformen övergick under hösten 2015 i en reform av både social- och hälsovård samt regionalförvaltningen. Den kompromiss man nådde i november 2015 skrotades under tidig vår och i april 2016 var det dags för nästa överenskommelse. De just nu föreliggande utgångspunkterna för reformerna är följande:

Regionalförvaltningen ska från år 2019 indelas i 18 landskap (kallades tidigare självstyrande områden), som huvudsakligen bygger på nuvarande landskapsindelning, men som innebär nya uppgifter för landskapen. Landskapen ska framöver handha bland annat social- och hälsovård, miljö- och hälsoskyddsuppgifter, regionutvecklingsuppgifter, planering av kollektivtrafik, arbets- och näringslivstjänster samt landskapsförbundens nuvarande uppgifter.

Landskapen ansvarar för myndighetsuppgifter inom social- och hälsovårdssektorn och för att ordna (arrangera, beställa) vården samt för att medborgarnas grundläggande rättigheter förverkligas. De beställande och de utförande (producerande) funktionerna inom landskapet fördelas på olika juridiska personer. Landskapen producerar servicen själv eller i samarbete med andra landskap eller anlitar privata eller tredje sektor-aktörer. Mellan vårdproducenter, oberoende av om de är offentliga, privata eller aktörer inom tredje sektorn, råder konkurrensneutralitet. Därtill införs valfrihet, så att brukaren själv kan välja serviceproducent. Kring de fem landskap som har ett universi-

tetssjukhus skapas fem samarbetsområden, som förutom mer specialiserad vård sköter räddningsväsendet. Endast 12 områden har rätt till ett sjukhus med fullständig jour. Statens styrning av vårdområdena förstärks, bland annat så att statsrådet regelbundet utvärderar verksamheten. Utvärderingsförfarandet garanterar både de grundläggande rättigheterna, landskapets kapacitet att arrangera vården och den finansiella bärkraften. Landskapen leds av fullmäktige som utses genom val. Finansieringen överförs till staten, men eventuell framtida beskattningsrätt för landskapen ska utredas.

Vårdreformen syftar till en *totalintegration* av vården, där man avser sammanföra sjukvård, hälsovård och socialvård i en och samma organisation. I praktiken tar dessa vårdområden över en stor andel av kommunernas nuvarande uppgifter. Det här påverkar skattesystemet, skattutjämningsystemet samt statsandelarna och reformen berör över 200 000 arbetstagare. Reformen syftar till drastiskt minskade kostnader, enklare förvaltning, bättre ICT-system och –kommunikation samt enheter som är enklare att hantera ut statens synvinkel.

Regeringens utgångspunkter för vårdreformen och regionalförvaltningsreformen, som går utanför frågan om vård, förändras hela tiden. Det innebär att senare ändringar garanterat kommer att göra denna beskrivning daterad. För uppdaterad information, se www.alueuudistus.fi.

VAD VILL REGERINGEN MED REFORMEN?

DET FÖRELIGGANDE REGERINGSPROGRAMMET, *Lösningar för Finland. Strategiskt program för statsminister Juba Sipiläs regering 29.5.2015*, presenterar sig som åtgärdsinriktat. Regeringsprogrammet slår fast att de **viktigaste åtgärderna** för att **stärka den offentliga ekonomin** är **reformen av social- och hälsovårdstjänsterna samt minskandet av kommunernas uppgifter och skyldigheter**.

(Lösningar för Finland 2015:13¹)

Regeringsprogrammets målsättningar för *social- och hälsovårdsreformen* är

1. att minska hälsoskillnaderna
2. att kontrollera kostnaderna, samt
3. att stärka servicen på basnivå och trygga möjligheten att snabbt få vård. (Lösningar för Finland 2015:29)

Det måste betraktas som ambitiöst att syftet med vårdreformen är att *samtidigt* både minska hälsoskillnaderna, kontrollera kostnaderna och förbättra tillgången till vård. Målsättningarna för vårdreformen är relativt konkreta. Besluten om beståndsdelarna i vårdreformen är ändå en komplicerad historia och planeringen av vårdreformen har hittills varit förvaltningstung². Regeringen, liksom dess föregångare, har ägnat en hel del tid åt att gräla om lagstiftningen och antalet vårdområden, om kommunernas roll och om finansieringssystem. Uppmärksamheten har i rätt liten grad riktats mot innehållet i reformen (jfr Kinnula et al. 2014a).

Beslutsprocesser kan spjälkas upp i två moment. Beslutsprocesser handlar om *problemlösning*, där processen syftar till att nå optimala lösningar på substantiella problem. Beslutsprocesser handlar också om *konfliktlösning*, som syftar till lösningar som parterna kan enas om, oavsett det substantiella resultatet (jfr Brunsson & Brunsson 2014). En faktisk beslutsprocess innehåller båda momenten, som kan överlappa varandra på flera sätt. Ett resonemang som håller momenten i sär kan bidra med nya synvinklar, därför ska denna distinktion här användas för att diskutera innehållet i vårdreformen och de målsättningar som regeringen ställt upp för denna i regeringsprogrammet.

¹ Kursiverad text är citat från regeringsprogrammet.

² För ett välskrivet exempel på att beredningens energi riktas mot förvaltning snarare än mot innehåll, se Kauppila & Tuulonen (2016).

TRE MÅLSÄTTNINGAR FÖR VÅRDEN OCH HUR DE KAN NÅS

För det första syftar regeringens vårdreform till att **minska hälsoskillnaderna**. Det första problemet som ska lösas är således att det finns för stora skillnader i invånarnas hälsotillstånd. Trots insatser som gjorts över åren har skillnaderna i olika befolkningsgruppers hälsotillstånd ökat. Centrala orsaker till ett svagt hälsotillstånd är låg utbildning, små inkomster och arbetslöshet, eftersom dessa ofta samvarierar med större alkoholintag, mera tobaksrökning, sämre matvanor och mindre motion och därmed med mer sjukdomar (Rotko & Manderbacka 2015). Detta syns till exempel i den regionala hälso- och välfärdsundersökningen (ATH) för 2013–2015, som Institutet för hälsa och välfärd låtit utföra. I denna kan man studera skillnader i hälsotillstånd enligt geografisk områdesindelning, men också enligt faktorer som utbildningsnivå och levnadsvanor. (www.terveytemme.fi/ath/, även Kaikkonen et al. 2015)

Institutet för hälsa och välfärd slår fast att *'välfärds- och hälsoskillnader minskas genom samhällspolitiska beslut och åtgärder, där man påverkar de sociala bakgrundsfaktorerna och ojämlikheten i dem, så som fattigdom, utbildning, sysselsättning och boende'*. Samtidigt ska hälsosamma levnadsvanor stödjas bland hela befolkningen, speciellt inom de befolkningsgrupper där mindre uppbyggande levnadsvanor är utbredda. Därtill ska *'en jämlik och på behov baserad tillgång och användning av social- och hälsovård förbättras'*. (Hyvinvointi ja terveyserot Suomessa 2015)

För det andra syftar regeringens vårdreform till att **kontrollera kostnaderna** inom vårdsektorn. I klartext innebär det att minska kostnaderna för vården, både på kort och lång sikt, med beaktande av både dagens ekonomiska läge och framtida utsikter för bland annat befolkningsutvecklingen³. I regeringens program

³ För en beskrivning av hur kostnaderna för social- och hälsovården utvecklats, se kapitlet av Johan Groop.

syftar nedskärningarna inom vården till kostnadsminskningar på kort sikt, medan de strukturförändringar som vårdreformen innebär syftar till kostnadsminskningar på lång sikt.

Allmänt taget finns det få entydiga och ännu färre sympatiska lösningar, när det gäller kostnadskontroll och nedskärningar (jfr Raudla et al. 2013). En traditionell lösning, som faktiskt ofta har kostnadsminskande effekt, är **centralisering, stordrift eller koncentration av verksamhet till färre enheter**. Enheter av optimal storlek, varken för stora eller för små för sitt uppdrag, är effektivare än andra. Många små enheter kan skapa ett behov av olika typer av dubbla funktioner, vilket ökar kostnaderna. Å den andra sidan finns också erfarenheter där centralisering lett till en dyrare verksamhet.

En vanlig missuppfattning är att den största potentialen för inbesparingar vid centralisering eller sammanslagningar till större enheter förverkligas när man slår ihop *förvaltningen* av dem. Det är felaktigt. Den största potentialen för inbesparingar och nedskärningar finns i *serviceenheterna*. Att förverkliga denna potential betyder nästan undantagslöst ändringar i servicenätet (jfr Kinnula et al 2015), i praktiken en koncentration av funktioner till färre enheter och nedläggning av de resterande. Det är dock också viktigt att påtala att koncentration av funktioner till större enheter inte *i sig* ger några inbesparingar, de ger bara en *möjlighet att agera* (jfr Pentti Meklin (2010) om kommunernas utvecklingspotential vid sammanslagningar). Därtill leder alla försök att förändra och reformera organisationer nästan undantagslöst till mer administration (Forsell & Westerberg 2000). En minskning av förvaltningen riskerar leda till att förvaltningsuppgifterna överförs till den övriga personalen, eftersom uppgifterna i sig sällan försvinner.

Regeringens planer på att överföra all social- och hälsovård från kommunerna till vårdområden innebär en centralisering av huvudmannaskapet, eftersom vården framöver kommer att

styras från större enheter. För vårdområdena aviseras en betydande centralisering av produktionen, vilket bland annat syns till exempel i förslaget om begränsning av antalet sjukhus med full jour⁴. Centralisering av funktioner ger längre köer och patienter väntar ofta längst i en kö till ett universitetssjukhus (Valtokari 2015). Längre köer skapar också merkostnader. Totalkostnaderna för sjuklighet består enligt vissa studier till 65-75 procent av kostnader för sjukledighet före och efter ingrepp, den resterande delen utgörs av direkta vårdkostnader (Vohlonen et al. 2015). Även resekostnaderna diskuteras: ibland påstås ca 30 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård gå till resekostnader (Anna-Maija Raeste i Hbl 18.01.2016), vilket dock eventuellt beror på hur man räknar (jfr Häkkinen & Peltola 2014).

En annan likaså traditionell lösning, som används i syfte att minska kostnader, är ett **utökat inslag av privata aktörer**. Denna typ av lösning förverkligas huvudsakligen antingen genom konkurrensutsättning (via offentlig upphandling) eller genom valfrihetssystem. Privatiseringens effekter på kostnadsutvecklingen är varierande (Valkama et al. 2008), men kostnadspress torde vara mer sannolik genom konkurrensutsättning än genom valfrihetssystem.

En tredje, inom vården relevant lösning, är en betoning på **öppenvård framom institutionsvård**, eftersom den öppna vården är mindre kostnadskrävande än den slutna. En orsak till att kostnaderna inom den finländska vårdsektorn är för stora, är att det i en jämförelse med andra länder finns alldeles för många bäddavdelningar och -platser. En av huvudorsakerna till det är i sin tur bristen på systematisk och målinriktad rehabilitering, särskilt av äldre, vilket leder till alltför långa bäddvistelser (Kin-nula et al. 2014a, 2014b).⁵

4 *Se kapitlet av Göran Honga.*

5 *Se även kapitlet av Johan Groop.*

En fjärde lösning är **effektivare vårdprocesser**, bland annat så att man flyttar vårdens fokus från *vård av* patienter till *tillfrisknade* patienter. En femte lösning, i det här fallet, kunde vara en organisering som ser till att den som arrangerar vården (huvudmannen) också är den som finansierar vården, så att de **deloptimeringsproblem** som idag förekommer mellan sjukvårdsdistrikt och kommuner kunde undvikas.

För det tredje syftar regeringens vårdreform till att **förbättra tillgången till vård**. Det finns för stora skillnader i hur invånare som behöver vård får tillgång till vård. Det första problemfältet i detta sammanhang handlar om **fördelningen av resurser** mellan dem som har tillgång till arbetsplatshälsovård och de som inte har det (Niemelä & Saarinen 2015:25). Arbetsföra personer med arbetsplatshälsovård har sällan problem med tillgång till vård. Frågan om hur dessa vårdresurser fördelas är en fråga på samhälls- och eventuella ändringar måste göras lagstiftningsvägen. Det finns därtill överraskande stora geografiska skillnader, när det gäller tillgången till och användningen av vård, både i form av skillnader i hur olika kommuner och sjukvårdsdistrikt tillhandahåller resurser för sina invånare och hur de används (Kinnula et al. 2014a, 2014b). Dessa skillnader ökar ojämlikheten mellan invånare, vilket talar för en mer medveten resurshantering. Denna fråga avgörs på organisationsnivå snarare än på samhällsnivå.

Ett annat problemfält är **tillgången till vård i konkreta termer**. Då handlar det till exempel om tidsbeställning, väntetider, köbildning, tillgång till (senior)läkare⁶ samt (brister i) vårdkvalitet som beror på faktorer i mottagningsverksamhetens vardag, som bristfälliga IT-system eller överdimensionerad administration. Detta problemfält gäller huvudsakligen de personer som inte har tillgång till arbetsplatshälsovård, det vill säga pensionerade, äldre,

6 Seniorläkare är ingen vedertagen term men avser här mer erfarna läkare, till vilka yngre, specialiserande läkare kan vända sig för konsultation i oklara fall.

barn, ungdomar, arbetslösa och andra personer som av olika anledningar står utanför systemet med arbetsplatshälsovård. Detta problemfält ligger också huvudsakligen på organisationsnivå, vilket betyder att lösningar bör vidtas inom organisationerna som producerar vården.

Det är skäl att notera att många av de flaskhalsar som nämns gällande tillgången till vård i huvudsak gäller mottagningsverksamheten vid hälsovårdscentralerna. Till kommunernas hälsovårdsorganisation hör också en hel del förebyggande hälsovårdsverksamhet; barnrådgivning, skolhälsovård, äldrerådgivning och annan öppen vård som fungerar med en annan logik än mottagningsverksamheten. Det finns få stordriftsfördelar i denna rådgivningsverksamhet, som ofta verkar i mycket tät symbios med skolor och daghem. Hälsovårdarna inom denna del av den förebyggande vården arbetar mycket självständigt. Dessa delar av den kommunala hälsovården fungerar mycket bra (Pekola-Sjöblom 2015, 2012, 2011). Det här visas till exempel i de invånarundersökningar som gjorts inom ramen för forskningsprogrammen ARTTU och ARTTU₂, där 40 kommuner, som bildar ett representativt urval av landets kommuner, ingår. Baserat på den senaste omgången enkäter, som besvarats av ca 12.500 invånare under våren 2015, vet man att hälsovårdstjänsterna bedöms som mer välfungerande än de sociala tjänsterna. Mest nöjd är man med mödra- och barnrådgivningarna, medan tillgången till mentalvård, tandvård och tider till läkarmottagning fungerar sämst. De som använder sig av vårdtjänster är mer tillfredsställda med både tillgången och kvaliteten, än de som inte använder sig av tjänsterna. Bäst fungerar tjänsterna i kommuner med en befolkning på 5.000-10.000 invånare. (Pekola-Sjöblom 2015) Från tidigare ARTTU-omgångar vet man också att de tjänster som är lättillgängliga i allmänhet också anses fungera bra (Pekola-Sjöblom 2011) samt att invånarna anser det vara viktigt att serviceproduktionen kvarstår i kommunal regi (Pekola-Sjöblom 2012).

En upprepning: Regeringens förslag till lösning på reformen innebär 18 landskap, fem samarbetsområden, starkare statlig styrning och valfrihet. Landskapen producerar servicen själv eller anlitar privata eller tredje sektor-aktörer. Finansieringen överförs till staten. Tillåt en möjligen något tillspetsad fråga: Vilka av de tre problemfält som presenterades ovan löser dessa åtgärder?

Hälsoskillnader minskas i första hand genom att minska socioekonomisk ojämlikhet, så som fattigdom, utbildning, sysselsättning och boende samt genom att stöda hälsosamma levnadsvanor. **Kostnadskontrollen ökar** möjligen bäst genom en optimal storlek på produktionsenheterna inom vården samt en större andel öppenvård. Potentialen i effektivare vårdprocesser är svår att bedöma, men anses vara stor⁷. **Tillgången till vård förbättras** möjligen genom en omfördelning av resurser mellan arbetsplatsorienterad och allmän hälsovård samt bättre organisering av vård i konkreta termer.

Regeringens planer enligt regeringsprogrammet och senare överenskommelser syftar i allt väsentligt uppenbarligen primärt till att försöka lösa problemen kring kostnadskontrollen. Utöver det handlar regeringens planer snarare *konfliktlösning* än *problemlösning*. Kostnadskontrollen *kan* öka inom vårdområdena, under förutsättning att man koncentrerar servicen till färre enheter. Det är, å den andra sidan, inte nödvändigtvis ägnat att förbättra tillgången till vård. Privata vårdproducenter enligt valfrihetssystem *kan* förbättra tillgången till vård⁸ (jfr Glengård 2015), under förutsättning att dessa producenter lyckas bättre med vårdens organisering på basnivå. Det ska dock betonas att konkurrensutsättning (varken genom upphandling eller valfrihet) inte är självklart enkelt, det finns både goda och mindre goda exempel. En systematisk konkurrensutsättning kräver därför

⁷ Se kapitlen av Johan Groop och Bjarne Peth.

⁸ Se kapitlet av Mats Brommels.

stor varsamhet, vilket i sin tur inte minskar administrationen.⁹

Inrättandet av vårdområden leder inte automatiskt till varken bättre kostnadskontroll eller förbättrad tillgång till service. Någon enkel koppling mellan större vårdområden och minskade hälsoskillnader finns inte. Mellan målsättningarna för vårdreformen och de föreslagna åtgärderna finns många outtalade förutsättningar och mellansteg, vilket gör att **reformens framgång är fullständigt beroende av hur den implementeras.**

VIKTEN AV IMPLEMENTERING

DET FINNS INGEN automatisk koppling mellan målsättningar, beslut och genomförande. Både analytiskt och praktiskt beror det på att det är olika aktörer som är inblandade i olika delar av reformprocessen. Vårdreformen har initierats och beretts av flera olika regeringar och deras förvaltningsapparat – inkluderande alla de timmar som på olika håll i kommuner, samkommuner och sjukvårdsdistrikt, inom företag och olika organisationer ägnats åt att fundera ut vad denna reform kommer att innebära för olika parter. Beslutet, i form av ett lagförslag om vårdreformen samt förslag till förändringar i annan lagstiftning, ska formuleras av regeringen och godkännas av riksdagen. Vårdreformen ska sedan förverkligas av de aktörer som enligt lagstiftningen får mandat att genomföra vårdreformen. Under tidigare regeringar har det varit svårt att komma till beslut i fråga om vårdreformen och det är inte självklart att det blir lättare att komma till beslut med det nuvarande förslaget.

Om ett allmänt missförstånd handlar om att inbesparingar uppstår genom mindre förvaltning, så handlar ett annat allmänt missförstånd om att problem åtgärdas genom att man fattar ett beslut. Men beslutet är bara startpunkten. För att ett *beslut*,

⁹ För resonemang om transaktionskostnader vid privatisering, se Jordabl (2014).

eller en *policy*, ska genomföras ska en mängd olika aktörer vidta en mängd olika åtgärder. Ju mindre tydligt, ju mer komplext beslutet är - desto mer tid går åt att fundera över vad beslutet egentligen innebär. Man säkerställer en god implementering av beslut genom att ta hänsyn till hur verksamheten fungerar och varför den fungerar som den gör. Det innebär att besluten som fattas borde *vara entydiga*, så att intentionerna inte kan missförstås, *inkludera tydligt ansvar och tydliga resurser* samt vara sådana, att de som ska verkställa beslutet *tycker om besluten och motiveras av dem*. (Jfr Vedung 1998, Pressman & Wildavsky 1973)

Det allra viktigaste för beredskapen och viljan att implementera beslut eller en *policy* är ändå inte hur organisationen fungerar eller personliga drag hos de anställda utan *innehållet* i de beslut som ska implementeras (Tummer et al. 2012). De som implementerar ett beslut eller en *policy*, till exempel vårdreformen, måste förstå hur den nya policyn kommer att göra saker och ting bättre.

Det finns en omfattande litteratur om förändringsledarskap och personalen i reformer, där särskilt erfarenheterna från kommunreformerna borde vara av intresse (till exempel Stenvall et al. 2007, Vakkala 2012). Man kan använda sig av denna kunskap för att förutse vilka framsteg och utmaningar man kan förvänta sig i de nya vårdområdena och hur människor kan reagera vid förändringar. Vårdreformen ska genomföras av människor och det finns ingen anledning att tro att människor reagerar annorlunda på vårdreformen än på andra reformer. Eftersom reformen är så stor och berör så många människor är det denna gång dessutom många gånger fler människor som ska motiveras.

En del slutsatser kan också dras baserat på erfarenheterna från Helsingfors stads social- och hälsovårdsverk, som sammanslogs år 2013. Personalen har haft svårt att tro på nyttan med fusionen, bland annat har man upplevt orättvisa och konflikter mellan olika professioner (Hakonen et al. 2015). Erfarenheterna

från social- och hälsovårdsverket är intressanta framför allt för att de mycket tydligt belyser vad som sker vid organisationsförändringar där professioner med olika kunskapsbas som grund ska förenhetliga helt olika verksamhetslogiker. Av Helsingfors-fallet kan man bland annat lära sig vikten av att olika parter känner sig hörda, i detta fall upplever socialsidan nämligen att sammanslagningen styrdes från hälsovårdssidan (Hakonen et al. 2015). Helsingfors-fallet visar att en horisontell integrering inte är alldeles enkel (Simoila & Ylisipola 2013).

Det går kanske att argumentera för att vårdreformen är inriktad på de stora strukturerna och att det därför är sannolikt att många personers faktiska arbetsbild inte förändras, trots att organisationen och arbetsgivaren gör det. De åtgärder den ökade kostnadskontrollen förutsätter kommer dock att kräva ganska stora förändringar i både enheter och arbetssätt. **Vårdreformens resultat är således beroende av hur reformen implementeras och implementeringen är beroende av att de som ska förverkliga reformen uppfattar innehållet i reformen som meningsfullt.** Mot denna bakgrund är det problematiskt att det visserligen går att uppstå många som uppfattar att *’något måste göras’* men att det hittills är ganska få av dem som ska implementera reformen som är riktigt entusiastiska över den.

VÅRDREFORMEN UR OLIKA PERSPEKTIV

DET ÄR VIKTIGT att vårdreformen upplevs som meningsfull, för att implementeringen av denna ska lyckas. Vårdreformen är en komplex reform, vars verkningar finns på många olika plan. Det är därför skäl att uppehålla sig en stund kring det faktum att reformen kan se helt olika ut, beroende på ur vilket perspektiv man betraktar den.

DET STORA PERSPEKTIVET – REGERINGENS BEHOV AV EFFEKTIVERAD STYRNING GENOM ATT SAMLA ALL VERKSAMHET I NÅGRA FÅ STORA OMRÅDEN

UR DET STORA perspektivet, ur regeringens, riksdagens och ministeriernas perspektiv, är vården enklare att hantera, ju färre parter man har att arbeta med. De områden som ansvarar för vården får gärna vara ungefär lika stora, med ungefär jämförbara förutsättningar, eftersom det gör dem likvärdiga och jämbördiga och då kan samma regler appliceras på alla utan speciella hänsyn. Finansieringsmodellen ska vara enkel för finansministeriet att hantera.

Ur det stora perspektivet är nuläget en svårbeskriven myriad av en mängd olika aktörer med olika uppdrag, på olika nivåer och med olika kapacitet att hantera den verksamhet de har ålagts att sköta, som därtill finansieras på många olika sätt. Ur styrningsperspektiv är det därför begripligt att en reform som städar upp och förenklar organiseringen ter sig mycket lockande. Ur det stora perspektivet finns därför en del konflikter mellan å den ena sidan förhoppningarna om totalintegration och effektiv styrning och å den andra sidan en omfattande valfrihet och en mångfald av utförare.

Ur det stora perspektivet har det varit ett axiom att områdena som står för servicen måste vara så stora att ekonomisk och professionell bärkraft kan garanteras. Både den ekonomiska bärkraften och en optimering av resursanvändningen (eller stävjande av kostnadsökningen) anses förutsätta ett tillräckligt stort befolkningsunderlag. Reformens befolkningsunderlagsberäkningar baseras idag främst på finansiell bärkraft eller utgående ifrån specialistsjukvårdens behov.¹⁰

Ur ekonomiskt perspektiv, om målsättningen är den utökade kostnadskontroll regeringen eftersträvar, är en reform av beslutsfattandet om vården en nödvändighet för att kunna genomföra de omorganiseringar som behövs. Det enda enkla sättet att på ett bestående sätt minska kostnaderna är att minska antalet enheter. Här kommer stora enheter till sin rätt: ju större område man förfogar över, desto längre bort från verkstadsgolvet man är, desto färre personer har starka känslor för respektive verksamhetspunkt och desto lättare är det att stänga verksamhetspunkter, eftersom beslutet inte hindras av regionala, lokalpolitiska eller känslomässiga hänsyn.

DET LILLA PERSPEKTIVET – INVÅNARNAS BEHOV AV TILLGÅNG TILL VÅRD

I DEN ANDRA ändan av skalan, ur det lilla perspektivet, handlar invånarnas syn på vårdfrågor om tillgång till vård. Ur invånarnas synvinkel innebär en god tillgång till vård att någon svarar när man ringer till hälsovårdscentralen, att man får boka en tid inom en tidsrymd som känns rimlig, att avståndet till hälsovårdscentralen

10 Förutom storleken på befolkningsunderlaget är dock storleken på produktionsenheterna minst lika viktig. Totalkostnaderna för vården är minst i kommuner med 25.000-50.000 invånare, medan både de små och större kommunerna är dyrare (Kimmula et al. 2014a, 2014b:118).

är överkomligt, att taxin via Fpa kommer när man beställt den, att besöket klaras av utan orimlig väntetid, att läkaren lyssnar och talar ett språk man förstår samt att man går från besöket med en känsla av att man är ett steg närmare en lösning, oberoende av om denna lösning består av ett recept, en remiss eller en försäkran om att oron är obefogad. För annan vård och annan service än hälsovårdscentraler gäller samma principer, anpassade till respektive serviceform. I grund och botten handlar detta snarare om invånarnas känsla av bemötande inom vården, än om hur vården faktiskt är organiserad (jfr Stenvall & Virtanen 2012:64-65).

I Vasa sjukvårdsdistrikt har både politiker, personal och invånare hörts om reformen¹¹. I samband med det kom det fram att människor är oroliga för hur när servicen ska organiseras, var enheterna kommer att finnas, hur långt avståndet är till dem samt inflytandet över dem. Man är också orolig över olika samarbeten i anslutning till vårdenheter, till exempel i sådana fall där centralkök lagar mat både till vård- och utbildningsenheter. Man är orolig för äldre vården, för närståendevårdarna och deras position och anhörigas resor till vårdenheter, för skolhälsovårdens framtid och för socialvårdens framtid, eftersom vårdreformen primärt tycks kretsa kring sjukvården. Invånarna är oroliga för framtiden för den egna kommunens vårdenheter, för fastighetsmassan i kommunerna och för kommunikationen mellan olika enheter. Man är också orolig för (begränsningar i) möjligheten att välja vård över vårdområdesgränser, för patientens valfrihet och för patientens roll i helheten överhuvudtaget, eftersom reformen

11 Synpunkterna har insamlats inom Vasa sjukvårdsdistrikt under hösten 2014. Även om materialet är geografiskt begränsat och det nu föreliggande förslaget till vårdreform avviker från det då aktuella, är det rimligt att tro att den oro som avspeglas i svaren fortfarande är aktuell samt att denna oro, med små variationer, är lika relevant även inom andra sjukvårdsdistrikt.

utgår från strukturer. Man påtalar bristen på sporrande eller förebyggande element. (Ollikainen 2014)

Bäst fungerar de kommunala tjänsterna i kommuner med en befolkning på 5.000-10.000 invånare (Pekola-Sjöblom 2015). Minst nöjda är invånarna i urbana kommuner med över 50 000 invånare. Synen på service påverkas av invånarnas uppfattning om servicenivån och serviceutbudet, men också av de krav som invånarna ställer på servicen. I större kommuner ställer invånarna i allmänhet större krav på sin service, medan invånarna i mindre kommuner oftare nöjer sig med en lägre servicenivå (Pekola-Sjöblom 2011).

KOMMUNERNAS PERSPEKTIV – SPECIALSJUKVÅRDEN SOM DEN STORA BOVEN

I DAG HAR kommunerna det formella ansvaret för invånarnas vård. Utgifterna för social- och hälsovården utgör ungefär hälften av kommunens budget. Inom denna kategori utgör utgifterna för specialsjukvård den enskilt största posten, därför är det ur kommunernas synvinkel problematiskt att det i praktiken är svårt att påverka kostnaderna för specialsjukvården. Specialsjukvården produceras av sjukvårdsdistriken och finansieras via kommunerna, vilket brukar motiveras med att det ger kommunerna incitiv att ta väl hand om den förebyggande vården. Sjukvårdsdistriken är samkommuner, som leds av fullmäktige, vars representanter utses av de kommuner som är medlemmar i sjukvårdsdistriktet. Medlemskommunerna är representerade i sjukvårdsdistriktens beslutsfattande organ, huvudsakligen i förhållande till storlek, och har rätt att yttra sig om budget och kostnadsstruktur. I praktiken uppfattar många kommuner dock sina möjligheter att styra samkommunerna som ytterst begränsade; bara 11 procent av de kommunala beslutsfattarna uppfattar att de kan påverka samkommunernas serviceproduktion (Sandberg 2012:92).

Kommunernas kostnader för specialsjukvården står i huvudsak i proportion till kommunernas storlek och användning och går så att säga till ett gott ändamål, vilket gör det svårt att politiskt ifrågasätta dem. Samtidigt fungerar sjukvårdsdistriktet i enlighet med den budget distriktets fullmäktige godkänt. Organisatorisk självbevaringsdrift gör därför att ett sjukvårdsdistrikt som har behov av att täcka sina kostnader inte belönar kommuner som använt mindre service, utan istället höjer priset per åtgärd. Ur kommunernas synvinkel är det frustrerande att sjukvårdsdistriktet, liksom samkommuner överlag, inte verkar ha några incitament att hålla ner sina kostnader.

I den kommunala budgethanteringen skapar specialsjukvården både praktiska och principiella problem. Det praktiska problemet är att specialsjukvården är en utgiftspost som är svår att beräkna. Det principiella problemet är att specialsjukvårdens kostnader stjäl mycket energi i kommunerna, särskilt i förhållande till hur lite de kan påverkas. Denna stora, oberäknliga kostnadspost gör att befogade förbättringar och åtgärder på andra områden känns meningslösa. En organisationsförändring som sänker kostnaderna med 100.000 inom äldre vården känns snarast misslyckad, när specialsjukvårdens tilläggsräkning går på 1,5 miljoner. På detta sätt bidrar specialsjukvården till att förlama kommunernas hantering av den övriga vården.

Kommunerna bidrar, å den andra sidan, inte heller till en mindre omfattande sjukvård. Trots att kommunerna skäller på sjukvårdsdistriktet är det inte ovanligt att den viktigaste vårdrelaterade målsättningen på sjukhusorter är att *’få behålla sjukhuset på orten’*. Det lokala sjukhuset har ett stort symbolvärde, bidrar stort till trygghetskänslan och har alldeles ofrånkomligen en stor betydelse som arbetsgivare. Inom kommuner och i mindre kommuner kan lokala hälsovårdcentraler och jourmottagningar ha samma symbolvärde. Det här betyder att kommunerna ofta

själva bidrar till att upprätthålla verksamhetspunkter och kostnadsstrukturer som är ogynnsamma för kommunen.

Kommunernas möjligheter att påverka kostnaderna för specialsjukvården anses ligga i ett väl utfört förebyggande arbete¹². Här spelar *tillgången till vård* en stor roll, vilket förklarar varför detta är en central målsättning med vårdreformen. Utanför storstäderna är tillgången till läkare en av de kommunala hälsovårdscentralernas största flaskhalsar. Det råder ingen allmän brist på läkare i landet, men det är uppenbarligen få läkare som vill arbeta som allmänläkare vid mindre hälsovårdscentraler. Det betyder att den arbetsföra befolkningen som har få eller mycket konkreta hälsorelaterade problem får god vård via arbetsplats-hälsovården, medan mer sjukdomsbelastade skikt i samhället har sämre tillgång till läkare. Kommunernas erfarenheter visar att yngre läkare undviker hälsovårdscentraler där seniora läkare saknas. Yngre läkare vill inte arbeta utan möjlighet till konsultation - det är det första yngre läkare frågar efter och det är helt avgörande för huruvida de tar emot arbete vid hälsovårdscentraler. Andra betydande faktorer, när det gäller yngre läkares intresse för hälsocentralsarbete, är avstånd till närmaste storstad, möjligheten att styra över arbetstid samt välorganiserad mottagning med tillräckligt lång tid per patient. Först därefter kommer lön och andra förmåner.

Bristfällig tillgång till läkare ger en dåligt fungerande primärvård, vilket ökar kommunernas kostnader inom specialsjukvården. Det finns därför anledning att påtala en potentiell fördel med den *vertikala* integration vårdreformen syftar till. Om hälsovårdsmottagningarna och specialsjukvården skulle ingå i samma vårdorganisation skulle det ge organisationen större incitament att förbättra tillgången till läkare inom primärvården, vilket borde förbättra tillgången till vård.

12 *Se kapitlet av Göran Honga.*

Vårdreformens *horisontella* integrering avser komma åt bristande samordning mellan olika sektorer. Horisontell integrering handlar en hel del om hur vården är organiserad i praktiken och om hur olika professioner förhåller sig till varandra. Sjukvårdens professioner har hög status, medicinen har dyr teknologi och resultaten är potentiellt livsavgörande och ibland mycket lätta att mäta – liv eller död. På den andra sidan finns socialvårdens professioner, vars professionsuppfattning kan vara lika stark men inte tillmäts lika hög status. Socialvården upplever sig ofta ligga i underläge mot medicinen, vilket knappast underlättar en horisontell samordning. Å den andra sidan är socialvården som profession inte nödvändigtvis emot vårdreformen som sådan. Som profession är socialvården ibland kritisk till både kommunerna och kommunal variation, eftersom kommunernas verksamhetslogik bygger på både ekonomi och innehåll medan socialvården utgår från individens behov (jfr Palola & Karjalainen (toim.) 2011).

En horisontell integrering borde få till stånd sådana förändringar i verksamheten, i serviceprocesser och vårdmetoder, som skulle minska skillnaderna gällande tillgång till vård. Det skulle innebära att vården skulle organiseras på patientens villkor snarare än enligt vårdsystemets logik. Till exempel borde personer med stort behov av många olika tjänster få träffa en koordinator, ett slags case manager eller personlig servicehandledare, som kunde reda ut personens faktiska behov av tjänster på olika håll och som skulle ha mandat att driva ärenden både inom socialvården och hälsovården. När människor mår dåligt kan man inte förvänta sig att de självmant ska hitta rätt. Detta skulle minska antalet sådana besök vid hälsovårdsmottagningar, där anledningen till besöket är mångbottnad och diffus eller där luckan är fel.

KONKLUSIONER

VÅRDREFORMEN PLANERAS UTGÅENDE ifrån det stora perspektivet. Vården ska förbättras genom en total integration av all hälso-, sjuk- och socialvård i ett begränsat antal stora vårdområden. Förväntningarna på den koordinering och minskning av kostnader som detta mindre antal aktörer förväntas åstadkomma är stora.

Planerna för vårdreformen försvåras av att **större förvaltningsområden i sig inte löser några problem**. Större förvaltningsområden skapar möjligheter för koordination och effektivt beslutsfattande, vilket dock förutsätter stor klokskap inom organisationen. Dessa potentiella fördelar uppstår inte av sig själv.

För att större vårdområden ska leda till mindre hälsoskillnader, ökad kostnadskontroll och bättre tillgång till vård krävs bland annat beslut om koncentration av verksamhet till färre enheter, en omfördelning av resurser mellan olika befolkningsgrupper och ett märkbart större samarbete mellan olika professioner. Logiken i både olika yrkesgruppers professionsetik och politikers representationsuppdrag strider mot detta. Erfarenheterna från Helsingfors social- och hälsovårdsverk borde utgöra en varningsklocka. Elsa Paronens studie (2015) av social- och hälsovårdsreformer, borde vara en annan. Paronen visar att inför beslut existerar både formell och informell information jämsides och att förtroendevalda tenderar att tro mer på den informella än på den formella informationen. Hon drar slutsatsen att besluten inte fattas på rationella grunder och menar att dessa resultat är relevanta även för hela vårdreformen.

Politikerna i de kommande vårdområdena kommer att besitta ungefär samma egenskaper som de politiker som fattar beslut idag. Den politiska logiken bygger i väsentlig utsträckning på att se till invånarnas eller väljarnas behov och önskningar snarare än att se till organisationens behov – det är den offentliga verksamhetens utmaning i ett nötskal. Det är orealistiskt att tro

att beslutsfattarna inom vårdområdena skulle utgå endast från statsfinansernas behov.

Planerna för vårdreformen försvåras också av att **kopplingen mellan problem och åtgärder haltar**. Det finns ingen anledning att vänta sig att en stor omorganiseringen ger snabba kostnadsminskningar. Under de första åren efter kommunsammanslagningar tenderar utgifterna att växa, bland annat på grund av harmonisering av servicenivåer, lönesystem och ICT-lösningar. En kraftig omorganisering leder till förvirring och osäkerhet i organisationen, vilket skapar längre väntetider och (därmed) högre utgifter. Centraliseringen av beslutsfattandet tenderar att leda till en ökning av regler, hierarkier och klart avgränsade roller, eller med andra ord en ökning av byråkratin (jfr Forssell & Westerberg 2000). Om sammanslagningar till större enheter skulle vara enkla att genomföra, så borde Helsingfors social- och hälsovårdsverk eller kommunsammanslagningen kring Salo utgöra solskenshistorier. Riktigt så enkelt är det inte.

Planerna för vårdreformen försvåras av att motiven för att **styra all verksamhet från centralt håll är svaga**. Finlands befolkning är mycket ojämnt fördelad. Problemen i tätbefolkade områden är inte de samma som i glesbygd. Det är ingen självklarhet att lösningar för glesbygden styrs bättre från tätort. För att effektivt upprätthålla service i glesbygd behövs god lokalkännedom och möjlighet att koordinera service från flera olika områden till samma verksamhetspunkter. Reformen borde därför omfatta bara de områden, där koordineringen faktiskt förbättras av en större enhet och där avstånden är en sekundär fråga. Det är svårt att motivera en central styrning av sådana uppgifter inom den förbyggande hälsovården (barnrådgivning, skolhälsovård, äldre rådgivning samt socialvården i kommunerna) som enligt lagstiftning är förpliktigade att samverka med annan förebyggande kommunal verksamhet (jfr äldrevårdslagen, elevvårdslagen, dagvården), eftersom det inom dessa delar finns störst

behov av lokal förankring. Tjänster som styrs långt bortifrån är inte lokalt förankrade.

Planerna för vårdreformen försvåras slutligen av att kopplingen mellan problem, målsättning och åtgärd beskrivits dåligt i förslaget till vårdreform. Utfallet av vårdreformen avgörs av hur reformen implementeras och en av de viktigaste faktorerna för en god implementering är att innehållet upplevs som meningsfullt av dem som ska utföra arbetet.

VAD BORDE DÅ GÖRAS?

DET ÄR MER resurseffektivt att bygga på det som redan finns, eftersom man då kan dra nytta av den personal som känner för organisationen och är beredd att arbeta för den. Det vore enklare att utgå från de existerande sjukvårdsdistrikten, överföra hälsovårdscentralernas mottagningsverksamhet och bäddavdelningar och kanske delar av räddningsväsendet till denna organisation, eftersom det till dessa delar finns en del fördelar med vertikal samordning. Det här handlar om service där koordineringen förbättras av större enheter, där tänkbara fördelar är bättre vårdkedjor, bättre tillgång till läkare inom mottagningsverksamheten på lokal nivå och minskad deloptimering mellan hälsovårdscentraler och specialiserad sjukvård. Dessutom skulle man bygga upp rehabiliterande äldrevård och minska antalet långvårdsplatser. Däremot skulle den förebyggande hälsovården och socialvården kvarstå i kommunerna, eftersom dessa områden vinner på lokal förankring och samarbete mellan kommunala verksamheter över sektorgränserna. Om man vill stärka sjukvårdsdistriktens demokratiska styrning finns inget hinder för att omvandla dessa i en mer självstyrande riktning. Finansieringen av sjukvårdsdistriktet kunde överföras på staten, för att stärka statens styrning och samma planer på beskattningsrätt och valfrihet kunde förverkligas även inom denna typ av lösning. Eftersom de flesta kommuner

och kommunalt anställda faktiskt bryr sig om de uppgifter de utför, är det slöseri av resurser att flytta omkring uppgifter och skapa större oreda än vad som faktiskt är nödvändigt.

REFERENSER:

Brunsson, Karin & Nils Brunsson (2014): *Beslut*, Liber, Stockholm
Forsell, Anders & Anders Ivarsson Westerberg (2000): *Administrera mera! Organisationsförändring och administrativt arbete*, SCORE (Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor), Score Rapportserie 2000:13

Glenngård, Anna Häger (2015): *Primärvården efter vårdvalsreformen. Valfrihet, kvalitet, produktivitet*, SNS Förlag, Stockholm

Grundlagsutskottets utlåtande 67/2014 rd

Hakonen, Marko, Lipponen, Jukka, Kaltiainen Janne & Olli-Jaakko Kupiainen (2015): *Fuusiot henkilöstön näkökulmasta: Opas fuusioon ja Case Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto*, Sosiaalieteiden laitoksen julkaisuja 2015:17, Helsingin yliopisto, Helsinki

Hyvinvointi ja terveyserot Suomessa (2015), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Häkkinen, Unto & Mikko Peltola (2014): *Sairausvakuutuksen korvaamien matkojen kustannukset erikoissairaanhoidossa: Tuloksia PERFECT-bankeesta*, Työpaperi 20/2014, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Jordahl, Henrik (red.) (2014): *Välfärdstjänster i privat regi. Framväxt och drivkrafter*, SNS Förlag, Stockholm

Kaikkonen Risto, Murto Jukka, Pentala, Oona, Koskela, Timo, Virtala, Esa, Härkänen, Tommi, Koskenniemi, Timo, Ahonen, Juha, Vartiainen, Erkki & Seppo Koskinen (2015): *Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015*, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Kauppila Tarja & Anja Tuulonen (2016): *Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus*, Raportteja ja muistioita 2016:5, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki

- Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Erkki Vauramo (2014a):** *Sisältöä sote-uudistukseen. Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun*, Kunnallissalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 78, Helsinki
- Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Erkki Vauramo (2014b):** *Saadaanko sote-uudistuksella tasa-laatua?*, Kunnallissalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 82, Helsinki
- Kinnula, Petra, Malmi, Teemu & Erkki Vauramo (2015):** *Miten sote-uudistus toteutetaan?*, Kunnallissalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 91, Helsinki
- Lösningar för Finland. Strategiskt program för statsminister Juha Sipiläs regering 29.5.2015**, Regeringens publikationsserie II/2015, Helsingfors
- Meklin, Pentti (toim) (2010):** *Parasta Artun mitalla? Arviointia Paras-uudistuksen lähtötilanteesta ja kehittämispotentiaalista kunnissa*, Paras-ARTTU-tutkimusohjelman tutkimuksia nro 5, Suomen Kuntaliitto, Helsinki
- Niemelä, Mikko & Arttu Saarinen (2015):** *Terveydenhuoltopolitiikan muutokset*, i Niemelä, Mikko, Kokkinen Lauri, Pulkki, Jutta, Saarinen, Arttu & Tynkkynen Liina-Kaisa (toim.) (2015): *Terveydenhuollon muutokset: Poliittikka, järjestelmä ja seuraukset*, Tampere University Press, Tampere
- Niemelä, Mikko, Kokkinen Lauri, Pulkki, Jutta, Saarinen, Arttu & Tynkkynen Liina-Kaisa (toim.) (2015):** *Terveydenhuollon muutokset: Poliittikka, järjestelmä ja seuraukset*, Tampere University Press, Tampere
- Ollikainen, Mikko (2014):** *Vårdreformen ur ett demokratiskt perspektiv. Slutrapport*, Vasa sjukvårdsdistrikt, Vasa
- Palola, Elina & Vappu Karjalainen (toim.) (2011):** *Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä?* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
- Paronen, Elsa (2015):** *Rationaalinen päätöksenteko sosiaali- ja terveystalvelujen uudistuksissa – tapaustutkimus kahdesta sosiaali- ja terveystalvelujen uudistuksesta Pohjois-Savossa*, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio
- Pekola-Sjöblom, Marianne (2011):** *Kuntalaiset uudistuvissa kunnissa. Tutkimus kuntalaisten asenteista ja osallistumisesta ARTTU-tutkimuskunnissa 2008*. Paras-ARTTU-tutkimuksia nro 9. Acta nro 229, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Pekola-Sjöblom, Marianne (2012): *Kuntalaiset kunnallisten palvelujen arvioitsijoina. Tutkimus kuntalaisten mielipiteistä kunnallisista palveluista ARTTU-tutkimuskunnissa vuosina 2008 ja 2011.* Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 21, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Pekola-Sjöblom, Marianne (2015): *Käyttäjät tyytyväisiä kuntien sote-palveluihin,* Kuntalehti, Uutis-kirje 48/2015, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Pressman, Jeffrey L & Aaron Wildavsky (1973): *Implementation,* University of California Press, Berkeley

Puustinen, Alisa & Vuokko Niiranen (2011): *Rakenteet, päätöksenteko ja toiminta sosiaali- ja terveyspalveluissa,* Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 16. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Raudla Ringa, Savi, Riin & Tiina Randma-Liiv (2013): *Literature Review on Cutback Management,* Coordination for Cohesion in the Public Sector of the Future, Workpackage 7, www.cocops.eu

Rotko, Tuulia & Kristiina Manderbacka (2015): *Sosioekonomiset erot terveydessä ja terveyspalvelujen käytössä,* i Niemelä, Mikko, Kokkinen Lauri, Pulkki, Jutta, Saarinen, Arttu & Tynkkynen Liina-Kaisa (toim.) (2015): *Terveydenhuollon muutokset: Poliittikka, järjestelmä ja seuraukset,* Tampere University Press, Tampere

Sandberg, Siv (2012): *Paras-uudistus kuntapäätäjän silmin,* Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 20, Acta 235, Åbo Akademi ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Simoila, Riitta & Helena Ylisipola (2013): *Vuosi muutoksen ytimessä: Raportti Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä,* Helsingin kaupungin keskushallinnon julkaisuja 2013:19, Helsinki

Stenvall, Jari, Majoinen Kaija, Syväjärvi Antti, Vakkala, Hanna & Antti Selin (2007): *'Mees romppeimes siiben'. Henkilöstövoimavarojen hallinta ja muutoksen johtaminen kuntafuusiossa,* Acta nr 191, Lapin yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Stenvall, Jari & Petri Virtanen (2012): *Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kebittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet,* Tietosanoma, Helsinki

Stenvall, Jari, Syväjärvi Antti, Vakkala, Hanna, Virtanen, Petri

& Kari Kuoppala (2015): *Kunnat ajopuina - koskesta sumaan. Vuosina 2011–2014 kuntiin kohdistuneiden uudistusprosessien arviointi.* ARTTU2-ohjelman tutkimuksia nro 1. Acta nro 258. Tampereen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Tummer, Lars, Steijn, Bram & Victor Bekkers (2012): *The willingness of public professionals to implement public policies: content, context, and personality characteristics,* Public Administration 2012 (90) 3, 716–736.

Vakkala, Hanna (2012): *Henkilöstö kuntauudistuksissa. Psykologinen jobtamisorientaatio muutoksen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen edellytyksenä,* Acta nro 238, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Valkama, Pekka, Kallio, Olavi, Haatainen, Jaana, Laurila, Hannu & Pentti Siitonen (2008): *Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset. I osa: Käsitteet, teoreettiset lähestymistavat, metodologia ja aikaisemmat tutkimustulokset,* Kunnallisan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu-sarjan julkaisu nro 9, Helsinki

Valtokari, Maria (2015): *Hoitoon pääsyn moniulotteisuus erikoissairaanhoidossa,* Oulun yliopisto, Oulu

Vedung, Evert (1998): *Utvärdering i princip och praktik,* Studentlitteratur, Lund

Vohlonen, Ilkka, Vehviläinen, Arto, Husman, Kaj, Koisitinen Veli, Rasilainen, Jouni & Heikki Pesonen (2015): *Terveysturvan rahoitus: Seurantatutkimus 2000–2013. Alustavia kansallisia tuloksia,* (gjord av Finnish Consulting Group för Finlands Kommunförbund, opublicerad sammanställning av preliminära resultat)

Vården kan komma till dig, Hufvudstadsbladet 18.01.2016

<http://www.alueuudistus.fi>

<http://www.kunnat.net> à ARTTU2

<http://www.terveytemme.fi/ath/>

KOSTNADERNA FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN FORTSÄTTER ATT ÖKA: HUR KAN UTVECKLINGEN PÅVERKAS?

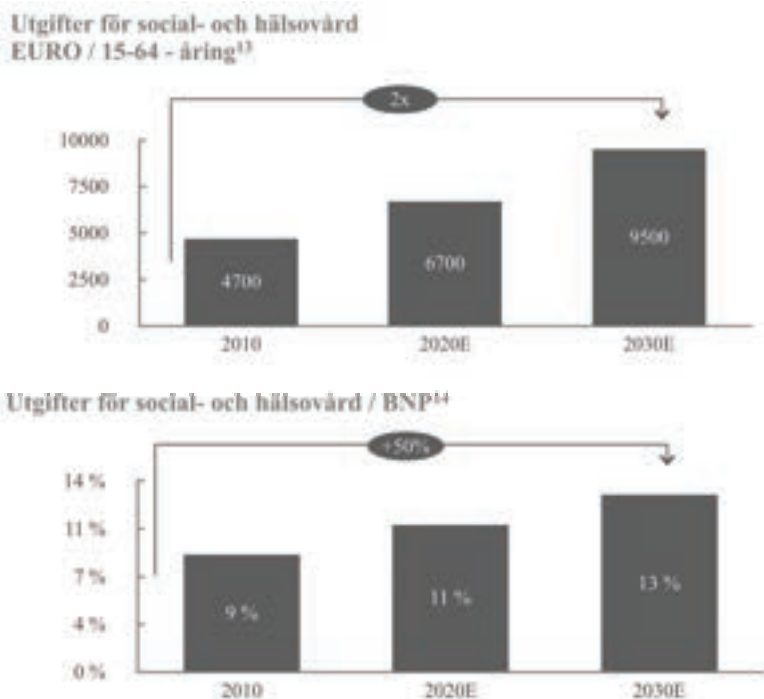
JOHAN GROOP

KOSTNADSUTVECKLINGEN INOM VÅRT social- och hälsovårds-system är ohållbar (figur 1). Under åren 2004–2014 var den genomsnittliga årliga kostnadsökningen nästan 6 procent, det vill säga klart större än tillväxten av bruttonationalprodukten. Kostnaderna ökade från cirka 16 miljarder euro till drygt 28 miljarder euro¹. Socialvården utgör ca 40 procent av kostnaderna medan hälsovården står för ca 60 procent. Ifall kostnaderna fortsätter att öka i samma takt som under det förra decenniet, kommer kostnaderna för enbart hälsovården att fördubblas fram till år 2030, räknat per invånare i arbetsför ålder (figur 1). Det här motsvarar en kostnadsökning på cirka 50 procent i förhållande till bruttonationalprodukten. En sådan utveckling av utgifterna är ohållbar, speciellt i nordiska välfärdssamhällen, där merparten av social- och hälsovårdstjänsterna finansieras med offentliga medel.

För att kunna hantera denna utmaning måste vi förbättra både 1) genomslagskraften (på finska *vaikuttavuus*²) och 2) produktiviteten i vårt servicesystem. Att förbättra genomslagskraften betyder att individen drar större nytta av tjänsterna, till exempel i form av bättre vårdresultat eller att en naturlig försvagning av hälsotillståndet bromsas upp. Förutom att individens livskvalitet förbättras uppstår kostnadsbesparingar, till exempel för att vårdtiden blir kortare, för att han eller hon återvänder till arbetet

1 *Helbetskostnaderna för social- och hälsovården 2015. (Källa: Statistikcentralen)*

2 *På svenska används termen 'effektivitet' både när man avser de finska termerna 'vaikuttavuus' (på engelska 'effectiveness') och 'tehokkuus' (på engelska 'efficiency'). I denna text används 'genomslagskraft' som översättning för 'vaikuttavuus' och 'effektivitet' som översättning för 'tehokkuus'.*



Figur 1. Den nuvarande kostnadsutvecklingen är ohållbar. (Prognos: Nordic Healthcare Group 2015^{1,2})

- 1 Totalutgifterna för hälsovården enligt 2011 års priser (källa: Institutet för hälsa och välfärd, 2010). Här ingår även kostnader för inrättningsvård och läkemedel för äldre och bandikappade. Prognosen för 2020 och 2030 har gjorts av Nordic Healthcare Group och förutsätter att den historiska totaltillväxten på 5,4 procent fortgår. Tillväxten är korrigerad med 2 procents inflation.
- 2 Tillväxstantagande för BNP är 1,4 procent per år och den inflationskorrigerade utgiftsutvecklingen för hälsovården är 3,4 procent per år.

snabbare och mer arbetsför än tidigare eller för att behovet av eventuell fortsatt vård minskar. Produktiviteten, för sin del, innebär att man med hjälp av befintliga resurser producerar mera tjänster (av hög kvalitet), eller att de nuvarande tjänsterna produceras med mindre resurser. Eftersom efterfrågan växer, borde man i praktiken med nuvarande resurser vårda flera patienter eller kunder. Produktiviteten ökar emellertid inte om man gör fel saker. Servicesystemets kostnadseffektivitet blir bättre när vi lyckas utveckla antingen genomslagskraften eller produktiviteten. Målsättningen är naturligtvis att lyckas med båda samtidigt.

I den offentliga debatten om vårdreformen har tyngdpunkten legat på hur och vem som är ansvarig för hur service skall arrangeras. Den politiska debatten om antalet vårdområden och hur de ska indelas har fått speciellt mycket uppmärksamhet. Finansieringskanalerna och finansieringen, valfriheten samt social- och hälsovårdens integration är andra centrala frågor. Med tanke på reformen av servicessystemet är alla dessa viktiga frågor. Man får dock inte glömma att om man inte samtidigt förnyar serviceproduktionen, blir förändringarna mycket små. Även om en effektivt arrangerad social-, hälso- och sjukvård kan anses vara ett slags förutsättning också för att kunna förnya tjänsteproduktionen, sker utvecklingen av servicesystemets genomslagskraft och produktivitet i första hand inom tjänsteproduktionen.

I denna text granskas bakgrunden till kostnadsutvecklingen inom social-, hälso- och sjukvården samt hur kostnaderna fördelar sig mellan olika segment. Den största utvecklingspotentialen finns där större delen av kostnaderna uppstår. I texten diskuteras även hur man kan utveckla genomslagskraften och produktiviteten av tjänsterna inom de dyraste segmenten, för att stävja ökningen av kostnaderna för social- och hälsovården. Målet med texten är att ge läsaren en komprimerad översikt över några av de mest centrala utmaningarna för vårt social- och hälsovårdssystem, ur serviceproduktionens synvinkel.

Utvecklingen av serviceproduktionen betraktas ur tre perspektiv:

1. servicestrukturen: *'att göra rätt saker'*
2. vård- och servicekedjor: *'rätt service för rätt kund i rätt tid'*
3. kvalitet och effektivitet: *'att göra saker rätt'*.

Några exempel på lösningar belyser varje perspektiv. I exemplet betonas service för äldre, eftersom den åldrande befolkningen är en av de mest centrala orsakerna till kostnadsutvecklingen. De principer, som presenteras via de här exemplen, kan dock tillämpas också på många andra servicesegment.

BAKGRUNDEN TILL KOSTNADSUTVECKLINGEN

BAKOM KOSTNADSUTVECKLINGEN FINNS flera faktorer. Förutom att befolkningen åldras stiger anspråksnivån: vi har högre förväntningar än tidigare, både när gäller de tjänster vi upplever oss berättigade till, hur vi bemöts när vi konsumerar tjänsterna samt hur väl servicesystemet klarar av att lösa våra hälsoproblem. Tack vare den medicinska utvecklingen kan man behandla allt flera sjukdomar eller hälsoproblem. Utbudet av vård har alltså ökat, vilket i sin tur skapar nya former av efterfrågan. Ett praktexempel är att utgifterna för läkemedel ökar. Orsaken är att nya, dyra läkemedel kommit ut på marknaden (till exempel individuellt skraddarsydda läkemedel, som riktar in sig på speciella sjukdomar, såsom olika cancermediciner).

Finlands möjligheter att påverka den kostnadsökning, som beror på moderna vårdformer och mediciner, är begränsade. Som välfärdssamhälle vill vi dessutom garantera att våra patienter erbjuds den bästa möjliga vården och de bästa medicinerna, även om de är dyra. Det bästa är således att försöka förebygga att behov för dessa uppstår, eller åtminstone att förebygga att nuvarande hälsoproblem kompliceras utan orsak.

Den viktigaste orsaken till de växande utgifterna för social-, hälso- och sjukvården är dock ändå den åldrande befolkningens ökande behov av hjälp och service. Denna förändring ses i form av en ökad efterfrågan på såväl social- som hälsovårdstjänster. Största delen av denna efterfrågan härstammar från invånare som fyllt 75 år, en grupp som förutspås växa med till och med 92 procent under de närmaste 25 åren (2015–2040). Samtidigt förblir den arbetsföra befolkningen (15–64-åringarna) i stort sett på nuvarande nivå (figur 2). Med andra ord blir de som förvärvsarbetar, det vill säga de som står för merparten av Finlands skatteintäkter, en allt mindre del av befolkningen.

Det är inte bara bristen på pengar som är en utmaning, utan också den begränsade tillgången till arbetskraft. När antalet äldre ökar snabbare än befolkningen i arbetsför ålder blir tillgången till arbetskraft inom vård och omsorg sämre.

Tyvärr är detta inte allt. Som samhälle nöjer vi oss inte enbart med att trygga den nuvarande servicenivån. Trots begränsade resurser vill vi både att kvaliteten på tjänsterna ökar och att servicen blir mer kundorienterad.

Vad skall vi dra för slutsatser av detta? Enbart genom att öka personalen kan vi inte klara av den ökande efterfrågan. Vi behöver nya sätt att arbeta. Innan vi övergår till att behandla hur servicessystemet kunde utvecklas är det dock skäl att granska hur utgifterna för social-, hälso- och sjukvården fördelas mellan olika användare och serviceenheter.

VART TAR PENGARNA VÄGEN?

MERPARTEN AV SOCIAL- och hälsovårdstjänsterna konsumeras av en liten del av befolkningen. Enligt en undersökning som gjorts i Uleåborg (Leskelä et al. 2013), ger 10 procent av befolkningen upphov till 81 procent av kommunernas helhetskostnader för

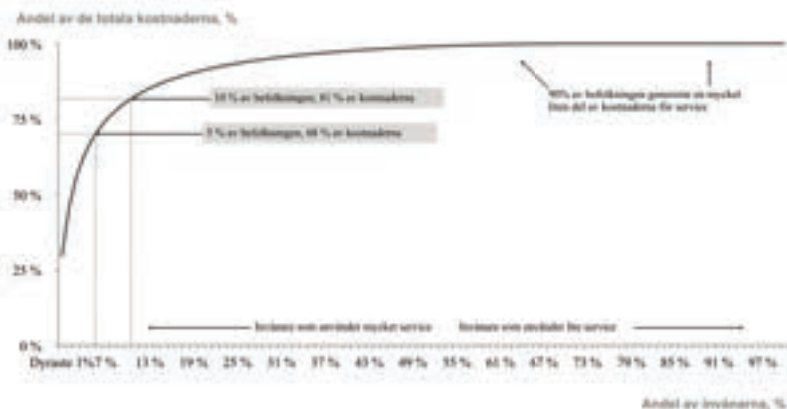


Figur 2. Antalet äldre har förutspått öka med 92 procent fram till år 2040. Befolkningen i arbetsför ålder kvarstår på nuvarande nivå. (Källa: Statistikcentralen: SotkaNet)

social-, hälso- och sjukvården (figur 3). Man har kommit till liknande resultat också på andra orter³ (Kapiainen et al. 2010) och det torde vara på sin plats att tala om ett slags 10/80-procentsregel⁴. Hälften av den dyraste befolkningsgruppen (det vill säga 5 procent av befolkningen) ger i sin tur upphov till 70 procent av kostnaderna. Samtidigt kan vi konstatera att 90 procent av befolkningen genererar endast 20 procent av kostnaderna.

³ *Nordic Healthcare Group:s analyser: Riihimäki-Hausjärvi-Loppi (2014), Borgå (2015)*

⁴ *I senare studier har Nordic Healthcare Group kunnat göra mer detaljerade analyser. Om man förutom kommunernas kostnader inkluderar även Folkpensionsanstaltens och arbetsplatshälsovårdens kostnader sjunker siffrorna något; i dessa senare analyser står storkonsumenterna (10 procent av befolkningen) för 73 procent av kostnaderna (Leskelä et al. 2016).*



Figur 3. 10 procent av befolkningen står för merparten av servicekostnaderna (exemplet från Uleåborg).

Vilka är då dessa storkonsumenter av service? Gemensamt för dem är att de använder flera olika tjänster, ofta är de både gamla och multisjuka. Äldreomsorgens kunder samt de patienter inom sjukvården som behöver dyra behandlingar förorsakar de största kostnaderna.

I Uleåborg visade undersökningen att 38 procent av helhetskostnaderna för den dyraste befolkningsgruppen härstammade från invånare som enbart använt sig av hälsovårdstjänster. De invånare som använt sig av minst en socialvårdstjänst stod dock för 62 procent av kostnaderna. Med tanke på detta är det anmärkningsvärt hur liten uppmärksamhet socialvården fått i debatten om vårdreformen. Ännu verkar ingen riktigt ha någon uppfattning om socialvårdens roll i vårdreformen.

Om vi vill sänka kostnaderna eller dämpa kostnadsutvecklingen inom servicesystemet, finns den största potentialen där den största delen av kostnaderna uppstår, det vill säga bland tjänsterna för storkonsumenter. Därtill borde man försöka förebygga att 90/20-procentsgruppen råkar i det dyraste segmentet.

VI BÖR FÅ ORDNING PÅ SERVICESTRUKTUREN!

I DEN OFFENTLIGA debatten om vårdreformen har man talat mycket om att förnya servicestrukturen. Frågan om självstyrelseområdenas antal, de som skall ansvara för att arrangerandet av social- och hälsovård, har stått i centrum. Personalen fäster dock större uppmärksamhet vid serviceinnehållet än hur vårdsystemet arrangeras. Frågan är vilka tjänster man överhuvudtaget borde erbjuda de olika kundgrupperna. Gör vi rätt saker? Uppnår vi det vi vill med servicen? Är servicen tillräckligt genomslagskraftig? Det är ofta svårt att slå fast hur genomslagskraftig en tjänst egentligen är. På systemnivå innebär genomslagskraft till exempel att behovet av dyrare serviceformer minskar, genom att man i rätt tid erbjuder invånarna rätt sort av lättare stöd.

När servicestrukturen förnyas bör man ta ställning till vilka tjänster man erbjuder samt var och hur man gör det. Hur många jourande akutsjukhus behöver vi till exempel och var ska de finnas? I den offentliga debatten förekommer då och då negativt laddade diskussioner om att stänga sjukhus. Ofta tror man att det är bara ekonomisk press som ligger bakom men i verkligheten spelar också servicenivån en viktig roll. För att producera service av god kvalitet krävs, enligt vissa experter, ett tillräckligt antal upprepningar. Det här är svårt att uppnå om befolkningsunderlaget är litet. Detta motiveras med att vissa ingrepp, såsom operationer (till exempel Katz et al. 2001), är förknippade med mera komplikationer om ingreppet inte upprepas tillräckligt ofta på grund av få patienter.

Att erbjuda högspecialiserade tjänster på många olika ställen innebär också att man upprätthåller en dyr infrastruktur. Som en lösning har man föreslagit en större koncentration av högspecialiserade tjänster, så att befolkningsunderlaget (volymen) skulle vara tillräckligt stort för att upprätthålla en hög specialiseringsnivå. Det förutsätter också att man reformerar närservicen, för att

trygga tillgången till vård. Ett exempel på denna närservice kunde vara att erbjuda vissa former av specialistsjukvård som öppenvård i samarbete med primärvården. Målsättningen skulle vara att man kunde ta hand om allt flera invånares hälsoproblem på ett och samma ställe och på så sätt minska onödig trafik till den mer specialiserade vården.

När det gäller invånare med stort servicebehov är servicestrukturen av speciellt stor betydelse, både för att dämpa vårdutgifterna och med tanke på invånarnas hälsa och välmående. Bland vårdens storkonsumenter utgör äldreomsorgens kunder redan nu det största – och växande – segmentet. En av de mest centrala reformerna inom äldreomsorgen är att den så kallade avvecklingen av inrättningsvården (långvård, bäddavdelningar, anstaltsvård), det vill säga att tyngdpunkten inom äldreomsorgen flyttas från dygnet-runt-vård till hemmet⁵. Bakgrunden till detta är att inrättningsvård anses vara en dyr serviceform som ofta även försvagar åldringarnas funktionsförmåga och välmående.

Trots att avvecklingen av inrättningsvården pågått redan länge, är det skäl att minnas att Finland i en internationell jämförelse fortfarande har många platser inom inrättningsvården. Denna strukturreform handlar därmed inte om att man inte skulle erbjuda omfattande vård och omsorg åt dem som faktiskt behöver den. Målsättningen är att minska onödig användning av inrättningsvård, dels eftersom inrättningsvård ofta inte gagnar kunden och dels för att vi inte har råd med det. Vi måste komma på nya sätt att stöda ett värdigt åldrande.

Hur borde servicestrukturen för äldre människor då förnyas? I stället för inrättningsvård strävar man efter att erbjuda dygnet-runt-vård och -omsorg i form av effektiverat serviceboende. Som serviceform är den mera hemlik och hjälp finns att

5 Enligt äldreomsorgslagen, som trädde i kraft år 2013, borde äldre människor kunna bo hemma så länge som möjligt, vid behov med stöd av hemvård och/eller andra tjänster.

tillgå dygnet runt. De gamla hälsocentralsjukhusen, som erbjöd bäddavdelningar, ändras till rehabiliterande närsjukhus. Åt äldre personer, som fysiskt är i gott skick men som lider av minnesstörningar, har man börjat erbjuda gruppboenden. Som ett nytt led i utvecklingen erbjuder vissa kommuner äldre människor ett mellanting mellan serviceboende och hemvård - åldringarna bor i samma fastighet, men hemvården står för servicen. Korta avstånd mellan kunderna möjliggör att man med befintlig personal kan erbjuda mer vård och omsorg.

Förutom den offentliga servicen, består serviceutbudet i många kommuner av tjänster som erbjuds av privata aktörer och av aktörer inom tredje sektorn. En central fråga är hur vi kunde dra större nytta av de här aktörerna. Många äldre personer skulle ha större nytta av sådana tjänster som inte ens nödvändigtvis ingår i den offentliga servicepaletten. Man har även lagt märke till att vårdpersonalen ibland hellre erbjuder äldre människor service som inte passar, än ingen service alls. I sådana situationer är det mycket viktigt att den som ansvarar för rådgivningen och koordinerar servicen känner till det övriga serviceutbudet i kommunen, för att man ska hitta det stöd som bäst motsvarar kundens behov. I vissa fall kan det rentav vara billigare att köpa en skraddarsydd tjänst som motsvarar den äldres behov av en privat tjänsteproducent, än att ty sig till den offentliga servicen, vars innehåll inte alltid är så lätt att skraddarsy.

Som den internationellt erkände ledarskapsfilosofen Peter Drucker sade en gång tiden: *'det finns ingenting så onödigt som att effektivt göra något som man inte alls borde göra'*. Om kunden erbjuds tjänster som är av fel slag i förhållande till hans eller hennes behov, så är det slöseri med begränsade resurser, oberoende av hur effektivt tjänsten produceras.

SMIDIGA VÅRD- OCH SERVICEKEDJOR

REFORMEN AV SERVICESTRUKTUREN handlar om utbudet av service och hur det arrangeras. När vård- och servicekedjorna förbättras handlar det om att rikta rätt tjänst till rätt kund vid rätt tidpunkt och om fungerande förflyttningar mellan olika serviceformer. Förflyttningarna kan vara av flera slag, till exempel mellan hemmet, primärvården och specialistsjukvården. Fungerande vård- och servicekedjor berör speciellt gruppen av storkonsumenter. Den dyraste 10-procenten av befolkningen har i genomsnitt använt fyra olika former av service (till exempel äldreomsorg, primärvård, specialistsjukvård och så vidare) (Leskelä et al. 2013), medan den övriga befolkningen i genomsnitt har använt ungefär en form av service⁶. Många storkonsumenter torde ändå använda betydligt fler serviceformer. I ett servicesystem där enheter inte kommunicerar med varandra saknas helhetsbilden av eller ansvaret för invånarnas vård. Om invånarna då förflyttas från en serviceform till en annan, riskerar vissa delar av invånarnas servicebehov att förbli obeaktade.

Integrationen av social- och hälsovården är en central del av vårdreformen. Målsättningen är att garantera att kunden erbjuds en smidig helhet, genom att säkerställa ett bättre samarbete dels mellan primär- och specialistsjukvården och dels mellan social- och hälsovården. På så sätt vill man bland annat förhindra att kunderna bollas från ett ställe till ett annat och garantera att vårdpersonalen har tillgång till aktuell och heltäckande information. För tillfället kommunicerar social- och hälsovårdens datasystem inte med varandra. Orsaken är bland annat den i vissa avseenden

6 I Nordic Healthcare Groups senare studier, som beaktar både kommunens, Folkpensionsanstaltens och arbetsplatshälsovårdens kostnader, har storkonsumenterna konstaterats använda i genomsnitt fem former av service, medan den övriga befolkningen i genomsnitt använder två former av service (eftersom arbetsplatshälsovården kommit till) (Leskelä et al. 2016).

något föråldrade datasekretesslagen, som inte tillåter att man sammanför informationen.

Integrationen av social- och hälsovården är en utvecklingsriktning som bör understödjas. Man bör dock observera att integrationen främst berör endast de 10 dyraste procenten av befolkningen, de som använder flera olika serviceformer. Även om gruppen av storkonsumenter spelar en viktig roll, får man inte glömma de resterande 90 procenten av befolkningen, som i praktiken betalar för vårt servicesystem. Om de inte upplever att de får valuta för de pengar de har betalat i skatt, minskar deras intresse för att bära ansvar. Den här gruppen måste därför garanteras en god tillgång till service av hög kvalitet också framöver.

Genom att koncentrera alla social- och hälsovårdstjänster under ett ledarskap (integration) försöker man undvika suboptimering: att man optimerar en del av systemet på bekostnad av en annan. När man inte löser problem med en gång (till exempel bostadslöshet) kan det ge upphov andra kostnader i systemet (inom hälsovårdstjänsterna). Om äldreomsorgen inte kan ta hand om de äldres övergripande behov, kan åldringarna i onödan hänvisas till dyrare vårdformer såsom jour och/eller bäddavdelning.

Integrationen fungerar dock inte utan koordinering. Man lyckas inte med integrationen av organisationer om man inte samtidigt koordinerar både kundernas väg genom servicesystemet och de enskilda tjänsterna.

Hur kunde man då åtgärda problemet? Vi tar ett exempel ur det dyraste segmentet bland storkonsumenterna, det vill säga äldreomsorgen.

Det är väsentligt att kunna identifiera äldres servicebehov i tid. Därtill behövs uppdaterad information om vilka tjänster som står till buds (offentliga, privata och tjänster som produceras av tredje sektorn) så att man vid rätt tidpunkt kan erbjuda tjänster som är skraddarsyddas för de äldres individuella behov. Det låter väl förnuftigt, till och med självklart? I många kommuner är det

ändå en veritabel utmaning att förverkliga detta i praktiken. I ett system där olika enheter inte kommunicerar sinsemellan kan det hända att flera olika instanser, till och med *inom* äldreomsorgen, besöker kunden för att bedöma hans eller hennes behov av stöd. Alltför ofta görs bedömningen endast utgående från det egna utbudet: man erbjuder hellre hemvård än ingenting alls. Därför kan det hända att service ges till fel kunder eller att man inte kan avstå från servicen när kundens behov minskar eller förändras. Det är också vanligt att det finns överlappningar och blinda fläckar i den service som kunden får.

Som en lösning på denna mångfasetterade utmaning har man i allt flera kommuner planerat att koncentrera rådgivning och koordination av tjänster för äldre till en separat enhet⁷. Avsikten med den här verksamhetsmodellen är att garantera att man kan skraddarsy tjänsterna så att de motsvarar den enskilda kundens behov. Målet är även att säkerställa att rådgivning, utredning av servicebehov samt vård- och serviceplaner håller en jämn kvalitet.

Övning ger färdighet. Förmågan att göra bedömningar förbättras om bedömningarna är handläggarens huvudsyssla och inte endast en i raden av många uppgifter. Ju fler som bedömer behovet av vård, desto flera tolkningar av kommunens eller vårdområdets vårdkriterier. Den som koordinerar servicen vid sidan av andra arbetsuppgifter har dessutom svårare att hålla sig a jour med kommunens serviceutbud. En annan målsättning är att koncentrera ansvaret för storkonsumenternas service till en så kallad personlig servicehandledare, som koordinerar kundens samtliga tjänster och behov, oberoende av var i servicesystemet denna befinner sig.

7 Exempel på kommuner och samkommuner som tagit eller avser ta i bruk en dylik verksamhetsmodell är bland andra: Vanda, Tavastehus, Labtis, Heinola, Borgå, Esbo, Jyväskylä, Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymä och Södra Karelen social- och hälsodistrikt (Eksote).

Resultaten har varit synnerligen lovande. Till exempel har antalet nya kunder som styrts till hemvården minskat: man har utnyttjat kommunens servicenät och man har kunnat styra kunderna till serviceformer som bättre motsvarar deras behov. Till nya kunder inom hemvården har man kunnat erbjuda service som bättre motsvarar deras behov och varje instans har inte längre var för sig behövt bedöma kundens behov av service.

Ett annat exempel på smidigare vård och servicekedjor, som uppmärksammats också i media, är *Höftexpressen*. Denna verksamhetsmodell togs i bruk i Esbo år 2011 och målsättningen är att garantera att patienter med lårbensfraktur snabbt kan skrivas ut, i ett mer funktionsdugligt och nöjdare tillstånd än tidigare. Man går igenom rehabiliteringsplanerna redan före operationen. Man kommer snabbare till operation och operationsmetoden har ändrats så att den stöder rehabiliteringen och efter operationen börjar man rehabilitera patienten i ett klart tidigare skede. När man får specialistsjukvården, primärvården och rehabiliteringen att fungera optimalt tillsammans, utan att man stöter på gränshinder mellan yrkesgrupper och organisationer, kan man förkorta vårdtiderna markant. Eftersom vårddygnet är dyra, medför redan detta betydande kostnadsinbesparingar. Betydligt större kostnadsinbesparingar uppnås dock genom att äldre personer som utsatts för lårbensfrakturer löper mindre risk att hospitaliseras när liggdagarna blir färre.

Inom specialistsjukvården har man försökt förbättra vårdkedjorna genom att bygga nya enheter kring typiska syndrom. Specialistsjukvården har traditionellt organiserats enligt specialiteter, bland annat för att uppnå koncentrerad kompetens och effektiv verksamhet. En sådan organisationsmodell fungerar bra när patienten har endast ett, tämligen noggrant definierat, hälsoproblem. Modellen fungerar dock sämre om det handlar om multisjuka patienter eller mer diffusa syndrom (till exempel migrän), där diagnostisering och vård kan kräva insatser från

flera olika specialiteter. Om syndromet är tillräckligt allmänt, kan det vara klokt att ordna verksamheten kring syndromet så, att patienter snabbt kan få både diagnos och vård på samma ställe, inom en kortare tid.

TJÄNSTERNAS EFFEKTIVITET OCH KVALITET

HITTILLS HAR VI granskat serviceutbudet (att göra rätt saker) och smidiga övergångar mellan olika serviceformer inom servicesystemet (rätt service för rätt kund i rätt tid). Nu övergår vi till att syna utvecklingen av effektivitet och kvalitet för enskilda tjänster. Det handlar alltså om att göra de redan tidigare definierade *'rätta sakerna'* både smidigt, kostnadseffektivt och kundorienterat (att göra saker rätt). Det här förutsätter att man kan använda de begränsade resurserna både flexibelt och till fullo, för att producera de önskade tjänsterna.

Här diskuteras i första hand effektivitet, för om effektiviteten ökar på bekostnad av kvaliteten leder det i praktiken ofta till att produktiviteten försämras (produktivitet = avkastning/insats, till exempel förhållandet mellan antalet patienter som fått vård och resurserna som använts för detta): dålig kvalitet leder till att patienterna återvänder för upprepad vård och till att systemet belastas med korrigerande åtgärder i onödan.

I internationell jämförelse betraktas det finländska social- och hälsovårdssystemet som tämligen ineffektivt. Enligt en studie kommer det finländska systemet på femte plats bland OECD-länderna (Kinnunen et al. 2014) när det gäller antalet anställda per invånare. Tyvärr kan vårdresultaten ändå knappast anses vara bättre än i de övriga OECD-länderna i genomsnitt. I samma undersökning konstateras också att de centraleuropeiska sjukhusen är cirka 20–30 procent mer effektiva.

De flesta kommuner kämpar med stigande kostnader för specialistsjukvården. Som tidigare sades, beror specialistsjukvårdens

stigande kostnader delvis på att den tillbudsstående vården ökar och blir dyrare. Även om det är svårt att påverka detta, kan vi i alla fall avlägsna ineffektivitet inom tjänsteproduktionen.

Hur ska vi då gå tillväga för att effektivisera olika tjänster? Svaret beror på vilken verksamhetslogik servicen följer. I den processororienterade sjukhusvärlden där patienten genomgår skede efter skede och ofta vårdas av olika professioner i varje skede, är det i första hand fråga om att förbättra patientflödet. Med patientflöde avses att patienterna rör sig snabbare genom vårdprocessen och att vårdtiden därigenom förkortas. Kortare vårdtider betyder lägre vårdkostnader. I sjukhusvärlden innebär kortare vårdtider också att mängden vårdrelaterade infektioner minskar och då minskar också behovet av infektionsrelaterad tilläggsvård. Risken att bli utsatt för olika sjukhusrelaterade infektioner ökar ju längre tid patienten tillbringar på sjukhuset.

Vårdtider kan förkortas bland annat genom att minska 1) onödiga steg i processer (till exempel medicinskt sett onödiga undersökningar), 2) upprepade undersökningar och återbesök som beror på dålig kvalitet 3) onödigt väntande mellan olika skeden samt 4) fördröjningar i utskrivning eller vid förflyttning till fortsatt vård. Kortare vårdtider innebär att sjukhuset kan sköta flera patienter med nuvarande resurser (kapaciteten ökar), eftersom de resurser (vårdpersonal, sjukbäddar och så vidare) som varit bundna till vården av patienterna frigörs för nya patienter i ett tidigare skede. Det här innebär samtidigt att tillgängligheten till vård förbättras, det vill säga kortare väntetider och snabbare tillgång till vård, vilket förbättrar kundtillfredsställelsen. När människor i arbetsför ålder fortare kan återvända till sitt arbete växer bruttonationalprodukten och arbetsgivarens kostnader minskar.

Flödeseffektivitet är inte samma sak som resurseffektivitet, som betyder att varje resurs utnyttjas till 100 procent. I praktiken leder en alltför hög resurseffektivitet ofta till att flödeseffekti-

viteten försvagas, alltså till att vårdtiderna förlängs och därmed också till att verksamhetens produktivitet försvagas. Det beror på olika statistiska fenomen⁸ som även förekommer inom flera andra branscher. Tillsammans leder de till att det bildas köer av patienter mellan olika skeden i processen. Det här förlänger väntetiderna inom processen och därmed hela vårdtiden. Men även om flödeseffektiviteten bör prioriteras, får man under inga omständigheter glömma resurseffektiviteten. Målet är dock inte att arbeta hårdare, utan smartare.

För att effektivera och utveckla kvaliteten i den processcentrerade sjukhusvärlden har man ute i världen med framgång tillämpat produktionsekonomiska metoder för kontinuerlig utveckling, såsom *Theory of Constraints* och *Lean*. Enligt somliga ligger Finland tyvärr flera decennier efter andra utvecklade länder, när det gäller att tillämpa dessa metoder och de lösningar de har gett upphov till.

Hemvård för äldre är en annan verksamhetsmiljö som inte följer samma verksamhetslogik som den processcentrerade sjukhusvärlden, som byggts upp kring en enda fysisk verksamhetspunkt. Hemvården är en form av omsorg, där vården typiskt sett inte slutar med att patienten tillfrisknar. Därtill är hemvården en form av fältarbete, där vårdaren regelbundet besöker olika kunder på ett geografiskt utspritt område, men där kunden inte förflyttar sig mellan olika skeden av processen förrän han eller hon överförs till en annan serviceform. I en sådan miljö är flödeseffektiviteten inte relevant, åtminstone i traditionell bemärkelse. När man skall effektivera denna typ av verksamhetsmiljö koncentrerar man sig i stället i första hand på att förbättra resurseffektiviteten, det vill säga på att använda personalen till fullo och flexibelt.

8 Läs gärna: Alex Knight (2014): Pride and Joy, Never Say I Know, UK (enligt min uppfattning av de böcker som bäst beskriver traditionell verksamhetsstyrning, ledningsutmaningar samt lösningar i sjukhusmiljö).

Den vanligaste utmaningen inom hemvården är kronisk underbemanning; underbemanning förekommer oberoende av enhetens resursering. Ännu för några år sedan var underresurserade offentliga vårdenheter påfallande sällsynta. På grund av snabbt ökande efterfrågan och begränsade resurser håller situationen nu på att förändras.

Inom hemvården består utmaningen av en sällsynt komplex planering i kombination med gammalmodiga verksamhetsprinciper. Också när en hemvårdsenhet har mer än tillräckligt med anställda, råder det nästan alltid underbemanning på något geografiskt område; fel antal vårdare är på fel plats vid fel tidpunkt. Inom hemvårdsenheten bygger resurseringen av olika lokala team, ansvariga för ett visst område, på tanken om en fast dimensionering; tanken är att teamet borde ha en viss mängd vårdare i varje skift. I praktiken varierar både sjukfrånvaron bland vårdarna (och därmed utbudet) och kundernas behov (efterfrågan) dagligen. Följden är att antalet vårdare på team-nivån ibland är för få och ibland för många, i förhållande till kundernas dagliga behov. Det har visat sig vara svårt att allokera vårdare till de områden där behovet är större.

För att lösa de här problemen har man under de senaste åren börjat ta i bruk system för verksamhetsstyrning som stöder en optimal planering av verksamheten samt en centraliserad resursspool, med vars hjälp man dagligen kan styra en del av vårdarna dit behovet är störst (Groop 2014).

Också teknologin ger nya möjligheter att effektivisera verksamhet och här utgör digitaliseringen av tjänster en av de viktigaste av dessa möjligheter. Kunderna kan sköta sina ärenden på distans, när det passar dem bäst, vilket bland annat minskar köbildningen på sjukhusen. I Sverige är det få patienter som besöker jousen utan att först ringa ett nationellt rådgivningsnummer. Det här gör det möjligt att delvis kontrollera efterfrågan: det är färre sådana fall som inte behöver jousen, som kommer

dit. I Finland är situationen tyvärr den motsatta. Här är det fortfarande sällsynt att patienten kontaktat juren, innan han eller hon kommer dit.

SAMMANDRAG

- Cirka 10 procent av befolkningen genererar 80 procent av de totala social- och hälsovårdskostnaderna. Den 5 procent av befolkningen som utgör de största konsumenterna av tjänster genererar 70 procent av helhetskostnaderna.
- De invånare som beviljats socialservice orsakar mera kostnader än de invånare som endast använder sig av hälso- och sjukvårdstjänster. Kunderna inom äldreomsorgen utgör det dyraste segmentet.
- Storkonsumenterna av social- och hälsovårdstjänster använder i genomsnitt fyra olika former av tjänster, medan den övriga befolkningen i medeltal utnyttjar endast en form av service. Vårt servicesystem, där olika delar kommunicerar dåligt med varandra, är illa anpassat för storkonsumenternas behov.
- Det är viktigt att utveckla genomslagskraften och produktiviteten inom serviceproduktionen, ty när befolkningen åldras ökar kostnadstrycket samtidigt som tillgången till arbetskraft minskar. Vårdreformen skapar delvis förutsättningar för att utveckla effektiviteten och produktiviteten, men förändringarna blir mycket små om inte också tjänsteproduktionen förnyas.
- Man kan dela in utvecklingen av tjänsteproduktionen i tre perspektiv, som kompletterar varandra: 1) servicestrukturen (att göra rätt saker), 2) flexibla vård- och servicekedjor samt 3) effektivitet och kvalitet (att göra sakerna på rätt sätt). Betydelsen av dessa kan variera beroende på vilken del av servicesystemet man granskar.
- När man förnyar servicestrukturen tar man ställning till service-

utbudet. Vilka tjänster borde man erbjuda olika invånargrupper, var och hur?

- Att förbättra vård- och servicekedjor handlar om att kunna rikta serviceutbudet till rätt kund vid rätt tidpunkt samt om att förflyttningarna mellan serviceformerna sker smidigt.
- När effektiviteten för en enskild tjänst eller organisation utvecklas handlar frågan om hur stora personal- och andra resurser man behöver för att producera högklassiga tjänster.
- För socialvården (inklusive äldreomsorgen) är servicestrukturens ändamålsenlighet (serviceutbudet), det att individen får individuellt anpassad service vid rätt tidpunkt samt smidiga förflyttningar mellan olika vårdinstanser, av största vikt.
- När det gäller hälsovårdens storkonsumenter kan det i många fall vara svårare att påverka efterfrågan. Den största potentialen torde finnas i att förhindra att de befintliga hälsoproblemen kompliceras i onödan samt i att utveckla patientflöden: att effektivera produktionen av enskilda tjänster och göra vårdkedjorna mer flexibla.

REFERENSER:

Groop J (2014): *Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään?*, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Kapiainen S, Seppälä TT, Häkkinen U, Lauharanta J m.fl. (2010): *Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat*, THL Avauksia 3/2010, Helsinki

Katz, J.N., Losina, E., Barrett, J., Phillips, C.B., Mahomed, N.N., Lew, R.A., Guadagnoli, E., Harris, W.H., Poss, R. & J.A. Baron (2001): *Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the united states medicare population**, J. Bone Jt. Surg. 83, 1622–1629

Kinnunen P, Malmi T & E Vauramo E (2014): *Sisältöä sote-uudistukseen*, Kunnallisan kehittämissäatiö, Helsinki

Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli S-L & K Ylitalo-Katajisto (2013): *Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asukkaat Oulussa*, Suomen Lääkärilehti 48/2013

Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Mikkola H, Ahola E, Pikkujämsä S, Olli S-L, Haverinen A, Ylitalo-Katajisto K & E Huurre (2016): *Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa*, Suomen Lääkärilehti 11/2016

VÅRDREFORMEN UR SPECIALSJUKVÅRDENS SYNVINKEL

GÖRAN HONGA

I. REFORMBEHOV

REFORMEN AV HÄLSO- och sjukvården har varit på agendan i Finland sedan början av 2000-talet. Behovet har främst motiverats med ökade skillnader i hälsotillstånd mellan olika socio-ekonomiska grupper, dåligt fungerande vårdkedjor, tillgång till primärvård, långa väntetider och köer till specialsjukvård samt en ökning av kostnaderna. Specialsjukvårdens kostnader och växande andel av totalkostnaderna har utpekats som orsaken till att socialens och primärvårdens verksamhet inte har kunnat utvecklas enligt behov.

2. SPECIALSJUKVÅRDENS LÄGE I DAG

DEN LAGSTADGADE SPECIALSJUKVÅRDEN sköts i dag av 20 sjukvårdsdistrikt med ett eller flera sjukhus per distrikt. Befolkningsmässigt är Östra-Savolax det minsta distriktet med 44.051 invånare och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt det största med 1 599 390 invånare. Totalt var kostnaden år 2014 för specialsjukvården 7 miljarder euro och 4 miljarder euro för primärvården. Eftersom arbets- och kostnadsfördelningen mellan primär- och specialsjukvården varierar mellan sjukvårdsdistrikten kan enbart den sammanlagda kostnaden på 11 miljarder euro jämföras med andra länder.

Enligt OECD:s statistik¹ utgjorde hälso- och sjukvårdens kostnadsandel av BNP år 2013 8,6 procent i Finland. Motsvarande andel var i Sverige 11,0 procent, i Norge 8,9 procent, i Danmark 10,4 procent och i England 8,5 procent. Om man ser på de reella köpkraftskorrigerade kostnaderna i dollar per invånare år 2013 var utgifterna i Norge \$ 5 862, Sverige \$ 4904, Danmark \$ 4 553, England \$ 3 235 och Finland \$ 3 442. Hälso- och sjukvårdens kostnader i Finland är låga jämfört med de flesta europeiska länder och utgifternas andel av BNP är också låg. I detta sammanhang bör man beakta att vi använder samma mediciner och apparater till samma kostnadsnivå som andra utvecklade länder.

Kommunernas utgifter för hela social- och hälsovårdssektorn var år 2013 i snitt 3 208 euro per invånare varav socialsektorns kostnader var 1 378 euro samt hälso- och sjukvårdens 1 830 euro. Specialsjukvårdens kostnader varierade mellan 872-1 740 euro per invånare, medeltalet låg på 1 139 euro. Specialsjukvårdens andel var således 35,5 procent av kommunernas totala kostnader inom social-, hälso- och sjukvården.

Statistiken för år 2012² visar att inom specialsjukvården användes 4.591.426 bäddvård dagar inom 791.751 vårdperioder det vill säga 846 vård dagar per 1 000 invånare, vilket är bra i linje med övriga nordiska länder. Det största vårdbehovet finns i ålderskategorin 65-74-åringar. Som jämförelse kan man se att åldersgruppen 40-44-åringar använder 92 vård dagar per 1 000 invånare i gruppen medan 70-74-åringarna använder 293 vård dagar och 80-84-åringarna 433 vård dagar. Specialsjukvårdens tyngdpunkt ligger i vården av de äldre.

Inom den öppna vården det vill säga besök vid akutmotagningar och polikliniker hade specialsjukvården år 2012 8 354

¹ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

² THL Hilmo-registret:

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/sairaaloiden-toiminta-ja-tuot-tavuus/raportointi/tietokannat>

398 besök, hälsovårdscentralerna 11 327 918 och privata läkare samt arbetshälsovården 7 355 309 besök. I genomsnitt gjorde finländarna 1,5 besök till sjukhusmottagningar och 2,0 besök till hälsovårdscentralerna. I öppenvården gjorde åldersgruppen 40-44 år 1 341 besök per 1 000 invånare i gruppen till specialsjukvården medan åldersgruppen 70-74 år gjorde 2 417 besök.

3. PROBLEMEN INOM SPECIALSJUKVÅRDEN

SPECIALSJUKVÅRDENS STÖRSTA PROBLEM under de gångna åren har varit tillgången till vård som har synts i de långa köerna och väntetiderna om man ser på saken från befolkningens synvinkel. Orsakerna till köerna är mångfacetterade innefattande bland annat brist på läkare på mindre sjukhus, dåligt fungerande vårdkedjor och främst en ökad efterfrågan på elektiva, på förhand inplanerade, åtgärder. Med införandet av vårdgarantin har kapaciteten ökat och väntetiderna hålls generellt inom vårdgarantins tidsgränser. Det är skäl att notera att specialsjukvården alltid gör en prioritering av patienter. Patienter med en akut medicinsk åkomma åtgärdas alltid först och de icke brådskande får vänta. Med införandet av vårdgarantin reserveras kapacitet både för akuta fall och icke brådskande elektiva fall.

Kommunerna har klagat på specialsjukvårdens stigande kostnader som inskränker satsningar på övriga behov inom social- och hälsovården. Det andra problemet för kommunerna har varit oförutsägbarheten i specialsjukvårdens fakturering eftersom systemet bygger på betalning enligt användning och variationerna i sjuklighet i en liten kommun kan vara betydande mellan olika år.

Den statliga synen har främst lyft fram ojämlikheten i hela den social- och hälsopolitiska sektorn mellan olika socioekonomiska grupper samt en stigande kostnadsnivå där tillväxttakten är betydligt snabbare än den nationalekonomiska tillväxten och inkomsterna. Specialsjukvården har här också lyfts fram som en problemfaktor.

4. SPECIALSJUKVÅRDENS ROLL OCH UTVECKLING

SJUKVÅRDSDISTRIKTEN HAR I dag till uppgift att sköta den specialiserade sjukvården enligt två lagar.

Lagen om den specialiserade sjukvården (1062/1989) 3§ säger: *'Den kommun som enligt lagen om hemkommun (201/1994) är en persons hemkommun ska sörja för att personen får behövlig specialiserad sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. För ordnande av specialiserad sjukvård i enlighet med denna förpliktelse ska kommunen höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.'*

Hälso- och sjukvårdslagens (1326/2010) 3§ moment 3 och 4 definierar sjukvård enligt följande: *'3) specialiserad sjukvård - hälso- och sjukvårdstjänster inom medicinska och odontologiska verksamhetsområden som hänför sig till förebyggande, undersökning, vård och behandling av sjukdomar, prehospital akutsjukvård, jour och medicinsk rehabilitering; 4) högspecialiserad sjukvård - sjukvård som på grund av sjukdomarnas sällsynthet, den specialiserade sjukvårdens krävande natur eller de särskilda krav som den specialiserade sjukvården ställer har fastställts som sådan sjukvård genom förordning av statsrådet'.*

Patienterna kommer till specialsjukvården antingen akut eller via remiss. Över hälften av patienterna, som kommer in för bäddvård, kommer som akutfall.

Hälso- och sjukvårdslagen ger patienten rätt att välja vårdande enhet. Eftersom en stor del kommer in som akutfall är valfriheten inte så relevant utan patienten söker sig till närmaste sjukhus också i granndistrikten om hemmet befinner sig mellan två sjukhus. Valfriheten utnyttjas mest inom specialsjukvården i elektiva åtgärder varav vissa kirurgiska ingrepp är mest förekommande. Typexempel är ledprotesoperationer i höft och knä.

Den snabba utvecklingen inom medicinsk teknik och mediciner har gjort att vårdmöjligheterna har ökat inom alla sjukdomar. Samtidigt har de diagnostiska metoderna utökats och förbättrats så att sjukdomarna kan hittas och åtgärdas. Parallellt

med de ökade vårdmöjligheterna har specialiseringen inom läkarvetenskapen drivits vidare så att man i Finland nu upprätthåller 50 olika medicinska specialiteter. De allmänmedicinska läkarnas roll har minskat på sjukhusen och de högspecialiserade läkarnas roll har ökat. Medicinskt har utvecklingen varit bra för patienterna men indelningen av den medicinska kunskapen i smala sektorer har gjort att tillgången till läkare på små sjukhus har varit dålig gällande mera sällsynta sjukdomar. Utvecklingen under de senaste 15 åren syns i en avveckling av kretssjukhusen och en förskjutning av produktionen till centralsjukhusen samtidigt som den mera avancerade vården och de små specialiteterna sköts av universitetssjukhusen.

Vårdmetodernas förändring har gjort att en allt större del av vården kan göras polikliniskt inom den öppna vården och inom dagkirurgin. Antalet bäddar på centralsjukhusen minskar och för de sjukdomar och åtgärder där behovet av bäddvård föreligger blir vårdtiden kortare. På Vasa centralsjukhus underskrider medelvårdtiden inom bäddvården nu 3 dygn också när patientens åkomma är mera krävande.

Effektiverings- och sparkraven har lett till att sjukhusen strävar efter korta vårdtider och fungerande vårdkedjor. Trycket på primärvårdens enheter och hemsjukvården i kommunerna har därmed ökat eftersom avancerad eftervård och rehabilitering ofta behövs efter utskrivning från sjukhusen. Idag finns inte de resurserna på hälsovårdscentralerna. Samtidigt förutsätts läkarna på dessa enheter kunna alla medicinska specialiteter på djupet, från hjärtsjukdomar till avancerad palliativ vård och geriatrisk vård.

Social- och hälsovårdsministeriet har via en jourförordning (om grunderna för brådskaande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden 782/2014) lyft fram kravet på kvalitet inom vården, genom att ange kriterier för antal åtgärder och bemanning för jourande sjukhus. Kravet är att ett jourande sjukhus skall ha dubbel jour inom kirurgi, trauma- och

mjukdelskirurgi, jour inom inre medicin, anestesi och intensivvård samt för förlossningar barnläkare. Förutom dessa finns jourfunktioner inom många andra specialiteter. Av de centrala stora folksjukdomarna har hjärtjouren en stor roll, där till exempel tidsfönstret vid en STEMI- hjärtinfarkt är 2 timmar från alarm till en kardiologisk åtgärd, vanligen en ballongdilatation och stentning. Jourfunktionerna har blivit en tröskel för upprätthållande av specialsjukvård utanför universitetssjukhusorterna. Kollektivavtalet för läkarna begränsar antalet jourer till 6 stycken per månad. Det betyder att en jourande specialitet bör ha ca 10 läkare för klara kravet. Dessa läkare bör ha normal verksamhet de tider de inte jourar. Patientmängden och upptagningsområdets befolkningens mängd blir då avgörande för en ekonomiskt försvarbar verksamhet samtidigt som tillgängligheten och avstånden till de jourande sjukhusen beaktas.

5. REGERINGENS REFORM AV SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

STATSMINISTER JUHA SIPILÄS regering har i sitt program aviserat genomförandet av en reform av hela social-, hälso- och sjukvårdens struktur. Programmet bygger på 3 centrala pelare:

- En total integrering av social-, hälso- och sjukvården till samma regionala upprätthållare.
- UPPGIFTERNA TAS bort från kommunerna och överförs på nya regionala självstyrande områden (landskapen).
- SYFTET MED integrationen är att förbättra patientens ställning och att stävja kostnadsutvecklingen så att kostnaderna på årsnivå är 3 miljarder euro mindre fram till 2030. Det betyder att kostnadsökningen i medeltal får vara 0,9 procent per år när den nu i snitt har varit ca 2,8 procent.

Regeringen har senare beslutit att finansieringen av social-, hälso- och sjukvården sköts av staten. I initialskedet får områdena ingen självständig beskattningsrätt men också det alternativet

utreds. Lite senare beslöts att antalet självstyrande områden blir 18 till antalet, i praktiken de nuvarande landskapen. Dessutom beslöt man att bara 12 områden skulle ha rätt att upprätthålla sjukhus med full jour, de övriga skulle bara ha rätt till en begränsad jour. Regeringens beslut innehöll också en klausul om att patientens valfrihet skulle ökas och den privata samt tredje sektorns roll som producenter av service skulle växa.

6. SYNPKUNKTER PÅ REGERINGENS FÖRSLAG UR SPECIALSJUKVÅRDENS SYNVINKEL

ANTALET OMRÅDEN ÄR AV avgörande betydelse för hur hela social- och hälsovårdssektorn kan organiseras. Det nuvarande systemet där social- och primärvården organiseras i kommunernas regi med stark lokal anknytning har stor betydelse för hur integreringen med kommunens andra sektorer lyckas och hur stor effekt de förebyggande åtgärderna får. Specialsjukvårdens kostnader och behov kan enbart stävas med förebyggande åtgärder och lokala interventioner. Speciellt viktigt är det för patienter med kroniska sjukdomar där specialsjukvård utnyttjas i stor utsträckning. Förslaget att de nuvarande landskapen utgör grunden för de självstyrande områdena är acceptabelt om inte kommunerna kan tillåtas ha uppgifter inom socialektorn.

Landstingsmodellen i Sverige är ett alternativ att undersöka, gällande delar av social- och primärvården. Systemet har visat sig fungera bra.

Regeringens förslag om 18 social- och hälsovårdsområden, varav bara 12 skulle få ha fullständigt jourande sjukhus, har ingen grund i fakta och sakliga motiveringar för detta saknas. Relationen mellan 'jourområden' och övriga områden blir komplicerad. Grundantagandet i förslaget - att storleken ger mindre kostnader - är konstruerat. De få forskningsresultat i ämnet som finns, visar att de mest kostnadseffektiva sjukhusen har cirka

200 – 300 bäddplatser. Större sjukhus har större kostnader men kvaliteten är lite bättre, troligen mest på grund av tillgång till läkare i universitetsmiljö. Eftersom staten kan styra verksamheten via reglering av finansieringen och därmed också styra arbetsfördelningen mellan sjukhusen, finns det inte belägg för att klassificera sjukhus i olika regioner olika. På grund av långa avstånd och patientsäkerhet behöver Finland flera än 12 jourande sjukhus, i de verksamheter som avses i jourförordningen. Enligt dagens system torde en minimigräns för befolkningens mängd och ekonomisk bärkraft ligga kring 100.000 invånare, för alla klara jourfunktionerna på en acceptabel nivå.

Det mest rationella i regeringens förslag skulle därmed vara att 18 landskap tar hand om hela social- och hälsovårdssektorns uppgifter.

Ur ett språkligt perspektiv är reform- och områdesindelningsförslaget försämrande i och med att anordnandeansvaret fräntas kommunerna. Indelningen i större områden betyder att de svenskspråkiga möjligheter att delta i och påverka beslutsfattandet försämras i alla kommuner, förutom de österbottniska kommunerna, där landskapsindelningen som grund tryggar möjligheterna. I Nyland, Egentliga Finland och Mellersta Österbotten måste systemet byggas så att det finns servicepunkter med full svenskspråkig service. Tillgången till acceptabel svenskspråkig specialistservice kan i dag tryggas bara på Vasa centralsjukhus. Lagberedningen gällande det nya systemet måste innehålla stadganden gällande svenskspråkig specialistservice inom alla tvåspråkiga områden, inom ramen för anordnandeansvaret. Patientens fria rätt att välja vårdande enhet samt möjligheten att upphandla service på svenska kan delvis hjälpa upp situationen.

Regeringens ekonomiska målsättningar i reformförslaget verkar vara fiskalt betingade utan reella kalkyler. Sjukvårdsdistrikten har tillsammans med Aalto-universitetet gjort beräkningar och scenarier över hur social-, hälso- och sjukvården kunde effek-

tiveras och hur stor sparpotentialet är i olika modeller. De mest radikala beräkningarna visar att sparpotentialet i verksamheten totalt ligger mellan 1,5 – 2,5 miljarder euro men förändringsbehovet inom boende och vård är så stort att det inte kan genomföras inom regeringens tidsram. Medel för investeringarna för förändringens genomförande finns inte heller anvisade i förslagen.

FPA, SITRA och Uleåborgs stad³ genomförde i Uleåborg en undersökning av hela befolkningens användning av tjänster inom social-, hälso- och sjukvården samt relaterade kostnader innefattande FPA-ersättningar för privata tjänster och mediciner. Undersökningen visade att 10 procent av befolkningen använder närmare 80 procent av resurserna och kostnaderna. Därför bör korrigerande åtgärder i systemet främst riktas mot dessa specialgrupper så att en större effektivitet nås. Klientens fria valmöjligheter och en eventuell konkurrens i vården har bara en marginell effekt på de totala kostnaderna.

En sänkning av specialistsjukvårdens kostnader kan enbart uppnås med bättre förebyggande arbete och hantering av kroniska sjukdomar i primärvården. Den medicinska teknikens och medicinernas utveckling fortsätter med högre kostnader och bättre vårdresultat som följd. Med en åldrande befolkning och högre medellivslängd behövs åtgärderna fortfarande, men i ett senare skede i livet.

7. SLUTSATSER

REGERINGENS FÖRSLAG ATT lösgöra hela social-, hälso- och sjukvården från kommunerna har en stor inverkan på den lokala servicen och kopplingen till förebyggande arbete inom kommunens

³ http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskyla/wwwstructure/74944_Komssi_Monikaavarahoitus_Peurunka2.pdf

andra sektorer. Specialsjukvårdens sparmöjligheter avgörs av hur bra det förebyggande arbetet lyckas. Den svenska landstingsmodellen är att föredra som strukturmodell, där integreringens fördelar kan beaktas. Sverige har bibehållit social- och åldringsvårdens samt en del av primärvårdens uppgifter i kommunerna och hänfört skötseln av sjukdomar inom primärvård och specialiserad sjukvård till landstingen. Det fria vårdalet i Sverige gäller primärvården där också privata aktörer kan fungera som producenter. Finansieringen kommer via landstingen.

Områdesindelningen och uteslutandet av kommunerna kan ha förödande konsekvenser för den språkliga servicen. Patientens fria val att välja vårdande enhet och möjligheterna att upphandla tjänster på språklig grund ger en möjlighet att trygga servicen. Stadganden om detta bör skrivas in i lagförslaget.

De ekonomiska målsättningarna är överdimensionerade och sparpotentialen hittas inte enbart i strukturerna, utan sparåtgärderna kommer att drabba också de socioekonomiskt mest utsatta grupperna, i form minskade ekonomiska överföringar och stöd. Patientens fria val att välja vårdande enhet kommer inte att få någon större ekonomisk betydelse men kan förbättra tillgängligheten.

Specialsjukvårdens kostnader kommer inte att nämnvärt att sjunka, på grund av den åldrande befolkningen, ökad efterfrågan och nya dyra vårdmöjligheter. Internationellt sett är den finska sjukvården effektiv och billig. Användningen av samma metoder, samma apparater och mediciner kan inte i Finland vara avsevärt billigare än i andra länder.

TA KÖRSBÄREN, GLÖM KRUSBÄREN: VILKA SVENSKA ERFARENHETER KAN TILLÄMPAS I SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSREFORMEN?

MATS BROMMELS

I. INLEDNING

DE FINLÄNDSKA OCH svenska välfärdssystemen stöder sig på samma principer, men de uppvisar tydliga strukturella skillnader. De viktigaste är att den offentliga förvaltningen har tre nivåer och att mellannivån – landstingen - har ansvar för hälso- och sjukvården. Till följd av det senare har Sverige inte ett nationellt hälsovårdssystem, utan 21 olika modeller för hur hälso- och sjukvården organiseras. De svenska landstingen har följt med den internationella utvecklingen och prövat utländska modeller, speciellt sedan början av 1990-talet. Därför har man i Sverige förverkligat flera reformer inriktade på verksamhets-, organisations och finansieringsformer. I den här översikten granskar jag erfarenheterna av dem. De kan naturligtvis inte appliceras som sådana på finländska förhållanden, på grund av skillnaderna i social- och hälsovårdssystemen i de två länderna.

Översikten har fyra delar. Först beskriver jag kort principerna för att organisera social- och hälso- och sjukvården i Sverige och hur de skiljer sig från det finländska systemet. Därefter presenterar jag de reformer och experiment som är intressanta ur ett finländskt perspektiv. För det tredje återger jag ett sammandrag av den aktuella diskussionen om välfärdstjänsternas framtida finansiering. Avslutningsvis resonerar jag kring möjligheterna att utnyttja de iakttagelser, som man gjort i Sverige, i den finländska diskussionen om finansieringen och finansieringsmodellerna för social-, hälso- och sjukvården.

Som källor använder jag forskningsrapporter och utredningar samt iakttagelser som min egen forskargrupp gjort i delvis opublicerade projekt. Jag uppger inte några källreferenser, men jag har sammanställt en litteraturförteckning som bilaga till översikten. Våra egna forskningsresultat markerar jag skilt från den övriga litteraturen.

1.2. DE SVENSKA SYSTEMEN

I SVERIGE RÄKNAS skola, vård och omsorg till välfärdstjänsterna. I finansieringen av dem deltar fyra myndigheter. Landstingen svarar för sjukvården och kommunerna för socialtjänst, äldreomsorg, handikappjänster och boendeservice. Landstingen och kommunerna har beskattningsrätt och de finansierar i huvudsak den verksamhet de ansvarar för. Statsstödet (cirka 10 procent av totalkostnaderna) används för särskilda syften: *'satsningar'* med hjälp av vilka man försöker utveckla tjänstesystemet (exempel: bättre tillgänglighet, bättre mentalvårdstjänster). Försäkringskassan, Sveriges motsvarighet till Folkpensionsanstalten, administrerar socialförsäkringsförmånerna som staten finansierar (sjukdagpeng, sjukpension, föräldrapeng, förmåner och ersättningar för handikappade, tandvård samt arbetslivsinriktad rehabilitering¹). Arbetskraftsmyndigheten deltar i utarbetandet av rehabiliteringsplan för återgång till arbete. Kommunerna ansvarar också för att arrangera och finansiera färdtjänsten. Statsbidraget till företagshälsovården slopades på 1990-talet.

Också systemet för ersättning av medborgarnas läkemedelskostnader (läkemedelsförmånen) reformerades på 1990-talet. Den statliga prisnämnden (Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden) beslutar om vilka mediciner som omfattas av läkemedelsförmånen och fastställer priset på dem. Läkemedelsförmånen innebär att en medborgare för receptbelagda mediciner under

¹ Landstingen ansvarar för den medicinska rehabiliteringen.

ett år betalar högst 2 200 kronor (år 2014). Landstingen betalar de kostnader som överstiger nämnda gräns.

Landstingen ansvarar endast för barn- och ungdomsvården. Vuxentandvården finansieras genom kundavgifter, men den statliga tandvårdsförsäkringen ersätter de avgifter som under ett år överstiger en viss kostnadsnivå (så kallat högkostnadsskydd).

De största skillnaderna jämfört med Finland är att ansvaret för att organisera social- och hälsovården är uppdelat mellan de regionala landstingen och de lokala kommunerna, *'enkanalsfinansiering'* (single payer) av tjänsterna, baserad på egen skatteuppbörd och att staten har en anspråkslös roll i finansieringen. Den föregående borgerliga regeringen började använda statsstödsinstrumentet för ekonomiska incentiv för att främja hälsopolitiska mål.

2. REFORMER OCH EXPERIMENT INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN I SVERIGE

2.1 BESTÄLLAR-UTFÖRARMODELLEN

STYRFORMER MED RÖTTER i 1980-talet som sammanfattas med begreppet *'New Public Management'* väckte stort intresse i Sverige. På 1990-talet genomförde hälften av landstingen (med 75 procent av Sveriges befolkning) beställar-utföraruppdelning. Samtidigt ersatte avtalsstyrning och den prestationsbaserade finansiering fasta anslag som finansieringsform för verksamhetsenheterna. De flesta landsting övergick till att finansiera sjukhusens slutenvård med fasta ersättningar per vårdtillfälle (definierad utifrån diagnos och vårdåtgärder, DRG-systemet). Inom poliklinikverksamheten tillämpades åtgärdsersättningar. Endast inom begränsade områden lades verksamheter ut på entreprenad, ofta så att landstingens personal erbjöds möjligheten att som företagare ta över verksamheter men med möjlighet till

återanställning. Exempel är mödra- och barnrådgivningar och specialistmottagningar. En första betydande privatisering skedde så sent som 1998 när Stockholms läns landsting sålde S:t Görans sjukhus till Capio-koncernen.

Egen forskning visar att utvecklingen av beställaridentiteten och -kunnandet bland landstingens tjänstemän var långsam (*flack inlärningskurva*). Man klagade ofta på att det var svårt att genom avtal styra landstingsägda producenter, som var vana att vända sig till landstingens politiker. Endast de avtal som ingicks med privata producenter var (privat)rättsligt bindande. Kommunerna utnyttjade aktivare än landstingen möjligheten att lägga ut och konkurrensutsätta socialtjänster och äldreomsorgstjänster.

3.2 KONKURRENSUTSÄTTNING AV SERVICEPRODUCENTER

UNDER 2000-TALET HAR det blivit vanligare att såväl landsting som kommuner upphandlar tjänster genom konkurrensutsättning. Exempel är geriatrisk öppen och slutenvård (landsting) och boendetjänster för äldre (särskilt boende) (kommunerna). Inom de här verksamhetsområdena har den privata tjänsteproduktionen (såsom i Finland) koncentrerats, så att den sköts av tämligen stora nationella eller internationella företag. Den största privata aktören är Praktikertjänst som ägs av tandläkare och läkare. På grund av begränsningarna gällande aktieägandet kan företaget närmast jämföras med ett andelslag. De andra stora företagen ägs av riskkapitalister.

Vid konkurrensutsättning tillämpas en lagen om offentlig upphandling (LOU). Den grundar sig på motsvarande EU-direktiv och är i överensstämmelse med den finländska upphandlingslagen. Erfarenheterna är också i stort sett de samma som i Finland. I Sverige har man däremot inte på finländskt vis ingått *'ramavtal'* (som innehåller en option för beställaren att allt efter

behov beställa tjänster till det offererade priset utan garantier för producenten) som en upphandlingsmetod.

3.3 VALFRIHETSSYSTEM OCH 'PENGARNA FÖLJER PATIENTEN'

3.3.1 VALFRIHETSSYSTEMEN

UNDER ÅREN 2007–2009 införde åtta landsting valfrihet för medborgarna att välja primärvårdsproducent enligt ett listningsförfarande så att *'pengarna följer patienten'*. Landstingen finansierade producenterna genom en kapitationsersättning på basen av antalet listade patienter samt besöks- och åtgärdersättningar. Pionjärer var landstingen i Hallands, Västmanlands och Stockholms län.

År 2009 trädde lagen om valfrihetssystem (LOV) i kraft. Enligt lagen blev valfrihetssystemen obligatoriska inom primärvården från och med början av år 2010. Den definierade också användningsprinciperna för valfrihetssystemen som förvaltningsförfarande i övrig offentlig sektor. Valfrihetssystem är enligt lagen ett alternativ till upphandling genom konkurrensutsättning så som den definieras i lagen om offentlig upphandling (LOU).

Kärnan i valfrihetssystemen är att hälso- och sjukvårdsmarknaden är öppen för alla tjänsteproducenter som auktoriserats av landstingen eller kommunerna. Genom auktoriseringsförfarandet garanterar man att producenterna har tillräcklig professionell kompetens och ekonomiska förutsättningar för att långsiktigt kunna upprätthålla säkerhetskrav. Medborgarna får fritt välja tjänsteproducent bland de auktoriserade. För tjänsterna betalar medborgaren en kundavgift som fastslagits av landstinget eller kommunen och som inte är bunden till producenten. Det är förbjudet för producenterna att sälja tilläggstjänster åt kunderna.

För tjänsterna får producenterna samma ersättning oberoende av om producenten är offentlig, privat eller representerar den tredje sektorn. Den myndighet som har finansierings- och anordnansvar reglerar marknaden (godkänner tillträde till marknaden och definierar de ekonomiska ersättningarna till producenterna). Genom att patientavgifter och producentersättningar är de samma uppnås kvalitets- och inte priskonkurrens. Nämnas bör, att en medborgare kan välja tjänsteproducent endast bland de auktoriserade producenter som verkar inom landstingets eller kommunens område.

Sverige har mellan sex och åtta års erfarenhet av valfrihetssystem för primärvården, och flera utvärderingar av landstingens modeller har gjorts. Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Myndigheten för vårdanalys har låtit göra nationella jämförelser. Hälsoekonomer inom min egen forskargrupp har följt Stockholms valfrihetssystem sedan dess införande. Nedan granskar jag de olika primärvårdsmodellerna, särskilt finansieringsformerna och erfarenheter som dokumenterats i utvärderingsrapporterna.

Användningen av valfrihetssystem inom andra social- och hälsovårdsområden än primärvården är frivillig. Endast de största landstingen har etablerat valfrihetssystem inom specialistsjukvården. Stockholms läns landsting har gått längst i att tillämpa valfrihet inom specialistsjukvården.

3.3.2. PRIMÄRVÅRDEN

PRIMÄRVÅRDENS UPPDRAG VARIERAR mellan de studerade landstingen. Allmänläkarnas och sjukskötarens mottagningar bildar kärnan i verksamheten. Inom vissa landsting ingår mödra- och barnrådgivningarna i uppdraget, men i många landsting definieras verksamheten som ett tilläggsuppdrag eller inkluderas i valfrihetssystemet. Det samma gäller medicinsk rehabilitering

(som ges av fysio- eller ergoterapeuter) och fotvård. Till exempel i Stockholm hör alla tjänster, frånsett de nämnda kärntjänsterna, till egna valfrihetssystem. Hemsjukvården är i princip en del av primärvården, men vanligt är att en primärkommun på avtalsbasis ansvarar för organiserandet av tjänsten (ofta som en del av socialtjänstens valfrihetssystem).

Också finansieringsmodellerna skiljer sig från varandra. Samtliga landsting tillämpar kombinationer av flera finansieringsmetoder. Den fasta finansieringsandelen baserar sig på antalet listade patienter och den rörliga andelen betalas enligt antalet patientbesök eller behandlingar. Dessutom betalar alla landsting utom ett en resultatbaserad finansieringsandel som bestäms utgående från kvalitetsindikatorer och effektivitet (närmast produktivitet).

Samtliga landstings kapiteringsmodell beaktar patienternas ålderstruktur och hälften av dem också sjuklighet och socioekonomisk ställning. Ett vanligt mått på sjuklighet är så kallad ACG-klassificering². Socioekonomisk ställning kvantifieras med hjälp av CNI-index³. Man beaktar också verksamhetens täckningsgrad (*otrogna*⁴ listade patienter, som söker vård på annat håll, minskar finansieringen).

Den vanligaste rörliga finansieringsandelen är besöksvis ersättning, ofta differentierad enligt arbetstagargrupp. Inom vissa landsting får producenterna endast den avgift som patienten erlägger. Den är den samma oberoende av vem som producerar tjänsten. Åtgärder som ersätts separat är till exempel hembesök, planering av krävande vård och rehabilitering.

2 Ambulatory Care Groups (ACG)-systemet definerar sjuklighet (vårdtyngdsvikt) utifrån antal diagnoser och diagnoskombinationer bland de listade patienterna.

3 Care Need Index (CNI) anger den andel av befolkningens vårdbehov, som beror på socioekonomiska riskfaktorer (faktorerna är arbetslöshet, antalet barn under fem år, andelen personer som är födda utanför EU, antalet ensamförsörjare, antalet ensamboende äldre, migration och befolkningens utbildningsnivå).

De prestationsbaserade ersättningarna baseras på rationell användning av antibiotika, hur vårdrekommendationer efterföljs, vårdens tillgänglighet, förebyggande verksamhet, anmälningar till kvalitetsregister och uppmätt patienttillfredsställelse. Den baserade finansieringens andel utgör vanligen 2–5 procent av totalfinansieringen.

I Stockholm är den fasta finansieringens andel 40 procent och den rörliga, i huvudsak besöks- och prestationsbaserad ersättningar, uppgår till 60 procent. I andra landsting är den fasta finansieringens andel klart högre, 70–80 procent.

Myndigheten för vårdanalys publicerade år 2013 en utvärdering av effekterna av valfrihetssystemet inom primärvården. I utvärderingen, som omfattar hela landet, sägs att man inte kunnat konstatera att de mest vårdbehövande grupperna missgynnats. Vårdkonsumtionen ökade i hela befolkningen och också bland de mest vårdbehövande, dock var den mindre än i befolkningen i genomsnitt. Hembesöken bland patienterna i den gruppen ökade också. Tillgängligheten mätt i antal patientbesök har väsentligt förbättrats. Sjuttiofem procent av befolkningen uppgav sig vara nöjd med möjligheten att kunna välja tjänsteproducent. Det fanns inte systematiska skillnader mellan de offentliga och privata tjänsteproducenterna. Nyetablerade privata producenter utgjorde ett undantag. I förhållande till medeltalet hade de något färre patienter med stora vårdbehov.

I slutet av år 2013 publicerades i Stockholm en omfattande hälsoekonomisk utvärdering som omspände de fem första åren för valfrihetssystemet inom primärvården. Resultaten var följande:

Produktionen har ökat – gäller speciellt läkarbesök – och tillgängligheten har förbättrats. Flera medborgare än tidigare har utnyttjat tjänsterna och antalet besök per capita har också ökat. *'Diskriminerings effekter'* har inte förekommit och patienter har inte styrts till andra ställen. Tvärtom har primärvårdens andel av öppenvårdstjänsterna ökat på bekostnad av specialistvården.

Trots att produktionen ökat har kostnaderna inte gjort det, kostnadsramen är oförändrad. Produktiviteten ökade kraftigast i början av uppföljningsperioden, men utvecklades positivt under hela perioden. Produktiviteten är hög, speciellt inom de enheter som rapporterar många besök per listad patient. En hög andel läkarbesök i förhållande till samtliga besök inverkar negativt på produktiviteten. Patienttillfredsställelsen förändrades inte under uppföljningsperioden. På de hälsocentraler, där de listade patienternas ålder och antal läkarbesök översteg medeltalet, var patienterna nöjdare än de andra.

Antalet tjänsteproducenter har ökat och produktionsstrukturen har blivit mångsidigare. Framför allt har man grundat nya privata hälsocentraler, och antalet enheter som ägs av landstingen har minskat. De privata producenterna har nu en marknadsandel på 60 procent. De nya företagen har etablerats både i centrum av Stockholm och i randområdena. Speciellt inom områden där tillgången till tjänster har varit dålig (bland annat på områden med hög andel invandrare), har nya företagare etablerat sig. Valmöjligheterna och konkurrensen har ökat, men ägandet har inte koncentrerats under uppföljningstiden

Vad gäller fördelningseffekter har inte negativa konsekvenser kunnat observeras. Användningen av tjänster har ökat bland samtliga befolkningsgrupper, utan att någon grupp missgynnats. Skillnaderna mellan områden med olika socioekonomisk ställning är små vad gäller vårdkonsumtion och finansiering. Höginkomsttagarna har dock ökat sin vårdkonsumtion mer än låginkomsttagarna. Däremot uppvisar högutbildade inte större ökning än lågt utbildade.

3.3.3. TJÄNSTER INOM SOCIALVÅRDEN

EN STATLIG UTREDARE publicerade nyligen en omfattande kartläggning och utvärdering av användningen av valfrihetssystem

inom socialvården. Användningen är, såsom jag tidigare konstaterade, frivillig för kommunerna. Före reformen erbjöd cirka 40 kommuner sina invånare möjlighet att välja tjänsteproducenter för vissa kommunfinansierade socialtjänster. I oktober 2013 hade 181 av landets 290 kommuner tagit i bruk något eller några valfrihetssystem.

Hemtjänsten är den vanligaste serviceformen där valfrihetssystem tillämpas. Till tjänsten hör också oftast en larmtelefon och omsorgstjänster. I många kommuner ingår också stödtjänster för handikappade, ledsagartjänst, serviceboende, dagverksamhet för äldre och familjerådgivning till valfrihetssystemet. Stockholm och fyra omkringliggande kommuner upprätthöll minst fem valfrihetssystem inom socialtjänsten.

Antalet företag, som producerar tjänster inom ramen för valfrihetssystemen, har ökat snabbt. I juli 2013 var de 846. Av dem var 590 aktiebolag, 116 yrkesutövare, 86 någon annan form av bolag, 22 organisationer samt 14 stiftelser. Största delen, 562 av dem, producerade endast hemtjänster. Sammanlagt 598 producenter verkade i endast en kommun, 77 var auktoriserade i fyra eller flera kommuner. Största delen av producenterna är små och verkar lokalt. Målet att åstadkomma en större mångfald bland producenterna har alltså nåtts.

Enligt en undersökning, som Socialstyrelsen utförde år 2012, råder det inga betydande verksamhets- eller kvalitetsskillnader mellan vinstdrivna och icke-vinstdrivna företag. De hemtjänstproducenter som inte eftersträvar vinst hade färre arbetstagare per förman, en större heltidsanställd personal och en större andel utbildad personal i relation till verksamhetens omfång.

Påfallande ofta har de som producerar socialtjänster profilerat sig, till exempel genom att erbjuda service på kundens modersmål eller genom att specialisera sig på olika kundgrupper, såsom demens- och afasipatienter. De som producerar socialtjänster har också rätt att erbjuda avgiftsbelagda tilläggstjänster, till exempel snöskottning.

Utredaren utförde en riktad kundenkät i fem kommuner och bekantade sig med Socialstyrelsens och Statskontorets motsvarande undersökningar. Knappt 50 procent av dem som svarade hade gjort ett aktivt val och värdesatte möjligheten att välja. Graden av kundnöjdhet var högre i de kommuner som erbjuder möjlighet att välja. Däremot kunde man inte påvisa systematiska skillnader i kvaliteten på tjänsterna. Utredaren analyserade kostnader och effektivitet genom att jämföra kommuner som erbjuder valfrihet med kommuner som inte tagit i bruk något valfrihetssystem. Kostnaderna per kund låg på samma nivå i vardera kommungruppen år 2008. År 2012 var kostnaderna i de kommuner som erbjöd valfrihet betydligt lägre än i jämförelsekommunerna. Eftersom det kundnöjdhetsindex som utredaren använde var något högre i de kommuner som erbjöd valfrihet, kunde man inte påvisa någon skillnad i effektivitet (kundnöjdhet/kostnad per invånare) mellan kommungrupperna.

Utredningsmannen analyserade också vinstdrivna företag i två kommuner. Under åren 2008–2012 hade företagen i genomsnitt ett rörelseresultat på 6 procent (vägt medeltal). Under samma tid var rörelseresultatet för alla privata företag inom social-, hälso- och sjukvårdsbranschen 10 procent. Man kunde inte påvisa ett statistiskt samband mellan kundnöjdheten och ägarnas vinstuttag eller internprissättning.

3.3.4 INTEGRERAD SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRD

NÄR DET GÄLLER integreringen av social-, hälso- och sjukvården ligger Sverige efter Finland. Paradoxalt nog blev det svårare att jämka samman tjänsterna på 1990-talet då ansvaret för äldreomsorgen och vård- och omsorgstjänsterna för handikappade överfördes från landstingen till baskommunerna. Också i Sverige är det ett viktigt mål att åstadkomma enhetliga servicekedjor speciellt då det gäller vården av multisjuka äldre.

Min forskargrupp har studerat två exempel på integrerade vårdtjänster inom psykiatrisk vård och omsorg i Sverige. Det ena representerar *strukturell* integration, det vill säga verksamheten bedrivs inom en sammanslagen organisation. Det andra är ett exempel på *funktionell* integration, vilket innebär att flera vårdgivare samverkar kring omhändertagandet av samma patienter och klienter. Resultaten visar att sammanhållna vård- och omsorgskedjor går att uppnå med båda ansatserna. Inom en sammanslagen organisation kan de strukturella hindren avlägsnas, men faktisk integration förutsätter målmedvetet ledarskap och insatser som främjar samverkan över professionsgränserna. Funktionell integration uppnås då vårdgivarna har professionella drivkrafter att tillsammans skapa bättre service för gemensamma klienter, vilket uppnås genom att 'runda' strukturella hinder. Exempelen visar också att producentinitierad integration har goda förutsättningar att lyckas. Beställarledd integration, vars instrument är kontraktsvillkor och finansiella incitament för samverkan, kräver noggrann planering och för framgång krävs också genuin vilja till samverkan mellan vårdgivarna.

4. DEN AKTUELLA DISKUSSIONEN OM FINANSIERINGEN AV SOCIAL-, HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

KONJUNKTURRÅDET INOM DEN obundna tankesmedjan Studieförbundet Näringsliv och samhälle (SNS) publicerade år 2014 ett diskussionsinlägg om finansieringen av välfärdstjänster i framtiden. Förutom välfärdstjänsterna bildar socialförsäkringarna och systemen för inkomstöverföringar, vilka borde granskas som en helhet, grunden för välfärdssamhället. Centrala principer är att tillgången till tjänster ska basera sig på behov, att dessa skall vara tillgängliga för alla och att de finansieras med offentliga medel.

Välfärdstjänsterna skapar trygghet, men också förutsättningar för ekonomisk tillväxt. Dessutom är välfärdssektorn en

växande bransch, en betydande arbetsgivare och en potentiell källa till innovationer. Välfärdstjänsterna är dock förknippade med tre dilemman. Det blir hela tiden proportionellt dyrare att producera dem. Detta därför att det är svårare att höja produktiviteten för tjänster än vad som är möjligt inom automatiserad industriell produktionen (Baumols sjuka). Efterfrågan på tjänster ökar då levnadsstandarden stiger (Wagners lag). Välfärdstjänsterna karakteriseras av en så kallad positiv inkomstelasticitet (högre inkomster ökar konsumtionsbenägenheten), vilket ökar behovet att prioritera eller ransonera tjänster. Den demografiska utvecklingen leder till en sjunkande försörjningskvot – ett faktum som man också i Finland fäster stor uppmärksamhet vid.

Konjunkturrådet anser att Sverige, tack vare pensionsreformen, i huvudsak kan svara upp mot den demografiska utmaningen. Rådet anser också att det är möjligt att upprätthålla välfärdstjänsterna i sin nuvarande form men att det kräver att systemet förändras.

Man bör undvika ineffektiva metoder att lösa finansieringsutmaningen. Ekonomisk tillväxt löser inte automatiskt problemen. Att skärpa beskattningen kan vara till skada för nationalekonomin och försvaga systemets legitimitet. En radikal nedskärning av välfärdstjänsterna eller dessas finansiering kan hota grunden för systemet, det vill säga universalprincipen (en heltäckande bastrygghet som alla har rätt till).

Konjunkturrådets rekommendationer gäller effektivisering av verksamheten, förstärkande av systemets försäkringsmässiga egenskaper samt noggrannare styrning av medborgarnas beteende med kundavgifterna. Den viktigaste effektiviseringsmetoden är möjligheten att *'utmana'* existerande tjänsteproducenter. Med termen (på engelska *'contest'*) avses att både de offentliga och de eventuella privata aktörernas effektivitet bör granskas på samma sätt som på en välfungerande marknad. Det sker genom en öppen och systematisk utvärdering av verksamheten. Den offentliga

finansiären definierar och publicerar uppdragen, resultatmålen samt utvärderingskriterierna (före en eventuell upphandling) och alla tjänster utvärderas i efterhand. En utvärdering görs också för att öppet jämföra producenterna. Dessutom främjar man spridandet av former för effektivare verksamheter.

Socialförsäkringarna bör baseras på premieuttag och inte delfinansieras ur statens budget. Skattemedlen bör användas endast för finansiering av välfärdstjänster och samtidigt bör man säkerställa att inte förändringar i socialförsäkringsfondernas soliditet återverkar på välfärdstjänsterna. För dessas finansiering bör man överväga nya former av serviceförsäkringar, till exempel inom äldreomsorgen (obligatorisk äldreomsorgsförsäkring enligt tysk modell).

Det är inte möjligt att öka finansieringen av välfärdstjänsterna på ett avgörande sätt genom att höja kundavgifterna. Avgifterna har dock en styrande effekt på utnyttjandet av tjänsterna. Den offentliga finansiären bör fastställa kundavgifterna så att de sporrar medborgarna till att främja sin hälsa, att idka egenvård och att utnyttja öppenvårdstjänster.

5. HUR KAN DE SVENSKA ERFARENHETERNA ANVÄNDAS I FINLAND

5.1 DEN SVENSKA TOLKNINGEN AV EU-LAGSTIFTNINGEN

DEN STATLIGA UTREDARE som undersökte användningen av valfrihetssystemen inom de sociala tjänsterna analyserade de juridiska grunderna för de valfrihetssystem som var utgångspunkten för hans arbete. Han konstaterade att den lag, som reglerar valfrihetssystemen (Lag om valfrihetssystem, 2008:962, LOV), gäller det förvaltningsförfarande som offentliga myndigheter bör följa vid upphandling av social-, hälso- och sjukvårdstjänster. För de här

tjänsterna är valfrihetssystemet ett *alternativ* till konkurrensut-sättning enligt Lag om offentlig upphandling (2007:1091, LOU).

Den myndighet, som fungerar som upphandlingsenhet, in-formerar om valfrihetssystemet i en nationell databas. En aktör som vill verka inom ramen för valfrihetssystemet kan när som helst ansöka om att få bli producent. För att bli godkänd (i Stock-holm används termen auktoriserad) förutsätts att man uppfyller de kriterier som definieras i det meddelande som presenterar systemet. Efter godkännandet gör upphandlingsenheten upp ett avtal med producenten. Antalet producenter får inte begränsas. Medborgarna får fritt välja till vilken godkänd tjänsteproducent de vänder sig. Avtalet mellan upphandlingsenheten och produc-enten garanterar att användaren hos den valda producenten får de tjänster, som han eller hon enligt stadgandena har rätt till. LOV begränsar alltså inte landstingets eller kommunens skyldigheter att tillhandahålla lagstadgade tjänster. Den begränsar inte heller medborgarnas lagenliga rättigheter.

I egenskap av upphandlingsenheter är landstingen och kommunerna förpliktigade att i sin verksamhet följa EU-lag-stiftningen, det vill säga de regler som förbjuder konkurrens-begränsningar på EU:s inre marknad, och Europarättens regler om statsunderstöd. På upphandling av social-, hälso- och sjuk-vårdstjänster tillämpas det '*klassiska*' upphandlingsdirektivet, vars bestämmelser ingår i upphandlingslagen (LOU).

I februari 2014 godkändes ett nytt direktiv om så kallade tjänstekoncessioner. De förfaringsätt, som direktivet föreskriver vid utdelandet av tjänstekoncessioner, motsvarar i mycket stor utsträckning den nuvarande svenska lagen om valfrihetssystem (LOV). Därmed kan Sverige fortsätta med sin nuvarande förvalt-ningspraxis, enligt vilken det är möjligt att upphandla offentligt finansierade social-, hälso- och sjukvårdstjänster enligt två parallella system: att konkurrensutsätta genom att tillämpa upphandlingsla-gen (LOU) eller genom att använda valfrihetssystemet (LOV).

5.2 BESTÄLLAR-UTFÖRARUPPDELNING

I SVERIGE HAR man mer än 20 års erfarenhet av skilja beställare från utförare inom landsting eller kommun. Beställar-utföraruppdelningen utvecklades från att ha varit ett styrsystem för landstingens eller kommunernas *'inre marknader'* till ett sätt att skapa genuin konkurrens mellan företag i egen ägo och privata (tredje sektorn medräknad). Först i och med övergången till en *'blandekonomi'* blev beställandet och avtalsstyrningen en effektiv metod att göra producenterna resultatansvariga, speciellt för att uppnå kvalitetsmålen. Det sistnämnda sker i form av ekonomiska belöningar eller sanktioner. För att beställarkompetensen ska kunna utvecklas krävs att man koncentrerar sig på beställandet och på att utveckla metoderna för det. Idag är beställandet, speciellt inom landstingen och de största kommunerna, en fullständigt avskild verksamhet, vilket i landstingen stöds av att en nämnd i landstingsfullmäktige (hälso- och sjukvårdsnämnden) – inte landstingsstyrelsen – beslutar om hur finansieringen av hälso- och sjukvården allokeras. Producenterna är självständiga organisationsenheter, som har egna styrelser eller verkar som kommunala aktiebolag.

Slutsatsen är att en stark beställare, som har tillgång till kunskap och mångsidiga styrmetoder, inte skall ha kopplingar till produktionen av tjänster. Det här kravet accentueras om man köper tjänster också av privata producenter. Detta framtingas av kravet på konkurrensneutralitet, men också av det faktum att den offentliga finansiären också i Finland *'kontrollerar marknaden'* och i egenskap av bevakare av en jämlik hälsa och andra hälsopolitiska mål är skyldig att verka som marknadsreglerare. Till uppgifterna hör att besluta om på vilka villkor aktörerna har tillträde till marknaden, och enligt vilka villkor man producerar offentligt finansierade tjänster (utvecklandet av finansieringsformerna blir en viktig uppgift, som jag kommenterar längre fram). I Finland

blir vi tvungna att lösa ansvars- och arbetsfördelningen mellan social- och hälsovårdområdena, som ges anordnaransvaret, och tillstånds- och tillsynsmyndigheterna.

I det här sammanhanget kommenterar jag också landstingens (och i förekommande fall, kommunernas) ställning som finansiärer av social- och hälsovårdstjänster. Eftersom landstingens finansieringsandel (inkomsterna av kundavgifterna medräknade) är 90 procent, har Sverige en *'enkanalsfinansiering'*. En sjukförsäkring lik den i Finland finns inte och den helt privata hälsomarknaden är försvinnande liten. De privata aktörerna producerar i praktiken endast tjänster som landstingen finansierar. Landstingen utnyttjar de båda alternativa metoderna för offentlig upphandling – antingen genom att välja producent på basis av offertförfrågningar (tillämpande upphandlingslagens förfaringsätt) eller på basis av valfrihetssystemen. I det senare fallet är de ekonomiska villkoren de samma för samtliga auktoriserade producenter och dessa konkurrerar sinsemellan med kvalitet.

Eftersom andelen offentliga social- och hälsovårdstjänster är cirka 80 procent i Finland har de kommande social- och vårdområdena också de facto en mycket stark ställning. Därför ser jag ingen orsak till att områdena, i egenskap av beställare, inte kan använda samma metoder som i Sverige.

5.3. 'PENGARNA FÖLJER PATIENTEN'

UR FINLÄNSKPT PERSPEKTIV är de intressantaste erfarenheterna av experimenten inom social- och hälsovården i Sverige förknippade med valfrihetssystemen. Vad gäller valfrihet har vi så här långt att tillgå endast de begränsade erfarenheterna av servicesedlar. Detta gäller speciellt därför att servicesedlarna i huvudsak använts då offentliga vårdgivare haft otillräcklig kapacitet eller som ett sätt att sänka kommunens kostnader.

Sverige har redan nästan tio års erfarenhet av att använda valfrihetssystemet inom primärvården och inom delar av socialtjänsterna. Flera utvärderingar, också vetenskapliga, av verksamheten har färdigställts. En allmän iakttagelse är att nya tjänsteproducenter etablerat sig på marknaden, att den ökade konkurrensen har förbättrat tillgången till tjänster och ökat produktiviteten, dock utan att man förlorat kontrollen över kostnaderna och att befaraade ojämlikhetsproblem inte kunnat påvisas.

Man har inte kunnat finna belägg för större kvalitetsskillnader eller skillnader i kundnöjdhet mellan offentliga och privata tjänsteproducenter.

I primärvårdens finansieringsmodeller är den fasta finansieringsandelen, som är bunden till antalet listade patienter, oftast större än den rörliga (70–80 procent). I teorin borde detta också öka intresset för att satsa på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamheter. I Stockholm är besökersättningens finansieringsandel påfallande hög (60 procent), vilket av förståeliga skäl ökat antalet patientbesök men inte i sig gagnat allmänna hälso- och välfärdspolitiska målsättningar.

Erfarenheterna av valfrihet i specialistsjukvården är tills vidare blygsamma, men de påminner om dem man fått av primärvården. Valfrihetssystemen har hittills tillämpats på förplanerade åtgärder och på specialistvårdens öppna former. Nu inleds försök att utvidga valfriheten att gälla tjänster också för kroniskt sjuka.

Ett valfrihetssystem gör det också möjligt också för små tjänsteproducenter att etablera sig på marknaden, vilket i Sverige ansetts vara en fördel. Att delta i en konkurrensutsättning, som ordnas enligt lagen om offentlig upphandling är oöverkomligt för många småföretag, vilket har lett till att verksamheten kontrolleras av några få stora nationella kedjor. Detta har tydligt kunnat observeras för boendetjänster för äldre, medan lokala småföretag har haft lättare att i valfrihetssystemen etablera sig

inom hemsjukvårds- och hemserviceverksamheterna.

Eftersom ett viktigt mål för den aktuella reformen i Finland är att trygga närservicen borde för de tjänsterna valfrihetssystem tillämpas snarare än konkurrensutsättning. Det skulle både främja företagandet inom social- och hälsovården och trygga sådan småskalig verksamhet som man lönsamt kan upprätthålla också på områden med ett litet befolkningsunderlag.

5.4. INTEGRATIONEN AV SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

BÅDE LITTERATUREN OCH erfarenheterna i Sverige pekar på att integrerade tjänstesystem är ekonomiskt effektiva och ägnade att främja förbättrandet av befolkningens hälsa och välfärd. Å andra sidan är det utmanande att åstadkomma integration inom ett fragmenterat servicesystem, speciellt därför att integration förutsätter olika lokala och professionella verksamhetskulturer kan jämkas samman. Slutsatsen är att beställaren eller myndigheten med anordnaransvar bör målmedvetet främja ett långsiktigt utvecklingsarbete som stödjer tjänsteintegration. Det första steget är en funktionell integration. Den kan i viss mån främjas genom beställarstyrning. Viktigast i det skedet är att röja undan de strukturella hindren för samarbete. Finansieringen av integrerade tjänstesystem bör i huvudsak ske med kapiteringsformel, möjligen kompletterad med prestationsbaserade tillägg.

REFERENSER

- Anell A, Nylinder P & AH Glenngård AH (2012):** *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar, Sveriges kommuner och landsting*, Stockholm
- Andreen Sachs M, Larsson H, Hansson J, Sveréus S, Rehnberg C & M Brommels (2011):** *Från två till Tiobundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall*, Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, Stockholm
- Brommels M m.fl (1997):** *FINSAM Västmanland - ett samhälls-experiment: utvärdering med panel och fristående experter*, Försäkringskassaförbundet, Stockholm
- Dahlgren C, Brorsson H, Sveréus S, Goude F & C Rehnberg (2014):** *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*, Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting, Stockholm
- Einevik-Bäckstrand K, Brommels M & G Maathz (2002):** *Att styra utifrån en beställarroll*, Rapport 4, 2002, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, Göteborg
- Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten. Betänkande av utredningen om framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten (2014)*, Statens offentliga utredningar SOU 2014:2, Stockholm
- Hansson J, Ovretveit J & M Brommels (2011):** *Case study of how successful coordination was achieved between a mental health and social care service in Sweden*, Int J Health Plann Manage 2011 Aug 1. doi: 10.1002/hpm.1099.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2012):** *Samverkan inom socialförsäkringen*. Rapport 2010-2, Stockholm
- Janlöv N, Andersson A, Beckman A, Sveréus S, Wiréhn A-B & C Rehnberg (2013):** *Vem har vårdvalet gynnat?* Myndigheten för vårdanalys, Stockholm
- Ovretveit J, Hansson J & M Brommels (2010):** *Innovation*

in organisation: an integrated health and social care organisation in Sweden: creation and structure of a unique health services and social care system, Health Policy 2010 Oct;97(2-3):113-21

Schön P, Hagman L & S-E Wånell (2012): *Kan två bli en? Ti-
oHundra projektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de
mest sjuka äldre*, Rapporter 2012:1, Stiftelsen Stockholms läns
Äldrecentrum, Stockholm

Sundén A, Andersen TM & J Roine (2014): *Hur får vi råd med
välfärden?* SNS förlag, Stockholm

Egen opublicerad forskning

ICT – HERRE ELLER DRÄNG?

BJARNE PETH

POLITIKEN STYR VÅRDREFORMEN ÅRSMODELL 2015

UNDER GANSKA STOR dramatik har vi följt med hur vårdområdenas antal slagits fast, på ett sätt som visar att de första besluten om vårdreformen helt styrts av politiken. Eftersom inga sakargument har presenterats är alla andra fullständigt förbryllade. I över 20 år har debatten gått het kring den offentliga vården. Det handlar om så stora pengar, sådana mängder av miljarder, att maktspelet genast infinner sig. Är den politiska färgkartan faktiskt viktigare än vårdens tillgänglighet för alla och till överkomliga kostnader? Politikerna är alla till synes överens om behovet av en reform men ändå blir vägvalet olika för de olika partierna.

Förblindande av projektets storlek har politikerna tagit över utvecklingsbesluten, trots att bättre och effektivare vård för alla egentligen är en helt opolitisk fråga. Vårdens effektivitet i olika regioner varierar inte enligt vilka partier som sitter vid makten. Tvärtom; ICT-system, kliniska vårdmetoder, effektiva vårdprocesser, vårdproduktion, vårdlogistik och ledarroller osv. är lösningar och modeller som baserar sig på specialkunnande. Det är bara genom att ge utrymme för och resurser till specialisterna som förändringarna kan bli av tillräckligt god kvalitet för en lyckad vårdreform. Styrningen av specialistresurserna sker med hjälp av **klara mål, tillräckliga investeringar i utveckling och realistiska tidtabeller**. Politikernas ansvar är att ge specialisterna utrymme och resurser, genom att fatta nödvändiga beslut i rätt tågordning.

Under de drygt 10 senaste åren har förändringsarbetet inom vården dominerats av upprepade utredningar på löpande band

och nya lagförslag i brådskande takt. Juristeri har varit populärt, både i förväg och i efterhand. Diverse lagberedningsprocesser och flera olika regeringar har gett själva förändringsarbetet massor med andrum, därför är förändringsarbetet redan nu försenat med över 10 år. Lagar och förordningar som egentligen ingen klarar av att följa har varit ett vanligt fenomen. När medel för att följa lagen saknas ändrar ju ingenting i praktiken. En lag om antal vårdare per åldring garanterar inte bättre vård. I många situationer leder normer endast till onödiga höjningar av kostnaderna.

Lagarna skrivs utan förankring i praktiken och det vittnar framför allt om det faktum att ledarrollerna inte fungerar inom den offentliga vården. Vården är idag organiserad genom två olika ledarroller, den administrativa, som ansvarar för ekonomin och den kliniska, som ansvarar för läkarvården, utgående från det etiska ansvar läkareden innebär. Idag utgår systemen främst från de administrativa behoven. Olika regelverk byråkratiserar sådant som chefer mycket väl kan ta fullt ansvar för, bara de ges tillfälle till detta. Den enda lösningen för en förbättrad offentlig vård på gräsrotsnivå är klara och konkreta mål, med en aktiv uppföljning av motiverade chefer. Kontroll via långsam efteranalys och uppföljning av statistik som sker i efterhand kan inte kompensera för avsaknad av rätt former av ledarskap på alla nivåer.

Att den privata vårdsektorn på flera punkter lyckas mycket bättre beror på att ägarna styr bolagen, eftersträvar bättre konkurrensförmåga och utnyttjar tillväxtpotentialer när den offentliga hälsovården kört i väggen. Inom den privata vårdsektorn förutser man att den offentliga sektorns förmåga att hantera problemen fortsättningsvis kommer att vara svag, på grund av den parlamentariska miljö som dominerar och styr utvecklingen. Skattebetalarnas roll är att betala utan att kunna påverka. Det enda sättet för privatpersoner att påverka vården är att vända sig till den privata vårdsektorn och därmed också betala sin sjukvård dubbelt.

Politikerna kan inte utföra detta arbete i egen regi. Planeringen av vårdreformen kräver en beställare och en finansär som står för investeringen. Resultaten kan bara levereras av tillräckligt tvärvetenskapliga team, som tillsammans uppfyller behovet av mångsidig kunskaps- och erfarenhetsbas. För att kunna styra utvecklingsarbetet behövs ett gediget och mångsidigt helhetskunnande. Dessa kunskaper behövs även i implementeringen av reformen, för att fortlöpande kunna leda förändringsarbetet som en helhet, med totaleffektivitet och helhetskostnader som ledstjärnor.

Vårdreformen som politisk process har initierats på grund av kostnadsutvecklingen inom vårdsektorn och de finansieringsproblem som utvecklingen medfört. Däremot har politikerna inte hunnit formulera målsättningar och allt annat som behövs, för att föra en tillräcklig förändring i mål över hela landet. Vårdreformen borde ha inletts med **tydliga målsättningar för hela reformen**. Nu är det enda uttalade målet att den offentliga sektorns balansunderskott måste minska med 3 miljarder euro. Målsättningen har med andra ord härletts ur stats- och kommunalekonomins synvinkel, utan närmare analys av vad som faktiskt måste förbättras och effektiveras inom den offentliga vården. Utan någon annan ambition än denna nedskärning, innebär nedskärningarna endast att vården till medborgarna minskas. Vårdkvaliteten och vårdeffektiviteten blir inte bättre. Inbesparingarna uppstår genom omprioriteringar, i praktiken en sänkt vårdnivå till vissa patientkategorier och genom att patienten betalar en högre självkostnad. I praktiken innebär reformen alltså att ansvaret för kostnaderna överförs från det offentliga till patienternas plånböcker.

Statlig finansiering, istället för dagens kommunbaserade finansiering, är ingen garanti för bättre och effektivare vård. Statsbudgeten innehåller också stora poster, som kan kategoriseras som *allt för lösa pengar*. Varför skulle detta problem försvinna i med

vårdreformen? Vi skattebetalare vet mycket väl att det som staten bedriver i egen regi ofta inte blir bra, eftersom ansvaret ligger på för många axlar samtidigt. Kommunerna kör egna intressen och har ofta för svag bärkraft för att kunna ta fullt ansvar för sina åtaganden. Finansiering genom en kassa är ingen patentlösning på vårdsektorns kostnadsrelaterade problem.

I de pågående resonemangen saknas aspekter som *patientens bästa* och *formulering av målsättningar för vårdkvalitet och effektivitet* nästan helt. I mina egna kalkyler har jag räknat med en effektivitetsförbättring på cirka 5 miljarder euro på årsbasis. Aktörernas intresse för detta verkar begränsat. Jag tror att det främst beror på att ingen riktigt tror på möjligheten, eftersom så många tidigare misslyckats med att nå de mål de uppställt inom vården.

Arbetet med förändringen av den offentliga vården har nu pågått i över 10 år. Framstegen är små i relation till insatserna. Vi har upplevt många ambitiösa utvecklingsprojekt som blivit halvmesyrer och aldrig kommit i mål. Dessa misslyckanden analyseras sällan närmare, dels för att det är för känsligt politiskt sett och dels för att det är komplicerat, eftersom dokumentationen ofta är bristfällig och ostrukturerad. Att man ännu inte lyckats lära sig av tidigare misstag beror också på att politiker byts ut och på att en hel del av tjänstemännen saknar den rätta viljan att förändra läget. Som byråkrater i statsapparaten saknar tjänstemännen dessutom ett sådant mandat. Vem kan, vill och vågar ta fullt ansvar för att vårdreformsprocessen denna gång kommer på rätt köl genast från starten?

Jag har följt med ett antal större sjukhusinvesteringar inom några sjukvårdsdistrikt, med fokus på jämförelse av återbetalningstider. Den största lärdomen från detta var att uppföljningen av besluten och utfallet av investeringarna inte intresserar de som fattat besluten. För de flesta är redan förmågan att skilja mellan investeringsposter och drift bristfällig. Investeringar hanteras

som någon form av *'sunk cost'*, som det inte lönar sig att analysera i någon större utsträckning. I de fall jämförelser har gjorts, har dessa krävt så mycket improvisation i efterhand att validiteten i jämförelserna inte varit tillräcklig.

Också vårdreformen innehåller jätteinvesteringar. Till dessa hör extra kostnader för beredningsarbete och ett mångårigt implementeringsarbete, bland annat på grund av diverse motstånd från olika håll. Administrativt kommer kostnaderna antagligen att öka. Vi vet redan nu att vårdreformen kommer att kosta hundratal miljoner per år, utöver de normala utgifterna. Däremot vet vi inget om med vilken logik satsningarna kan återbetalas och när detta sker. Just nu talar man om inbesparingar, utan att veta hur de skall göras och när besparingseffekterna förverkligas.

När förändringsarbetet domineras av finansieringslösningar och olika administrativa lösningar innebär det att de mest kritiska, konkreta frågeställningarna för bättre och effektivare vård saknas i planeringen av förändringsarbetet. För att förstå vilka de kritiska stegen är, innan man kan *'flytta in'* i de nya strukturerna, kan man jämföra vårdreformen med ett krävande byggprojekt. Analyserna man måste göra innan målsättningarna kan formuleras, skisserna över alternativa lösningar inklusive slutsatserna av dessa (kravspecifikationer för vårdreformen) tar ca ett år i anspråk, men bara på detta sätt kunde man undvika halvmesyurer och revirstyrda projekt. Finlands stora dilemma är att det ekonomiska läget är illa, samtidigt som rädslan för att det kan bli ännu sämre är stor. Det här sätter sin prägel också på vårdreformen, bland annat i form av att den utsatta tidsramen för att genomföra förändringarna är orealistiskt kort. Hur gärna man än ville att det skulle gå fortare, så handlar vårdreformen om en process på 5-7 år innan allt krävande utvecklingsarbete och nya strukturer med moderna ICT-lösningar är på plats.

VÅRDARBETETS PROCESSER OCH STYRNING FÖR PATIENTENS BÄSTA

VÅRDARBETET ÄR INTE så unikt och komplicerat, som man ofta utgår från när god och effektiv vård planeras. Inom andra sektorer, där man också vill skapa god service med fokus på kunden, finns fullständigt motsvarande krav på och innehåll i processerna. Både inom servicesektorn och industrin är ERP standardbegrepp som modell för modern styrning och kontroll. Kärnan i en effektiv produktionsprocess utgörs av systemstyrd resursplanering och styrning av produktionen av definierade produkter och tjänster.

Varför saknas ett systematiskt arbete inom vården, för att utveckla vårdkvaliteten och samtidigt effektiviteten? Produktifiering och effektiva logistiklösningar har möjliggjort effektivisering och effektivisering är i sin tur ett livsvillkor för verksamhet som kontinuerligt utsätts för en hårdare konkurrens. Men inom vården tycks både bra och dåligt duga. Kritiska mått för framgång varken tillämpas eller behövs. Ett konkret exempel är betygsättningen av hälsovårdscentralerna i Helsingfors. Bedömningen varierar enormt, fastän de ligger bara några kilometer från varandra och tillhör samma organisation. Varför tillåts varje hälsovårdscentral år efter år odla sin egen kultur? Logiskt sett skulle man ju kunna tro att de ha en del att lära sig av varandra. Det är obegripligt att den centrala ledningen inte ingriper, trots att ledarskapet i en del av hälsovårdscentralerna uppenbart inte fungerar.

De kritiska måtten på vårdkvalitet gäller i första hand **patientmöten** och **vårdlöftet**. I servicebranscherna gäller termen *sanningens ögonblick*, vilket upprepas varje gång patienten möter sina vårdare.

Vårdsektorn behöver klarare ansvar och mått på vårdresultat. Vården behöver kliniska system som backar upp det dagliga vårdarbetet och som hjälper patienterna och vårdarna. Systemen

behöver automatisk uppdatering av vårdfakta. Regionalt solokörande medför slöseri med utvecklingsresurser. Vårdbehoven, vårdkvaliteten och åtgärder för effektiv vård följer samma logik överallt. Det regionala revirtänkandet stör därför utvecklingsarbetet och skapar onödiga problem, så som till exempel kommunikationsproblem mellan olika system. När en patients vård är utspridd på många olika orter söndras vårdkedjan. Eftersom ansvaret för vården är oklart, försämras vårdarbetet. När det brister i kommunikationen mellan olika vårdproducenter kan vårdlöftet till patienterna inte uppfyllas.

Ovan nämnda modell (ERP), som inom andra sektorer redan tillämpas som standard, kan möjliggöra miljardinbesparingar på årsbasis inom den offentliga vårdsektorn i Finland. Varför saknas då ett sådant system fortfarande? Inte ens den reform som nu planeras fyller detta krav. Är orsaken till detta att varken politikerna eller de etablerade vårdstrukturerna vågar eller vill ta detta steg, eftersom det ju innebär förändringar av sådant som faller inom skyddsreviren?

PATIENTENS BÄSTA

FÖR PATIENTENS BÄSTA är en attityd och en etisk värdering. Det går inte att kvantifiera vad patientens bästa betyder för alla de situationer vårdarbetet berör. Allt vårdarbete utförs ju för patienterna, alla andra måttstockar har därmed lägre prioritet. De ekonomiska realiteterna och därmed också prioriteringskraven har med åren betonats allt starkare, eftersom finansieringen via skattemedel begränsar insatsmöjligheterna inom den offentliga hälsovården.

I det här sammanhanget betyder *patientens bästa* att inga intressenter i vårdkedjan kan ordna verksamheten enbart ur sin egen synvinkel. Om patientens bästa försummas, på grund av att någon intressent kör sina egna intressen utan att ta fullt ansvar,

har någonting gått snett. Det givna vårdlöftet har då åsidosatts och därmed måste den vårdansvariga ingripa utan dröjsmål.

Det kan verka som om *patientens bästa* är en självklarhet och att det är onödigt att lyfta fram denna känsliga kärnfråga. Jag påstår dock att splittrade åsikter om målen för verksamheten, samt diverse generella ekonomiska styrvärden, alldeles i onödan försämrar både vårdkvaliteten och -effektiviteten. Mot denna bakgrund är vårdprocesserna och interaktiva ICT-supportsystem för vårdarbetet helt avgörande för hur man lyckas förbättra både vårdkvaliteten och vårdeffektiviteten. Vårdkvaliteten och vårdeffektiviteten går hand i hand, däremot är det en besvärligt långlivad myt att högre vårdkostnader också innebär bättre vårdkvalitet.

I det här sammanhanget vill jag lyfta fram en annan besvärlig stötesten. Vårdarbetet är huvudsakligen arbetsintensivt och utförs under väldigt olika förhållanden. Om patientens röst inte hörs vid de förhandlingsbord där förvaltnings- och organisationsmodeller slås fast, brukar det leda till stordrift på patientens bekostnad, i form av sämre vård. När politiker fokuserar på administrativa modeller och finansieringslösningar kommer skalfördelar i form av stora enheter genast in i bilden. Stordrift ses som en naturlig lösning trots att merparten av vårdarbetet varken blir bättre eller effektivare av det, eftersom skalfördelarna saknas eller till och med är negativa på gräsrotsnivå. Stordriften försämrar ofta patientprocesserna och patientlogistiken i vårdarbetet, om man betraktar vårdprocessen ur totaleffektivitetssynvinkel. Skalfördelarna så att säga både finns och saknas, när funktionerna optimeras på gräsrotsnivå.

Den enda vägen fram till bättre produktionsplaner är aktivitetsbaserad resursering på tidsbasis och helhetskostnadsstänkande. Bättre produktionsplaner ger i sin tur förutsättningar för bättre och effektivare vårdarbete inom ramen för existerande produktionsstrukturer. Genom att producera och prissätta vården

enligt denna modell faller det generella stordriftstänkandet som en övergripande och generisk patentlösning ur synfältet. Dagens melodi är att tänka i nätverk och kommunicerande databaser är dagens melodi. Men planerna på vårdreformen har hittills gått i helt annorlunda banor och man kan bara undra varför.

Vilka organisationer som än skapas, som en följd av vårdreformen, har de alla vissa gemensamma utmaningar. För att uppnå ett klart ansvar för både patienterna och den offentliga ekonomin krävs **en helt ny generation av ICT-system**, som hjälper patienterna, vårdarna och ledningen till nya arbetsmodeller. Dessa nya arbetsmodeller är för närvarande inte möjliga, på grund av de tungrodda administrativa system som byggts upp under en tid när kravspecifikationerna fullständigt styrdes av budgeteringen och kostnadsredovisningen. Under denna tid var ledstjärnan att ekonomin skulle styras genom kontroll och priskalkyler, ledningsansvaret var kameralt och det viktiga var att kunna redovisa var och vad pengarna hade använts till. Man var mindre intresserad av resultaten av insatserna och man mätte inte heller insatserna med en sådan måttstock. (Så är det för övrigt i stor utsträckning fortfarande, eftersom mätprocessen är besvärlig eller omöjlig, på grund av att kliniska resultat inte kopplas till ekonomiska data.)

Avsikten med ett bra ICT-system är att arbetsprocesserna i det vardagliga vårdarbetet blir enklare och effektivare än tidigare. **Måttstocken för en lyckad lösning är att arbetstimmar frigörs för kärnan i processen**, nämligen att ta hand om patienten, med tillräcklig tid för den interaktiva vårdprocessen.

ICT MED FOKUS PÅ PATIENTENS BÄSTA

KÄRNAN I RESONEMANGET om ICT i vården är produktionen av vårdtjänster med hjälp av patient- och resursdata. Dessa data styr hur väl och hur effektivt vårdarbetet kan utföras. Den röda tråden utgörs av den information som patienten och vårdarna

behöver snabb och enkel tillgång till oberoende av tid och plats, för att kunna göra det bästa möjliga för patientens välmående.

För att över huvudtaget kunna leda vårdarbetet behövs **framöver radikalt annorlunda ICT-system än de som nu används**, eftersom de nuvarande saknar de nödvändiga gränssnitten för att systemen skall kunna kommunicera med varandra direkt. I dag krävs både inmatning och manuella sökprocesser, vilket belastar vårdpersonalen och den övriga personalen i onödan.

Det finns stora databaser som inte används regelbundet, trots att de innehåller värdefull information för själva vårdarbetet. Systemen är så besvärliga att använda, att tids- och resursbristen gör att de alltför ofta förblir helt oanvända. Det mesta av de viktigaste dataflödena kan automatiskt sugas upp i själva vårdarbetet, men det förutsätter en välplanerad synkronisering mellan själva vårdarbetet och processtyrningen. I dag försämras både vårdkvaliteten och effektiviteten i vårdprocesserna av stora brister i patientlogistiken och styrningen av patientflödena. Som helhet ter sig vårdstrukturerna komplexa, men om man definierar dem närmare per vårdenheter, så öppnar sig nya möjligheter att förbättra vårdarbetet. Ledning av komplexa strukturer kräver alltid förenkling, för att man inom respektive operativ vårdenheter skall kunna delegera fullt och genuint ansvar till rätt aktörer. Här kan en analogi till storbolagen göras: Ett storbolag kan ha över 100 resultatenheter, alla med sina egna affärskoncept. Varje resultatenhet har en egen ansvarig chef, som har sitt mandat som VD med egen budget. Också storbolag måste alltså delas upp i enheter som självständigt tar ansvar och fattar beslut inom sin budgetram.

Det konkreta vårdarbetet kan inte ledas via regelverk och orderlinjer. **Därför utgör den konkreta detaljplanen för effektivt vårdarbete grunden för de krav som skall preciseras i kravspecifikationerna för ICT-systemen.** Dessa övergripande **ICT-lösningar** bör hålla den nationell standard, som fastställts

baserat på modern och nyttig teknologi. Just nu skapas arkitekturen för ICT-system parallellt med reformen eller till och med i förväg, utgående från tidigare använda system och erfarenheter. Detta innebär lätt att man missar hela poängen med att bygga nya, bättre och effektivare vårdprocesser, utgående från väldigt varierande vårdbehov och arbetsmiljöer. Att investera i modern ICT-teknologi och system innan verksamhetsformerna och de nya vårdprocesserna är spikade är inte klokt. Just nu pågår således både kapplöpning och handlingsförklarning, beroende på respektive sjukvårdsdistrikts tolkning av situationen.

Jag är inte heller övertygad om att ICT-systemen Kanta och Apotti, två aktuella jättepprojekt, har tillräcklig fokus på att underlätta vårdarbetet med lättanvända och flexibla system. Dessa mammutprojekt är inte heller baserade på den mest moderna teknologin. Gällande **upphandlingen** av Apotti är det därtill nödvändigt att konstatera att vad investeringen verkligen går ut på tycks ingen ha riktigt koll på, trots att beställningen redan är gjord.

Vem har ansvar för att fundera på hur man kan minska arbetsbördan inom ICT-hantering, som idag överbelastar vårdpersonalen? Vem funderar över hur den senaste ICT-teknologin skall tillämpas, för bättre och effektivare vård? Vem ser till att systemen kan styra vårdarbetet till en fungerande helhet, inom hela vårdfältet? Massor av nya specifikationskrav för vårdprocesser behövs, innan systemplanerarna kan ta vid.

KRAVSPECIFIKATIONERNA GER KURSEN

ICT-SYSTEM ÄR VERKTYG för patienten och vårdarna, som tillsammans söker den bästa möjliga vården. *Patientens bästa* innebär således att patienten snabbt kommer in i vårdprocessen och får sin första diagnos, en vårdplan för hela vårdprocessen och ett tidsbundet *vårdlöfte*. Oberoende av vilka vägar vårdprocessen

sedan tar, så gäller det givna vårdlöftet (förutsatt att diagnosen inte ändras under vägens lopp). Patientansvaret innehåller också krav på att, vid eventuella störningar, hitta en annan vårdutväg. Ansvaret för patientens bästa kan inte brytas på grund av resursbrist eller andra störningar. I det kliniska vårdarbetet är resurserna alltid knappa och arbetet sker under ständig tidsbrist. Därför är det viktigt att konstatera att två kvalitets-specifikationer styr vårdprocessernas produktion mer än andra, nämligen **vårdloftets innehåll och tid för patienten.**

Inmatning av patient- och vårdfakta skall ske automatiskt och så att all fakta inmatas endast en gång. På grund av för många tungrodda system och databaser, som inte kommunicerar med varandra, belastar inmatning, sökprocesser och svårtillgänglig information både patienten och vårdarna i onödig utsträckning. Det är inte ovanligt att över 30 procent av tiden som disponerats för patienten går åt till att mata in och läsa information i alltför tröga system. Patientens integritetsskydd har förts så långt att det finns situationer där bristen på snabb och lättillgänglig patientinformation kan få så allvarliga konsekvenser att patientens liv riskeras. Kravspecifikationerna bör skala bort all överdriven byråkrati, sådan byråkrati som innebär sämre vård och slöseri av vårdresurser. De krav som på makronivå styr arbetet och utvecklingen inom vårdsektorn måste utgå från samma ambitionsnivå som vårdpersonalen eftersträvar i det dagliga vårdarbetet. Idag utgör specifikationerna en lång önskelista av den typ som uppstår när hela organisationens önskemål skall beaktas. Varje vårdenhet och varje arbetsplats har sina egna mål och resurser, som varierar från a till ö. I det här fallet leder en *'demokratisk'* process som eftersträvar att alla intressenter beaktas i slutändan till ineffektivitet och nedsatt vårdkvalitet för patienten.

Nästan ingen annan sektor än vårdbranschen har insamlat så stora datamängder. I enlighet med långa traditioner kategoriseras vårdarbetet som någonting nästan mystiskt, där varje enskild

vårdare ensam ansvarar för patienten. Vi har avancerade diagnoskartor, massor av patientrapporter om mer och mindre lyckad vård. Inom andra sektorer analyseras sådana data systematiskt, för att kontinuerligt skapa nya normer och processer så att man över tid skall kunna erbjuda kunderna allt bättre service. Inom hälsovården är inlärningsprocesser mycket persondrivna, det är upp till vårdarnas egna ambitioner om nya kunskaper sprids. Det finns inget auktoriserat kunskapsledningssystem som kan användas inom den offentliga hälsovården. Varför är det så? Patientfallen består av allt från närmast rutinvård till komplicerad multisjukdomsvård. Potentialen att förbättra vården är mycket stor, förutsatt att aktörerna har tillgång till dokumenterade rekommendationer för olika vårdsituationer. Med aktörer avses här hela vårdpersonalen och inte minst patienterna själva. Den bästa vården är lätt, snabb och effektiv, när det är möjligt. Då frigörs samtidigt resurser för besvärligare och mera unika patientfall.

Den helt avgörande frågan för hur man skall lyckas med hela denna ytterst politiserade vårdreform är *kravspecifikationerna*. Vem har ansvaret för att ta tjuren vid hornen i de helt avgörande linjeval, som sedan styr specifikationsarbetet?

NÅGRA SLUTSATSER

Kvaliteten och effektiviteten i vårdarbetet kan förbättras med hjälp av nya typer av ICT-tjänster, bland annat kliniska stödsystem för vårdpersonal och patienter. Ledstjärnan är att ICT-systemen skall vara lätta att använda, när som helst och var som helst. Vårdpersonalen skall inte belastas av uppdateringsansvar och besvärliga sökprocesser, som idag kan kräva över 30 procent av arbetsdagen.

Patientens bästa skall vara i fokus för alla ICT-lösningar. Om utgångspunkten är information i syfte att se till patientens behov, inte förvaltningens, kan byråkratiseringstendenserna minskas.

Idag är reglerna kring patienters integritetsskydd överdrivna, vilket förhindrar distribution av information om patienten inom vården, vilket leder till sämre vård och ibland till och med onödiga dödsfall.

Alla som deltar i vårdprocessen, inklusive alla stödfunktioner, skall ta **fullt ansvar för det vårdlöfte som avgivits**. Vårdlöftet utgår från nationella mål och klara definitioner av ansvarsområden. Ledningen på alla nivåer tar ett självklart ansvar för att kontinuerligt förbättra vårdens kvalitet och effektivitet. Ett fullt ansvar för vårdlöftet till patienterna kräver en helt ny ledningsmodell, inklusive ett nytt belöningsystem.

SVENSKA INTRESSEN OCH SPRÅKPOLITIK I VÅRDREFORMEN

LINNÉA HENRIKSSON

ETT AV SYFTENA med denna utredning är att **artikulera språkligt baserade intressen** i vårdreformen. En del av vårdreformens implikationer har ingen omedelbar språklig dimension. Vissa av utgångspunkterna för vårdreformen förändrar dock i grunden förutsättningarna för social- och hälsovård på svenska. Eftersom språkliga hänsyn inte kommer att hindra reformen är texten inriktad på att försöka klargöra vad man bör vara uppmärksam på, när man försöker tillvarata eller tillgodose svenska intressen i den förestående reformen.

En text om *svenska intressen* i vårdreformen förutsätter att man inledningsvis definierar vad som avses med dylika. Svenska intressen i reformer är till exempel:

- normativa – till exempel offentliga försäkringar om att svensk service ska fungera
- språkliga – till exempel faktisk tillgång till service på svenska
- kulturella – i bemärkelsen enheter, där den svenska kulturen beaktas utan att ifrågasättas och där svenskan är mer än en instrumentell översättning från finska
- politiska – avseende ett faktiskt svenskspråkigt politiskt inflytandet över relevanta verksamheter
- förvaltningsbaserade – självklar medvetenhet hos alla som på olika nivåer planerar service att denna service också ska fungera på svenska
- processrelaterade – fungerande servicelösningar, där hela vårdkedjor fungerar på svenska

- professionella – förekomsten av fortbildning och yrkesutveckling på svenska både för individer och för organisationer
- praktiska – så att servicen på svenska självklart fungerar också i vardagliga vårdsituationer, i informationsdiskar, vid tidsbeställning, bland vårdbiträden som delar ut måltider och hos biståndshandläggare som hanterar ansökningar på svenska
- marginalgrupper – fungerande servicelösningar också för marginalgrupper och personer i dubbel minoritetsställning (till exempel svenskspråkiga handikappade), där antalet berörda är litet men behovet av service stort.

En text om svenska intressen föder frågor om **förhållandet mellan tvåspråkiga intressen och svenska intressen**. Det finns givetvis ingen auktoritativ sanning på det området. *Tvåspråkighet* förknippas med positiva företeelser (språkmöten, tolerans, öppenhet), medan *svenska intressen* associeras med särrättigheter, tjtatiga språkpölisler och (krav på) avvikande lösningar. Det finns ändå skäl att uppmärksamma att tvåspråkiga intressen och svenska intressen inte automatisk sammanfaller eller betyder samma sak. Skillnaden beskrivs här som en skillnad i *medvetenhet*.

Ett tvåspråkigt perspektiv utgår från verksamhet på två språk, där det positiva är att språken betraktas som likvärdiga. I det tvåspråkiga perspektivet utgår man från att människorna med olika modersmål är ungefär lika många, lever på samma sätt och med samma geografiska och demografiska spridning. Underförstått utgår perspektivet också från att alla talar båda språken och därmed är språken ointressanta. Slantens avigsida är att det som är det tvåspråkiga perspektivets fördel också är dess nackdel. Perspektivets begränsningar handlar om att det tvåspråkiga perspektivet har ett instrumentellt förhållande till språk, vilket innebär att man inte beaktar språk när man planerar service. Eftersom språken egentligen inte har någon betydelse, så behöver man inte uppmärksamma behov på minoritetens språk, för man utgår från att majoritetens behov är giltiga på samma sätt också för minoriteten.

Ett tvåspråkigt perspektiv anser sig ta hänsyn till allas behov och tillerkänner därför inte svenskspråkiga varken någon rätt till eller något behov av planering av verksamhet på språklig grund. Det innebär samtidigt att ett tvåspråkigt perspektiv mycket lätt glider över i majoritetens perspektiv (jfr Henriksson 2011), där majoriteten inte ens kommer att tänka på att minoriteten kan ha från majoriteten avvikande behov. Här ligger också den främsta förklaringen till att tvåspråkiga organisationer, där svenskan utgör ett minoritetsintresse, inte fungerar på svenska: eftersom svenskan bara utgör ett av många hänsyn som borde tas, drunknar svenskan i havet av möjliga prioriteringar. Insikten om att en tvåspråkig organisation faktiskt är förpliktigad att *medvetet* främja båda språken saknas. Den ökande individuella tvåspråkigheten, där det ur individens synvinkel kan vara egalt vilket språk som används, är inget argument för att organisationer ska tillåtas utgå från att alla har den beredskapen.

Spelar det då någon roll i praktiken? Ja, det gör det. Om man inte beaktar språkaspekter när man planerar service, ser man nödvändigtvis inte att det bland den äldre befolkningen i till exempel Helsingfors eller Kyrkslätt finns proportionellt sett fler svenskspråkiga, vilket borde styra personalens språkliga profil. På samma sätt: om man inte beaktar språkaspekter, inser man inte värdet av möjligheterna att koordinera svenska insatser inom socialvården över hela kommunen istället för områdesvis, eftersom de svenskspråkiga sammantaget är tillräckligt många, men har en annorlunda spridning i kommunen (jfr Westman 2011). Och så vidare.

Det tvåspråkiga perspektivets tillkortakommanden är således inte principen, utan praktiken. Finska och svenska må vara formellt likvärdiga enligt finländsk statsförfattning, men det är sist och slutligen väldigt få organisationer som befolkas av finsk- och svenskspråkiga i samma utsträckning. I de flesta organisationer, i de flesta kommuner, finns ett majoritets-

minoritetsförhållande mellan språkgrupperna. I allmänhet är det svenskan som utgör minoritetens språk.

Diskussionen om förhållandet mellan svenskt, tvåspråkigt och finskt ska inte ses som ett försök att hävda att behoven hos någon grupp av människor skulle vara viktigare eller mer rätt än de andra. Diskussionen handlar om att om man inte artikulerar att dessa grupper har olika behov, så har man inte heller förutsättningar att tillgodose dessa behov.

Ett svenskt perspektiv utgår däremot från att det betraktas som självklart viktigt att service fungerar både på svenska och på finska och att det därmed finns en insikt om att förverkligandet av denna självklarhet kräver en medveten organisering. Ofta underlättas fungerande service på minoritetsspråk av att det, där så är möjligt, finns serviceenheter som organiseras med utgångspunkt i svenska behov och att serviceenheter med verksamhet på båda språken har en medveten och systematisk hantering av tvåspråkighet, som koordineras av personer med ett uttalat ansvar för frågan.¹

SVENSKA INTRESSEN I ALLMÄNHET OCH I VÅRDREFORMEN I SYNNERHET

RESONEMANG OM SPRÅKLIGA intressen i samband med förvaltning, service och reformer reser en del tilläggsfrågor. **En av dem** utgår från **jämbördigheten mellan nationalspråken**: Om det är viktigt att service fungerar på svenska på finskdominerande områden, är det inte då lika viktigt att servicen fungerar på finska i kommuner med svensk majoritet? Svaret är givetvis ja. Det man vet om service på finska på svensksdominerade orter är att servicen på finska fungerar bättre, än servicen på svenska i kommuner med finsk majoritet (jfr Herberts 2009, även

1 Det omvända gäller också. I sammanhang där finskspråkiga utgör minoritet kan det som ovan sägs om ett svenskt perspektiv appliceras på finskspråkiga behov.

Herberts 2015). Antalsmässigt är de finskspråkiga som lever i kommuner med svensk majoritet ca 35.000. Det lokala livet som finskspråkig minoritet på svensk ort underlättas av att landets stora strukturer (statliga myndigheter, media etc.) fungerar på modersmålet. En del av de svenskspråkiga majoriteterna har möjligen en något större förståelse för finskspråkiga minoriteter än tvärtom, men när det är sagt är det skäl att konstatera att också finskspråkiga minoriteter i svenskdominerade kommuner lokalt möts av samma oförstående och nonchalans som svenskspråkiga i minoritet. Majoritetens blindhet, att majoriteten inte inser minoritetens behov, gäller även när svenskspråkiga är i majoritet. (Jfr Henriksson 2010)

En annan fråga som uppstår när språkliga intressen diskuteras är **jämbördigheten mellan minoriteter**, eller förhållandet mellan den svenska minoriteten och andra minoriteter. I vissa sammanhang, på vissa orter, särskilt där svenskan är klar minoritet, reses bland finskspråkiga frågan om varför man ska förhålla sig annorlunda till service på svenska än till service för invånare som talar andra språk. Bortsett från det uppenbara, att lagens bokstav betraktar finska och svenska som nationalspråk, är det i praktiken en fråga som blir allt mer relevant att ställa. I de större kommunerna (Helsingfors, Esbo, Vanda, Åbo) blir andelen invånare med ett annat modersmål än svenska och finska hela tiden större. En färsk genomgång av de stora tvåspråkiga städernas strategier ger vid handen att *flerspråkigheten* är en större fråga att hantera än svenskspråkiga som behöver service på modersmålet (Henriksson 2015).

En tredje av dessa frågor kring svenska intressen utgår från **relationen mellan svenska intressen och SFP:s intressen**. De svenska intressena sammanfaller ofta med Svenska folkpartiets intressen men det svenska i Finland kan vara intressant även för personer utanför SFP:s krets samtidigt som SFP har intressen som sträcker sig utanför språkrelaterade frågor. Det problematiska

i relationen mellan svenska intressen och SFP:s intressen är att finskspråkiga ibland uppfattar befogade *språkliga* intressen som *enbart* en fråga om SFP:s *politiska* inflytande. Här spelar politikens huvudstadscentrering och bristande allmänbildning hos aktörerna sannolikt en betydande roll: Finskspråkiga politiker och tjänstemän från helt finskspråkiga områden möter huvudstadsregionens väldigt tvåspråkiga svenskhet, där de svenskspråkiga i regel faktiskt talar en utmärkt finska (till exempel Mustajoki 2009). Det är nästan rimligt att det då – utan vidare kunskaper i Svenskfinlands geografi – blir svårt att förstå att det faktiskt finns svenskspråkiga som har ett stort behov av service uttryckligen på svenska och att svenska intressen primärt handlar om att tillgodose språkgruppens fortlevnad och tillgång till service på svenska. Det tråkiga är att denna brist på insikt om variationen i Svenskfinland riskerar få så stora följder för just denna svenska service. Till detta kan tilläggas att det givetvis är helt legitimt att SFP gör anspråk på politiskt inflytande (det är det för alla partier), både för att tala för svenska intressen och för att gynna de övriga intressen man har. Poängen är att man kan tala för svenska intressen också utan att i övrigt ta ställning till SFP:s intressen.

En fjärde fråga om språkliga intressen handlar om **tillgången till och nivån på den svenska servicen**. Här är det skäl att skilja mellan olika former av vård, på olika nivåer. En del samtal om svensk service inom social- och hälsovård leder förr eller senare in på påståendet om att det inte spelar någon roll vilket språk kirurgen talar, bara rätt kroppsdel opereras. Gällande en del av *specialsjukvården*, dit operativ verksamhet i allmänhet hör, kan man också hävda att så är fallet. Om man håller fast vid påståendet att språket saknar betydelse glömmar man dock samtidigt att kirurgen och operationsavdelningen innan ingreppet har fört flera samtal med patienten, som gärna får vara begripliga. Det är också viktigt att patienten förstår hur eftervården ska skötas. Modersmålets betydelse för en lyckad vårdupplevelse är

välkänd inom sjukvården (jfr Språkprogrammet för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt).

Inom *specialsjukvården* tävlar prioriteringen av tillgång till service på svenska med en mängd andra hänsyn. Ett exempel: En nybliven mor frågade varför det inte fanns någon svenskspråkig personal vid förlossningen. Hon uppfattade det som en rimlig förväntan, mot bakgrunden av att ingreppet var ett planerat kejsarsnitt och att organisationen därför hade haft möjlighet att ta hänsyn till behovet av svenskspråkig personal. Sjukvården är dock ett gott exempel på hur en mängd olika verksamhetslogiker sida vid sida tävlar om uppmärksamhet: krav på adekvat professionsbaserad yrkeskunskap, arbetslagets sammansättning av olika yrkesgrupper, rättidig planering av arbetslistor som uppfyller arbetstidslagstiftningens krav och kravet på effektivt utnyttjande av utrymmen tillmäts sannolikt ett högre värde, åtminstone ekonomiskt sett, än 'mjuka' behov som hänsyn till patientens språk.

Tillgången till svensk service inom specialsjukvården i Finland kommer sannolikt alltid att präglas av viss slumpmässighet – inom specialsjukvården betonas personalens professionella kunskaper och därmed är det legitimt att man väljer kirurg enligt förmågan att operera snarare än förmågan att tala främmande språk. Ur språklig synvinkel är detta sammantaget trots allt ett mindre problem: de flesta människor har relativt sällan kontakt med specialsjukvården, även om de tillfällen då behov finns ofta är av allvarligare art. Ju sjukare man är, desto mer nöjd tenderar man att vara med den vård man får. Men mot bakgrunden av att språkkunskaper inte är självklara och att det knappast är rimligt att förvänta sig att specialsjukvården prioriterar språkkunskaper högst, så framstår det som viktigt att se till att behålla den språkliga kompetens som idag finns inom specialsjukvården. En nedmontering av de verksamhetsenheter som idag fungerar på både svenska och finska ter sig synnerligen olycklig.

Inom *primärvården och socialvården* är tillgången till service på svenska varierande. Tillgången är normalt bättre, ju större andelen svenskspråkiga på orten är (jfr Henriksson 2012, Herberts 2009, Mustajärvi 2009). Det skapar vitt skilda utgångspunkter för förutsättningarna för att få svensk service. På orter där den svenska befolkningen utgör majoritet fungerar tillgången bra. På orter med en stor svensk minoritet fungerar tillgången också rätt bra. På orter där den svenska minoriteten understiger 25-30 procent blir tillgången till service allt mer slumpmässig, ju mindre minoriteten är. På orter där man organiserat service som tar hänsyn till modersmål kan servicen på svenska fungera utmärkt. Risken med en tvåspråkig organisering, där modersmålet inte är en styrande faktor, är att utbud och efterfrågan inte möts. Svenskspråkiga patienter hittar inte de svenskspråkiga läkarna, vilket kan leda till felaktiga slutsatser åt båda hållen – både att det svenska utbudet inte finns och att det inte behövs.

Tillgången till service på svenska är en aspekt på service. *Nivån* på den svenska servicen är en annan, inte lika uppmärksam-
 mad, aspekt. Avgörandet mellan organisering i separata svenska enheter eller tvåspråkig integrering fällt ibland med hänvisning till den svenska organisationens litenhet. Ibland är separata svenska enheter ett problem ur styrningssynvinkel – eftersom de organiseras på ett avvikande sätt, så blir de annorlunda och sticker därför i ögat. I andra fall utgör separata svenska enheter ett hot mot kompetensutvecklingen, eftersom mindre enheter har mindre personal, som inte hinner utveckla(s) i samma takt som personalen vid en större enhet. Här är det inte fråga om enskilda personers kompetens, utan den samlade kompetensen i organisationen.

Är vård på svenska alltid bra? Det är en fråga som ställs ibland, kanske särskilt av och kring personer med speciella behov, där mindre organisationer har svårt att leva upp till alltför divergerande behov. Det finns ingen objektiv måttstock som

avgör hur man borde välja, om valet står mellan ett mindre väl-anpassat utbud på modersmålet eller ett mer utvecklat utbud på det andra språket. Inom vissa specialiteter betraktas vård på det egna språket som viktigare än andra: mentalvård är ett sådant område, kommunikationsrelaterad (re/)habilitering ett annat och förlossningsvård ett tredje. Svenskspråkiga är överlag mer nöjda med kommunal service än finskspråkiga (Pekola-Sjöblom 2012:59).

En femte fråga om språkliga intressen handlar om att vårdreformens **effekter för Svenskfinland kan vara större än effekterna för service på svenska.**

I början av år 2013 lät Svenska Bildningsförbundet Taloustutkimus göra en telefonundersökning med 1000 respondenter i ett antal österbottniska kommuner om hur 18-79-åriga invånare i Malax, Korsholm, Larsmo, Pedersöre, Nykarleby och Vörå förhöll sig till kommunsammanslagningar. Det tydligaste resultatet i undersökningen var att 61 procent av de svarande skulle stöda en kommunsammanslagning, om det skulle *stärka kommunens beslutanderätt* över sin service (inklusive sjukvård). Först därefter kom aspekter som förbättrad servicenivå, förbättrad ekonomi, förbättrade förutsättningar för näringslivet, förbättrad regional gemenskap samt förbättrad professionalitetsnivå bland tjänstemän och politiker. Frågorna är givetvis ställda i ett något annorlunda sammanhang men en försiktigt tolkning är ändå att betydelsen av egen beslutanderätt över sin service, inkluderande sjukvård, är stor.

Eftersom tillgången till vård på svenska varierar kraftigt från kommun till kommun och är beroende av kommunens språkliga status, säger det sig självt att en vårdreform av det slag som nu bereds förändrar läget på många sätt, men i olika utsträckning för olika grupper:

- **För enskilda personer behöver förändringen inte bli särskilt stor.** Livet går vidare, även om hela vårdorganise-

ringen ändras. För vuxna personer kan det gå flera år mellan social- och hälsovårdsrelaterade besök. Också för många personer som regelbundet använder vård kommer det mesta att se ut som förut; samma utrymmen, samma personal och ungefär samma system, även om vårdarrangören ändras.

• **För Svenskfinland, däremot, blir förändringen mycket stor.** För de svenskdominerade kommunerna innebär reformen, för att citera Siv Sandberg (2008), att *'besluten inom social- och hälsovården nu kommer att fattas inom ramen för en politisk organisation där svenskan är i klar minoritet'*².

• Förändringen gällande **tillgången till svensk service** är beroende av hur de nya vårdorganisationerna organiserar service på svenska. Sandberg skriver att de *'största och mest svåridentifierbara problemen när det gäller svenskans ställning i förvaltningen och serviceproduktionen finns inbyggda i ... organisatoriska vägval ... när nya ... [enheter] bildas. Bakom lådorna och pilarna i organisationsdiagrammen döljer sig makt, pengar och ansvar.'* (Sandberg 2008). Och hon fortsätter: *'Problemet är inte att det skulle saknas sätt att ordna svensk service ... det mesta går att ordna. Risken är att alternativen förblir teoretiska och aldrig beaktas av de politiska beslutsfattarna.'* (Sandberg 2008). Den största risken, när det gäller framtida tillgång till svensk service, är att den svenska närvaron i organisationen inte är tillräckligt stor för att garantera att de beslut som fattas tar hänsyn till svenska behov. Och då är vi tillbaka vid frågan om jämbördigheten mellan nationalspråken och majoritetens förmåga att se minoritetens behov.

Det är därtill sannolikt att en del av vårdreformens effekter på tillgången till svensk service syns först över tid, för att förändringar sker gradvis. Institutioner är motståndskraftiga mot

² Sandberg skrev egentligen om kommun- och servicestrukturreformen men hennes formuleringar om organisering av vård på svenska i större enheter är lika relevanta idag som år 2008. För en nyare version av resonemangen, se Sandberg (2015).

förändringar och den personal som talar svenska slutar inte göra det över en natt. Men om den svenskkunniga personalen successivt ersätts med finskspråkig personal utan kunskaper i svenska naggar det den svenska servicen i kanten över tid.

SPRÅKPOLITIK FÖR VÅRDREFORMEN

FÖR ATT LYCKAS upprätthålla service också på svenska kräver vårdreformen en god språkpolitik. Institutet för de inhemska språken slår fast att *'[s]pråkpolitik innebär att språkförhållandena i ett samhälle regleras genom medvetna åtgärder. Språkplanering är att planera, verkställa och utvärdera dessa åtgärder'*. Språkpolitik idkas således inte enbart genom att stifta språklagar, tvärtom förs språkpolitiken med synnerligen diskreta medel: genom finansieringsbeslut och genom effekter av annan lagstiftning³ (Lappalainen et al. 2010). Lagstiftningen kring vårdreformen kommer att ha betydande effekter för landets språkpolitik - vilket frågan om svensk service de facto är.

Det är värt att notera att organisering inte är ett nollsummespel – om någonting gynnar tillgången till service på svenska betyder det inte att det sker på bekostnad av service på finska eller att det nödvändigtvis blir varken dyrare eller svårare.

I samband med vårdreformen handlar en anständig språkpolitik om att uppmärksamma sådant man vet att gynnar service på svenska. Till en anständig språkpolitik hör:

- **att behålla de tvåspråkiga områdena så enhetliga som möjligt, så att den svenskspråkiga befolkningen fördelas på så få områden som möjligt.**

3 'Kielipolitiikkaa ei tehdä vain kielilakeja säätämällä, vaan se syntyy pitkälti varsin buomaamattomin keinoin: esimerkiksi rahoituspäätöksistä, muiden lakien vaikutuksista ja yritysten kielivalinnoista. Keskeisiä toimijoita tällä kentällä ovat paitsi poliittiset päättäjät myös yritykset, koululaitos, media, kielen ammatillaiset – viime kädessä kaikki kieliyhteisön jäsenet.' (Lappalainen et al. 2010)

I vulgärversionen uppfattas motiveringen till detta vara enbart en fråga om SFP:s politiska inflytande. Här är motiveringen till detta dock en fråga om organisering och praktiska verksamhetsförutsättningar - ju större svensk befolkning inom ett område, desto större är sannolikheten för att servicen också fungerar på svenska. Mekanismerna bakom att servicen fungerar bättre, om språkgruppens andel är större, är (minst) tre:

- Det behövs en viss *kritisk massa* (jfr Moss Kanter 1977) för att det vid tvåspråkiga verksamheter ska finnas tillräckligt många anställda som talar båda språken. Ju större den svenska befolkningen på ett område är, desto fler anställda har svenska som modersmål och desto fler finskspråkiga anställda har tillräckliga kunskaper i svenska, för att verksamheten ska fungera på båda språken i praktiken.
- Det behövs en *svensk närvaro*, både inom den politiska och den professionella organisationen, för att områdenas styrning och förvaltning ska uppfatta det svenska som en faktor att ta hänsyn till i organiseringen (jfr Phillips 2000). I det så kallade Karlebyfallet handlade avgörandet om precis detta: i en organisation där den mindre befolkningsgruppen blir alltför liten finns inte organisatoriska förutsättningar att upprätthålla service (för resonemang, se Suksi 2012).
- Kritisk massa är en förutsättning för tillräcklig kompetens. Ibland är det befogat att organisera verksamheten separat för finsk- och för svenskspråkiga. Separata enheter kan vara motiverade bland annat på grund av särskilda behov hos patienterna (till exempel vissa vårdformer/vård för vissa grupper; barn, demensvård, mentalvård) eller nödvändiga för att personalen saknar tillräckliga språkkunskaper (till exempel Pihlajamäki 2013). Enheter som arbetar på svenska får dessutom inte bli för små. Alltför små enheter är problematiska av produktivitetsskäl, men också för att det krävs en viss kritisk massa inom personalen för att upprätthålla kompetens på alla relevanta områden. Det måste

finnas tillräckligt goda förutsättningar för de svenska enheterna för att de ska kunna vara en enhet bland andra, inte ett ständigt undantag som existerar på nåder.

Till en anständig språkpolitik hör också att inte medvetet försämra den svenskspråkiga servicen, genom att förstöra de språkliga strukturer som faktiskt fungerar. Ett exempel på detta är planerna på att ändra verksamhetsförutsättningarna för Vasa sjukvårdsdistrikt, så att dagens enda sjukvårdsdistrikt med svenska som majoritetsspråk framöver skulle degraderas. Regeringens tjänstemannautredning (per 05.II.2015), som uttrycker förhoppningen att tillgången till service på svenska ska vara lika bra i ett vårdområde med finska som majoritetsspråk, tyder tyvärr på bristande insikt om hur organiseringen och ledningen av vårdområden påverkar den språkliga servicen.

• **att det politiska inflytandet över svensk service innebär faktisk beslutsmyndighet.**

På orter och i organisationer där svenskspråkiga är i klar minoritet har man ibland försökt lösa frågan om svenskspråkigt inflytande genom någon form av organ för inflytande på språklig grund. Ett exempel på detta är de språkliga nämnderna inom sjukvårdsdistrikten. Det finns åtminstone två problem med dessa nämnder: För det första saknar dessa nämnder oftast beslutsmyndighet. För det andra tillsätts dessa nämnder enligt den politiska mandatfördelningen i regionen. Det låter rimligt, men är i praktiken ett uttryck för ett tvåspråkighetsperspektiv som inte tar hänsyn till att mandatfördelningen på finskdominerade orter ser annorlunda ut än på orter där svenska dominerar. Det här leder till att majoriteten av mandat i nämnden tilldelas personer inom partier som vanligen har ett rätt begränsat intresse för de svenska frågorna. Nämnden representerar således ofta snarare områdets befolkning på svenska, än den svenska befolkningen på området.⁴

⁴ För mer utvecklade resonemang om språkgruppers representation, se Linda Lindholms text.

I förhållande till vårdreformen är det viktigt att slå fast att det politiska inflytandet över svensk service snarare ska influeras av organiseringen inom bildningsområdet, än av de nu existerande svenska nämnderna (jfr Enestam & Henricson 2015, även Böhme et al. 2014).

• **att svenskan är ett ansvarsområde i verksamhetsplaneringen**

Det råder ingen akut brist på förslag på och uppmaningar om hur man i förvaltning och service kan förbättra förutsättningarna för service på två språk. Goda sådana finns i till exempel Statsrådets berättelse över tillämpningen av språklagstiftningen (2006, 2009, 2013), Folktingets handlingsprogram för ett Finland med två nationalspråk (2011), som senare ledde till Nationalspråksstrategin (2012), Finlands Kommunförbunds manual för utvärdering av servicen på svenska (2007) samt sju teser för två språk (Henriksson 2012), förvaltningsmodeller på två språk (Enestam & Henricson 2015) samt i flera av Magma språkrelaterade rapporter. På kommunal nivå kan man studera Vanda stads tvåspråkighetsprogram (2013), som ett ärligt och uppbyggande exempel.

I förhållande till vårdreformen kan vikten av att **någon måste ha ett uttryckligt ansvar för det svenska** inte nog betonas. Det är vackert om man kan utse någon att bära det politiska ansvaret men eftersom service på svenska verkställs av anställda är det om möjligt ännu viktigare är det **att inom varje vårdområde och varje enhet utse en person** som bär ansvar för den svenska servicen. Denna uttalade ansvarsperson kan kompletteras med **tydliga, iterativa målsättningar** för den svenska verksamheten, där man utgår från en planerad, stegvis förbättring av servicen på svenska (jfr Henriksson 2015).

Hur vårdreformen påverkar den svenska servicen beror mycket långt på hur vårdreformen implementeras i vårdområdena, det vill säga hur verksamheten organiseras i praktiken.

Denna praktik kan organiseras mer och mindre språkvänligt.

Vårdreformen syftar till att utjämna skillnaderna i tillgången till vård. Kvalitetsutjämning är positiv, om den syftar till att höja all verksamhet till samma nivå. Utjämning av skillnader medför dock betydande risker för det svenska inslaget i olika verksamheter. Ju mer samordning, ju fler kvalitetsstandarder, ju mer likriktad verksamheten ska vara, desto mindre framstår utrymmet för svenska lösningar, eftersom de ofta är lite mindre, har något avvikande regional organisering eller inkluderar fler verksamheter än på finskt håll. De svenska enheterna – där de överhuvudtaget finns – passar inte in i samma modell av verksamheten och sticker därför i ögat vid likriktning. Som ett exempel har Helsingfors, Esbo och Vanda under senare år omorganiserat social- och hälsovården och då gått in för enledarmodellen, som systematiskt utesluter företrädare för språkliga frågor ur ledningsgrupperna. Då ramlar språkliga hänsyn utanför agendan, vilket gör att de tjänstemän som ska bevaka det svenska tvingas arbeta med språkliga lösningar reaktivt (Mustajoki 2009:18).

- **att det finns en svensk närvaro i beställarfunktionen**

Om vårdreformen leder till att vårdområdets centrala uppgift blir att ordna, godkänna, beställa och upphandla av vård av olika aktörer, till exempel sjukvårdsdistrikt, kommuner och privata företag, är det nödvändigt att det finns en svensk närvaro och ett svenskt ansvar vid den enhet där beställningarna formuleras, för att inte den svenska servicen ska falla bort i olika konkurrensutsättningsprocesser.

- **att inkludera en experimentklausul i lagstiftningen**

För att se till att lagstiftningen om vårdreformen åtminstone inte av formella skäl stänger dörren för befogade undantag från de 'normala' strukturerna, vore det tjänligt om lagstiftningen innehöll en experimentklausul. Då skulle lagstiftningen redan från början

stadga om möjligheten att under vissa förhållanden få avvika från vissa normer. På detta sätt kunde man stöda innovativa försök, men också lösa en del av de frågor som inte passar in i regeringens nuvarande planer. Det skulle ge en lagstadgad möjlighet att service på minoritetsspråk kunde organiseras annorlunda, om tillgången till service inte förverkligas inom existerande verksamhet⁵. Framtiden för den verksamhet som idag upprätthålls av Kårkulla samkommun, men också andra särskilda intressen på svenska (svenska tjänster för missbrukare, funktionshindrade, synskadade, (re)habilitering och mentalvård etc.) kunde möjligen underlättas av en sådan klausul. De framtida utmaningarna kring denna typ av tjänster på svenska är minst två: Den ena kategorin av utmaningar handlar om tillgång till tjänster på svenska. Den andra kategorin handlar om möjligheterna till utvecklingsarbete, kompetenshöjning och samordning på svenska. Särskilt den senare kategorin av funktioner (som redan idag delvis fungerar bristfälligt) riskerar försämrats avsevärt på grund av vårdreformen.

- **att personer ska kunna välja vård på svenska**

I regeringens planer för vårdreformen ingår en utökad valfrihet. Med avseende på svensk service kan detta leda till förbättringar i tillgången till service. Ur svenskt perspektiv är en valfrihetsmodell klart att föredra (Henricson 2014:27) framom annan upphandling, eftersom det vid koordinerad upphandling är någon annan som väljer för befolkningen. Det har visat sig vara svårt att garantera svenskspråkiga tjänster vid upphandling.

- **att språkliga konsekvenser måste utredas före beslut fattas**

Det råder ingen brist på rekommendationer för hur språk-

5 Detta är helt i enlighet med 122§, 1 mom. i grundlagen (731/1999): När förvaltningen organiseras ska en indelning i sinsemellan förenliga områden eftersträvas så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder.

liga konsekvenser kan utredas på förhand, så att utredningen faktiskt ger en bedömning av konsekvenser (Suksi 2012, se även Sundquist & Oulasvirta 2011). För att det ska vara någon mening med språkkonsekvensbedömningar⁶ måste dessa dock utföras med ärlig uppsåt och i ett så tidigt skede av processen att de kan tillåtas spela någon roll för slutresultatet.

REFERENSER:

Böhme, Cecilia, Hägglund, Henrik & Stefan Sjöblom (2014): *Bildningsförvaltningen och skolan. Rekommendationer för en fungerande svensk bildningsförvaltning*, 2/2014 SSKH Notat, Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet, Helsingfors

Enestam, Jan-Erik & Marcus Henricson (2015): *Ett språk eller två? Förvaltningsmodeller för tvåspråkiga kommuner*, Tankesmedjan Magma 1/2015, Helsingfors

Finlands grundlag (731/1999)

Handlingsprogram för ett Finland med två nationalspråk (2011), Svenska Finlands folkting, Helsingfors

Henricson, Marcus (2014): *En förvaltningsmodell för svensk service i metropolområdet*, Finlands Kommunförbund, Helsingfors

Henriksson, Linnéa (2010): *Språkgruppernas relation till varandra och till den kommunala offentligheten*, i *Det finlandssvenska sociala kapitalet. Fakta och fiktion* av Sundback, Susan & Fredrica Nyqvist (red.) (2010), Svenska Litteratursällskapet i Finland, Helsingfors

Henriksson, Linnéa (2011): *En- eller tvåspråkiga lösningar? Om språkliga konsekvenser vid sammanslagningar*, Tankesmedjan Magma, Helsingfors

Henriksson, Linnéa (2012): *Två förvaltningspråk*, Finlands Kommunförbund, Helsingfors

6 Familje- och omsorgsminister Juha Rebula har utlovat en språkkonsekvensbedömning av vårdreformen. 'Senast då förslaget ges till riksdagen ska alla konsekvensbedömningar finnas med', sade Juha Rebula, när regeringen presenterade sina spetsprojekt torsdagen den 3 september 2015. (Västra Nyland 04.09.2015, sida 17)

Henriksson, Linnéa (2015): *Språk i strategier: Spelar strategier någon roll för svensk service?*, i *Makten att kombinera. Utmaningar vägval och handlingskraft i Svenskfinland*, Sjöblom, Stefan & Siv Sandberg, Svenska Kulturfonden, Helsingfors

Herberts, Kjell (2009): *Service på svenska och finska – ett medborgarperspektiv*, Institutet för finlandssvensk samhällsforskning vid Åbo Akademi, Vasa

Herberts, Kjell (2015): *I skilda världar? Finlandssvenskarna och strukturerna*, i *Makten att kombinera. Utmaningar vägval och handlingskraft i Svenskfinland*, Sjöblom, Stefan & Siv Sandberg, Svenska Kulturfonden, Helsingfors

Kanter, Rosabeth Moss (1977): *Men and women of the corporation*, Basic Books, New York

Lappalainen Hanna, Marja-Leena Sorjonen ja Maria Vilkuna (toim.) 2010: *Kielellä on merkitystä. Näkökulmia kielipolitiikkaan*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 160 ja SKS:n toimituksia 1262, Kotimaisten kielten tutkimuskeskus ja Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki

Manual för utvärdering av servicen på svenska, Finlands Kommunförbund, Helsingfors

Mustajoki, Marianne (2009): *Svenskans ställning i metropolen. Språkkonsekvenser av samarbetslösningar i huvudstadsregionen*, Tankesmedjan Magma 3/2009, Helsingfors

Nationalspråksstrategi. Principbeslut av statsrådet (2012), Statsrådets kanslis publikationsserie 4/2012

Marianne Pekola-Sjöblom (2012): *Kuntalaiset kunnallisten palvelujen arvioitsijoina. Tutkimus kuntalaisten mielipiteistä kunnallisista palveluista ARTTU-tutkimuskunnissa vuosina 2008 ja 2011*, Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 21, Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Phillips, Anne (2000): *Närvarons politik – den politiska representationen av kön, etnicitet och ras*, Studentlitteratur, Lund

Pihlajamäki, Eini (2013): *'De talar finska över huvudet på mig'. Perspektiv på svenskspråkig mentalvård*, Tankesmedjan Magma, Helsingfors

Sundquist, Salme & Leena Oulasvirta (red.) (2011): *Förhandsbedömning*

av effekterna av kommunala beslut, Finlands Kommunförbund, Helsingfors
Sandberg, Siv (2008): *Svenskfinland och kommunreformen – en karta över förändringar under ytan*, Svenskbygden 4/2008

Sandberg, Siv (2015): *Kommunernas Svenskfinland i reformcentrifugen: Fem scenarier och deras konsekvenser för det svenska*, i *Makten att kombinera. Utmaningar vägval och handlingskraft i Svenskfinland*, Sjöblom, Stefan & Siv Sandberg, Svenska Kulturfonden, Helsingfors

Språkprogrammet för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (2007/2010)

Statsrådets berättelse över tillämpningen av språklagstiftningen 2006, Justitieministeriet, Helsingfors

Statsrådets berättelse över tillämpningen av språklagstiftningen 2009, Justitieministeriet, Helsingfors

Statsrådets berättelse över tillämpningen av språklagstiftningen 2013, Justitieministeriet, Helsingfors

Suksi, Markku (2012): *Förhandsbedömning av språkliga konsekvenser vid beredning av förändringar i lagstiftning och administration*, Utredningar och anvisningar 68/2012, Justitieministeriet, Helsingfors

Svenska Bildningsförbundet (2013): *Undersökning av österbottniska kommuners inställning till kommunsammanslagningar*, utförd av Taloustutkimus *Vad är språkpolitik?*, Institutet för de inhemska språken

http://www.sprakinstitutet.fi/sv/om_sprak/sprakpolitik/vad_ar_sprakpolitik
(21.12.2015)

Vanda stads tvåspråkighetsprogram (2013)

Vantaan kaupungin kaksikielisysohjelma (2013)

https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/106610_Kaksikielisysohjelma.pdf (22.12.2015)

Västra Nyland 04.09.2015

Westman, Johanna (2011): *Språket på agendan i metropolen – med service på svenska i fokus*, Tankesmedjan Magma, Helsingfors

Ämbetsutredning: Inrättande av nya självstyrande områden (05.11.2015)

<http://alueuudistus.fi/lausuntopyynnnot>

SPRÅKLIGA RÄTTIGHETER I EN NY FÖRVALTNINGSMODELL FÖR VÅRDEN

LINDA LINDHOLM

DE SENASTE ÅREN har varit en aktiv tid ifråga om den framtida organiseringen av den finländska kommun- och regionförvaltningen, också ifråga om språkliga rättigheter och förverkligandet av dem. Mest diskussion har ändå onekligen förslaget till ny lag om organiseringen av social- och hälsovården genererat. Även språkliga frågor har tangerats, även om de inte tillhört de spörsmål som toppat rubriksättarnas repertoar ifråga om nyheterna kring reformen och dess olika skeden. I samband med den fortsatta beredningen gällande organiseringen av social- och hälsovårdstjänsterna är det värdefullt att analysera hur man idag förverkligar språkliga rättigheter inom sjukvårdsdistrikten och jämföra modellen med det förslag till omorganisering av social- och hälsovården som lades fram av regeringen Stubb i december 2014. Likaså är det aktuellt att fundera över språkrättsliga frågor med tanke på den nya modell för vården som i skrivande stund bereds av statsminister Sipiläs regering. Syftet med den här artikeln är att beskriva vilken lagstiftning som är relevant i sammanhanget, hur nuläget ser ut gällande språkliga rättigheter i sjukvårdsdistrikten och söka svar på hur förverkligandet av de språkliga rättigheterna borde beaktas och organiseras i en ny modell för vården.

Språklagstiftningens historiska grund finns i regeringsformen från år 1919. Regeringsformens 14§ slog fast att svenska och finska är Finlands nationalspråk. Paragrafen fastställde också att språklagstiftningen ska bygga på jämlikhetsprincipen, inte på majoritetsprincipen. Språken ska alltså behandlas jämlikt även om det ena språket talas av en majoritet. I Finlands nu gällande grundlag finns principen om detta fastställd i 17§, vars första och andra moment lyder; *Finlands nationalspråk är finska*

och svenska. Vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk skall tryggas genom lag. Det allmänna skall tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder.'

Regeringsformens 14§ lade grunden för språklagen som trädde ikraft år 1923. År 1975 justerades lagen på basis av att det uppdragats brister i dess tillämpning gällande såväl enskilda personers språkskydd som ifråga om förvaltningens funktion.¹ Den nu gällande språklagen är daterad till år 2003. Språklagstiftningen utgår ifrån en kombination av territorial- och individualprincipen när det gäller förvaltningsdistrikt. Det innebär att frågan om vilket språk som ska användas i olika situationer är beroende av både förvaltningsenhetens språk och individens språk. Grunden för den territoriella indelningen gällande språk är kommunen.² Finlands grundlag föreskriver i 19§ att det allmänna ska tillförsäkra alla medborgare tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. För att uppfylla denna förpliktelse ska kommunen höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.³

De nuvarande tvåspråkiga sjukvårdsdistrikten är Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, Vasa sjukvårdsdistrikt, Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt, Kymmenedalens sjukvårdsdistrikt och Päijänne-Tavastland sjukvårdsdistrikt.⁴ Hälso- och sjukvårdslagens (1326/2010) 6§

¹ Liljeström (1976:336-338).

² Liljeström (1976:339). Notera att Liljeström om individualprincipen använder begreppet *personalitetsprincip*.

³ *kommunerna.net*, besökt 31.3.2014.

⁴ *Sjukvårdsdistriktens tvåspråkighet baserar sig på definitionen av språklig indelning i språklagens 5§. Päijänne-Tavastland är tvåspråkigt genom att Mörskom upptogs i Päijänne-Tavastland. Enligt HFD 2004:107 får de svenskspråkiga Mörskomborna dock fortsättningsvis sin specialsjukvård vid HNS. HFD ansåg*

stipulerar att enspråkiga kommuner och samkommuner för sjukvårdsdistrikt ska ordna hälso- och sjukvård på kommunens eller samkommunens språk. Tvåspråkiga kommuner och samkommuner som omfattar tvåspråkiga eller både finsk- och svenskspråkiga kommuner ska ordna hälso- och sjukvård på finska och svenska så att klienterna eller patienterna blir betjänade på det språk de väljer.⁵ För specialsjukvården har man stadgat om språkliga rättigheter i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) genom 18§ och 21§. I 18§ stipuleras om nämnden för minoritetsspråket och i 21§ om delansvarsområdet som lyder under nämnden för den språkliga minoriteten. Nämnderna för distriktens minoritetsspråk har till uppgift att se till att distrikten i sin verksamhet tryggar de språkliga rättigheterna för sina invånare.

Inom sjukvården hänvisas ofta ytterligare till 5§ i lagen om patientens ställning och rättigheter som gäller patientens rätt till information. En patient skulle enligt bestämmelsen ha rätt att få uppgifter om ärenden som rör patienten själv så att patienten *'i tillräcklig utsträckning'* förstår innebörden av informationen. Ifall personalen inte kan kommunicera med patienten ska tolk anlitas *'i mån av möjlighet'*. Bestämmelsen gäller ändå inte för nationalspråken i tvåspråkiga samkommuner. Språklagens 18§ om rätt till tolkning gäller vid enspråkiga myndigheter. I språklagens 10§ stipuleras om individens språkliga rättigheter hos myndigheterna. Språklagen ger också i övrigt i praktiken anvisningar om myndigheternas skyldigheter att förverkliga språkliga rättigheter.

att det i ärendet inte framkommit att beslutet till denna del skulle ha påverkats av någon annan omständighet än en strävan att garantera att den svenskspråkiga befolkningsdelen på sitt modersmål fick hälso- och sjukvårdstjänster inom den specialiserade sjukvården. Den språkliga jämlikheten förverkligas bäst så, att de svenskspråkiga, om de så önskar, får hälso- och sjukvårdstjänster inom den specialiserade sjukvården av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, där sjukhusen alltid har skött svenskspråkiga patienter.'

5 Ett försök att utreda hur patienten förmodas göra detta val har varit resultatlös ifråga om förarbeten till hälso- och sjukvårdslagens 6§.

Det praktiska förverkligandet av språkliga rättigheter grundar sig alltså på grundlagen och språklagen samt bestämmelserna om språk i speciallagstiftningen. En fråga som blivit alltmer aktuell gällande språklagstiftningen är hur långt det är möjligt att uppfatta språklagen som en allmän lag som i sig själv fungerar som tillräckligt rättesnöre för den som söker trygga de språkliga rättigheterna. Detta alltså i förhållande till hur stort behov det finns att skriva in bestämmelser om språk i speciallagstiftningen. Utgångspunkten med språklagen som huvudsakligt rättesnöre stöter på kritik som tar fasta på att den inte ensamt räcker i praktiken. Under senare år har det nämligen i ett flertal fall förekommit att språkbestämmelser i speciallagstiftningen föreslagits avlägsnas, eller faktiskt avlägsnats, ur lagstiftningen. I den nya lagen om utveckling av regionerna (7/2014) plockade man bort bestämmelsen om organen för språklig service som hade införts i (den numera upphävda) lagen om utveckling av regionerna endast fem år innan. I arbetet med den nya, nu gällande kommunallagen (410/2015) föreslogs i regeringens proposition att skrivningen i den då gällande lagens (365/1995) 50§ om kommuners skyldighet att bestämma om språken i sin förvaltningsstadga skulle strykas.⁶ I den nya kommunallagen finns bestämmelsen ändå kvar genom skrivningen i 90§ att förvaltningsstadgan ska innehålla de bestämmelser som behövs för att de språkliga rättigheterna ska tillgodoses. Folktinget har noterat samma fenomen i beredningen av förslaget till lag om stärkt självbestämmanderätt för socialvårdens klienter och för patienter⁷ samt i förslaget till socialvårdslag.^{8,9}

6 *Folktingets utlåtande 21.1 2015.*

7 *RP 108/2014.*

8 *RP 164/2014.*

9 *Svenska Finlands folkting, skrivelse till Justitiekanslern 2013.*

Det är motiverat att fråga om språklagen möjligen börjar bli en ursäkt för att stryka särskilda formuleringar om förverkligandet av språkliga rättigheter i speciallagstiftningen. Folktinget har i en skrivelse till justitiekanslern om språkbestämmelser i lagstiftningen uppmärksammat just detta.¹⁰ Folktinget noterar att en orsak till att språkbestämmelser saknas uppgetts vara att *'dessa anses vara obehövliga, framför allt med hänvisning till de språkbestämmelser som ingår i språklagen'*. Samma motivering har använts vid den ovan nämnda strykningen av organen för språklig service i landskapsförbunden.¹¹ Förarbeten till språklagen står ändå i kontrast till de motiveringar som anförts för att stryka bestämmelser om språk i speciallagstiftning och som tillskriver språklagen ansvaret för regleringen av de språkliga rättigheterna. Tvärtom konstateras i förarbeten att även om det skulle vara lättare att få en helhetsbild av den gällande regleringen genom att samla alla språkbestämmelser i samma lag, skulle *'en lag som innehöll alla de bestämmelser som gäller språket (...) bli mycket omfattande och vara opraktisk att tillämpa i olika situationer. Därför har det ansetts vara bättre att närmare bestämmelser (...) finns i speciallagstiftning'*.¹²

Det är uppenbart att det råder olika uppfattningar om språklagens funktion när det gäller att trygga de grundlagsenliga språkliga rättigheterna. En förklaring till den vågrörelse som kan skönjas i synsättet på språklagen som heltäckande språkskyddslagstiftning i förhållande till behovet av speciallagstiftning kan vara ett rent kronologiskt, och/eller politiskt, föränderligt sätt att se på språklagstiftningen. Klami konstaterar att *'det vore klarast att öppet medge, att de delar av rättsordningen som har uppstått under olika tider avspeglar olika uppfattningar om de värden och målsättningar som beaktas i den rättsliga regleringen, i synnerhet då olika personers uppfattningar om samhället har avvikit från varandra'*. Det

¹⁰ Folktingets skrivelse 14.II 2014

¹¹ RP 190/2013, sida 40.

¹² RP 92/2002, sida 52.

är därför problematiskt att tala om lagstiftarens vilja, som ur denna synvinkel skulle utgöra grunden för rättens 'objektivitet'.¹³

Även om det ursprungliga syftet med denna iakttagelse möjligen inte varit att diskutera den politiska beredningsprocessen bakom lagförslag, ligger också en sådan tolkning nära till hands. Objektiviteten i lagberedningen är inte nödvändigtvis absolut. De flesta lagar uppstår som propositioner av en regering, vars sammansättning och agenda kan variera. Synen på exempelvis språklagstiftningen är möjligen inte densamma i alla ministerier och bland alla partier. Således är det inte otänkbart att också lagberedningen i någon mån avspeglar dessa 'olika uppfattningar om de värden och målsättningar som beaktas i den rättsliga regleringen'. Analysen stöds av Svenska Finlands folktings uttalande om att ministerierna inte alltid uppmärksammar behovet av bestämmelser om språk i beredningen av lagar. Folktinget har framhållit att avsaknaden av språkbestämmelser kan få konsekvenser för säkerställandet av de språkliga rättigheterna enligt grundlagen och anser att lagstiftningen måste utvecklas ifråga om de språkliga bestämmelserna. Folktinget betonar också behovet av språkkonsekvensbedömningar.¹⁴

Nämnder och kommittéer på språklig grund utgör grunden i den modell som använts i den regionala förvaltningen för förverkligandet av de språkliga rättigheterna. I det följande beskrivs kort hur nämnderna i de nuvarande sjukvårdsdistrikten väljs och på vilket sätt de verkar för att förverkliga språkliga rättigheter.

Medlemskommunerna i ett sjukvårdsdistrikt (samkommunen) väljer sina representanter till distriktets fullmäktige. Fullmäktige tillsätter styrelsen.¹⁵ Vid val av förtroendeorgan tillämpas dels proportionalitetsprincipen, som innebär att or-

¹³ Klami (1987:81).

¹⁴ Svenska Finlands folkting, skrivelse till Justitiekanslern 2013.

¹⁵ Undantag finns i Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och HNS, där några platser i fullmäktige och styrelse tillsätts direkt av universiteten.

ganens sammansättning motsvarar den andel röster partierna som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått i kommunalvalet och dels principen om jämställdhet mellan kvinnor och män.¹⁶ Antalet ledamöter per kommun bestäms på basis av lite varierande kriterier. I Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt baseras antalet på medlemskommunens andel i grundkapitalet. I Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och Vasa sjukvårdsdistrikt baserar sig däremot antalet ledamöter per kommun på medlemskommunens invånarantal.

Eftersom mandatfördelningen ska vara proportionell i förhållande till antalet röster olika grupper i medlemskommunernas fullmäktige har fått, är de politiska partierna delaktiga i tillsättandet av de samkommunala organen. Hur detta arbete görs är inte formellt reglerat, men i praktiken handlar det om att det största partiet axlar rollen som koordinator för förhandlingarna. I Egentliga Finland har man exempelvis ordnat det så, att landskapsförbundets styrelse tillsätter en tillsättningskommitté med förbundets förvaltningschef som sekreterare.¹⁷ Tillsättningskommitténs uppgift är att förbereda valet av förbundets förtroendemannaorgan så att de kriterier som ställs på representativiteten i organen genom bestämmelserna i kommunallagen, jämställdhetslagen och samkommunens grundavtal uppfylls. I praktiken har tillsättningskommittén, liksom motsvarande mer och mindre formella organ i andra landskap, också åtagit sig att sköta beredningen av andra samkommuners, däribland sjukvårdsdistriktens förtroendeorgan.¹⁸ Innan förhandlingarna inleds har partierna bekantat sig med den matematiska mandatfördelningen och har inom sig (partiets representanter i medlemskommunerna

16 Lag om jämställdhet mellan kvinnor och män (1986/609, 4a§).

17 Tillsättningskommitté är författarens översättning från finskans valinta-toimikunta.

18 För en närmare analys om hur detta arbete utförs samt om dess rättsteoretiska dimensioner hänvisas till Lindholm (2015:27-43).

emellan) diskuterat sina målsättningar angående fördelningen per kommun och kön. Eftersom vissa organ även har bestämmelser angående valbarhet i stil med modersmål eller formell ställning (exempelvis medlemskap i den egna kommunens fullmäktige), är det möjligt att justeringar görs mellan partierna beroende på vilka kandidater respektive parti har möjlighet att presentera till olika poster. Kommuninvånarnas rättsskydd i processen har en slagsida åt det repressiva hållet, genom den möjlighet att söka ändring i beslut som tryggas genom 21§ i grundlagen och genom kommunalbesvär enligt kommunallagens 135§. De beslut som fattats genom dylika förhandlingar efter kommunalvalet kan alltså, och har också redan prövats i domstol.¹⁹

Tryggandet av uppföljningen och utvecklingen av de språkliga rättigheterna genom språknämnder är en modell med gamla anor.²⁰ Till medlemmar i nämnden för minoritetsspråket i sjukvårdsdistrikten ska enligt 18§ i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) väljas personer, som representerar sjukvårdsdistriktets kommuner med minoritetens språk och befolkningen med minoritetens språk i tvåspråkiga kommuner.²¹ I nuvarande modell för sjukvårdsdistrikten finns huvudsakligen tre problem gällande förverkligandet av språkliga rättigheter. På nationell nivå finns utmaningen i lagberedningen, där det råder lite olika uppfattningar om språklagens roll och allmängiltighet. På distriktsnivå (samkommunen) ligger problematiken i att bestämmelserna om

19 För vidare läsning om prövning av dylika fall i domstol hänvisas till Lindholm (2015:35-41).

20 Tore Modéen betraktade dessa 'på språklig grund uppdelade organ', som skulle betjäna respektive nationalitetsgrupp, som en ur minoritetssynpunkt ytterst värdefull möjlighet att grunda 'på minoritetsfrågor specialiserade organ' inom myndigheterna. (Modéen 1977:80)

21 På nämndens medlemmar tillämpas alltså inte 58§ i kommunallagen att organets sammansättning proportionellt ska motsvara andelen röster olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom samkommunens område vid kommunalvalet och om valbarhet till samkommunens organ.

språk i de interna styrdokumenten är på en miniminivå såväl i omfattning som i sakinhåll. I den praktiska verksamheten finns utmaningen i organens behörighet, genom att en tydlig koppling till och kommunikation med den beslutande nivån är bristfällig och organet saknar egen beslutsmyndighet. Uppföljningen av förverkligandet av språkliga rättigheter blir således beroende av respektive nämnds egen initiativkraft och aktivitet. Problemen har åskådliggjorts i nedanstående figur (1).



Figur 1. Tre huvudproblem i förverkligandet av språkliga rättigheter i samkommunal förvaltning.

I regeringen Stubbs proposition om ordnandet av social- och hälsovården föreslogs att fem samkommuner skulle utgöra social- och hälsovårdsområden, under vilka högst nitton samkommuner med produktionsansvar skulle bildas. I jämförelse med nuläget skulle dessa områden ha varit större, vilket skulle ha betytt att också de språkliga rättigheterna skulle förverkligas

på ett större område. Regeringen noterade i propositionen att kraven i grundlagens 17§ 2 mom. och 122§ 1 mom. måste tas i beaktande när social- och hälsovårdsområden samt samkommuner med produktionsansvar bildas. Paragraferna innebär att en indelning i sinsemellan förenliga områden ska eftersträvas när förvaltningen organiseras, så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket kan tillgodoses på lika grunder. Regeringen hänvisade till grundlagsutskottets betänkande om grundlagspropositionen, där utskottet konstaterat att de språkliga förhållandena kan vara ett sådant särskilt skäl som berättigar till avsteg från dylika sinsemellan förenliga områden och att ändringar i kommunindelningen inte får påverka kommunens språkliga ställning eller försämra språkgruppernas möjligheter att klara sig på sitt eget språk²²; *'Om det inom ett social- och hälsovårdsområde finns ens en enda finsk-, svensk- eller tvåspråkig kommun ska administrativa beslut inom hela området fattas på klientens eller patientens modersmål eller på det språk han eller hon väljer, på finska eller svenska. Dessutom ska tjänsterna inom produktionsansvarsområdet erbjudas på finska eller svenska. Reformens konsekvenser för de språkliga rättigheterna beror på hur kommunernas obligatoriska samarbete genomförs i praktiken.'*²³

Enligt regeringen skulle den nya lagens 7§ stipulera om de språk tjänsterna ska ordnas på. I förslaget till bestämmelse noterades nationalspråksprincipen enligt grundlagen, språklagen och rätten att använda svenska och finska, samt förvaltningspråket. Om ett social- och hälsovårdsområde skulle omfatta kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner skulle tjänsterna och förvaltningen ordnas på båda språken, medan service och förvaltning i områden med enbart enspråkiga kommuner skulle ordnas på kommunens språk. Vidare hänvisades till språklagens 10§, 18§ och 20§ om rätten att använda, bli hörd och få expedition

22 GrUB 10/1998, sida 33.

23 RP 324/2014, sida 154.

på svenska eller finska och vid behov tolkning. Regeringen noterade ytterligare att myndigheterna enligt språklagen självmant ska se till att de språkliga rättigheterna förverkligas i praktiken. På enspråkiga områden har var och en rätt att använda, bli hörd och få handlingar på sitt eget språk, även om det inte är det språk som talas i området.

I förslaget till 11§ 2 mom. tillstod regeringen ifråga om organiseringsansvaret för social- och hälsovården att det omfattar ansvaret för att de språkliga rättigheterna förverkligas inom social- och hälsovårdstjänsterna. Regeringen hänvisade här till språklagens 23§ om att myndigheterna självmant ska se till att de språkliga rättigheterna förverkligas och hänvisar också till språklagens krav att båda språkgruppernas behov av information tillgodoses. I 12§ om beslutet om att ordna social- och hälsovård föreslog regeringen en skrivning om att utreda hur befolkningens språkliga rättigheter tillgodoses i social- och hälsovårdsområdet. I 16§ om produktionen av uppgifter och tjänster föreslog regeringen att rätten att tillhandahålla vissa specialiserade tjänster kunde ges till en tjänsteleverantör för viss tid. Avsikten var uttryckligen att kunna garantera tjänster som en språklig minoritet behöver.

Enligt förslaget till 17§ skulle ytterligare möjligheten att nationellt koncentrera produktionsansvaret för en del av socialvården eller hälso- och sjukvården till vissa samkommuner finnas för att exempelvis kunna tillgodose språkliga rättigheter. Här hänvisade regeringen till 45§ i gällande lag om hälso- och sjukvården (1326/2010), där motsvarande bestämmelse finns om möjligheten att koncentrera högspecialiserad sjukvård till ett eller flera specialupptagningsområden. Krävande handikappservice för den språkliga minoriteten nämndes här som ett exempel.²⁴ I förslaget till 21§ gick regeringen in på sammansättningen och

24 I dagens läge fungerar Kärkulla samkommun på detta område för svensk-språkiga klienter.

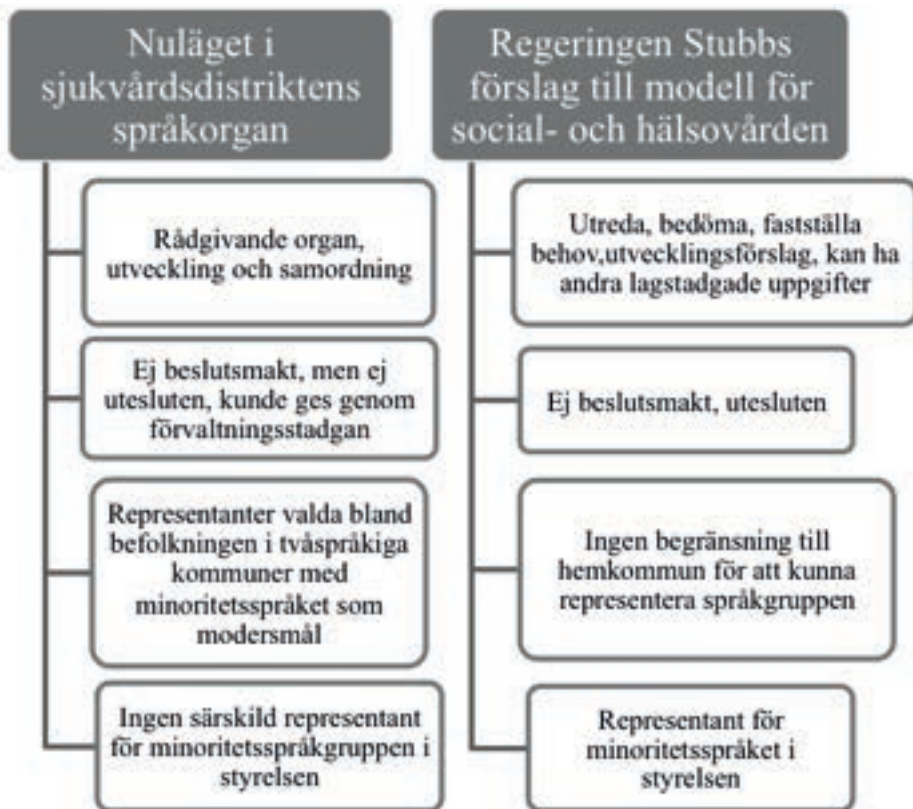
valet av organ i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde. I tredje momentet hade regeringen genom en bestämmelse om sammansättningen av social- och hälsovårdsområdets övriga organ avsett trygga representationen i styrelsen för den svenskspråkiga befolkningsgruppen; *'Enligt förslaget ska i styrelsen för ett social- och hälsovårdsområde med kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner minst en medlem och en ersättare företråda den svenskspråkiga befolkningsgruppen. Hörande av den svenskspråkiga befolkningsgruppen avser antingen en person med svenska som modersmål eller en person som på något annat sätt hör till och är bunden till det svenskspråkiga lokalsamhället. Bestämmelsen anger dock inte vilken politisk grupp den medlem som företräder den svenskspråkiga befolkningen ska tillhöra. I övrigt bestäms inval i och sammansättningen hos social- och hälsovårdsområdets organ i enlighet med 81§ 4 mom. i kommunallagen.*²⁵

I 24§ föreslog regeringen en nämnd för minoritetens språk. I förslaget till 24§ fanns särskilt tre intressanta öppningar i ljuset av det som hittills diskuterats ifråga om språkorganen i lagstadda samkommuner. För det första föreslogs det stipuleras, att nämnden inte ska ha beslutanderätt som binder social- och hälsovårdsområdena. Detta är i linje med det som i praktiken framkommit om de nuvarande språknämndernas verksamhet, men en explicit bestämmelse om detta ingår inte i nuvarande lagstiftning. För det andra har ordet fastställa fogats till begreppet utreda och bedöma när det gäller behovet av tjänster för den språkliga minoriteten och uppföljningen på tillgången till och kvaliteten på dessa tjänster. Begreppet fastställa indikerar en förstärkning av behörigheten på detta område. För det tredje föreslogs ett annorlunda förfarande för tillsättande av nämnden för minoritetsspråket än det som gällt för de nuvarande sjuk-

25 Hänvisningen i citatet gäller den upphävda kommunallagen (365/1995). I den nya kommunallagen (410/2015) återfinns skrivningen i den tidigare 81§ 4 mom. i den nya lagens 58§ 3 mom.

vårdsdistriktens organ. För den nya lagstiftningen föreslog man en modell likt den som används vid val av Folktinget.²⁶ Det skulle ha inneburit att medlemmarna i nämnden för minoritetens språk skulle ha utsetts på basis av den andel röster som de kandidater som representerar minoritetens språk fick i kommunalvalet med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt vallagen. Representanterna för minoritetens språk kunde således väljas även från andra kommuner i området än sådana som har olika språk eller är tvåspråkiga. Detta skiljer sig från det förfarande som använts för medlemmar i nämnden för minoritetsspråket, dit medlemmar enligt 18§ i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) valts som representerar sjukvårdsdistriktets kommuner med minoritetens språk och befolkningen med minoritetens språk i tvåspråkiga kommuner. I någon mån skulle detta kunna tänkas ha försvagat de tvåspråkiga kommunernas position, eftersom det inte längre skulle vara kommuntillhörigheten som skulle avgöra valbarheten. På bilden nedan har nuläget gällande sjukvårdsdistriktens språknämnder jämförts med hur de skulle ha sett ut i det förslag som regeringen Stubb i december 2014 lade fram i sin föreslagna modell för ordnandet av social- och hälsovården. Figur 2 visar organens uppgiftsbeskrivning, definitionen av juridisk behörighet, valet av förtroendevalda till språkorganen samt skillnaden ifråga om övrig, på språklig grund baserad representation i förvaltningen.

26 Enligt lagen om Svenska Finlands folkting (2003/1331) 4§, 1 mom. utses ledamöterna i samband med kommunalval så att fördelningen av ledamotsplatserna bestäms utifrån röstetalet för de svenskspråkiga kandidaterna i kommunalvalet.



Figur 2. Nuläget i sjukvårdsdistriktens språkorgan i jämförelse med formuleringarna om språkorganen i den av regeringen Stubb föreslagna modellen för ordnandet av social- och hälsovården.

I november 2015 kom regeringen Sipilä överens om principerna för sin modell till social- och hälsovårdsreformen och antalet områden. Avsikten var att bilda 18 självstyrelseområden²⁷, som sedermera kallats landskap. I den fortsatta bered-

²⁷ Nyhet via Statsrådets webbplats den 9.11 2015.

ningen av reformen blir det även aktuellt att fundera över hur förverkligandet av de språkliga rättigheterna ska tryggas genom förvaltningslösningarna. Rättskyddet ifråga om språkliga rättigheter verkar nu överlag ha en slagsida åt det repressiva hållet, då bevisbördan åläggs klienten, patienten eller kunden. Ett på stadgenivå inskrivet preventivt skydd är ofta på miniminivå och ett aktivt förverkligande av språkliga rättigheter ex officio långt beroende av initiativkraften i respektive förvaltningsenhet och organ. Detta ställer även den regionala jämlikheten av servicen i tvivelaktig dager. I det följande definieras några utgångspunkter för hanteringen av de språkliga rättigheterna i en ny modell.

Grundlagen (731/1999) ger genom sina stadganden om de grundläggande rättigheterna i allmänhet och nationalspråken i synnerhet tillsammans med språklagen (423/2003) en solid grund för kraven på att det även i en framtida lösning för organiseringen av social- och hälsovården måste finnas en modell för hur man tänkt sig att de språkliga rättigheterna ska tryggas. Den nya kommunallagen (410/2015) som har trätt ikraft i maj 2015 är även central i sammanhanget. Den lagstiftning som i huvudsak ytterligare är relevant ifråga om vården är lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) och hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). Behovet av att ha språkliga stadganden i speciallagstiftningen har argumenterats för ovan. Erfarenheten har också visat, att formuleringarna i det språk som används i syfte att trygga representation på språklig grund kan vara av stor betydelse för stadgandenas praktiska tillämpning. Skrivningarna är i ett flertal fall förhållandevis inkluderande och som sådana möjliga att tolka relativt brett.

I ett aktuellt fall hade tillsättningskommittén, som tillsatts av Egentliga Finlands förbund, behandlat sammansättningen av den regionala räddningsnämnden i landskapet.²⁸ Av det förslag till avtal som statsrådet träffat angående nämnden framgår att nämnden bör innehålla *en representant för den svenskspråkiga befolk-*
28 Valintatoimikunta, protokoll 15.1.2013, 7.2.2013, 28.2.2013.

*ningen.*²⁹ Tillsättandet av nämnden behandlades av förvaltningsdomstolen eftersom kommunalbesvär inlämnades med hänvisning till att det inte i nämnden anvisats någon sådan representant. Domstolen definierade vad som avsågs med en representant för den svenskspråkiga befolkningen enligt följande: *Förvaltningsdomstolen anser att kravet på att den svenskspråkiga befolkningen ska vara företrädd i räddningsnämnden avser en språklig bakgrund eller en språklig identitet hos ledamoten i fråga. Ur denna språkliga synpunkt förutsätts att företrädaren har en väsentlig och personlig anknytning till svenskan och dem som använder svenska som sitt modersmål eller sitt viktigaste språk.*³⁰

Tillsättandet av räddningsnämnden i Egentliga Finland illustrerar väl de tolkningsbekymmer som en bredare formulering om vem som kan representera en språkgrupp kan föra med sig. En representant för den svenskspråkiga befolkningen är i praktiken inte lika tydligt som en svenskspråkig person. En större tydlighet kunde uppnås genom att utgå från den definition av en representant för en språkgrupp som återfinns i kommunallagens 30§ angående organ för undervisningsförvaltningen i tvåspråkiga kommuner. Organ eller sektioner under ett organ som ska tillsättas för vardera språkgruppen ska enligt bestämmelsen ha ledamöter som väljs bland personer som hör till respektive språkgrupp. Bestämmelsen kan tolkas brett så att man också kan välja personer baserat på deras skol- eller hemspråk och är således redan i sig menad att vara inkluderande.³¹ Fastställandet av en språklig identitet eller bakgrund är däremot potentiellt utmanande för ett enskilt beredningsorgan eftersom det öppnar för tolkning som riskerar falla över på godtycklighet.

Ett annat exempel på en bred formulering av representant för den svenskspråkiga befolkningsgruppen fanns också

29 *Författarens kursivering.*

30 *Åbo förvaltningsdomstols beslut 14/0387/1.*

31 *Harjula & Prättälä (2012:235).*

i regeringen Stubbs förslag till 21§ om sammansättningen och valet av organ. Regeringen konstaterade då att *'hörande av den svenskspråkiga befolkningsgruppen avser antingen en person med svenska som modersmål eller en person som på något annat sätt hör till och är bunden till det svenskspråkiga lokalsamhället.'* Det skulle vara skäl att i vidare lagstiftningsarbete försöka enas om användningen av en definition av representant för en språkgrupp. I den mån olika definitioner används, borde en definition av formuleringen följa med det dokument där den ingår.

En ny modell för organiseringen av social- och hälsovården har behållning av att tydligt sätta användaren i fokus när modeller för förverkligandet av de språkliga rättigheterna skapas. Frågorna som ska ställas då en sådan modell skapas är särskilt följande tre; 1) hur förverkligar man i praktiken vars och ens rätt att hos myndigheter i egen sak använda sitt eget språk? 2) hur kan det preventiva rättsskyddet förbättras? och 3) hur ser man till att problem kring service på eget språk när beslutsfattare och leder till åtgärder?

Kravet i grundlagens 122§ 1 mom. om att en indelning i sinsemellan förenliga områden ska eftersträvas när förvaltningen organiseras, så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder, måste beaktas när det gäller hur de områden som förvaltningen bygger på också geografiskt ser ut. Rimligen kommer även de eventuella framtida nya ansvarsområdena att vara uppdelade i enspråkiga och tvåspråkiga områden. Enligt den gällande kommunallagens 90§ ska i en tvåspråkig kommuns förvaltningsstadga ingå bestämmelser för hur de språkliga rättigheterna ska tillgodoses i kommunens förvaltning. Motsvarande bestämmelser kunde ingå i respektive lagar och styrdokument som gäller dessa områden. Bestämmelserna kan med fördel konkret definiera hur man avser trygga förverkligandet av de språkliga rättigheterna, såväl gällande organiserandet av den

språkliga servicen som ifråga om uppföljningen av densamma.

Språkorgan är en reell möjlighet när det gäller att organisera förverkligandet av språkliga rättigheter också i fortsättningen. I dagens sjukvårdsdistrikt finns minoritetsspråksnämnder. I primärkommunerna finns på språklig grund uppdelade organ inom undervisningsförvaltningen. Kommunallagen noterar dessutom i 31§ att det också i andra organ i en tvåspråkig kommun kan tillsättas en sektion för vardera språkgruppen om fullmäktige så bestämmer. Ledamöterna i organen eller sektionerna ska i båda fallen väljas bland personer som hör till respektive språkgrupp.

Det är ytterligare skäl att påminna sig om att det också inom de nuvarande landskapsförbunden existerar organ för förverkligande av språkliga rättigheter. Dessa är som tidigare noterats inte längre lagstadgade sedan man i den nya lagen om utveckling av regionerna (7/2014) utelämnade bestämmelsen om organen för språklig service, vilken hade införts i den numera upphävda lagen om utveckling av regionerna endast fem år innan. Inom tvåspråkiga NTM-centraler har det även funnits språkliga kommissioner på frivillig grund. I exempelvis Egentliga Finland har dock denna verksamhet nyligen upphört.³²

En tydlig ansvarsenhet för arbetet med de språkliga rättigheterna etablerar dem i förvaltningen. Språkorganens behörighet behöver ändå definieras tydligt och långsiktigt som en del av förvaltningsstrukturen. Organen ska ha beslutsmyndighet och en direkt kontakt till överordnade organ. Målsättningen måste vara att stärka det förebyggande rättsskyddet gällande språkliga rättigheter. Utgångspunkten ska då vara organ vars verksamhet innefattar en naturlig språkkonsekvensbedömning och bidrar till att forma besluten i en riktning som även ur språklig synvinkel är hållbara, inte bara att påpeka de brister som redan uppstått i verksamheten.

32 Enligt uppgift i protokoll för Kommissionen för språklig service i Egentliga Finlands förbund 1/2015.

Statsrådet rekommenderade i nationalspråksstrategin att tvåspråkiga kommuner och samkommuner till stöd för sin ledning skulle utse en eller flera kontaktpersoner i nationalspråksfrågor med utgångspunkt i den uppgiftsbeskrivning som ingår i nationalspråksstrategin.³³ Till kontaktpersonens uppgifter skulle höra att bistå och stöda ledningen så att lagstiftningen som gäller våra nationalspråk beaktas i myndigheternas verksamhet och i uppföljningen av verksamheten. Det skulle betyda att ge övriga tjänstemän handledning i hur språklagstiftningen ska efterföljas, lägga fram initiativ för att avhjälpa missförhållanden och åtminstone en gång per år göra upp ett sammandrag med både positiva och negativa observationer om hur språklagstiftningen iakttas och efterföljs. Kontaktpersonen skulle ha ett klart rapporteringsförhållande till ledningen.³⁴ En motsvarande kontaktperson eller ombudsman kunde med fördel utses för exempelvis varje framtida vårdområde, som ett komplement till och stöd för eventuella på demokratisk grund bildade språkorgan.

De språkliga rättigheterna är enligt grundlagens 17§ som stipulerar om nationalspråksprincipen och om de språkliga och kulturella rättigheterna grundläggande rättigheter. Förverkligande av språkliga rättigheter i förvaltningsverksamhet handlar om att trygga vars och ens grundläggande rätt till service på eget modersmål och lika behandling. Det är mot bakgrund av detta som förverkligandet av de språkliga rättigheterna måste analyseras och organiseras. Lagstiftningen om de språkliga rättigheterna är tillräckligt omfattande och ger alla möjligheter för den verkställande förvaltningen att enligt grundlagens stipulation tillgodose den finskspråkiga och svenskspråkiga befolkningens kulturella och samhällliga behov enligt lika grunder. Så länge som Finland har två nationalspråk måste målsättningen vara att de rättigheter som språkgrupperna har med anledning av detta också förverkligas i praktiken.

³³ *Nationalspråksstrategi (2012:46)*.

³⁴ *Nationalspråksstrategi (2012:73-74)*.

SAMMANFATTANDE REKOMMENDATIONER

1) Språkbestämmelser behövs i speciallagstiftning

Språklagen är inte menad som en heltäckande lagstiftning för förverkligande av språkliga rättigheter. Närmare bestämmelser om språk behövs också i speciallagstiftning för att service på finska och svenska ska kunna tryggas.

2) Tydliga kriterier för vem som kan företräda en språkgrupp

Det skulle vara skäl att i vidare lagstiftningsarbete försöka enas om användningen av en definition av en representant för en språkgrupp. I den mån olika definitioner används, borde en definition av formuleringen följa med det dokument där den ingår.

3) Reell makt för språkorgan

Språkorgan ska vara verkliga besluts- och remissorgan, vilkas verksamhet bidrar till att forma besluten i en riktning som även ur språklig synvinkel är hållbara, inte endast påpeka de brister som redan uppstått i verksamheten.

4) Kontaktpersoner/ombudsmän för språklig service

Kontaktpersoner eller ombudsmän enligt den modell som presenterats i nationalspråksstrategin utses för framtida vårdområden som ett komplement till och stöd för på demokratisk grund bildade språkorgan.

REFERENSER:

Litteratur och publikationer

Justitieministeriet (2015): *Nationalspråksstrategins mellanrapport. Uppföljningen av nationalspråksstrategin samt förverkligandet av regeringens åtgärder 2011 – 2015*, Utredningar och anvisningar 34/2015

Harjula, Heikki & Kari Prättälä (2012): *Kuntalaki- tausta ja tulkinnat*, Talentum, Helsingfors

Klami, Hannu Tapani (1987): *Introduktion till rättsteorin*, Juristförbundets förlag, Helsingfors

Liljeström, Marita (1976): *Finlands gällande språklag*, Meddelanden från statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi, Rättsvetenskapliga institutionen, Ser. A:103, Åbo

Lindholm, Linda (2015): *Förverkligande av språkliga rättigheter genom språkkorgan i lagstadgade samkommuner*, pro gradu, Åbo Akademi.

Modéen, Tore (1977): *Finlandssvenskarnas nationella grundlagskydd*, Acta Academiae Aboensis, Ser. A, vol. 54 nr 3, Åbo Akademi, Ab Sydvästkusten, Åbo

Nationalspråksstrategi. Principbeslut av statsrådet (2012), Statsrådets kanslis publikationsserie 4/2012

Nationella rättsfall och avgöranden

HFD 2012:128, diarienummer 2108/3/10, 2111/3/10, 2179/3/10, 2283/3/10, 2301/3/10 och 2511/3/10

HFD 2004:107, diarienummer 2136/3/04 och 2199/3/04

Åbo förvaltningsdomstol, beslut 13/0282/1, diarienummer 00740/13/2299

Åbo förvaltningsdomstols beslut 14/0387/1, diarienummer 02064/13/2299

Nationell lagstiftning

Finlands grundlag (731/1999)

Förvaltningslag (434/2003)

Hälsa- och sjukvårdslag (2010/1326)

Kommunallag (410/2015)

Kommunallag (365/1995-upphävd)

Lag om specialiserad sjukvård (1062/1989)

Lag om utveckling av regionerna och förvaltning av strukturfondsverksamheten (7/2014)

Lag om utveckling av regionerna (1651/2009 – upphävd)

Lag om Svenska Finlands folkting (2003/1331)

Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

Lag om jämställdhet mellan kvinnor och män (1986/609)

Språklag (423/2003)

Vallag (1998/714)

Lagförarbeten

RP 108/2014

RP 164/2014

RP 190/2013

RP 92/2002

GrUB 10/1998

RP 324/2014

PROTOKOLL

Egentliga Finlands förbund

Tillsättningskommittén / Valintatoimikunta 15.1.2013, 7.2.2013, 28.2.2013

Kommissionen för språklig service 1/2015

Förvaltningsstadgar och grundavtal

Grundavtal för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (2013)

Grundavtal för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt (2004)

PROGRAM, SKRIVELSER OCH UTLÅTANDEN

Svenska Finlands folkting: Utlåtande om social- och hälsovårdsutskottets föreslagna ändringar till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt vissa lagar som hänför sig till den, 4.3.2015

Svenska Finlands folkting: Skrivelse till Justitiekanslern om språkbestämmelser i lagstiftningen, 14.11.2013

Svenska Finlands folkting: Utlåtande om förslaget till ny kommunallag, 21.1.2015

Svenska Finlands folkting: Skrivelse till Justitiekanslern om språkbestämmelser i lagstiftningen, 14.11.2013

TANKESMEDJAN AGENDA presenterar här en utredning med ett antal texter som diskuterar reformer av social- och hälsovården.

UTREDNINGENS FÖRSTA DEL syftar till att diskutera vårdreformen ur olika perspektiv, för att belysa att vilka aspekter som är viktiga beror på ur vilket perspektiv vårdreformen betraktas. Bland författarna finns Linnéa Henriksson, som skriver om problem, lösningar och perspektiv på vårdreformen, Johan Groop om social- och hälsovårdens kostnadsutveckling, Göran Honga om hur vårdreformen ter sig ur specialistsjukvårdens synvinkel, Mats Brommels om hur ett valfrihetssystem kunde utformas samt Bjarne Peth om effektivisering av ICT-system.

UTREDNINGENS ANDRA DEL syftar till att artikulera språkligt baserade intressen i vårdreformen. Linnéa Henriksson och Linda Lindholm resonerar i var sin text kring svenska intressen, språkpolitik och språklig intressebevakning.