

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2017-02-03

HSN 2017-0283

Handläggare:
Forsberg Birger

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2017-03-21

Hiv/STI-prevention och sexuell hälsa i Stockholms läns landsting – fortsatt arbete och ansvar

Ärendebeskrivning

Skrivelse om ansvar och organisation för arbetet med sexualitet och hälsa inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2017-02-03
Översyn av Lafa för att möjliggöra omprioriteringar, bilaga

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i beredningen för folkhälsa och psykiatri.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att genomföra tjänsteutlåtandets förslag.

Förvaltningens förslag och dess motivering

Statliga medel för prevention av hiv och sexuellt överförda infektioner (STI) har sedan mitten av 80-talet kunnat sökas årligen av landsting och storstadskommuner. En betydande del av statsbidragen har använts till att stödja frivilligorganisationers arbete med upplysning kring sexuell hälsa och förebyggande av hiv, medel som landstinget erhållit från staten och fördelat genom ett ansökningsförfarande. En annan del av statsbidraget har beviljats för att direkt stödja landstingets egen verksamhet med samma syfte.

Den nuvarande utformningen av det statliga stödet har funnits sedan 2006. I hälso- och sjukvårdsnämndens ärende den 27 september 2016 (HSN 2016-3997) beslutades att Landstinget skulle ansöka hos Folkhälsomyndigheten om statsbidrag för hiv/sti-prevention för 2017 såsom varit brukligt under många år. Sedan dess har dock Socialdepartementet beslutat att inte fortsätta att ge anslag till landsting och kommuner för denna verksamhet. Anslaget till frivilligorganisationer från staten kommer däremot fortsatt att ges 2017 och kanaliseras genom

landstinget. Sannolikt kommer vissa resurser för administration av detta bidrag att fördelas till landstinget.

Den uppkomna situationen med bortfall av det statliga stödet till hiv/STI-preventionen i landstinget gör det nödvändigt att se över landstingets fortsatta arbete för att förebygga och minska spridningen av hiv och STI.

1987 startades i Stockholms läns landsting (SLL) Lafa, Landstinget förebygger aids, som ett treårigt projekt för att förebygga hiv och andra sexuellt överförda infektioner. Lafa gjordes till en permanent verksamhet 1990, efter en utvärdering som visade att det förebyggande arbetet gett positiva resultat. I uppdraget från hälso- och sjukvårdsförvaltningen angavs att Lafa skulle arbeta för att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter. Lafa har sedan dess arbetat i linje med detta och då till stora delar med finansiering från staten. Lafa är idag organiserad inom en enhet för sexualitet och hälsa inom närsjukvårdsavdelningen på hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Statsbidragets upphörande enligt ovan innebär att verksamheten inom i första hand Lafa nu måste omorganiseras, finna nya former och prioriteras mot annan verksamhet. Den uppkomna situationen innebär samtidigt en möjlighet att påbörja ett långsiktigt arbete så att de egna identifierade behoven i landstinget i första hand får styra verksamheten.

Förvaltningen föreslår utifrån detta att enheten för sexualitet och hälsa ges i uppdrag att

- Vara kunskapscentrum för sexualitet och hälsa inom landstinget
- Samordna landstingets arbete med ideella organisationer, andra landsting och nationella myndigheter i frågor som rör förebyggande och hälsofrämjande arbete kring hiv, STI, oönskade graviditeter och sexuell hälsa och samverka med berörda aktörer inom området
- Driva riktad utbildning till personal som kommer i kontakt med personer i grupper med risk för hiv, STI, oönskade graviditeter och sexuell ohälsa
- Leda utformandet av strategier inom området Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och ge expertstöd i förvaltningens arbete med att SRHR-relaterade frågor, generellt och i avtalsarbetet med vårdgivare.

Enhetens roll som kunskapscentrum för sexualitet och hälsa är viktig. Den skall utvecklas i nära samarbete med annan folkhälsoverksamhet och, där så är relevant, med kliniska verksamheter i vilka prevention utgör ett

naturligt inslag. När integration är möjlig och leder till ett arbete som är hållbart skall den prioriteras.

För 2017 föreslås specifikt att

- Enheten under året ska leda arbetet med den plan för det långsiktiga SRHR-arbetet som inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen ålagts att ta fram i budgeten för 2017. Planen ska utgöra grunden för prioriteringar inom berörda verksamheter från 2018 och framåt.

Finansiering av detta grunduppdrag ska för 2017 inte överstiga 9 miljoner kronor och ska täckas genom en omprioritering inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens ordinarie ram.

Därtill föreslås att

- Kommunikationsinsatser som hittills drivits av enheten övergår på sikt till andra verksamheter inom landstinget eller nationellt, som har sådana arbetsuppgifter som huvuduppgift.
- Landstingets kommunikationsinsatser inom området ska bedrivas på det allra mest effektiva sättet och i de mest effektiva kanalerna utifrån behov.
- Enhetens arbete med generella kondomkampanjer nedprioriteras och avvecklas. Ansvar för att tillhandahålla kondominformation avilar primärt vårdgivare som i sin verksamhet möter de målgrupper som behöver sådan upplysning.

Utöver Lafas verksamhet har statsbidraget genom åren finansierat insatser inom vissa andra landstingsdrivna verksamheter. De landstingsdrivna verksamheter utanför hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) som föreslogs få del av statsbidraget i landstingets ansökan till Folkhälsomyndigheten för 2017 var:

- a) stöd till barn, tonåringar och unga vuxna som lever med hivinfektion ("Barnhivcentrum" och "Konferensen för ungdomar och unga vuxna med hiv", barn- respektive kuratorskliniken Karolinska Universitetssjukhuset),
- b) unga vuxna som skadar sig med sex ("Spiralprojektet, Maria Ungdom),
- c) Skärholmsfilialen av Stockholms mansmottagning (SMM) och SMM:s arbete med "kondomdiplomering",
- d) sti- och hiv-testning på akutmottagning (akutkliniken Södersjukhuset), samt
- e) sti- och hiv-testning i Scandinavian Leather Mens klubblokaler (Venhälsan).

Dessa verksamheter är nu ofinansierade till följd av bortfallet av det statliga stödet. Av dessa bedöms arbetet med barn, tonåringar och unga vuxna som lever med hiv vara högst prioriterat och det bör ges fortsatt stöd av Stockholms läns landsting. Kostnaden för detta uppskattas till cirka 1,5 miljon kronor och får täckas genom omallokering inom befintlig budget. Även Mansmottagningen i Skärholmen prioriteras och kan under 2017 finansieras inom befintlig budget. Övriga satsningar bedöms i viss mån kunna integreras i befintlig verksamhet. I de fall detta inte lyckas får den önskade satsningen i nuläget anstå.

Förvaltningens bedömning är att den verksamhet som idag bedrivs inom ramen för de statliga medlen kan betraktas som "tilläggsverksamhet" till den ordinarie verksamheten, det vill säga projekt eller satsningar för att öka kvaliteten eller kunskapen inom området sti-/hiv-prevention. Förvaltningen bedömer vidare att behov hos de aktuella målgrupperna borde kunna tas omhand inom ramen för ordinarie verksamhet. Undantaget är visst statistik och analysarbete som idag görs inom tilläggsverksamheten.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget innebär att kostnader motsvarande cirka 10,5 miljoner kronor måste täckas inom befintlig budgetram.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslaget har inga direkta konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Då verksamheten särskilt strävar efter att nå riskgrupper, kan den något minskade verksamheten som följer av beslutet påverka dessa grupper negativt.

Miljökonsekvenser

Förslaget har inga negativa konsekvenser för miljön.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef



Översyn av Lafa för
att möjliggöra
omprioriteringar

Landstingsstyrelsens förvaltning

LS 2017-0132

Liv Fries

070 7374422

liv.fries@sll.se

Mikael Antonsson

070 7374513

mikael.antonsson@sll.se

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Varför finns Lafa?	3
2.1	Nationell politik och bakgrund	3
2.1.1	Lafa inom SLL idag	4
2.1.2	Ny samlad nationell SRHR strategi nödvändig	4
2.1.3	Indikationer för SLL	6
2.1.4	Få andra regioner vet ännu hur de ska agera	6
3	Vad händer nu?	6
3.1.1	Kommentarer till förslagen – ytterligare möjligheter	9
3.1.2	Prioritering ur smittskyddsperspektivet	10
3.2	Långsiktigt besparingsarbete	11
3.2.1	Organisatorisk samordning	11
3.2.2	Förslag till renodling	15
3.2.2.1	Beställningarnas utformning	15
3.3	Ansvarsfördelning mellan stat, kommuner och landsting	16
3.3.1	Kommun- landsting	16
3.3.2	Stat-landsting	17
3.3.3	Landsting – landsting	17
3.4	Ökad förmåga till systemutveckling	18
3.5	Utvecklat arbetssätt med kunskapsstyrning och kunskapsstöd	20
3.5.1	Lätt att göra rätt - beslutsstöd	21
3.5.2	Vidareutbildning	21
3.5.3	Information och hälsoupplýsning	22
4	Sammanfattning	23
5	BILAGA: Reduceringsförslag	25

1 Inledning

Statsbidraget till landstingens hiv- och STI-prevention kommer att halveras från och med 2017 och ska riktas enbart till ideella organisationer. I Stockholms läns landsting finns inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kunskapsverksamheten Lafa (Landstinget förebygger aids) – enheten för sexualitet och hälsa, som har sin absolut största finansiering från statsbidraget, ca 15 Mkr per år. En lika stor summa går till ideella organisationer och denna del av statsbidraget kommer troligen att finnas kvar medan bidragsdelen till förvaltningen således försvinner från årsskiftet inklusive kostnadstäckning för att administrera bidraget.

I denna rapport belyser vi besparingsalternativ för hälso- och sjukvårdsförvaltningen på kort sikt och vägval och prioriteringsmöjligheter på lång sikt.

2 Varför finns Lafa?

2.1 Nationell politik och bakgrund

Landstingets arbete med sexuell och reproduktiv hälsa har genomgått olika faser under de senaste decennierna. Mödrahälsovård och ungdomsmottagningar var länge centrala. Efter hiv-epidemins start i början på 80-talet har mycket fokus legat på hiv. SLL vidtog till att börja med informationsinsatser till landstingsanställda och erbjudande om gratis och anonym hivtestning för befolkningen. Statliga medel för hiv- och STI-prevention har sedan mitten på 80-talet kunnat sökas årligen av landsting och storstadskommuner. 1987 startades i SLL Lafa, Landstinget förebygger aids, som ett treårigt projekt för att förebygga hiv och andra sexuellt överförda infektioner. Utgångspunkten var att arbetet skulle ske utifrån ett sex- och samlevnadsperspektiv. Lafa gjordes till en permanent verksamhet 1990, efter en utvärdering som visade att det förebyggande arbetet givit positiva resultat. I uppdraget från hälso- och sjukvårdsförvaltningen angavs att Lafa skulle arbeta för att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter. Den nuvarande utformningen på det statliga stödet har funnits sedan 2006. Stödet har förändrats under åren, den senaste förändringen kom 2013, när bidraget styrdes mer mot hiv specifikt (SFS 2013:666). Detta stöd dras nu in och kommer behöva omprioritera sitt arbete. Stödet till frivilligorganisationer finns kvar.

Indragningen av stödet sker i ett läge då en uppdaterad nationell strategi för hiv/aids-området ska vara klar våren 2017. Ett tidigare, bredare uppdrag att ta fram en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR, lämnades över till den avgående regeringen och därefter har inget vidare arbete gjorts utöver att det skett en viss statlig konsolidering på området i och

med att Folkhälsomyndigheten 2014 tog över Smittskyddsinstitutets och Statens folkhälsoinstituts ansvarsområden och uppgifter. Idag är Folkhälsomyndighetens uppdrag samordning, kunskapsuppbyggnad och uppföljning inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

2.1.1 Lafa inom SLL idag

Lafa på hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar redan idag med hela SRHR-området. Ett undantag är våld i nära relationer som i andra regioner betraktas som del av SRHR. Inom HSF arbetar tre personer med detta och är organisatoriskt en del av enheten Vårdgivarstöd under avdelningen Somatisk specialistvård enheten Vårdgivarstöd). Lafa arbetar i nära samverkan med Smittskyddsenheten som ansvarar för fördelning och administration av stödet till frivilligorganisationer och landstings- och vissa kommunala verksamheter inom STI/hiv, medan Lafa står för viss samordning av civilsamhälle, kommunal – och landstingsverksamhet samt metodstöd.

Enhetens tyngdpunkt ligger på utbildning, metodutveckling och informationsarbete riktat mot de aktörer som arbetar professionellt med, eller når, målgrupperna (ungdomar, unga vuxna, män som har sex med män, personer av utländsk bakgrund och patienter inom primärvården). Viss kommunikation riktar sig direkt till målgrupperna (hemsida). De stöder även beställarenheterna i deras upphandling av vård på området. De har även hand om de kampanjer som genomförts avseende att uppmuntra till kondomanvändning och t ex testning för klamydia och hiv. Sedan 1988 delas gratis kondomer ut till ungdomar och andra riskutsatta målgrupper.

Utöver Lafas stödjande och utvecklande arbete finns operativa funktioner inom landstinget som arbetar med frågorna. Dessa är framförallt: Mansmottagningar i primärvården, mödrahälsovården, primärvård genom hälsofrämjande arbete, SESAM-mottagningar, STI-mottagningar, gynekologmottagningar samt ungdomsmottagningar.

2.1.2 Ny samlad nationell SRHR strategi nödvändig

När SLL nu behöver ta ett nytt tag kring sin egen verksamhet inom området sexuell och reproduktiv hälsa, finns inte något stöd av en antagen nationell strategi mer än en kommande uppdatering av hiv/aidsstrategi som ska vara klar våren 2017. För att arbetet ska bli framgångsrikt krävs dock sannolikt att landstinget hittar vägar till samverkan och ett mer enhetligt och systematiskt arbete. Orsaken till att folkhälsomyndigheten föreslog ett samlat grepp var nämligen att flera tidigare utredningar visat att arbetet på området så pass splittrat att det är svårt att utvärdera insatser, att sprida fungerande metoder och att få till en helhet.¹ Dels är många olika aktörer delansvariga, men arbetet

¹ Se tex. Folkhälsomyndigheten 2011

bedrivs också ofta i projekt vilket gör att kontinuitet och kvalitet blir lidande. Fragmentariseringen har även lett till att det blivit en tyngdvikt på vissa områden, medan andra, såsom att förebygga oönskade graviditeter, har kommit i skymundan.

Arbetet med hiv-prevention har gått bra på nationell nivå i så måtto att Sverige som ett av få länder i världen uppnått de internationella målen för hivprevention.² Den uppdaterade strategin som ska presenteras i mars 2017 fokuserar på att hiv/aids slår hårt mot vissa grupper i samhället och fokus ska vara på att insatser når de mest behövande. Insatserna ska nå samtliga preventionsgrupper med hög förekomst av hivinfektion. Vidare ska strategin tydliggöra att andra blodsjukdomar uppmärksammas vid insatser mot hivinfektion.

I en rapport från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten³ föreslogs att en nationell SRHR strategi skulle utgå från visionen: *Bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa – på lika villkor för hela befolkningen och med uppfyllande av allas sexuella och reproduktiva rättigheter*. Utvecklingsområden föreslogs:

- Att det hälsofrämjande arbetet förstärks inom SRHR-området
- Att det förebyggande arbetet fortsätter att utvecklas inom SRHR-området.

Utredningen föreslog ett förstärkt rättighetsperspektiv vilket framförallt tar sig uttryck i att jämlikhet och icke-diskriminering lyfts fram. Exempelvis genom att utredningen lyfter fram behovet av att äldres sexualitet och sexuella problem hanteras bättre i primärvården (och äldreomsorgen), samt att personer med funktionshinder ses som en viktig målgrupp. Andra exempel är att de inom området "främja reproduktiv hälsa och rättigheter lyfter fram "metodutveckling för att bättre kunna nå pojkar och män". De påpekade här att såväl barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar har fler registrerade besök av flickor och unga kvinnor än av pojkar och män. Insatser för att främja reproduktiv hälsa och hjälpa personer att undvika STI och oönskade graviditeter riktas därmed till kvinnor och är anpassat till kvinnors behov. Utredningen föreslog följande förbättringsområden som berör landstingens verksamhet:

- Metodutveckling angående sambandet mellan hiv, STI och oönskade graviditeter. Eftersom det visat sig att unga inte använder kondom för

² 90 procent av alla med hiv ska känna till sin status 90 procent av dem som diagnosticeras med hiv ska få behandling, 90 procent som får behandling ska ha omätbara virusnivåer.

³ Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, Socialstyrelsen 2014

att de använder p-piller, menar utredarna att det förebyggande arbetet måste ses som en helhet – det behövs metodutveckling.

- Hälsa- och sjukvårdspersonal behöver utveckla arbetssätt för att systematiskt nå riskutsatta eller dem som utsätter sig för sexuell risk.
- Fler metoder för att nå pojkar och män behöver utvecklas.

Därutöver slog utredningen fast att det behövdes nationell metodutveckling och nationell övervakning och uppföljning. Idag saknas systematisk datainsamling samt kunskap om både insatser och utfall av insatser. Här föreslogs att Folkhälsomyndigheten skulle få ett samordningsansvar. För arbetet med att förebygga hiv och STI föreslogs ett antal prioriterade målgrupper: Unga och unga vuxna, män som har sex med män, migranter, personer med injektionsmissbruk och personer som säljer sex samt gravida kvinnor.

2.1.3 Indikationer för SLL

Det stöd utredningen kan ge i SLLs nuvarande situation är dels en uppmaning att se hela området som en helhet. På SLL innebär det att Lafa, delar av Vårdstöd och Smittskydd ses som helhet. Utredningen indikerar också att det förebyggande arbetet i vården behöver stärkas, särskild målgrupperna äldre och pojkar och män. Den uppmanar även till en omprövning av en mycket starkt tyngdpunkt på hiv/aids samtidigt som ett fortsatt aktivt preventivt, smittskyddsarbete är viktigt,

2.1.4 Få andra regioner vet ännu hur de ska agera

Alla landsting och regioner drabbas av neddragningen. Den enda region som hittills beslutat om en finansiell lösning är Västra Götalandsregionen som valt att själva täcka hela det indragna stödet (7,5 miljoner kronor) och dessutom skjuta till ytterligare medel (5,5 miljoner kronor). Ingen av de övriga landstingen och regionerna har lämnat besked. De andra regionernas arbetssätt beskrivs under stycke 3.3.

3 Vad händer nu?

Hur landstinget ska arbeta med Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) behöver sannolikt hanteras i olika steg och olika tidsperspektiv.

På kort sikt behöver förmodligen en besparing i Lafas verksamhet göras. Alternativen är annars att lägga ned verksamheten helt eller att hitta full kostnadstäckning genom prioritering inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens medel. Arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa kan sannolikt inte helt prioriteras bort eftersom det ligger i landstingets uppdrag. Utifrån landstingets perspektiv innefattar uppdraget dock både den faktiska verksamheten som bedrivs i primär- och slutenvård. Lafas arbete handlar framförallt om kunskapsstöd till

professionella aktörer inom och utom landstinget och folkhälsoarbete i förhållande till prioriterade målgrupper. För att radikalt förändra detta arbete behövs ett väl grundat strategiskt arbete, vilket inte kan göras på några få veckor, varför det verkar rimligare att istället förhålla sig till de medel som kan undvaras och göra besparingar som inte förstör möjligheter att prioritera senare. De förslag som finns i avsnittet om långsiktigt förhållningssätt är tänkta som inspel i en strategisk omfördelning av resurser som kan omfatta flera förvaltningar och förhoppningsvis även inkludera nationell samverkan.

För åtgärder på kort sikt kan vi utgå från Lafas budget för 2016 som omfattar 17 025 000 kronor. Det statliga stödet till frivilligorganisationer ligger utanför denna budget och förhandsbesked ger gällande att stödet till frivilligorganisationer ska fortsätta. Administrationen av stödet sker på Smittskydd Stockholm och en 75 procents tjänst har hittills finansierats med statsbidraget. I förhandsdiskussioner har besked varit att det statsbidrag till frivilligorganisationer som kommer fortsätta inte kan innefatta landstingens kostnader för att administrera stödet. Det innebär alltså att HSF behöver se över även Smittskyddsenshetens budget.

I budget 2017 har Hälso- och sjukvårdsnämnden fastslagit att:

- En plan för arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter ska färdigställas och inriktas särskilt på riskutsatta grupper.
- Fortbildning om hiv, testning och bemötande av personer som lever med hiv ska erbjudas vårdgivare kontinuerligt. Dessa insatser ska således prioriteras.
- Vidare ska satsningar rörande hiv, STI och sexuell hälsa för att nå nyanlända migranter, särskilt ensamkommande ungdomar och män som har sex med män, fortsätta.
- Däremot ska tillgången till gratis kondomer för riskutsatta grupper upphöra under 2017. Sex- och samlevnadsmottagningar på sjukhus och i öppenvård ska ses över och upphandlas.

Lafas intäkter 2016 – totalt 17 025 000 kr	
Statsbidrag	14 225 000 (föreslog 12 600 000 i budget till HSN för 2017)
Projektbidrag	1 300 000
Landstingsbidrag	1 500 000

Enhetschefen på Lafa har tagit fram två besparingsalternativ. Alternativ A medför en reducering om cirka 30 av nuvarande budget medan alternativ B

medför en reduktion med 50 procent. I Bilaga 1 finns båda förslagen detaljerat beskrivna. De största besparingarna är:

	Alternativ A: Total budget 12 250 000	Alternativ B: Total budget 9 050 000	Alternativ C: Ytterligare möjligheter (st. 3.1.1.)
<i>Tjänster (totalt 12)</i>	-700 000 (1 admin. tjänst; totalt 11 tjänster kvar)	-2 100 000 (2 handläggartjänster + 1 admin. Totalt 9 tjänster kvar.)	Ytterligare 1 400 000 dras ned på tjänster. Ytterligare en på Lafa, samt en av från annan avd. exv. Smittskydd alt. en kombination Vårdstöd + smittskydd. (8 tjänster kvar på Lafa och en besparing totalt för HSF med 5 tjänster)
<i>Insatser för migrantgrupper. (Finns numer andra aktörer som gör detta för vissa grupper.)</i>	-600 000	-600 000	
<i>Webbplats för MSM i samverkan med flera andra</i>	-450 000	-450 000	
<i>Tidningen Insikt</i>	-200 000 (reduktion av upplaga)	-900 000 (avveckling)	
<i>Kampanjer</i>	-25 000	-725 000 (inga alls)	
<i>Webbplats "fråga chans" (minskning ambitionsnivå)</i>	-200 000	-200 000	

Enhetschefens förslag är att besparingarna framförallt görs genom att lägga ned papperstidningen, samt på att minska insatserna riktade mot vissa migrantgrupper. Det finns idag andra aktörer som gör stora insatser mot ensamkommande flyktingbarn, varför konsekvensen inte behöver bli allvarlig.

Andra större besparingar är att engagemang i webbplats som riktar sig till män som har sex med män dras ned. Samt att projekt riktat till skolor med information om hiv tas bort.

Enhetschefen föreslår samtidigt ökade insatser på område samverkan och samordning av ungdomsmottagningars och Sesammottagningars förebyggande arbete, på utbildning av elevhälsa och skolpersonal samt en satsning på att ta fram en strategi för SRHR i landstinget. De små neddragningarna på personalsidan motiveras med att enheten framåt bör bredda arbetet från hiv/STI-prevention till sexuell hälsa, och samtidigt fokusera på att utveckla samordnings- och samverkansinsatser samt ökad digital kunskapspridning. Detta förutsätter enligt enhetschefen teamarbete och en bas av experter.

Angående förslaget om att ta bort en administrativ tjänst är det enligt enhetschefen möjligt att effektivisera genom att vissa administrativa uppgifter såsom personal- och ekonomiadministration utförs inom ramen för en annan, befintlig, tjänst inom avdelningen.

3.1.1 Kommentarer till förslagen – ytterligare möjligheter

I förslaget framgår att budget för 2016 innefattar en satsning på kondominköp för 500 000. I hälso- och sjukvårdsnämndens budget för området stod uttryckligen att inga medel fanns avsatta för ändamålet. Bakgrunden var att dessa medel prioriterats bort inom förvaltningen. Budgeten är fastslagen av nämnden. Trots detta kvarstår en osäkerhet kring om kondominköp ändå är önskade av politisk ledning. I enhetens plan för 2017 finns därför avsatt hela 1000 000 kronor för detta ändamål och i besparingsförslagen ligger i alternativ A 1300 000 och i alternativ B 900 000. Utifrån den politiska viljan såsom den uttrycks i budget för hälso- och sjukvårdsnämnden skulle initiativet helt kunna avvecklas. Det förefaller som om förvaltningen behöver klarhet i frågan.

Det är tänkbart att det, trots de behov enhetschefen framför, är möjligt att spara fler tjänster. Givet att förslaget är en minskad ambitionsnivå bör undersökas om det går att minska ytterligare två tjänster. En möjlighet är att se över tjänster på Lafa, Smittskydd (avseende administration av stöd frivilligorganisationer) och Vårdgivarstöd (de som gäller våld i nära relationer) som en helhet och undersöka om arbetsuppgifter och kompetenser kan fördelas annorlunda. Smittskydd är även de en del av landstingets arbete med STI- och hiv, även om avdelningen också har ett separat myndighetsuppdrag.

Om det samtidigt kan finnas lediga tjänster på någon av de parter Lafa idag arbetar mot skulle neddragningen på Lafa kunna matchas av att någon av dessa parter får en höjd kompetens. Framförallt har Transkulturellt centrum ett uppdrag att utbilda om hälsa riktat mot migrantgrupper. De saknar dock specifik kompetens på området sexuell hälsa. Om de rekryterade en sådan person skulle Lafas behov av att utbilda Transkulturellt centrum minska och centrumet skulle också kunna åta sig ett bredare uppdrag avseende sexualhälsainformation i relation till sin målgrupp.

Att göra större besparingar än en kombination av förslagen ovan (en besparing på ca 50-60 procent av Lafas budget samt eventuellt ca 1- 1,5 miljoner kronor på andra enheters budget), medför en stor risk för att målet tappas bort. Det är viktigt att i så fall ta ett större perspektiv på frågan och ta fram en plan för hur arbetet ska bedrivas inom SLL. Angreppssätt för detta föreslås i stycke 3.2.

3.1.2 Prioritering ur smittskyddsperspektivet

Vi har bitt landstingets smittskyddsläkare att lämna synpunkter på eventuella besparingar. De besparingar enhetschefen för Lafa föreslagit är i huvudsak i linje med smittskyddsläkarens prioriteringar. Det är dock viktigt att påpeka att smittskyddsaspekten är en av flera aspekter på arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa.

Smittskyddsläkaren anser att det är av stor vikt att det finns en funktion som Lafa för att tillse att andra grupper än de med starka ideella organisationer kan nås med stöd. Det kan t ex handla om att nå migrantgrupper i det preventiva arbetet – dessa grupper kan ha svårare att få till ansökningar av de statliga medlen och kan därför behöva stöd från en landstingsfunktion.

Smittskyddsläkaren anser att om Lafa helt skulle avvecklas är risken hög för dessa negativa konsekvenser:

- Ingen samordning – föreningarna arbetar specifikt mot sina målgrupper
- Försämrade insatser för migrantorganisationer
- Försämrade insatser för personer med missbruk
- Försämrade insatser för ungdomar

Högprioriterade insatser i arbetet med hiv-/STI-prevention är ur smittskyddsläkarens perspektiv:

- Barn och ungdomar med hiv – finns stort behov av stöd och information till denna grupp
- Män av utländsk bakgrund som har sex med män – av stor vikt att nå denna grupp i det preventiva arbetet
- Lafas samordnande funktion som kunskaps- och metodcenter för sexualitet och hälsa, specifikt gentemot ungdomsmottagningar och ideella organisationer

Dessa insatser är de absolut viktigaste och där således en samordnande kunskapsfunktion finns med. Om fler insatser kan prioriteras bör det i så fall vara stöd till ungdomar för hiv-/STI-prevention.

Smittskyddsläkaren har även förberett en prioritering av statsbidragen till frivilligorganisationer. Då förhandsbesked är att dessa bidrag inte ska dras ned behandlas de inte i denna rapport.

3.2 Långsiktigt besparingsarbete

I ett långsiktigt perspektiv finns betydligt fler sätt att effektivisera verksamheten. På SRHR-området behövs sannolikt en innehållsmässig strategi – vilka målgrupper, vilka områden. Denna görs bäst av experterna på området. Samtidigt finns det andra infallsvinklar där det skulle gå att hitta en mer generisk, principiell förhållningssätt att utgå ifrån. Det är delvis en metodfråga: hur ska SLL närma sig områden som handlar om extern kommunikation i form av kunskapsstöd på webbsidor, eller generellt vidareutbildning av personal inom och utom landstinget. Generella frågor är också en utveckling av folkhälsoarbetet som systemfråga: som grunden för beställningar där en stor förändring skulle behöva göras. I texten nedan börjar vi i det konkreta och går därefter över till de mer principiella frågorna.

Det ligger inte inom ramen för denna rapport att gå till botten med dessa frågor, men vi har ändå försökt att på ett översiktligt plan göra en första analys av dessa frågor. Tanken är att hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledning utifrån detta ska kunna beställa fördjupade analyser av de områden som betraktas som intressanta.

3.2.1 Organisatorisk samordning

Organisatorisk samordning kan åstadkommas i olika dimensioner. Inom HSF finns parallellt indelningar som gjorts utifrån olika logik. Ett exempel på detta är att verksamhet ibland indelas utifrån målgrupp i befolkning (transkulturellt centrum) och ibland utifrån om det är en verksamhet i primär vård eller slutenvård (vårdgivarstöd respektive CES). Ibland sker uppdelningen utifrån en övergripande fråga (hälsoenheten), trots att strategi och övergripande inriktning för olika delområden kan ligga utspridda på flera enheter och avdelningar (Lafa, Våld i nära relationer, CES osv.).

Det är inte självklart att organisatorisk samordning skulle leda till besparingar eller bättre resultat. Organisatoriskt har Lafa genom åren tillhört olika delar inom landstinget, till exempel Smittskyddsenheten och olika samhällsmedicinska och folkhälsoinriktade avdelningar. Av historien lär vi att det inte är till någon större nytta att omorganisera och flytta befintliga enheter såvida det inte samtidigt finns en plan för hur effektivisering ska ”hämtas hem” eller en plan för hur nytta ska öka.

Ska verksamhet flytta är det sannolikt bättre att djupare analysera uppdrag och kompetenser och säkerställa att det går att antingen effektivisera i ekonomiska termer (exempelvis genom att samordna stödfunktioner) eller i form av högre kvalitet eller genom förändrade mål och/eller metod.

Skriver informations-texter	Ja	Ja	Ja			Ja
Dataanalys		Analys av forskningsklass				
Beställare	sakkunnig			Beställare (ej vård) Sakkunnig	Beställare	
Målgrupp	Befolkningen, vårdpersonal, kommunal personal	Vårdpersonal HSF-s behovsanalys	Vårdpersonal, migranter	HSF (policy)		Vårdgivare, primär och slutenvård
Ämne	Sexuell o repr. hälsa	Folkhälsa. (ANT)	Folkhälsa	Folkhälsa	Oklart ämne. I princip alla gender och åldrar utom gamla ligger inom uppdrag. Är det sexuell och reproduktiv hälsa + asylsökande? ?	Folkhälsa (mindre del)
	Lafa	Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin	Transkulturellt centrum	Hälsoutvecklingsenheten	Barn kvinnor, unga och asyl. (och mansmottagn.)	Vårdgivarstödsenheten

Tabell 1: Enheter och uppdrag

Det som går att se i tabell 1 ovan är att både Lafa, CES, Transkulturellt centrum, hälsoutvecklingsenheten och en liten del av vårdgivarstödsenheten arbetar med områden som alla ligger inom ramen för folkhälsa. Därmed skulle alla kunna samordnas under fanan *folkhälsa*.

Ytterligare en dimension är att dela arbetet i en del som handlar *om stöd och utbildning*. Detta arbete innefattar utbildning av vårdpersonal, utbildning av personal utanför vården, samt utbildning eller råd till befolkningen. Dessa områden har olika karaktär, men vissa delar gemensamt. De är framförallt inte rena beställarroller, utan arbete som förutsätter expertkunskap och en kommunikativ del.

Här är Lafa, Vårdgivarstöd och de två centrumbildningarna berörda. I teorin skulle alla kunna slås ihop till ett folkhälsocentrum på SLSO med några underenheter.

En problematik är hur den analytiska och strategiska dimensionen av folkhälsa och specifikt SRHR tas tillvara och organiseras. Det finns två delar av detta system och utförandenivå:

Systemnivå:

- a) Analyskompetens: att kunna ta reda på folkhälsan ser ut och vilka behov som finns
- b) Förmåga att utveckla en strategi: mål för hela området
- c) Att operationalisera mål för folkhälsa (med ekonomspråk: hur ”marknaden”, dvs. vårdssystemet, ska se ut för att hälsa ska optimeras, med andra ord, hur beställningar av hälso- och sjukvård sker på ett sätt som gynnar hälsa)

Utförandenivå

- a) Förmåga att utvärdera metoder och för folkhälsoarbete
- b) Förmåga att sammanställa kunskapsläge och metoder och föreslå arbetssätt – rådgivning och utbildning dels till professionella aktörer och dels till befolkningen.

Dessa kompetenser och uppgifter är idag fördelade på olika aktörer och sammanblandade. Detta framgår i tabellen nedan där samma enheter beskrivs utifrån uppdrag.

Som synes har HSF valt att lägga ut en viktig del i sin behovsanalys på ett centrum under SLSO: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, CES. Förklaringen till detta är att detta centrum härbärgerar en mycket hög akademisk kompetens med disputerade forskare och många kopplingar till KI. (SLSO är värd för flera centrumbildningar. En del av centrumbildningarnas medarbetare ingår även i forskningsprojekt som får stöd av SLLs forskningsbudget. Vi har här inte utrett dessa kopplingar och vet inte om detta gäller CES. De olika stödformerna är idag inte koordinerade.)

Under en period låg CES under KI. Detta fungerade inte alls eftersom verksamheten spreds ut över många olika delar av universitetet och inte fokuserade på det som landstinget önskade.⁴ Under SLSO verkar centrumet ha hittat en form där de både håller hög kvalitet i analyser och dessutom är verksamhetstillvända i utbildningar etc. Å andra sidan innebär denna lösning att de är mycket låsta i en mycket detaljerad beställning från en enhet på HSF. Samtidigt finns behov från andra delar av HSF och SLL som antingen blir tilläggsbeställningar eller som inte alls blir kända för CES. Detta innebär att CES idag har svårt att planera verksamheten eftersom de får neddragen budget, men samtidigt förväntas hantera tillkommande tilläggsbeställningar. Utifrån vad vi kan se förefaller det finnas risk att denna resurs inte används tillräckligt väl, varken i mer övergripande behovsanalyser eller i olika slags metodutvärderingar.

⁴ Uppgiften att det inte fungerade kommer från flera samstämmiga intervjuer. Vi har inte granskad tjänsteutlåtanden som ligger till grund för hemtagandet av CES från KI eftersom uppfattningen att lösningen inte var lyckad är så allmänt omfattad.

			Beställa av centrum-bild-ningarna	Beställa av vård-givare.	
Samordna aktörer			Samordna aktörer		
Ev. policy SRHR			Policy-arbete folkhälsa		
Expertstöd i upphandling av vård			Expertstödi upphandling av vård		
Stöd och utbildning vårdpersonal					Rådgivning
	Metod utvärdering				
Metodutveckling					Metod-utveckling
	Statligt uppdrag: telefon-rådgivning				
Information till befolkning					
Stöd och utbildning till förmedlare (skola, socialtjänst mfl.)					
Sammanställande av kunskap för spridning					Samman-ställande...
	Analys av data.				
Lafa	Centrum för epidemiologi och samhälls-medicin	Transkulturellt centrum	Hälso-utvecklings-enheten	Barn kvinnor, unga och asyl*	Vårdgivarstöds enheten

Tabell 2: Uppdelning utifrån vad enheterna har för uppgifter

3.2.2 Förslag till renodling

Ett sätt att renodla arbetet utifrån att HSF ska ha ett beställar- och systemansvar, medan verksamheter ska ha ett utföraransvar och att forskning och samverkan med KI skulle vara följande:

HSF påtar sig:

1. Att utforma beställningar av vårdssystem så att det ger maximal hälsoeffekt – inklusive sexuell och reproduktiv hälsa.
2. Att administrera stöd till frivilligsektor. (Kan samordnas administrativt med alla sådana stöd.)
3. Att uppdraga åt SLSO att organisera centrumbildning inom folkhälsa med uppdrag enl. nedan.

Inom SLSO får en avdelning/centrum ett uppdrag att:

1. Utveckla metoder och utvärdera dem.
2. Utbilda alla vårdgivare – privat och landstingsägd, samt att sammanställa kunskap.
3. Sammanställa information till befolkning (Dock är detta ett uppdrag som bör samordnas nationellt, där SLL eventuellt gör en del av arbetet och andra landsting ansvarar för andra delar.)
4. Att samordna och samverka med frivilligorganisationer samt kommuner.
5. Därutöver behöver HSF stöd med systemanalyser, exempelvis vårdbehov. Detta är inte vårdutvecklingsstöd, som övriga delar av uppdraget, utan ett stöd för förvaltningens systemutveckling som det inte finns intern kompetens för.

3.2.2.1 Beställningarnas utformning

I scenariot ovan har centrumbildningarna på SLSO uppdrag att å ena sidan vara SLLs "folkbildare/ folkhälsoupplysare" samt å andra sidan att stå för forskningsnära analys. För att kunna skapa effektivitet i verksamhet både hos SLSO och hälso- och sjukvårdsförvaltningen skulle en beställning kunna gå direkt till SLSO (alltså inte vart och ett av centrumbildningarna) så att centrumbildningarna kan samordnas.

Den del av beställningen som gäller långsiktig analys bör kunna beställas av den enhet som har hand om denna fråga och beställningarna bör helst vara konstruerade som långsiktiga åtaganden, inte som enskilda uppdrag. Rimligen har hälso- och sjukvårdsförvaltningen ett kontinuerligt behov av att följa upp behovsutvecklingen då detta är en av hälso- och sjukvårdsnämndens grunduppgifter. På så vis möjliggörs bättre planering både internt på hälso- och sjukvårdsförvaltningen och på CES, vilket borde kunna ge effektivitetsvinster.

När det gäller möjligheten att utföra hela eller delar av Lafas nuvarande uppdrag, är det dock viktigt att inte bara föra över en enhet, utan att istället ge ett uppdrag. CES föreståndare påpekar i vår intervju att CES bygger på att

medarbetare har hög forskningskompetens, samt att ett mindre antal har kommunikations- eller annan utbildning. Att endast sammanföra en befintlig enhet på hälso-och sjukvårdsförvaltningen och deras verksamhet utan en analys av kompetensbehov och arbetssätt skulle sannolikt inte ge en effektivitetsvinst. De skulle kunna åta sig ett bredare uppdrag, men behöver i så fall kunna utnyttja egna resurser och arbeta in uppdraget i sin organisation.

3.3 Ansvarsfördelning mellan stat, kommuner och landsting

På lång sikt kan landstinget agera tillsammans med andra landsting för att förändra ansvarsfördelning, eller för att etablera nya samverkanssätt. Här nedan redogörs för hur gränser ser ut idag och vilka förändringar som skulle kunna göras.

3.3.1 Kommun- landsting

I och med att det statliga stödet dras in behöver stat, kommun och landsting enas om en arbetsfördelning. Ett område där SLL haft svårt att hitta former är utbildning eller upplysning riktat mot yrkesgrupper i kommunerna såsom lärare, skolhälsovård, socialtjänst, fritidspersonal, äldreomsorgspersonal med flera. Dessa grupper är ofta centrala i hälsoarbetet, oavsett om det gäller att upplysa om sexuell och reproduktiv hälsa för ungdomar och gamla, eller om det gäller att utbilda skolpersonal så att de förstår vad BUPs diagnoser betyder, eller annat förebyggande hälsoarbete. Ett näraliggande område är vårdhygien. Landstinget utbildar mot ersättning på detta område, men i teorin skulle möjligen ett mer omfattande arbete ha potential att minska infektioner etc. ännu mer. Problemet på dessa områden är dock dels vad landstinget ska ansvara för och bekosta, dels hur arbetet ska kunna genomföras på ett effektivt sätt. Å ena sidan skulle landstinget kunna undvika kostnader om människor inte blev sjuka, å andra sidan – hur ska detta rymmas i budgeten? Och är det inte kommunerna som borde utbilda sin personal? I dagsläget verkar SLLs underförstådda strategi vara att göra *lite grand*. Frågan är då om resurserna satsas på rätt saker, och om de satsningar som görs breddas tillräckligt och blir kända?

När Lafa startades gjordes en överenskommelse med Stockholms stad, som också fick statliga hiv-och STI-medel, angående uppdelningen av ansvaret för olika målgrupper. Lafas målgrupper blev ungdomar, män som har sex med män, invandrare och flyktingar samt patienter inom hälso- och sjukvården, främst primärvården. De målgrupper som Stockholms stad skulle fokusera på var personer som injicerar narkotika och personer som är utsatta för prostitution, det vill säga grupper som ofta redan var föremål för sociala åtgärder från stadens sida. Det är inte säkert att en omförhandlad uppdelning skulle vara bättre eller billigare för landstingets räkning. (Landstinget interagerar dessutom med betydligt fler kommuner.) Det borde dock vara till stöd för SRHR-arbetet att hälso-och sjukvårdsförvaltningen ser över

gränsområdena gentemot kommuner och försöker upprätthålla en enhetlig strategi. Om detta inte är möjligt, skulle det ändå vara bra att tillsammans med kommunerna diskutera hur SRHR-arbetet ska bedrivas framåt.

3.3.2 Stat-landsting

I utredningen från Folkhälsomyndigheten⁵ föreslogs de få större ansvar. I och med att webben kan användas på ett annat sätt i dag än tidigare skulle staten kunna ansvara för mer av kunskapssammanställningen i relation till kommunerna. Staten tar idag ett visst ansvar för kunskapsstöd och landstingen skulle samlat kunna föreslå att staten utvecklar denna roll på folkhälsoområdet.

CES har tagit fram ett webverktyg för skolor att göra en hälsogenomgång ([elevhalsoportalen](#)). En överenskommelse mellan stat, landsting och kommuner skulle kunna vara att staten betalar för drift av nationella verktyg som detta, att antingen folkhälsomyndigheten eller landstingen bidrar med kunskap i dem och erbjuder årliga kurser som kommuner får betala för. Särskilt verktyg som riktar sig till kommuner borde kunna vara ett statligt ansvar.

3.3.3 Landsting – landsting

Landstingens sätt att arbeta ser olika ut. Stockholm och Västra Götalandsregionen har båda centrala kunskaps- och utvecklingscentrum, även om Västra Götalandsregionens motsvarighet ligger inom deras offentliga primärvård (Närhälsan). Där finns tre kunskapssamlade enheter: *Kompetenscentrum för våld i nära relationer*, *Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa samt Kunskapscentrum för sexuell hälsa*. Västra Götaland arbetar redan idag med att utveckla en ny, sammanhållen strategi, där de också har anammat det ”rättighetsperspektiv” som folkhälsomyndigheten förespråkade i sin utredning. Region Skåne har även de en central funktion, men den är mindre än Stockholms och samordnad med fler folkhälsorelaterade frågor. I regionens avdelning *Regional utveckling* under utvecklingsdirektörens ledning finns enheten *Samhällsanalys* där funktionerna *Folkhälsa*, *Sexuell hälsa* och *Migration och hälsa* finns samlade. Inom enheten finns strateger, analytiker, metodutvecklare, epidemiologer, socialmedicinare och projektledare. I deras handlingsplan lyfts kunskapsorganisationerna Lafa och VGRs motsvarighet fram som förebilder att utvecklas mot.

Övriga landsting har samordnat sig i tre olika nätverk som huvudsakligen finansieras via de statliga medlen: Adlonggruppen, Kunskapsnätverket hiv/STI Mellansverige respektive hiv/STI Norr.

Adlonggruppen har ett bredare formulerat uppdrag än de två övriga nätverken. Arbetet bygger på att de olika landstingen antingen delar med sig av

⁵ Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, Socialstyrelsen 2014

informationsmaterial och kunskap och finansierar insatser gemensamt. De utför vissa insatser såsom hbtq-diplomering, smittspårarutbildning och viss kunskapsbevakning. Adlon har utformat metodstöd för arbete med SRHR. Landstingen har parallellt en egen, mindre, verksamhet för fördelning av statsbidrag. Adlongruppens förhoppning är att respektive landsting/region går in och finansierar Adlongruppens verksamhet till viss del. Adlons styrelse är väldigt positiv till nätverkets arbete och vill att det ska kunna fortsätta. En eventuell intern finansiering kommer dock förmodligen inte vara möjlig att få till redan till 2017, eftersom alla landstings och regioners budgetar redan var lagda när beskedet om nedskärningen av statsbidraget kom.

Inget av de övriga kunskapsnätverken har finansiering klar. Dagens verksamhet bygger på att samordna de ingående landstingens verksamhet, framförallt hiv/STI-förebyggande sådan.

Slutsatsen som kan dras är alltså att alla funnit det funktionellt att samordna kunskaps- och metodstöd. Här kan det finnas möjligheter att gå ännu längre och antingen centralisera arbetet till en punkt (exempelvis Folkhälsomyndigheten), eller att åtminstone ha en gemensam hemsida där olika parter svarar för olika delar av materialet. När det gäller utbildningar skulle en större del kunna utformas som webbutbildningar och då finnas på denna sida. SLL skulle kunna föreslå att SKL samordnar landstingens arbete och delar upp ansvar på samma sätt som gjorts på primärvårdsområdet.

När det gäller direktinformation till befolkningen skulle 1177 vårdguiden kunna användas mer än idag. UMO.se är idag en samverkan via 1177. Lafas site fragachans.nu vänder sig till en yngre målgrupp: 10-13 åringar. Orsaken är att det visat sig att ungdomar är mer mottagliga för attitydpåverkan innan de själva är sexuellt aktiva. [Fragachans.nu](http://fragachans.nu) har visat sig vara en bra satsning, men den skulle med fördel kunna drivas på nationell basis. Kanske kan Inera ta över drift och nyckla ut kostnaden? Vårt förslag är att SLL tillsammans med SKL initierar en dialog med övriga landsting kring vad som kan delas upp av arbetet och vad, när det gäller webbtjänster, som kan göras koordinerat, antingen av Inera eller fördelat på landstingen. Landstingen skulle, om det finns en gemensam önskan, kunna föreslå staten vilka delar av arbetet som det vore gynnsamt att Folkhälsomyndigheten tog ansvar för.

Ett underliggande tema här är att SLL generellt skulle ställa sig positiv till att göra så mycket som möjligt av kunskapsstödsarbete i samverkan med övriga landsting.

3.4 Ökad förmåga till systemutveckling

Något HSF skulle behöva utveckla är förmågan att utveckla vårdssystemet för att maximera hälsovinster. I dagens upplägg har folkhälsoarbetet begränsat inflytande över systemfrågor. Den nyligen antagna folkhälsopolicyn är mycket passivt utformad och innehåller inga förslag på hur landstinget ska förändras. Självklart är denna typ av systemfrågor en fråga för politisk ledning, men

förvaltningen bör kunna ta fram olika slags förslag och även konkretisera dem i form av kvantifieringar av eventuella finansiella nyttor (hälsovinster).

Inom SRHR-området finns exempelvis ett område som skulle förutsätta helt nya arbetssätt och utgöra en kulturförändring som skulle behöva ett bredare angreppssätt. De flesta förebyggande initiativ har kvinnor som målgrupp. Mödravård och barnvårdscentraler var på sin tid en revolution för folkhälsan. Dock innebär detta att det är flickor och kvinnor som nås av mest information om sexuell hälsa. Flickor har subventionerade preventivmedel, men inte pojkar. Om kvinnor och män ska ha samma förutsättningar och ta samma ansvar borde förmodligen såväl synsätt som organisation av vård förändras.

I andra folkhälsofrågor är detta behov av systemförändring ännu tydligare. Brittiska erfarenheter tyder på att kostnaden för vård skulle kunna minskas med en mycket stor andel om förmågan att ta hand om psykiska sjukdomar samordnades med den somatiska vården.⁶ Riksförbundet Attention genomförde en undersökning som visade att ca hälften av föräldrar till barn med neuropsykiatriska diagnoser var eller hade varit sjukskrivna av skäl direkt relaterade till barnets diagnos och situation.⁷ Neuropsykiatriska sjukdomar har en mycket hög komorbiditet med depression och ångest, ändå är satsningarna på förebyggande arbete för att lära barn och föräldrar och skola att leva med handikapp mycket små. BUP skriver diagnoser, men skolans personal förstår ofta inte ens vad diagnosen innebär eftersom lärare inte har utbildning. Frånvaron av hälsoarbete och separationen av psykiatrisk kompetens från den somatiska innebär en hög kostnad för landstinget eftersom människor blir sjuka, och en ännu högre samhällskostnad.

Christopher Gillberg har rapporterat om att de flesta barn som har tidigt debuterande beteenden- eller kognitiva problem senare visar sig ha flera diagnoser. Vården är dock organiserad så att dessa barn ofta bara får hjälp med till exempel talsvårigheter, och att de andra svårigheterna inte identifieras. De träffar olika specialister utan inbördes kontakt. Detta leder till onödigt lidande, ineffektiva insatser och förmodligen, högre kostnader.⁸ Som beställare skulle landstinget behöva se över hur vård är organiserat.

⁶ Uppgift från direktörsgruppens studiebesök vid Studiebesök Guy's and St Thomas' Hospital respektive King's Health Partners. SLSO har mer information om detta.

⁷ <http://attention-riks.se/wp-content/uploads/2014/02/pdf-projekt-egen-styrka-rapport-till-slut-tar-man-slut.pdf>

⁸ Se Christopher Gillbergs artiklar om "ESSENCE" (early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations). En populär version finns i Läkartidningen 39/ 2014 <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2014/09/ESSENCE-samlar-diagnoserna-till-en-helhet/>. ESSENCE är en samlingsterm för alla de tillstånd med tidigt debuterande beteendeproblem och/eller kognitiva svårigheter som leder till konsultation hos en mängd olika specialister, som ofta inte har något nära samarbete med varandra.

För att komma tillrätta med detta behöver hälso- och sjukvårdssystemet se ut på ett annat sätt. Beställningen av hälso- och sjukvård måste utformas på ett annat sätt, liksom ersättningarna. På hälso- och sjukvårdsförvaltningen skulle det behövas en enhet (eller en etablerad process för området) som arbetade med förslag på hur hälso- och sjukvårdssystemet kan utvecklas. Här behöver analyser göras av hur organisationen och uppdragen kan förändras å ena sidan, och av hur marknaden kan utvecklas å andra sidan. Målen bör komma från politikens önskade målbild, och analyser av behov och marknad bör ligga till grund för förslag på hur detta kan åstadkommas. Nya reformer såsom exempelvis vårdval bör analyseras utifrån vilka effekter de får på såväl enskilda patienters valfrihet, som på hälsa som marknad. Om varje delområde (primärvård och inom detta alla delar: äldre, yngre, män, kvinnor etc.) och därutöver alla specialiteter ses om separata delar som planerar och sparar var för sig kommer förmågan att utveckla nya angreppssätt vara låg. Ingen liten del kan förändra helheten.

3.5 Utvecklat arbetssätt med kunskapsstyrning och kunskapsstöd

Ytterligare en bredare, underliggande fråga som skulle kunna vara en utgångspunkt för ställningstaganden angående prioritering av SRHR-arbete, nämligen ett förvaltningsövergripande förhållningssätt till kunskapsstöd och kunskapsstyrning.

Kunskapsstyrning etablerades som begrepp på 90-talet. Tanken bakom ordet var att om evidensbaserade metoder användes skulle vården ge bättre resultat både mätt i behandlingsresultat och kronor. På så vis är alltså tanken densamma som med dagens värdebaserade vård där mesta möjliga resultat ses som en kvot mellan resultat i behandling och kostnad. En enhetlig definition för exakt vad kunskapsstyrning är saknas. Området tenderar att syfta på initiativ såsom kloka listan, vårdprogram samt öppna jämförelser. Begreppet glider också in i begreppet kunskapsstöd som även det kan betyda vårdprogram, men även kunskapssammanställningar och vägledningar i stort. Folkhälsoarbetet glider dock ofta över i en ännu bredare form av kunskapsstöd även riktat till befolkningen, som brukar kallas hälsouppllysning. (Området ligger på många sätt nära folkbildning, som är ett historiskt begrepp, men där det handlade om att både stat, arbetarrörelse och liberala rörelser på olika sätt ville sprida empirisk och rationell kunskap till befolkningen och utifrån denna få människor att agera mer rationellt. Även om evidensbaserad vård och folkhälsa idag har delats upp, finns i grunden ett gemensamt ursprung. Det relevanta idag blir då att påminna sig om att allt arbete med att sprida kvalitetsgranskad kunskap hänger ihop – även om det är olika målgrupper och arbetssätt och metoder kan förändras över tid.)

Generellt kan man tänka sig att kunskapsstyrning kan åstadkommas på två sätt:

- Genom initiativ av typen ”Det ska vara lätt att göra rätt”
- Genom vidareutbildning

- Genom information och kampanjer. (Snarare hälsokommunikation, eller i bred mening folkbildning.)

3.5.1 Lätt att göra rätt - beslutsstöd

Sedan 90-talet har förutsättningarna för att bygga in rätt handlade i olika slags tekniska stöd ökat enormt. Idag är det möjligt att ha Janus Med i journalen och därmed se att olika läkemedel interagerar dåligt, eller att det inte går att kombinera med amning bara genom att titta i journalen och skriva in ett läkemedel. I en nära framtid kan vårdsystemet ge beslutsstöd redan utifrån en diagnos. Denna utveckling innebär, på policynivå, att landstinget bör satsa mer på att medverka i olika slags informationsproduktion riktad mot databaser som kopplas till beslutsstöd, och att traditionell vidareutbildning kan minskas (relativt sett).

Ytterligare en möjlighet är att satsa ännu mer på att skapa vårdssystem som på olika sätt stimulerar till att tillämpa riktlinjer och att skapa incitament för rätt sorts beteenden. Snarare än att ge kurser och råd till primärvårdspersonal om hälsoförebyggande arbete, kanske hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska satsa på att Janus med får ytterligare en funktion som föreslår fysisk aktivitet istället för SSRI-läkemedel när det är befogat. Eller, ett system där unga vuxna (män och kvinnor) kan få kondom på recept såväl som p-piller, eftersom både män och kvinnor i så fall även kan få rådgivning och STI- och hiv-förebyggande.

För att arbeta mer effektivt med kunskapsstyrning behöver landstinget en uppdaterad plan för hur 2020-talets kunskapsstyrning ska se ut. Vad är effektivt? Hur kan arbetet samordnas? På detta område sker en snabb utveckling i och med att mycket av arbetet kan ligga på nationella webbar och att landstingen kan dela upp ansvaret mellan sig. På 1177.se är detta arbete igång, och när det gäller information till vårdpersonal i primärvården har viktiga steg tagits. Inom SKL-samverkan finns ett arbete påbörjat där en landsomfattande databas som har information av den typ som viss.nu har, är under konstruktion. Detta innebär att varje landsting kan fokusera på några områden och inte behöver underhålla helheten. Resurser behöver dock läggas på regionala anpassningar av typen vilken vårdnivå som gör vad. (Vi skriver mer om detta i en kommande rapport om kunskapswebbar.) Om en ökad samverkan på nationell nivå ska leda till en besparing för SLL måste en sådan strategi kopplas till ett besparingskrav eller ett transformationskrav på den egna verksamheten som följs upp varje eller vartannat år.

3.5.2 Vidareutbildning

Självklart kommer vidareutbildning behövas även i framtiden. Dock behöver även detta område ses över. Fler utbildningar kan göras via webb som e-utbildningar, och andra utbildningar kan samordnas i högre grad. Idag bedriver en rad olika enheter utbildning. (Se tabell 2, sid 14). Visserligen kontaktar enheterna varandra för att vara med i varandras utskick och dra nytta av nätverk, men det saknas gemensam uppföljning eller en gemensam lista över utbildningar. Landstinget skulle behöva:

1. En samordnad resultatuppföljning. (antal deltagare och kurser)
2. Ett samlat utbud på vårdgivarguiden exempelvis
3. Fler webbutbildningar. (Om detta är en bra metod; vad säger metodutvärderarna om detta?).
4. En samlad strategi gentemot högskola och universitet avseende curricula.

Vidareutbildning kommer alltid behövas, men frågan är om rätt vidareutbildning sker. På SRHR-området anser de vi intervjuat att grundutbildningarna inte ger tillräckliga färdigheter för att kunna tala om sexualrelaterade frågor med patienter. Med tanke på att Lafas arbete pågått under flera decennier är det konstigt att utbildningarna inte har förändrats och att denna färdighet lärs ut. Eventuellt finns fler områden där landstinget skulle behöva en samlad, tydlig målbild att framföra. Central förvaltning kan knappast vara bäst lämpad att för all framtid fylla i luckor i sådant som borde ingå i grundutbildning. På sikt skulle ett sådant förhållningssätt kunna minska behov av central utbildning. Behövs vidareutbildning skulle möjligen ett annat sätt att arbeta med en sådan vara att knyta den närmare experter i vården. Å andra sidan har landstinget ett ansvar för att utbilda anställda i kommunal verksamhet – såsom socialtjänst, äldreomsorg skola etc.. Här är gräns och omfattning av arbetat oklar. Landstingets ansvar är indirekt – dels eftersom landstinget är den som står för sjukdomskostnader och kanske har ett egenintresse, dels kan utbildning ses som ett sätt att samverka. Det kan också tänkas att landstinget är de som besitter expertis och kompetens, vilket kommunala verksamheter kanske inte har, men att landstinget borde kunna ta betalt av kommunerna, såsom sker på vårdhygienområdet. Hur detta ska gå till behöver dock ses över i samverkan med kommunerna. Här behövs dock ett särskilt, fördjupat arbete.

3.5.3 Information och hälsouppllysning

Detta område är inte kunskapsstyrning, men olika sätt att påverka en bred befolknings kunskap om ett område och beteende är en viktig del av folkhälsoarbetet. I stycket om samverkan mellan stat, landsting och kommun framgår en idé om att landstinget skulle kunna samverka mer med stat och andra landsting kring den webbaserade informationen. Avseende ytterligare utbildningsinsatser skulle landstinget kunna beställa en rapport om vilka metoder som är mest effektiva och utifrån denna välja väg framåt. En möjlighet är eventuellt mer webbaserade utbildningar och mer samordning av utbildningar. En möjlighet är även att undersöka förutsättningar att skriva kontrakt med kommuner avseende utbildningar för exempelvis socialtjänst och skola. För att planera hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete är det dock viktigt att finna en generell hållning i hur landstinget ska arbeta med hälsouppllysning: exempelvis via SLSO, eller via olika webbsatsningar.

4 Sammanfattning

I rapporten konstateras att den enda region som hittills beslutat om en finansiell lösning är Västra Götalandsregionen som valt att själva täcka hela det indragna stödet (7,5 miljoner kronor) och dessutom skjuta till ytterligare medel (5,5 miljoner kronor). Ingen av de övriga landstingen och regionerna har lämnat besked. Västra Götaland har dessutom satt igång ett eget strategiarbete för området sexuell och reproduktiv hälsa som helhet.

I rapporten konstateras att även SLL skulle behöva göra en sådant strategiskt omtag för att kunna göra rätt prioriteringar. På kort sikt behövs dock sannolikt besparingar göras och det är viktigt att dessa görs på ett sätt som inte raserar en verksamhet innan ett strategiskt ställningstagande hunnit göras. Med hjälp av enhetschef och smittskyddsläkaren har två besparingsalternativ tagits fram. Dessa innebär att arbetet fokuseras på samverkan och samordning samt prioriterade målgrupper. För att åstadkomma ännu större besparingar föreslås att möjligheterna att dra in tjänster från smittskydd och Vårdstöd (de som berör SRHR) ses över i relation till arbetet på Lafa.

På längre sikt föreslås att HSF dels identifierar förvaltningsövergripande förhållningssätt i en rad frågor: ambitionsnivå och strategi för avgifter i relation till utbildningar och tjänster för kommunanställda, modernisering av strategi för kunskapsstyrning och kunskapsstöd.

Ett förslag är att samla folkhälsoarbetet inom HSF på en enhet som då har ett beställar- och systemansvar, samtidigt som SLSO får ett samlat uppdrag att utföra folkhälsoarbete i meningen metodstöd, kunskapsstöd, utbildning och samordning. Samtidigt föreslås att beställningsformerna förändras så att SLSO får ett samlat, långsiktigt uppdrag avseende folkhälsa och mer frihet att samordna centrumbildningarna. Detta innebär alltså att centrumbildningarna övertar stora delar av SRHR-arbetet som idag bedrivs på HSF. Det uppdrag centrumbildningarna har avseende systemanalyser (behovsutveckling etc.) föreslås läggas som en separat beställning, också den långsiktig, från den avdelning som ska ansvara för systemanalys generellt på HSF. Långsiktighet i kombination med frihet att organisera och samordna arbete antas ge utrymmer för effektivisering.

Ytterligare utvecklingsförslag är att se över hur folkhälsoarbetet generellt kan få mer effekt genom att utveckla hur vårdsystemet konstrueras. Beställningen av hälso- och sjukvård måste utformas på ett annat sätt, liksom ersättningarna. Om varje delområde (primärvård och inom detta alla delar: äldre, yngre, män, kvinnor etc.) och därutöver alla specialiteter ses om separata delar som planerar och sparar var för sig kommer förmågan att utveckla nya angreppssätt vara låg. Ingen liten del kan förändra helheten.

En modernisering av kunskapsstyrningen skulle kunna ske genom att fokusera på möjligheterna i moderna beslutsstöd och aktivt ta ställning för att detta ska ske i samverkan med övriga landsting. Samma strategi skulle kunna gälla för

samverkan kring kunskapsstöd. På SRHR-området finns konkreta webbsiter att samverka kring: lafa. nu som skulle kunna ingå i en gemensam kunskapsstödssite (liksom hälsoportalen) och målgruppspecifika siten frågachans.nu som skulle kunna vara en del av 1177 Vårdguiden.

Avseende vidareutbildning föreslås en förvaltningsstrategi för området bestående av:

1. En samordnad resultatuppföljning. (antal deltagare och kurser)
2. Ett samlat utbud på vårdgivarguiden exempelvis

Därutöver föreslås ett principiellt ställningstagande kring om förvaltningen ska övergå i så stor utsträckning som möjligt till webbutbildningar (eller någon slags lync-utbildning). Detta föregås helst av en metodutvärdering.

Landstinget föreslås också eftersträva en samlad strategi gentemot högskola och universitet avseende curricula. Lafas utbildningar för vårdpersonal är i delar sådant som borde ingå i grundutbildningen. Det förefaller ineffektivt att organisera detta som vidareutbildning.

För att dessa olika strategier ska förverkligas, och framförallt, för att de ska innebära effektiviseringar, behövs planer som tydliggör hur och när effektiviseringarna ska uppstå och när de ska följas upp.

5 BILAGA: Reduceringsförslag

Lafas budget 2016 17 025'		Alternativ A minus 30 procent 12 250'		Alternativ B minus ca 50 procent 9 050'	
<p>Personal</p> <p>9 handläggare, 1 enhetschef 2 administratörer</p> <p>(Två av dessa tjänster är idag obesatta.)</p> <p>Utveckling av samordnings- och samverkansinsatser och ökad digital kunskapsspridning samt inriktning på sexuell hälsa i st f nuvarande snävare fokus på hiv/STI-prevention kräver bemanning för teamarbete.</p>	8 400'	<p>En administratör tjänst tas bort</p> <p><i>Reducering av en administratörstjänst kräver att personal- och ekonomi-administrati onen läggs utanför enheten.</i></p> <p>En administratör behövs förutbildning sadministrati on, projektstöd mm.</p>	7 700'	<p>2 handläggartjänster, 1 administratörstjänst tas bort.</p> <p><i>Reducering av en administratörstjänst kräver att personal- och ekonomi-administrati onen läggs utanför enheten.</i></p>	6 300'
<p>Kunskapsspridning och kommunikation</p> <p>www.lafa.nu+nyhetsbrev</p>	150	Tjänsten utvecklas något jämfört	200	Tjänsten utvecklas något jämfört	200

Lafas budget 2016 17 025'		Alternativ A minus 30 procent 12 250'		Alternativ B minus ca 50 procent 9 050'	
		med idag.		med idag.	
www.frågachans.nu Webbplatsen för kommunikation och kunskaps- och informationsspridning till 10- 13-åringar	500	Endast fortsatt drift. (På sikt vore bra om denna tjänst bedrevs gemensamt av landstingen inom 1177/Umo.	300	Endast fortsatt drift.	300
www.preventhiv.se Webbplats för MSM i samverkan med frivilligorganisationer, SLL-verksamheter	500	Engagemang minskar	50	Engagemang minskar	50
Tidningen Insikt , 12 000 ex, pappers- och digitalt format	900	Alt A: fortsatt produktion och distribution av tidningen Insikt i pappersformat men med reduktion av upplagan med ca 25 %.	700	Alt B: Tidningen Insikt avvecklas.	0
Kommunikationsinsatser t ex kring kondomanvändning, testning, graviditetsskydd	725	Kommunikationsinsatser ("kampanjer") via digitala kanaler och sociala medier.	700	Inga riktade kommunikationsinsatser ("kampanjer").	0

Lafas budget 2016 17 025'		Alternativ A minus 30 procent 12 250'		Alternativ B minus ca 50 procent 9 050'	
Samverkan, samordning, strategiutveckling, insatser för riksutsatta och prioriterade grupper, utbildning Projektstöd t UM för arbete med ensamkommande ungdomar	1 500	Alt A och B: Tidigare projektstöd till UM tas bort. Projektstöd ges under 2017 via statliga PRIO-medel	0	Alt A och B: Tidigare projektstöd till UM tas bort. Projektstöd ges under 2017 via statliga PRIO-medel	0
Samverkan och samordning av UM:s, Sesams, förebyggande arbete.	50		100	Arbetet för att utveckla samverkan och samordning mellan aktörer förstärks. (även MVC, hälsokommunikatörer m. fl)	100
Samverkan med frivilligorganisationer och myndigheter, kring insatser för MSM.	80	Ambitionsgrad minskar	50	Ambitionsgrad minskar	50
Utveckling av strategi för SRHR i SLL		Utveckling av strategi för SRHR i SLL	100	Utveckling av strategi för SRHR i SLL	100
Insatser för information och testning för MSM, unga MSM,		prioritering av insatser för unga MSM. (Ej	200	prioritering av insatser för unga MSM. (Ej andra	200

Lafas budget 2016 17 025'		Alternativ A minus 30 procent 12 250'		Alternativ B minus ca 50 procent 9 050'	
MSM med migrantbakgrund	670	andra grupper)		grupper)	
Insatser för vissa migrantgrupper, ensamkommande unga, boendepersonal, tolkar	1 100	Utbildningsinsatser för personal utanför SLL görs i samverkan med och (del)finansieras från berörd huvudman. Samverkan med hälsokommunikatörerna.	500	Utbildningsinsatser för personal utanför SLL görs i samverkan med och (del)finansieras från berörd huvudman. Samverkan med hälsokommunikatörerna.	500
Projekt "Hiv i dag" för vårdpersonal, skolor, allmänhet	1 300	Utbildning om hiv för vårdpersonal - Inga utbildnings- eller informationsinsatser för skolor och allmänheten	50	Utbildning om hiv för vårdpersonal - Inga utbildnings- eller informationsinsatser för skolor och allmänheten	50
Utbildning f elevhälsa, skolpersonal och UM som möter riskutsatta unga.	150	Utbildning f elevhälsa, skolpersonal och UM som möter riskutsatta unga. Inget generellt utbildningsstöd till	200	Utbildning f elevhälsa, skolpersonal och UM som möter riskutsatta unga. Inget generellt utbildningsstöd till skolornas sex- och	200

Lafas budget 2016 17 025'		Alternativ A minus 30 procent 12 250'		Alternativ B minus ca 50 procent 9 050'	
		skolornas sex- och samlevnadsundervisning		samlevnadsundervisning	
Utveckling utbildning		Utveckling av webbaserad utbildning, för att nå fler än med sedvanliga kurser.	100	Utveckling av webbaserad utbildning för att nå fler än med sedvanliga kurser. .	100
Gratis kondomer Inköp och distribution av gratis kondomer för unga och vissa riskutsatta grupper via UM, STI- och infektionsmottagningar, sprututbytesprojektet, beroendemottagningar, skolor, fritidsgårdar, studentkårer m fl.	1 000	Inköp och distribution av gratis kondomer för unga och vissa riskutsatta grupper via UM, STI- och infektionsmottagningar, sprututbytesprojektet, beroendemottagningar, skolor, fritidsgårdar, studentkårer m fl.	1 300	Ingen distribution av gratis kondomer till skolor, fritidsgårdar, studentkårer m fl. Endast vissa riskutsatta grupper via UM, STI- och infektionsmottagningar, sprututbytesprojektet, beroendemottagningar.	900