

## Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 12 mars 1992 bemyndigades dåvarande statsrådet Bo Könberg att tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag att dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs överväganden och förslag skulle grundas på en analys och värdering av i första hand tre finansierings- och organisationsmodeller; reformerad landstingsmodell, primärvårdsstyrd vård och obligatorisk sjukvårdsförsäkring.

Kommittén, som antog namnet HSU 2000, avlämnade före sommaren 1994 flera expertrapporter. Vidare avlämnades i september 1994 delbetänkandet (SOU 1994:132) *Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete*.

Den 22 december 1994 beslutade regeringen att kommitténs arbete skulle slutföras med ändrade direktiv. Kommittén fick också en delvis ändrad sammansättning. Av tilläggsdirektiven framgår bl.a. att kommitténs förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. En kortfattad redogörelse för utredningsuppdraget och vårt arbete med detta betänkande återfinns i kapitel 1. Tilläggsdirektiven (Dir. 1994:152) har i sin helhet bifogats betänkandet (bil. 1). Kommittén redovisar i enlighet med tilläggsdirektiven sitt arbete i form av delbetänkanden. I december 1995 överlämnade kommittén betänkandet (SOU 1995:122) *Reform på recept* och i november 1996 betänkandet (SOU 1996:163) *Behov och resurser i vården – en analys*. I detta betänkande redovisar kommittén sina överväganden och förslag i den del av uppdraget som rör hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet.

I arbetet med betänkandet har som ledamöter deltagit riksdagsledamoten Ingrid Andersson (s), direktören Leni Björklund (s), ordförande, riksdagsledamoten Leif Carlson (m), f.d. riksdagsledamoten Jerzy Einhorn (kd), landstingsfullmäktigeledamoten Inger Hallqvist Lindvall (mp), riksdagsledamoten Kerstin Heinemann (fp), landstingsrådet och ordföranden i Landstingsförbundet Lars Isaksson (s), riksdagsledamoten Karin Israelsson (c), kommunalrådet Torgerd Jansson (s), ord-

föranden i Socialdemokratiska ungdomsförbundet Niklas Nordström (s) samt riksdagsledamoten Stig Sandström (v).

Som sakkunniga har deltagit folkhälsorådet Göran Dahlgren, Folkhälsoinstitutet, departementssekreteraren Jonas Iversen, Finansdepartementet, departementsrådet Ingrid Petersson, Socialdepartementet, departementsrådet Agneta Rönn Diczfalusy, Inrikesdepartementet, överdirektören Kerstin Wigzell, Riksförsäkringsverket samt generaldirektören Claes Örtendahl, Socialstyrelsen.

Som experter har deltagit programchefen Gert Alaby, Svenska Kommunförbundet, kanslirådet Per-Olof Bürén, Socialdepartementet, socialombudsmannen Bernt Hedin, Pensionärernas riksorganisation, direktören Toivo Heinsoo, Landstingsförbundet, professorn Bengt Jönsson, Handelshögskolan i Stockholm, ordföranden och verkställande direktören Anders Milton, Sveriges Akademikers Centralorganisation, kanslirådet Karin Odenkrants, Utbildningsdepartementet, förbundssekreteraren Karin Olsson, Tjänstemännens Centralorganisation, ombudsmannen Christina Zedell, Landsorganisation i Sverige och f.d. ordföranden Lars Östman, Handikappförbundens samarbetsorgan.

Kommitténs huvudsekreterare har varit departementsrådet Christina Kärvinge och sekreterare filosofie kandidaten Johanna Törnwall, som också har varit projektledare för arbetet med betänkandet fr.o.m. den 1 januari 1997. Folkhälsoöverläkaren Bengt Wramner var förordnad som sekreterare för kommitténs arbete med folkhälsofrågorna fr.o.m. den 1 januari 1996 t.o.m. den 30 juni 1996.

Kommittén får härmed överlämna betänkandet (SOU 1997:119) *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet*.

Ledamoten Stig Sandström har lämnat ett särskilt yttrande. Experterna Bernt Hedin och Lars Östman har lämnat ett gemensamt särskilt yttrande. Sakkunnige Göran Dahlgren har lämnat ett särskilt yttrande.

Stockholm i september 1997

#### **Leni Björklund**

Ingrid Andersson

Leif Carlson

Jerzy Einhorn

Inger Hallqvist Lindvall

Kerstin Heinemann

Lars Isaksson

Karin Israelsson

Torgerd Jansson

Niklas Nordström

Stig Sandström

*/Christina Kärvinge*

*Johanna Törnwall*

## Innehåll

<i>Sammanfattning</i> .....	7
<i>1 Inledning</i> .....	17
1.1 Uppdraget .....	17
1.2 Kommitténs arbete med delbetänkandet .....	18
1.3 Några aktuella utredningar .....	20
<i>2 Bakgrund</i> .....	23
2.1 Folkhälsoarbete – några grova utvecklingslinjer och trender .....	23
2.2 Några exempel på framgångar och motgångar i folkhälsoarbetet .....	26
2.3 Folkhälsa och folkhälsoarbete i dag .....	29
2.4 Hälsa- och sjukvårdens betydelse för folkhälsan ..	33
2.5 Trender .....	35
<i>3 Allmänna utgångspunkter</i> .....	37
3.1 Avgränsning av kommitténs uppdrag .....	37
3.2 Hälsa- och sjukvårdens ansvar i folkhälsoarbetet .	40
3.3 Egna insatser inom vissa områden .....	41
3.4 Förutsättningar för arbetet .....	46
<i>4 Kunskapsproduktion och kunskapsförmedling</i> ...	51
4.1 Direktiven .....	52
4.2 Kunskapsgenerering i hälso- och sjukvården .....	52
4.2.1 Sjukvårdshuvudmännens ansvar för folkhälsovetenskaplig forskning .....	57
4.2.2 Statens insatser för att stödja kunskapsuppbyggnaden .....	59
4.2.3 Problembilden .....	63
4.3 Kommitténs överväganden och förslag .....	67

---

5	<i>Primärvårdens roll i folkhälsoarbetet</i> .....	73
5.1	Direktiven .....	74
5.2	Bakgrund .....	74
5.3	Kommitténs överväganden och förslag .....	79
6	<i>Initiativ och samverkan i folkhälsoarbetet</i> .....	87
6.1	Direktiven .....	88
6.2	Bakgrund .....	88
6.2.1	Ansvarsfördelningen i folkhälsoarbetet .	88
6.2.2	Samverkan mellan kommuner och landsting .....	90
6.3	Kommitténs överväganden och förslag .....	91
	<i>Särskilda yttranden</i> .....	95
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiven .....	119
<i>Bilaga 2</i>	Referensgrupp .....	131
<i>Referenser</i>	.....	133

## Sammanfattning

### Uppdraget

Uppdraget i detta betänkande är enligt direktiven att analysera upp-  
gifts- och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommun när  
det gäller folkhälsoarbete samt hur samverkan mellan de olika aktör-  
erna kan förbättras. Vidare bör kommittén belysa hur de olika organisa-  
tions- och styrsystem som sjukvårdshuvudmännen utvecklar påverkar  
förutsättningarna för folkhälsoarbetet. Kommittén skall slutligen över-  
väga om det finns behov av att precisera kommunernas och lands-  
tingens folkhälsoansvar i hälso- och sjukvårdslagen.

### Bakgrund

*I kapitel 2* ges en översiktlig beskrivning av folkhälsoarbetets utveck-  
ling samt av trender och förhållanden som kan komma att påverka  
arbetet i framtiden. Inledningsvis konstateras att det har skett gradvisa  
förändringar av synen på begreppet hälsa med innebörden att man rört  
sig från ett strikt biologiskt präglat synsätt till ett som i högre grad  
inkluderar psykologiska, sociala, ekonomiska och kulturella förhållan-  
den. Denna förskjutning har också fört med sig ett ändrat synsätt på  
metoder och arbetssätt i folkhälsoarbetet.

I dag anses folkhälsoarbete bestå av två komponenter: att förebygga  
sjukdom och att främja hälsa. Den sjukdomsförebyggande strategin  
utgår från medicinska kunskaper om vad som orsakar sjukdom och  
ohälsa medan den hälsofrämjande strategin söker skapa förutsättningar  
för människor att leva ett gott liv och främja sin hälsa. Folkhälsoarbete  
förutsätts bedrivas av flertalet samhällssektorer och på alla samhälls-  
nivåer. Dock betonas särskilt det tvärssektoriella arbetet och kommuner-  
nas betydelse för att nå framgång i arbetet.

Vidare framhålls att folkhälsoarbetet på flera områden har präglats av betydande, om än inte helt entydiga, framgångar. Särskilt kan framhållas mödra- och barnhälsovården, olycksfallsprevention, arbetarskydd, tandvård och bekämpande av HIV-spridning samt i relativt hög grad även alkohol- och tobaksprevention. Däremot måste man konstatera att framgångarna uteblivit framförallt när det gäller strävandena att minska de sociala skillnaderna i hälsoutveckling.

Hälsoutvecklingen har allmänt sett varit positiv. Socialstyrelsens folkhälso rapport från år 1997 visar att svenska folkets hälsa förbättrats i stort, vare sig den mäts som dödlighet, sjuklighet eller självrapporterad hälsa. Sociala och geografiska skillnader i hälsoutveckling kvarstår emellertid. Tecken på ökande hälsoproblem finns också. Detta gäller t.ex. barns och ungas hälsa, liksom psykiska och psykosociala besvär. Likaså ökar förekomsten av övervikt och allergier.

Hälso- och sjukvårdens bidrag till den förbättrade folkhälsan har diskuterats under många år. Socialstyrelsen har i ovan nämnda Folkhälso rapport dragit slutsatsen att hälso- och sjukvårdens åtgärder för enskilda patienter har stor effekt på folkhälsan, men att hälso- och sjukvården kanske gör sina mest betydelsefulla insatser när det gäller att förbättra livskvaliteten för de människor som drabbas av sjukdom.

Kapitlet avslutas med att skissera några drag i samhällsutvecklingen som kan komma att påverka förutsättningarna för folkhälsoarbetet. Några av dessa är arbetslösheten, informationsteknologin, internationaliseringen och migrationen samt vetenskapliga framsteg inom t.ex. molekylärbiologi och genetik.

## Kommitténs överväganden och förslag

### *Allmänna utgångspunkter*

I *kapitel 3* ger kommittén sin allmänna syn på hälso- och sjukvårdssektorns roll i folkhälsoarbetet. Inledningsvis förs en diskussion om avgränsningen av kommitténs uppdrag. HSU 2000 har tolkat sitt uppdrag så att det skall koncentreras till en analys av hälso- och sjukvårdssektorns roll i folkhälsoarbetet. Kommittén har sedan valt att inom hälso- och sjukvårdssektorns ram i huvudsak inrikta arbetet på några centrala frågeställningar. De rör kunskapsproduktion och kunskapsförmedling, primärvårdens roll i folkhälsoarbetet samt hälso- och

sjukvårdens roll som samverkanspartner. Därmed anser kommittén att de grundläggande förutsättningarna för sektorns folkhälsoarbete och dess ansvar i förhållande till andra aktörer uppmärksammas.

Kommittén anser att en av grundvalarna för ett framgångsrikt folkhälsoarbete är att det finns tydliga och övergripande mål och strategier formulerade på den nationella nivån. Sådana mål är nödvändiga som vägledning för och prioritering mellan insatser av olika samhällssektorer och samhällsnivåer. HSU anser också att de är särskilt viktiga för hälso- och sjukvårdens arbete, eftersom verksamheten spänner över ett så brett spektrum av hälsoproblem.

Dessa övergripande mål saknas emellertid i dag, varför HSU betonar vikten av det uppdrag som Nationella folkhälsokommittén har. Dess uppdrag innefattar att utarbeta mål för hälsoutvecklingen som skall vara vägledande för insatser på nationell, regional och lokal nivå. HSU anser också att den precisering av hälso- och sjukvårdens roll som görs i detta betänkande underlättats om arbetet fått komma efter Nationella folkhälsokommitténs förslag till mål och strategier. Kommittén understryker statens ansvar också när det gäller att skapa förutsättningar för en god hälsa och att utjämna sociala och geografiska skillnader i hälsoutveckling.

Kommittén betonar att hälso- och sjukvården har en funktion i folkhälsoarbetet som inte kan ersättas av andra aktörer. Detta hänger framförallt samman med dess centrala roll när det gäller kunskapsgenerering och kunskapsförmedling till andra sektorer och aktörer. Dess roll i folkhälsoarbetet har emellertid också samband med dess skyldighet och möjlighet att i kontakterna med patienterna arbeta förebyggande. Med tanke på hur många människor som varje dag ändå möter sjukvårdspersonal finns det här en stor och delvis outnyttjad potential i folkhälsoarbetet. Kommittén poängterar därför att förebyggande insatser är en skyldighet för sektorns alla delar och alla nivåer, dvs. såväl primärvård, innefattande kommunal hälso- och sjukvård, som övrig specialistsjukvård. De förebyggande insatserna bör vidare ses som integrerade delar av den dagliga verksamheten.

Med det ovanstående har två inslag i hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete antytts: dess ansvar i kunskapsproduktionen och dess skyldighet att inom ramen för den egna verksamheten arbeta förebyggande. Den tredje funktionen är att samverka med andra. Hälso- och sjukvården har således de tre rollerna som

- kunskapsproducent och kunskapsförmedlare
- ansvarig för egna insatser
- samverkanspartner

Frågeställningar relaterade till dessa tre roller diskuteras senare i betänkandet, men kommittén framhåller redan i detta kapitel vikten av att värna resurser som har betydelse för hälsoutvecklingen bland barn och unga. Här behandlas mödra- och barnhälsovården, skolhälsovården och ungdomsmottagningarna. Kommittén understryker vidare att sjukhusens och den övriga specialistsjukvårdens resurser bör uppmärksammas mer i folkhälsoarbetet mot bakgrund av de viktiga bidrag som kan lämnas från denna del av hälso- och sjukvården. Slutligen konstateras att kommunerna har ett betydande sjukvårdsansvar och att man på ett bättre sätt än i dag bör ta tillvara de möjligheter som finns att arbeta förebyggande.

Kommittén poängterar vidare att folkhälsoarbete är en verksamhet som måste bedrivas långsiktigt och som därför kräver ett uthålligt stöd i form av tydligt formulerade mål, övergripande handlingsprogram eller strategier, ekonomiska resurser och ledarskap med adekvat kompetens. Som tidigare framhållits krävs att staten anger tydliga mål och följer upp arbetet, men därutöver behövs klara riktlinjer från den regionala och lokala politiska nivån för att ge verksamheten stadga och för att man skall kunna prioritera insatserna på ett genomtänkt sätt. Likaså är det viktigt att man på den regionala och lokala nivån följer upp arbetet och samlat beskriver de initiativ som tas.

Som en av förutsättningarna för att folkhälsoarbetet skall vinna legitimitet bland medborgarna anger kommittén att det bedrivs med målet att minska ojämlikheten i hälsa. Kommittén framhåller därför att hälso- och sjukvården måste lägga ner omsorg på att konkret formulera vilka bidrag sektorn kan ge i detta avseende. Viktiga inslag är bl.a. att säkerställa att vården kan användas på lika villkor av alla. Hälso- och sjukvården bör också utnyttjas som arena för förebyggande insatser riktade till de egna anställda. En annan förutsättning för att arbetet skall vinna legitimitet är att det bedrivs på vetenskaplig grund.

I kommitténs uppdrag ingår att belysa hur olika styr- och organisationsmodeller påverkar förutsättningarna för folkhälsoarbetet. Kommittén konstaterar att det varken teoretiskt eller empiriskt går att dra slutsatser om ett traditionellt system är bättre eller sämre än ett system med beställare och utförare när det gäller att skapa förutsättningar för folkhälsoarbetet. HSU framhåller dock att folkhälsoarbete måste finansieras i särskild ordning, eftersom det inte har någon självklar efterfrågan. Avgörande i detta sammanhang är den politiska viljan att satsa på förebyggande verksamhet.

HSU har i delbetänkandet *Behov och resurser i vården – en analys* (SOU 1996:163) konstaterat att gapet mellan behov och resurser inom



hälso- och sjukvård och äldreomsorg kommer att öka. Kommittén konstaterade också att det finns brister och otillfredsställda behov. Det gäller inte minst vården av de äldre och kroniskt sjuka.

Kommittén varnade också för att de redan planerade nedskärningarna kan betyda kvalitetsförluster och bli mycket svåra att åstadkomma utan att de nationella målen för hälso- och sjukvården äventyras.

Regering och riksdag beaktade våren 1997 kommitténs slutsatser genom beslutet att höja statsbidragen till kommuner och landsting. Kommittén vill dock framhålla att problemen kvarstår.

Vi vill också understryka att utvecklingen framöver är beroende av de samhällsekonomiska förutsättningarna och vilka medel samhället kan anvisa för denna sektor.

#### *Kunskapsproduktion och kunskapsförmedling*

I kapitel 4 behandlas hälso- och sjukvårdens roll när det gäller kunskapsproduktion och kunskapsförmedling. Det konstateras att det är av central betydelse att folkhälsoarbetet baseras på vetenskapligt grundad kunskap om såväl metoder i folkhälsoarbetet som orsaker till ohälsa och hälsa. Den kunskap som genereras måste också komma till praktisk användning. Vidare noteras att kunskapsuppbyggnaden på folkhälsoområdet sker i en omgivning som omfattar många aktörer på alla samhällsnivåer och att ett effektivt folkhälsoarbete kräver att överföringen mellan olika led fungerar tillfredsställande.

Kommittén anser därför att infrastrukturen när det gäller kunskapsförmedlingen och kunskapsproduktionen bör stärkas. Detta bör ske genom åtgärder på olika nivåer.

Staten bör bidra till att förbättra spridningen av kunskap om metoder i folkhälsoarbetet och genom att finna former för utvärdering av sådana metoder. Särskilt bör uppmärksammas metoder för att nå utsatta grupper. Landstingen och kommunerna bör fungera som fora för praktiska metodförsök. Kommittén konstaterar vidare att den vetenskapliga utvecklingen inom både folkhälsovetenskap och biomedicin är snabb och att kunskap som vilar på båda dessa ansatser stärker folkhälsoarbetet. Staten bör därför stödja framväxten av tvärvetenskapliga utbildningar och forskningsmiljöer där olika vetenskapliga discipliner kan mötas och utveckla det folkhälsovetenskapliga området.

Landstingen uppmanas att stärka de samhällsmedicinska funktionerna eftersom de förutsätts utgöra knutpunkter i det regionala folkhälsoarbetet och har avnämare både inom och utanför den egna

organisationen. De har i uppgift att stödja både folkhälsoarbetet och sjukvårdsorganisationen. Landstingen bör därför på ett mer systematiskt sätt samutnyttja resurser och tillsammans med staten finna vägar att använda resurserna vid universitets- och regionsjukhusen. Som exempel kan nämnas onkologiska centras roll i sjukdomsorienterat cancerpreventivt arbete. I alla landsting bör emellertid viss baskompetens finnas, innefattande åtminstone epidemiologisk, biostatistisk och socialmedicinsk kompetens samt utvärderingskompetens och ekonomisk kompetens. Kommittén framhåller vidare att de modeller för att stärka kompetensen och samutnyttja resurser som landstingen väljer måste följas upp och utvärderas. Kommittén finner också att det är mycket angeläget att landstingen finner former för att stärka samspelet mellan de samhällsmedicinska funktionerna, den patientinriktade vården och den politiska nivån.

I *kommunerna* bör det ske en långsiktig och systematisk folkhälsovetenskaplig kompetensuppbyggnad om kommunerna skall kunna utgöra den centrala arena för folkhälsoarbetet som förutsätts. Kommittén noterar också att kommunerna i likhet med landstingen från den 1 januari 1997 har ansvar för folkhälsovetenskaplig forskning. Eftersom många kommuner är små och flertalet saknar forskningstradition är det enligt HSU:s mening angeläget att landsting och kommuner tillsammans finner vägar för att kanalisera kommunernas engagemang i den folkhälsovetenskapliga forskningen. Landsting och kommuner bör också skapa incitament som medger att forskningsresultat sprids och kommer till nytta i det praktiska folkhälsoarbetet.

HSU diskuterar även de skillnader i kultur och synsätt som finns mellan olika aktörer i folkhälsoarbetet. Här anser kommittén att medicinska företrädare har ett särskilt stort ansvar för att skapa förutsättningar för en dialog som präglas av lyhördhet och respekt, varigenom sektorn kan bidra till att överbrygga de motsättningar som fortfarande finns mellan "medicinska" och "sociala" betraktelsesätt.

#### *Primärvårdens roll i folkhälsoarbetet*

I *kapitel 5* diskuteras primärvårdens roll i folkhälsoarbetet. Inledningsvis konstateras att primärvårdsbegreppet förändrats från att ha betecknat en organisationsform inom den öppna vården – dvs. den i offentlig regi bedrivna öppenvården vid vårdcentraler – till att avse den del av den öppna vården som arbetar utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Kommittén har dock för sina överväganden valt att använda den tidigare definitionen av begreppet

primärvård, eftersom en stor del av diskussionerna kring primärvårdens roll i folkhälsoarbetet fokuserats på verksamheten vid vårdcentraler/motsvarande.

Kommittén konstaterar att förhoppningarna på primärvårdens förebyggande arbete varit stora ända sedan primärvården började byggas upp på 1970-talet. Primärvården har emellertid haft svårt att leva upp till dessa förväntningar. Det har funnits brister avseende resurser, kompetens och mandat för det förebyggande arbetet; inom organisationen finns det tvivel på nyttan med att arbeta förebyggande vid sidan av patientkontakterna; reformer och andra organisatoriska förändringar anses ha försämrat förutsättningarna; otydliga ansvarsförhållanden mellan olika aktörer inom och utanför landstingen har lett till att det förebyggande arbetet ibland kommit att betraktas som betungande och problematiskt; i vissa fall kan viljan att satsa på förebyggande arbete ha varit liten.

Förutsättningarna för primärvårdens förebyggande arbete påverkas också av andra faktorer: dels förväntas den ta över alltmer kvalificerade uppgifter från den sjukhusanslutna specialistsjukvården, dels har kommunerna under senare år kommit att ses som alltmer strategiska i arbetet, vilket innebär att primärvårdens roll inte längre betraktas som lika central.

Mot denna bakgrund finns det, enligt kommitténs mening, skäl till att formulera primärvårdens uppdrag i det förebyggande arbetet tydligare än vad som hittills skett. Som det tyngst vägande skälet till denna omprövning framhåller kommittén att primärvården – från att tidigare ha setts som huvudaktören – kommit att betraktas som en aktör bland andra i folkhälsoarbetet.

HSU anser att primärvårdens främsta skyldighet i det förebyggande arbetet bör vara att utveckla det individriktade arbetet. Denna skyldighet följer av hälso- och sjukvårdslagen; vikten av insatserna har också betonats av Prioriteringsutredningen och i regeringens efterföljande proposition. I detta arbete finns också en outnyttjad potential, eftersom primärvårdens breda kontaktyta medger att man på förhållandevis kort tid når en stor del av befolkningen med förebyggande insatser. Dock behöver kunskapen om effektiva metoder för att föra ut information om bl.a. hälsorisker förbättras och organisationen måste också ha erforderliga resurser för arbetet samt på ett bättre sätt redovisa och utvärdera sina insatser.

När det gäller gruppriktade förebyggande insatser anser kommittén att dessa bör prövas från fall till fall. Det finns områden där gruppriktade insatser är ett naturligt arbetssätt (t.ex. mödravården, rökavvänjning i vissa fall, alkoholordgivning), medan det finns andra

områden där andra aktörers kompetens bör utnyttjas. En förutsättning för primärvårdens engagemang bör dock vara att arbetet kräver hälso- och sjukvårdens speciella kompetens.

I det befolkningsinriktade arbetet bör primärvården delta genom att förmedla kunskaper, men inte ses som en huvudaktör i genomförandet av olika aktiviteter. Primärvården har i detta sammanhang en viktig roll att spela genom att delta i de lokala folkhälsoråden och att där bl.a. fungera som en aktiv talesman för det förebyggande arbetet och bidra med kvalitativt betonad kunskap om hälsoläget i befolkningen. Primärvården bör däremot inte ha något huvudansvar för befolkningsinriktade åtgärder, eftersom sådana många gånger kräver andra typer av kompetens än den primärvården besitter. Ansvaret för åtgärderna vilar dessutom många gånger på andra sektorer.

Nära förbunden med det befolkningsinriktade arbetet är frågan om epidemiologiskt underlag. HSU anser i detta sammanhang att primärvården bör ha en skyldighet att bygga upp en bättre systematiserad öppenvårdsstatistik. Sådan statistik blir allt viktigare för att man skall kunna finna orsaker till ohälsa och för att följa vårdkedjor och sjukdomsincidens. Primärvårdens roll blir också allt viktigare i takt med att färre patienter behandlas inom slutenvården.

#### *Initiativ och samverkan i folkhälsoarbetet*

I *kapitel 6* behandlas frågor relaterade till initiativ och samverkan i folkhälsoarbetet. Inledningsvis noteras att det kommunala engagemanget i folkhälsoarbetet ökat under senare år, liksom det organiserade samarbetet mellan bl.a. kommuner och landsting i dessa frågor.

Kommittén konstaterar att det råder en relativt bred samstämmighet om ansvarsfördelningen mellan kommunerna och landstingen i folkhälsoarbetet: landstingens roll som kunskapsspridare och stöd betonas, medan kommunerna ses som de aktörer som skall genomföra det breda folkhälsoarbetet. Denna samstämmighet grundar sig delvis på principen om sektorsansvar som innebär att varje sektor inom ramen för sitt ansvarsområde skall ta hänsyn till och integrera hälsoaspekter i arbetet.

HSU menar att man bör bygga vidare på dessa principer i det framtida folkhälsoarbetet. Dock finns det svårigheter förknippade med sektorsansvarsprincipen i och med att ingen sektor eller aktör har folkhälsofrågor som sitt kärnområde. Dessa svårigheter måste enligt kommitténs uppfattning tas på allvar och incitament och strukturer

tillskapas för att stärka folkhälsoaspekternas ställning i relation till andra hänsyn.

Folkhälsoaspekter bör därför synliggöras inom olika sektorer genom att man skapar system och ekonomiska incitament som medger att folkhälsofrågorna beaktas. Kommittén framhåller i detta sammanhang särskilt behovet av att utveckla och sprida metoder för hälsokonsekvensbeskrivningar. Arbetet med att utveckla och tillämpa sådana metoder pågår i dag på både regional och nationell nivå, men behöver intensifieras. Kommittén understryker också de förtroendevaldas nyckelroll i folkhälsoarbetet och anser att hälsokonsekvensbeskrivningar kan vara ett instrument för att föra upp folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen.

HSU understryker att en annan viktig väg för att stärka folkhälsoaspekternas ställning är tvärsektoriell samverkan. Därför välkomnas den pågående utvecklingen mot utökad samarbete i lokala hälsoråd mellan bl.a. kommuner och landsting. Denna utveckling är emellertid ny; formerna för arbetet behöver följas, stödjas och utvärderas från den nationella nivån. Som viktiga förutsättningar för arbetet framhåller kommittén att man utarbetar mål och hälsopolitiska strategier över huvudmannaskaps- och sektorsgränser och att arbetet har en tydlig politisk förankring samt tilldelas erforderliga resurser. HSU anser därutöver att Nationella folkhälsokommittén bör överväga hur samverkan ytterligare kan stärkas genom att dels pröva om kommunernas ansvar i folkhälsoarbetet bör framgå på ett tydligare sätt av lagstiftningen, dels utreda en eventuell formalisering av samverkan.

Hälso- och sjukvårdens bidrag till samverkan mellan kommuner och landsting i folkhälsoarbetet bör innefatta deltagande i lokala hälsoråd där man bl.a. bör bidra med kunskap om hälsoläget i området och fungera som talesman för det förebyggande arbetet. Hälso- och sjukvården bör vidare, framförallt genom de samhällsmedicinska funktionernas försorg, bistå de lokala hälsoråden med kunskapsunderlag samt i förekommande fall fungera som mötesplats för de lokala hälsoplanerare som har sin bas i kommunerna. Hälso- och sjukvården har också – i likhet med andra sektorer – ansvar för att fungera som larmklocka när man uppmärksammar problem. Kompetensen på den kommunala nivån måste stärkas för att kommunerna skall kunna utgöra den centrala arena i folkhälsoarbetet som förutsätts.

# 1 Inledning

## 1.1 Uppdraget

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) tillsattes av den förra regeringen våren 1992. Arbetet påbörjades under hösten samma år. Enligt de ursprungliga direktiven (dir. 1992:30) var huvuduppgifterna för kommittén att dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras på den övergripande samhällsnivån.

Några månader efter regeringsskiftet hösten 1994 beslutades att kommittén skulle slutföra sitt uppdrag med ändrade direktiv och en delvis ändrad sammansättning. Kommittén fick en ny ordförande, direktören Leni Björklund, och en politisk sammansättning som speglade det parlamentariska läget i riksdagen efter valet. Företrädare för Handikappförbundens samarbetsorgan och Pensionärernas riksorganisation kom vidare att ingå som experter i kommittén.

Av regeringens tilläggsdirektiv (dir. 1994:152) från den 22 december 1994 (bilaga 1) framgår att kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansierare och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. Vidare framgår att kommittén bl.a. skall överväga

- åtgärder som kan vidtas för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården,
- hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2010,
- formerna för statlig styrning inom hälso- och sjukvården,
- erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen,
- kostnadsansvaret för läkemedel m.m. i öppenvård,
- läkemedelsförmånen inklusive högkostnadsskyddet för sjukvård i öppenvård och läkemedel,

- hur hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete skall definieras och därav följande ansvars- och uppgiftsfördelning mellan stat, landsting och kommuner samt
- ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om vårdforskningens finansiering samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling.

I delbetänkandet (SOU 1995:122) *Reform på recept* redovisade kommittén sina överväganden och förslag i de delar av uppdraget som rör kostnadsansvaret för läkemedel samt läkemedelsförmånen och högkostnadsskyddet för öppen vård och läkemedel. Riksdagen fattade beslut i november 1996 (1996/97:SoU5, rskr. 58) efter förslag från regeringen i propositionen (prop. 1996/97:27) *Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.* Regeringens förslag och riksdagens beslut bygger i huvudsak på förslaget från HSU 2000.

I delbetänkandet (SOU 1996:163) *Behov och resurser i vården – en analys* redovisade kommittén sina överväganden och slutsatser beträffande den del av uppdraget som rör hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2010. Betänkandet följdes upp av regeringen i 1997 års ekonomiska vårproposition (prop. 1996/97:150).

I detta delbetänkande redovisar kommittén sina överväganden och förslag i den del av uppdraget som rör hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet.

## 1.2 Kommitténs arbete med delbetänkandet

HSU 2000 har, som framgår av redovisningen i avsnitt 1.1, ett omfattande uppdrag, vilket medför att de olika uppdragen har påbörjats vid olika tidpunkter och givits olika prioritet under olika perioder av arbetet. Kommittén påbörjade sitt arbete med folkhälsofrågorna i augusti 1995 samtidigt som arbetet med delbetänkandet (SOU 1995:122) *Reform på recept* slutfördes och tog i anspråk en stor del av kommitténs tid och resurser. Under en första fas som avslutades våren 1996 gjordes en bred inventering av tillgänglig kunskap från pågående utrednings- och utvecklingsarbete på folkhälsoområdet. Projektledare för det arbetet var direktören Laila Linnergren-Fleck. Arbetet med inventeringen biträdades av en referensgrupp med företrädare för experter på folkhälsovetenskap och folkhälsoarbete. Referensgruppens

sammansättning framgår av bilaga 2. Under hösten 1996 gick kommitténs arbete med delbetänkandet (SOU 1996:163) *Behov och resurser i vården – En analys* in i sin slutfas samtidigt som arbetet med uppdraget i fråga om patientens ställning påbörjades. Detta begränsade i sin tur utrymmet för folkhälsofrågorna i kommitténs arbete. Arbetet med folkhälsouppdraget återupptogs med förnyad kraft i januari 1997 då analysfasen inleddes. Kommittén beslutade samtidigt, som vi återkommer till närmare i kapitel 3, att inrikta arbetet på några centrala frågeställningar som rör hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet.

Experterna i den ovan nämnda referensgruppen har fortlöpande biträtt kommitténs sekretariat med betydelsefulla underlag och synpunkter både under den första inventeringsfasen och inte minst under analysfasen under våren 1997. Under den tidigare fasen har professor Lennart Råstam och distriktsläkarna Agard Håkansson och Margareta Troein bidragit med ett underlag avseende primärvårdens roll i det förebyggande arbetet (Förebyggande arbete i primärvården. Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning, 1996:5). Professor Sven-Olof Isacson har tillsammans med epidemiolog Amir Baigi utarbetat ett underlag avseende sjukhusens roll i folkhälsoarbetet.

Under den senare fasen har professorerna Kjell Asplund, Sven-Olof Isacson, Måns Rosén, Lennart Råstam och Björn Smedby samt Elisabeth Hydén, beställarkontoret, Sydöstra sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting, folkhälsodirektören Kjell Nilsson, distriktsläkaren Johan Hallqvist, hälsoplaneraren Marie-Louise Kain, hälsoplaneraren Lilie Åkervall-Kärman, docenten Ove Lundvall, föredraganden i Socialutskottet Monica Dohnhammar och projektchefen Mats Ribacke bidragit genom att lämna betydelsefulla synpunkter på utredningsmaterial och genom att i vissa fall också stå till förfogande för intervjuer och diskussioner. Monica Dohnhammar har även bidragit med en bedömning av lagstiftningstekniska frågor. Konsulten Sven-Eric Bergman har bidragit med underlag till diskussionen om styr- och organisationsformernas betydelse för folkhälsoarbetet.

Kommitténs ordförande och sekretariat har vidare haft fortlöpande kontakter med myndigheter, andra statliga utredningar och organisationer med ansvar för och uppgifter på folkhälsoområdet.

I övrigt har kommitténs ordförande och sekretariat vid åtskilliga tillfällen deltagit i konferenser och andra överläggningar för att informera om och inhämta synpunkter på det pågående arbetet.

Folkhälsofrågorna är tvärssektoriella till sin karaktär. Flera av de frågor som kommittén behandlar gränsar till utredningsarbete som



behandlats/behandlas av andra utredningar och som har kompletterande eller bredare perspektiv. Delar av detta arbete redovisas i nästa avsnitt.

### 1.3 Några aktuella utredningar

De utredningar som nämns nedan utgör ett urval som har mest relevans för hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete.

#### *Miljöhälsoutredningen*

Regeringen beslutade i april 1995 att tillkalla en särskild utredare (S 1995:05) med uppdrag att utarbeta ett handlingsprogram för att minska miljörelaterade hälsorisker i Sverige. Utredaren skulle bl.a. göra en inventering och analys av miljörelaterade hälsorisker i Sverige, analysera miljömål som syftar till att förbättra hälsan, redovisa och analysera hur olika centrala, regionala och lokala aktörer samverkar inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt föreslå eventuella organisatoriska förändringar mot bakgrund av denna analys. Utredningen har avslutat sitt uppdrag, vilket redovisas i *Miljö för en hållbar hälsoutveckling* (SOU 1996:124).

#### *Barnkommittén*

Regeringen beslutade i februari 1996 att tillkalla en parlamentarisk kommitté (S 1996:01) med uppgift att bl.a. göra en bred översyn över hur svensk lagstiftning och praxis förhåller sig till barnkonventionens bestämmelser och att skapa större klarhet och ett ökat mått av samsyn vad gäller innebörden i begreppet "barnens bästa" i barnkonventionen och svensk rätt samt därvid särskilt analysera eventuella målkonflikter. Kommittén överlämnade sitt betänkande *Barnens bästa i främsta rummet – FN:s konvention om barnens rättigheter förverkligas i Sverige* (SOU 1997:116) den 20 augusti 1997 och har därmed slutfört sitt uppdrag.

*Barnpsykiatrikommittén*

Regeringen beslutade i maj 1995 att tillkalla en parlamentarisk utredning (S 1995:06) med uppgift att utreda vården och stödet till barn och ungdom med psykiska problem. Utredningen skall bl.a. definiera gruppen barn och ungdomar med psykiska problem, redogöra för samhällets kostnader för vård och stöd, redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdomar med psykiska problem samt föreslå åtgärder som bl.a. syftar till att tydliggöra ansvarsområden och förbättra samarbetet. Kommitténs arbete skall vara slutfört senast den 31 december 1997.

*Nationella folkhälsokommittén*

Regeringen beslutade i december 1995 att tillkalla en parlamentarisk kommitté (S 1995:14) med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen. Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Utredningen skall bl.a. föreslå strategier för hur målen kan uppnås, lämna förslag till hur målen kan följas upp och utvärderas, beakta hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser samt väga kostnaden mot nyttan av att genomföra målen.

Utredningsarbetet påbörjades i februari 1997 och skall avslutas år 2000.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Folkhälsoarbete – några grova utvecklingslinjer och trender

**Innehållet i korthet:** Under framförallt efterkrigstiden har det skett gradvisa förändringar av synen på metoder och arbetssätt i folkhälsoarbetet. I dag anses folkhälsoarbete bestå av två komponenter: att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Den sjukdomsförebyggande strategin utgår från medicinska kunskaper om vad som orsakar sjukdom och ohälsa medan den hälsofrämjande strategin söker skapa förutsättningar för människor att leva ett gott liv och främja sin hälsa. Folkhälsoarbete förutsätts bedrivas av flertalet samhällssektorer och på alla samhällsnivåer. Dock betonas särskilt det tvärssektoriella arbetet och kommunernas betydelse för att nå framgång i arbetet.

På flera områden har folkhälsoarbetet i Sverige präglats av framgång. Särskilt kan framhållas mödra- och barnhälsovården, olycksfallsprevention, arbetarskydd, tandvård och bekämpande av HIV-spridning samt i relativt hög grad även alkohol- och tobaksprevention. Däremot måste man konstatera att framgångarna uteblivit framförallt när det gäller strävandena att minska de sociala skillnaderna i hälso-utveckling.

Socialstyrelsens folkhälso rapport från år 1997 visar att svenska folkets hälsa förbättrats i stort, vare sig den mäts som dödlighet, sjuklighet eller självrapporterad hälsa. Sociala och geografiska skillnader i hälsoutveckling kvarstår emellertid. Tecken på ökande hälsoproblem finns också. Detta gäller t.ex. barns och ungas hälsa, liksom psykiska och psykosociala besvär. Likaså ökar förekomsten av övervikt och allergier.

Hälso- och sjukvårdens bidrag till den förbättrade folkhälsan har diskuterats under många år. Socialstyrelsen har i ovan nämnda Folkhälso rapport dragit slutsatsen att hälso- och sjukvårdens åtgärder för

enskilda patienter har stor effekt på folkhälsan, men att hälso- och sjukvården kanske gör sina mest betydelsefulla insatser när det gäller att förbättra livskvaliteten för de människor som drabbas av sjukdom. Förutsättningarna för folkhälsoarbetet påverkas av en rad faktorer i samhällsutvecklingen. Några av dessa är arbetslösheten, informationsteknologin, internationaliseringen och migrationen samt vetenskapliga framsteg inom t.ex. molekylärbiologi och genetik.

Ordet folkhälsa har i sin moderna betydelse kommit till användning förhållandevis sent; det aktualiseras i utredningarna om hälso- och sjukvården inför 1980- respektive 1990-talen (HS -80 och HS 90) samt i Folkhälsogruppens rapporter som publicerades under slutet av 1980- och början av 1990-talet. Folkhälsoarbete vann i detta sammanhang ankläng som en beteckning för det samlade arbete som syftade till att förbättra folkhälsan. Tidigare använda begrepp var bl.a. hälsoupplýsning, profylax, hälsofrämjande och prevention.

Att beskriva hur folkhälsoarbetet förändrats över tid är problematiskt mot bakgrund av att själva begreppet är så nytt. I stället är det mer fruktbart att skissera hur synen på "hälsa" förändrats från det att WHO antog sin välkända definition år 1946<sup>1</sup> och hur synen på förhållandet mellan individ och samhälle samt på metoder och arbetssätt för att förbättra människornas hälsa därefter anpassats till denna förändrade uppfattning. Denna relation mellan begrepp, värderingar och praktik kan också beskrivas med ett citat från Folkhälsogruppens rapport "Folkhälsans villkor" (nr. 9): "I varje hälsobegrepp ligger dolt ett val av perspektiv, en uppfattning om kärnan i problemets karaktär, en strategisk inriktning och kanske t.o.m. en utkorad metod."

### *Synen på hälsa*

Utan att gå in på de olika sammanhang där man försökt definiera begreppet hälsa kan man konstatera att det skett gradvisa förändringar på flera plan. Hälsa har för det första kommit att ses som något annat och mera än bara frånvaro av sjukdom. Detta synsätt blir lättare att ta till sig när man inser att människor som har en eller flera sjukdomar likafullt ofta hävdar att de är vid god hälsa. Denna vidgade uppfattning

<sup>1</sup>"Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaron av sjukdom eller handikapp."

om begreppet hälsa innebär därmed också ett brott mot ett strikt biologiskt och medicinskt orienterat perspektiv, som ju koncentrerar uppmärksamheten på avvikelser från det som anses vara normal fysisk eller psykisk funktion. Vidare har man gått från att betrakta hälsa som ett tillstånd – något som den enskilde har eller inte har – till att se det som något man aktivt måste erövra och som uppfattas som en resurs för den enskilde i dennes strävan att leva ett gott och tillfredsställande liv. Slutligen har det vidare hälsobegreppet fört med sig att sociala, ekonomiska och kulturella förhållanden lyfts fram som viktiga för människors hälsa.

#### *Individ – samhälle*

Nära sammanhängande med uppfattningen om begreppet hälsa är synen på individens ansvar för sin egen hälsa. Här har det skett en gradvis förskjutning från ett betraktelsesätt som understryker det individuella ansvaret till ett som i större utsträckning betonar de samhälleliga eller strukturella förhållandenas betydelse för individens möjligheter att nå och bibehålla god hälsa. Det handlar emellertid inte om att man gått från en ytterlighet på skalan till en annan: i dag förkastar man inte den traditionella utgångspunkten i individen, utan kritiserar snarare att den tidigare starka fokuseringen på den enskilde inte tog hänsyn till dennes samspel med gruppen och det omgivande samhället. Kritiken tar också sikte på att betoningen av det individuella ansvaret riskerar att leda till en situation där människor skuldbeläggs för att de inte har god hälsa; ohälsa beror med ett sådant synsätt på människors fria val av livsstil och inte på de villkor under vilka de lever.

#### *Metoder och arbetssätt*

Också metoderna i hälsoarbetet har förändrats: efter att i ett första skede ha lagt stor vikt vid förebyggande insatser som exempelvis vaccinationer och sanitära åtgärder kom man inom hälso- och sjukvården senare att fokusera mer på sjukvårdande insatser. I nästa skede övergick man till att försöka avlägsna riskfaktorer (rökning, olämplig kost, alkohol etc.). Därefter har man börjat se inte bara till riskfaktorer utan även till faktorer som främjar hälsan och sökt finna sätt att stärka dessa. Då har det också tätt sig naturligt att studera de miljöer, eller arenor, som är gynnsamma för arbetet med att främja hälsa och där människor kan ges möjligheter att aktivt ta ansvar för sin egen hälsa.

Sammantaget har utvecklingen alltså inneburit att man rört sig från ett medicinskt-biologiskt präglat synsätt till ett som i högre grad inkluderar psykologiska, sociala, ekonomiska och kulturella faktorer. Man har vidare flyttat fokus från individen till denne i samspel med gruppen och samhället. På åtgärdssidan har detta fått till följd att man – utöver att använda de traditionella medlen – söker skapa gynnsamma strukturella betingelser och miljöer som medger att människor kan använda sina egna resurser för att leva ett gott och hälsofrämjande liv.

## 2.2 Några exempel på framgångar och motgångar i folkhälsoarbetet<sup>2</sup>

På flera områden präglas utvecklingen i Sverige av framgång i det förebyggande arbetet. Några områden som särskilt kan framhållas är mödra- och barnhälsovården (de behandlas vidare i kapitel 3), olycksfallsprevention, arbetarskydd, tandvård och bekämpande av HIV-spridning samt i relativt hög grad alkohol- och tobaksprevention. Dessa områden har präglats av medvetna satsningar som involverat många aktörer och där man ofta använt en kombination av åtgärder för att nå resultat: medicinska rön och forskningsresultat, direkta förebyggande insatser, lagstiftning och andra regleringar samt strukturella åtgärder.

Tidigt har Sverige lyckats nå en internationellt sett låg nivå för olycksfall bland barn. I början av 1950-talet dog varje år mer än 400 barn till följd av en olycka. 40 år senare har antalet olycksfall minskat till ungefär en femtedel av 1950-talets siffra. Nedgången i antalet olyckor hänger samman med två förhållanden: man angrep problemet efter att ha analyserat det med epidemiologisk metodik och man engagerade alla intresserade att samverka i det praktiska förebyggande arbetet. Även lagar och regler som gjort barnens miljö säkrare har haft betydelse.

Också antalet dödade och skadade i trafiken har minskat successivt sedan år 1975. Nedgången är till stor del resultat av ett framgångsrikt säkerhetsarbete med bättre vägar, bättre bilar och användning av bilbälten.

<sup>2</sup>Avsnittet bygger på SoS-rapport 1997:18 (Folkhälsorapport 1997) och SBU-rapport nr 132 (Längre liv och bättre hälsa).

Den fysiska arbetsmiljön har successivt förbättrats. Allt färre exponeras för farliga kemikalier och färre drabbas av svåra olyckor i arbetet. Åtgärder för att förbättra arbetsmiljön har haft stor betydelse. Att industrins effektivisering skett genom ökad automatisering och att antalet anställda minskat bidrar också till att olycksfrekvensen sjunker. Ett konkret exempel på förebyggande arbete är insatserna för att eliminera asbest från svenska arbetsplatser. Tack vare bl.a. kunskap om samband mellan exponering och sjukdom, de fackliga organisationernas engagemang och utvecklingen av alternativa material har nyanvändning av asbest i praktiken förbjudits.

Samtidigt som den fysiska arbetsmiljön alltså förbättrats har under senare år den psykiska arbetsmiljön påverkats av ökande arbetslöshet samt uppsägningar och permitteringar. Detta har ökat riskerna för psykiska och psykosociala problem. Andelen som känner negativ stress i arbetet kan också ha ökat under 1990-talet.

Huvudmålet för den svenska alkoholpolitiken är att minska den totala alkoholkonsumtionen för att därigenom minska alkoholskadorna. Detta skall åstadkommas genom samlade åtgärder, bl.a. högprispolitik, ökade kunskaper och information om alkoholens skadeverkningar och begränsning av tillgången på alkohol. Alkoholförsäljningen samt dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar har också sjunkit under en lång följd av år.

Inför Sveriges EU-inträde fanns det farhågor om ökade alkoholproblem, men den nedåtgående trenden i alkoholkonsumtion och alkoholrelaterad dödlighet har fortsatt. Priserna på och tillgängligheten till alkohol har dock inte förändrats nämnvärt sedan Sveriges EU-medlemskap. Beslut från EG-domstolen om Systembolagets framtida monopolställning, förändrade möjligheter att ta in alkohol i landet samt ändrade skattesatser kan emellertid snabbt påverka såväl konsumtion som risk för missbruk av alkohol. Andra drag i utvecklingen som måste följas är att alkoholkonsumtionen bland ungdomar har ökat sedan mitten av 1980-talet och den ökande illegala hanteringen av alkohol.

Under de senaste decennierna har en stor satsning gjorts på förebyggande åtgärder inom tandvården, riktade till både barn och äldre. Genom att omsätta kunskapen om sambandet mellan kost, munhygien och fluor samt genom kollektiva förebyggande program och information på individnivå har en dramatisk förbättring av tandhälsan i alla åldrar inträffat. Förekomsten av karies är i dag bland den lägsta i västvärlden.

Liksom när det gäller alkoholkonsumtionen har flera olika medel använts för att minska tobaksrökningen: lagstiftning, tillsyn och uppföljning, prissättning, information och utbildning. Andelen rökare

minskar också stadigt i Sverige. Bland kvinnorna har dock minskningen varit relativt blygsam. De socioekonomiska skillnaderna i rökvanorna är betydande för både män och kvinnor; för kvinnor har de sociala skillnaderna dessutom ökat, medan de minskat något bland män.

Inom alla de områden som berörts ovan har man nått framgångar i det förebyggande arbetet, även om dessa – som framgått – inte alltid varit helt entydiga. Inom andra områden har det visat sig arbetet inte gett lika positiva resultat. Ett par sådana områden är inomhusmiljö och – framför allt – strävandena att minska de sociala skillnaderna i hälso-utveckling.

Från slutet av 1970-talet har besvär orsakade av dålig inomhusmiljö blivit allt vanligare. Bakgrunden är att försöken att spara energi medförde stora förändringar i byggteknik med brister i material och ventilation som resultat. Genom den försämrade inomhusmiljön har människor i ökad utsträckning börjat få symtom från slemhinnor, hudsymtom och allmänsymtom som huvudvärk, trötthet, yrsel och illamående. Främst hos barn ökar allergierna: i dag har drygt vart tredje barn haft endera astma, allergisk snuva eller atopiskt eksem. Det finns ett klart samband mellan brister i inomhusmiljön och förekomsten av allergi och annan överkänslighet. Starka samband är påvisade mellan astma/allergi och passiv rökning. Vidare är samband påvisade mellan allergi och tidig exponering för pälsdjur.

Det område där motgångarna varit mest påtagliga gäller strävandena att minska de sociala skillnaderna i hälsa: oavsett hur hälsa, sjuklighet och dödlighet mäts kvarstår betydande skillnader mellan sociala grupper i Sverige. Nya data som jämför graden av ojämlikhet i sjuklighet och dödlighet mellan 11 europeiska stater ger en bild av särskilt stora skillnader i de nordiska länderna. Tolkningar av och förklaringar till dessa data är dock oklara (Lancet, 1997:349). Ett annat uttryck för denna ojämlikhet är att Sverige befinner sig på tredje plats i Europa med avseende på olik fördelning av hjärt-kärlsjukdom. Orsakerna bakom dessa skillnader är mycket komplicerade. Den mest sannolika förklaringen är att riskfaktorerna ackumuleras under en individs hela levnad: små riskökningar byggs fortlöpande på till stora. Riskfaktorerna ansamlas också hos vissa grupper varför det är viktigt att förstå hela livssituationen och inte bara fokusera på *en* riskfaktor. Ur preventiv synvinkel innebär detta att inga enskilda åtgärder kan skapa jämlikhet i hälsa, utan det krävs en mängd olika insatser under olika perioder av livsrytmen. Detta faktum kan också förklara att man inte nämnvärt lyckats utjämna de sociala skillnaderna i hälsa under de senaste tio åren.



## 2.3 Folkhälsa och folkhälsoarbete i dag

### *Ohälsopanoramats i dagens Sverige*

Ohälsopanoramats i dagens Sverige präglas av sjukdomar som utvecklats under lång tid. Som exempel kan man peka på hjärt-kärlsjukdomar, cancer, diabetes, psykiska sjukdomar och rörelseapparaters sjukdomar. I motsats till akuta infektionssjukdomar och olycksfall ligger orsakerna till dessa sjukdomar ofta långt tillbaka i tiden. Dagens sjukdomspanorama är alltså i stor utsträckning uttryck för gårdagens hälsorisker.

Sjukdomar och ohälsa fördelar sig sällan lika i befolkningen. Ofta är det människor med de sämsta förutsättningarna – de fattiga, de sämst utbildade och de socialt utsatta – som drabbas värst av ohälsa. Levnadsvillkor såsom inkomst- och arbetsförhållanden, utbildning, bostadsförhållanden samt social och fysisk miljö spelar således också en viktig roll för hälsoutvecklingen i befolkningen. Det gör även livsstilsfaktorer som kost, tobak, motion och alkohol. Vissa människor är dessutom utsatta för särskilt stora risker för sjukdom på grund av ärftliga förhållanden.

Den analys som redovisas i Folkhälsorapporten från 1997 visar att svenska folkets hälsa – vare sig den mäts som dödlighet, sjuklighet eller självrapporterad hälsa – har förbättrats i stort. Detta gäller inte minst medellivslängden som har ökat 5,3 år för män och 6,6 år för kvinnor sedan 1960. En nyfödd flicka har år 1996 en förväntad återstående livslängd på 81,5 år och en nyfödd pojke 76,5 år. Sedan mitten av 1980-talet har svenska mäns livslängd ökat snabbare än kvinnornas, vilket är ett trendbrott jämfört med de närmast föregående årtiondena.

Den främsta förklaringen till ökningen av medellivslängden är att dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har minskat. Minskad dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar och skador har också, om än i mindre utsträckning, bidragit till den ökande medellivslängden. En marginell minskning i cancerdödligheten kan också skönjas. Självordsfrekvensen har sjunkit sedan 70-talet i alla åldersgrupper. Denna minskning har emellertid avstannat och en tendens till ökning kan skönjas år 1995 jämfört med året innan.

Svenskarna lever således allt längre. Enligt Folkhälsorapporten pekar förändringar i hälsoindex som kombinerar mått på dödlighet och ohälsa i befolkningen på att den tid vi lever med svår ohälsa minskat,

men att detta också gäller den tid vi lever med full hälsa. De år som lagts till livet är inte helt friska år utan år med lätt eller måttligt svår ohälsa. Omkring tre fjärdedelar av befolkningen betraktar sitt allmänna hälsotillstånd som gott. 5 - 6 procent upplever sin hälsa som dålig. Sambandet med ålder är tydligt: ju äldre man är desto sannolikare är det att man upplever sitt hälsotillstånd som dåligt. Bland de äldsta ser mindre än hälften sin hälsa som god. En tydlig förbättring konstateras emellertid när det gäller de äldres rörelseförmåga. Andelen äldre med rörelsehinder har minskat stadigt sedan 1980-talet. Särskilt märkbar är förbättringen för dem över 75 års ålder. Till bilden hör också att många av dem som har en långvarig sjukdom ändå tycker att deras hälsotillstånd är gott. I alla åldersgrupper är det nämligen fler som *anser sig* ha god hälsa än som är fria från långvarig sjukdom. Detta är särskilt tydligt bland de äldre.

De sociala skillnaderna i ohälsa är emellertid – som framgått – fortfarande påtagliga vare sig man mäter dödlighet eller sjuklighet. Arbetare av båda könen har oftare dålig hälsa, någon långvarig sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga än tjänstemän på mellannivå och högre. De sociala skillnaderna är generellt större i storstäder än i mindre tätbebyggda områden. Det finns enligt Folkhälsorapporten inget entydigt svar på frågan om skillnaderna i ohälsa ökar. Sedan början av 1980-talet har den förväntade livslängden för män mellan 35 och 84 års ålder ökat något mer för ej facklärd arbetare än för tjänstemän på mellannivå och högre, vilket minskar de sociala skillnaderna. För kvinnorna har däremot livslängden ökat minst bland de ej facklärd arbetarna. Till bilden hör också att andelen kvinnliga arbetare med någon långvarig sjukdom som i hög grad sätter ned arbetsförmågan har ökat under samma period.

I många avseenden är emellertid de sociala skillnaderna fortfarande större bland män än bland kvinnor. Enligt Folkhälsorapporten kan en trolig förklaring till de stora och i vissa fall ökande sociala skillnaderna i sjuklighet och dödlighet vara att flera ohälsosamma levnadsvanor ansamlas hos samma individer i framför allt vissa sociala grupper. Vissa ohälsosamma levnadsvanor (bl.a. rökning och alkoholkonsumtion samt högt energiintag som kan leda till övervikt) som i dag är vanligare bland personer med arbetaryrken, var tidigare vanligare bland högre tjänstemän. Det verkar nu som om ohälsosamma levnadsvanor ansamlas bland dem som är socialt utsatta. "Att vara arbetslös, sakna kontantmarginal, ha ett monotont arbete, sakna känsla av sammanhang, vara lågutbildad och/eller att vara arbetare innebär också en ökad sannolikhet för att ha flera ohälsosamma levnadsvanor. Socialt utsatta

kvinnor har i högre utsträckning flera ohälsosamma levnadsvanor än socialt utsatta män" (s 265).

Skillnader i hälsa är emellertid inte bara sociala, utan det finns också betydande geografiska skillnader avseende t.ex. medellivslängd mellan olika delar av Sverige.

I rapporten konstateras också att det finns tecken på ökande hälsoproblem. Bl.a. konstateras att det finns en oroande tendens till att den positiva utvecklingen när det gäller barns och ungdomars hälsa kan komma att brytas på vissa områden. Andelen skolungdomar som använder alkohol och har prövat narkotika ökar liksom andelen barn och ungdomar som känner, oro, ängslan eller ångest. Psykiska och psykosociala besvär tenderar att öka även bland vuxna, särskilt bland arbetare och arbetslösa. Övervikt och allergier är andra hälsoproblem som ökar i omfattning liksom sjukdomar i rörelseorganen hos arbetarkvinnor.

#### *Folkhälsoarbetet i dag*

Folkhälsoarbete anses i dag i princip bestå av två komponenter: att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Den sjukdomsförebyggande strategin utgår från medicinska kunskaper om vad som orsakar sjukdom och ohälsa medan den hälsofrämjande strategin söker skapa förutsättningar för människor att leva ett gott liv och främja sin hälsa. Med sjukdomsförebyggande insatser menar man oftast insatser innan sjukdom uppstått (primärprevention). Denna beskrivning av folkhälsoarbete kommer i huvudsak att användas i detta betänkande.

Folkhälsoarbetet förutsätts bedrivas på alla nivåer i samhället och inom flertalet samhällssektorer; sektorerna skall inom ramen för sina respektive verksamheter se till att hälsoaspekter beaktas. Särskilt betonas emellertid det tvärssektoriella perspektivet, eftersom arbetet inte bara kräver att sektorerna inom sig tar ansvar för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, utan det kräver också att man samverkar för att kunna nå resultat. Likaså poängteras kommunernas betydelse. Kommunerna har därför kommit att framstå som de kanske viktigaste aktörerna i folkhälsoarbetet, dels till följd av att de ansvarar för många av de politikområden som har betydelse i sammanhanget (barnomsorg, skola, socialtjänst, miljö- och hälsoskydd etc.), dels till följd av närheten till medborgarna.

Ett tidigt initiativ för att stödja det sjukdomsorienterade folkhälsoarbetet togs av Socialstyrelsen som år 1974 uppdrog åt de nybildade onkologiska centra att ansvara för regional cancerregistrering och

cancerstatistik samt vara rådgivande vid förebyggande av cancersjukdomar och svara för information i dessa frågor. Cancerkommittén underströk i sitt betänkande *Cancer – orsaker och förebyggande* (SOU 1984:67) sjukvårdshuvudmännens ansvar för epidemiologisk bevakning och hälsouppllysning när det gällde cancer och pekade vidare på att onkologiska centra bildats i samtliga regioner, men att utvecklingstakten varierade. Kommittén underströk också att kraftfulla åtgärder borde vidtas för att inom samtliga regioner bygga upp fungerande onkologiska centra. I hälso- och sjukvårdspropositionen 1984/85:181 instämde regeringen i Cancerkommitténs bedömningar och förutsatte att Socialstyrelsen skulle följa utvecklingen beträffande uppbyggnaden av regionala onkologiska centra.

I allmänna råd från 1991 stärkte och vidgade Socialstyrelsen de onkologiska centras ansvar för cancerprevention samt pekade på möjligheterna att genom egen cancerregistrering uppmärksamma ogynnsamma lokala trender och tidigt initiera åtgärder. Enligt Socialstyrelsen var det angeläget att det inom varje region, i anslutning till onkologiskt centrum, fanns en adekvat organisation för cancerpreventivt arbete och att viktiga samarbetspartner, som allmänmedicin och socialmedicin, fanns företrädna i ledningen.

Samtliga sjukvårdshuvudmän har i princip följt Socialstyrelsens anvisningar beträffande uppbyggnaden av regionala cancerregister och cancerpreventiva enheter även om utvecklingstakten fortfarande är ojämn. Flera onkologiska centra har, i samarbete med olika parter och organisationer, utvecklat lokala program för cancerförebyggande arbete i samverkan med kommuner, företag, fackliga organisationer och, inom ramen för olika vårdprogram, hälso- och sjukvården.

Stödet till folkhälsoarbetet har utökats i och med att Folkhälsoinstitutet bildades år 1992. Institutets uppgift är att främja hälsa och förebygga sjukdom och att bidra till att för alla skapa likvärdiga förutsättningar för god hälsa. Särskild vikt skall läggas vid förhållanden som främjar hälsan hos de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna.

Arbetet bedrivs inom ramen för tre verksamhetsgrenar: nationellt folkhälsoarbete, lokalt folkhälsoarbete samt forsknings- och utvecklingsarbete.

De största programmen är inriktade mot alkohol och narkotika, HIV/AIDS, tobak, skador och allergier. Andra prioriterade verksamhetsområden är speciella insatser för att främja hälsan bland barn, ungdomar, kvinnor och äldre samt med fokus på kost och fysisk aktivitet.

Huvuddelen av Folkhälsoinstitutets personella och finansiella resurser används för att stödja och stimulera lokalt och regionalt folkhälsoarbete.

Ett brett samarbete finns med både landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård avseende bl.a.

- Alkohol och narkotika, där primärvården utgör en viktig arena
- Tobak, med bl.a. omfattande utbildningsinsatser inom MVC/BVC.
- HIV/STD där det primärpreventiva arbetet ofta förutsätter tvärsektoriella insatser med hälso- och sjukvården och ungdomsmottagningarna som bas och/eller rådgivande organ.
- Kvinnors hälsa, med speciell fokus på hälsans villkor bland kortutbildade kvinnor inom vård och omsorg.
- Barns hälsa, där Folkhälsoinstitutet bl.a. arbetar för att skapa förutsättningar för familjecentralen där kärnan utgörs av mödra- och barnhälsovården, öppna förskolan och socialtjänsten.
- Skador, där det primärpreventiva arbetet i hög grad bygger på hälso- och sjukvårdens registrering av olika typer av skador.

Samverkan på nationell nivå mellan myndigheter och intresseorganisationer vars verksamhet är av betydelse för folkhälsan främjas bl.a. genom den s.k. Generaldirektörsgrupp som bildats med Folkhälsoinstitutets generaldirektör som sammankallande.

## 2.4 Hälso- och sjukvårdens betydelse för folkhälsan

Hälso- och sjukvårdens roll i hälsoarbetet har förändrats över tid: från att ha varit huvudaktören i ett arbete som syftade till att behandla eller avlägsna orsaker till sjukdom har sektorns roll nu kommit att betraktas som mer avgränsad, om än mycket viktig.

Här finns det emellertid anledning att stanna upp ett ögonblick och försöka göra en distinktion mellan hälso- och sjukvårdens bidrag till förbättrad *folkhälsa* och hälso- och sjukvårdens bidrag i *folkhälsoarbetet*, eftersom stora delar av hälso- och sjukvårdens insatser (de diagnostiserande, behandlande och rehabiliterande) faller utanför den i dag vanligaste uppfattningen om innebörden i begreppet folkhälsoarbete.

Hälso- och sjukvårdens bidrag till den förbättrade folkhälsan har under lång tid varit föremål för diskussion. Vissa har hävdade att den kraftigt ökade medellivslängden under 1900-talet till stor del kan till-

skrivs hälso- och sjukvården och den medicinska kunskapens utveckling. Andra har pekat på att t.ex. dödligheten i infektionssjukdomar minskade långt innan antibiotika och vaccinationer blev allmänt tillgängliga för befolkningen. Den ökade medellivslängden förklaras enligt det synsättet i stället av bättre bostäder och sanitära förhållanden samt förbättrade ekonomiska villkor.

Socialstyrelsen gör i sin Folkhälsorapport ett försök att bedöma hälso- och sjukvårdens effekter på folkhälsan, dvs. för befolkningen i dess helhet. Syftet är att belysa hur olika insatser i hälso- och sjukvården som riktar sig mot enskilda patienter kan påverka hälsan i ett befolkningsperspektiv. I rapporten redovisas en amerikansk studie som uppskattar att hälso- och sjukvårdens insatser förlänger medellivslängden i USA med cirka 5 år, varav 1,5 år kunde tillskrivas preventiva insatser. De största vinsterna i medellivslängd kunde hänföras till behandling av hjärt-kärlsjukdomar, vaccinationsverksamhet, insulinbehandling av diabetiker, antibiotikabehandling och blindtarmsoperationer. I andra fall var effekterna mycket blygsamma. Enligt folkhälso-rapporten är beräkningen av effekterna av hälso- och sjukvårdens preventiva insatser troligen underskattade i den amerikanska studien eftersom t.ex. läkares och andra personalgruppers råd om rökstopp, vikten av fysisk aktivitet etc. inte omfattas av analysen. Bl.a. framhålls att studien tyder på att den relativt betydande minskningen av hjärt-kärl dödligheten i USA kan förklaras av att patienter som fått en hjärtinfarkt har förändrat sina levnadsvanor. Konstaterandet att hälso- och sjukvården ger ett stort bidrag till folkhälsan genom sitt primärpreventiva arbete återfinns också i flera nordiska material. Det svenska Norsjöprojektet och det finska Nordkarelenprojektet innehåller exempelvis ett flertal iakttagelser av detta slag.

I rapporten understryks samtidigt att hälso- och sjukvården kanske gör sina största insatser genom att förbättra livskvaliteten för de människor som drabbas av sjukdom. Exempel redovisas från skilda områden. Nya läkemedel, sekundärprevention, social träning och en effektivare vårdorganisation har medfört att psykiskt sjuka fått ett drägligare liv och kan bo hemma. Ortopediska behandlingsmetoder har minskat lidandet för många äldre människor som drabbas av lårbens- och höftfrakturer eller lider av utslitna leder (artros) i höft och knä. Ortopedin har också bidragit till att äldre numera har rörelsehinder i mindre utsträckning än tidigare. Den snabba utvecklingen av nya läkemedel har medfört bättre möjligheter att lindra smärta i livets slutskede och vid kroniska sjukdomar liksom att förebygga och behandla t.ex. hjärt-kärlsjukdomar. Numera kan också en enkel linsoperation mot grå starr avsevärt förbättra synen och därigenom kvaliteten i många män-

niskors dagliga liv. Hörselhjälpmedel är exempel på en annan enkel men viktig teknologi. Tandvårdens förebyggande och behandlande åtgärder har bl.a. lett till att allt fler människor har kvar sin tänder i hög ålder och kan äta obehindrat, vilket innebär en inte obetydlig höjning av livskvaliteten.

Bedömningen i folkhälsorapporten gör inte anspråk på att innefatta alla de metoder som används inom hälso- och sjukvården. Slutsatsen är emellertid att hälso- och sjukvårdens insatser för enskilda patienter har stor effekt på folkhälsan.

## 2.5 Trender

Folkhälsoarbetet påverkas av en rad faktorer i samhällsutvecklingen. Vissa av dessa utgör generella drag som berör samhället och folkhälsoarbetet i stort, medan andra kanske ligger närmare hälso- och sjukvården och dess folkhälsoarbete. Några element i utvecklingen antyds nedan.

Den totala arbetslösheten har stigit kraftigt sedan år 1991. I Folkhälsorapporten konstateras att Sveriges ganska korta erfarenhet av hög strukturell arbetslöshet inte medgett tillräckligt långa uppföljningstider för forskningen att belysa konsekvenserna. Med dagens kunskap går det därför inte att dra några entydiga slutsatser om effekterna på hälsan av arbetslöshet, men många studier pekar på ett starkt samband mellan arbetslöshet och hälsoutfall. Det finns också undersökningar som tyder på att arbetslösheten påverkar hela ohälsopanoramats: från hälso-beteende, symtom och sociala effekter av sjukdom till kliniskt diagnostiserbar ohälsa och död.

Utvecklingen av informationsteknologin möjliggör för både enskilda och professionella att lättare söka information och kunskap på skilda områden. Detta faktum kan förväntas påverka förutsättningarna för opinionsbildningen och infrastrukturen för kunskapsförmedlingen på folkhälsoområdet. Människors förändrade attityder kräver också att budskap utformas på ett annat sätt än tidigare.

Internationaliseringen för med sig att människor, idéer och varor lättare och snabbare rör sig över gränser. Liksom när det gäller informationsteknologin påverkas förutsättningarna för folkhälsoarbetet av denna trend. Det mest näraliggande exemplet är kanske Sveriges EU-medlemskap och konsekvenserna för möjligheterna att behålla svenska regler och hälsopolitiskt motiverade lösningar.

Migrationen har ökat. Kortsiktigt för den med sig att fler medborgare har allvarliga infektionssjukdomar, som tbc. Långsiktigt kan förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar komma att öka, eftersom förekomsten i vissa grupper kan vara högre än i den övriga befolkningen. Det mångkulturella samhället ställer också krav på metodutveckling i folkhälsoarbetet för att man skall kunna möta olika invandrargrupperns behov.

Ett drag i utvecklingen som nära berör hälso- och sjukvårdssektorn handlar om de vetenskapliga framstegen inom molekylärbiologi och genetik. Dessa framsteg leder till att riskgrupper och riskfaktorer samt ärftlig sjukdomsbenägenhet kan identifieras på ett bättre sätt än tidigare. En konsekvens kan bli att det ges möjligheter att genomföra riktade åtgärder mot grupper av individer med starkt förhöjda risker för vissa sjukdomar. Utvecklingen kan därigenom också få betydelse för hur man betraktar arbetssätt och metoder inom folkhälsoområdet.

Det finns emellertid också etiska problem förknippade med denna utveckling. Frågan väcks om när det är etiskt försvarbart att erbjuda möjligheter till t.ex. test av genetisk predisposition för vissa sjukdomar. Den oro som testning kan ge upphov till hos enskilda människor måste vägas mot vinsterna i form av minskad sjukdomsrisk. De etiska problemen som aktualiseras kommer att kräva politiska diskussioner och ställningstaganden, bl.a. mot bakgrund av att genetisk information kommer att kunna inhämtas och användas i många sammanhang och att individers intressen därigenom kommer att behöva vägas mot samhällets intresse av ökad information och kunskap.

En relaterad frågeställning behandlas i Ds 1996:13 (Genetisk integritet). Promemorian tar upp frågan om vem som har rätt att ta del av information som kommer fram vid genetisk undersökning. Diskussionen mynnar ut i ett förslag till förbud för tredje man att efterfråga eller använda sådan information. Promemorian har remissbehandlats, en proposition är under utarbetande.

Den vetenskapliga utvecklingen skapar nu även möjligheter att öka förståelsen för hur biologiska samt sociala och psykologiska faktorer interagerar för att ge upphov till ohälsa. Den folkhälsovetenskapliga forskningen inom särskilt epidemiologi har ökat kunskaperna om olika sociala och fysiska riskfaktorer och betydelse för folkhälsan. Det börjar därför bli möjligt att t.ex. ta steget från att konstatera att det råder ett samband mellan sociala och ekonomiska påfrestningar och ohälsa till att förklara *hur* sjukdomsprocesserna uppkommer. Folkhälsoarbetet står här inför nya möjligheter.



## 3 Allmänna utgångspunkter

### 3.1 Avgränsning av kommitténs uppdrag

**Innehållet i korthet:** HSU har i uppdrag att analysera hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet. Kommittén har inom denna ram valt att i huvudsak koncentrera sitt arbete till några centrala frågeställningar: kunskapsproduktion och kunskapsförmedling, primärvårdens roll samt initiativ och samverkan mellan kommuner och landsting i folkhälsoarbetet.

Kommittén understryker att hälso- och sjukvården har en roll i folkhälsoarbetet som inte kan ersättas av andra aktörer. Dess ansvar skulle med en sammanfattande karaktäristik kunna beskrivas i termer av rollerna som

- kunskapsproducent och kunskapsförmedlare
- ansvarig för egna insatser
- samverkanspartner

Förebyggande insatser är en skyldighet för sektorns alla delar och nivåer, dvs primärvård, innefattande kommunal hälso- och sjukvård, samt övrig specialistsjukvård. Förebyggande åtgärder skall vidare ses som en integrerad del av den ordinarie verksamheten.

Kommittén framhåller i detta kapitel särskilt behovet av att slå vakt om resurser som har betydelse för barns och ungdomars hälsoutveckling. Det handlar därvid om mödra- och barnhälsovården, skolhälsovården och ungdomsmottagningarna. Sjukhusens och specialistsjukvårdens ansvar och betydelse poängteras, liksom vikten av att man inom den kommunala hälso- och sjukvården på ett mer systematiskt sätt utnyttjar möjligheterna till förebyggande insatser.

Kommittén framhåller att folkhälsoarbete måste bedrivas långsiktigt och därför kräver uthålligt stöd i form av tydligt formulerade mål och hälsopolitiska strategier, ekonomiska resurser och ett

ledarskap med adekvat kompetens. Här har såväl staten som landsting och kommuner ett uttalat ansvar, inte minst för att formulera gemensamma strategier för samverkan över huvudmannaskaps- och sektorsgränser. Staten måste ta ett ökat ansvar för att formulera en tydlig folkhälsopolitik och för att ge förutsättningar för en god hälsa.

Kommittén betonar också hälso- och sjukvårdens skyldighet att på ett mer konkret plan formulera vilka bidrag sektorn kan ge för att minska ojämlikheten i hälsa. HSU anser att en av förutsättningarna för att folkhälsoarbetet skall vinna legitimitet bland medborgarna är att arbetet har en vetenskaplig grund. Den andra är att arbetet bedrivs med målsättningen att minska ojämlikheten i hälsa.

I direktiven till HSU 2000 sägs att kommittén skall analysera uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommun när det gäller folkhälsoarbete samt hur samverkan mellan de olika aktörerna kan förbättras. Vidare bör kommittén belysa hur de olika organisations- och styrsystem som sjukvårdshuvudmännen utvecklar påverkar förutsättningarna för folkhälsoarbetet. Kommittén skall slutligen överväga om det finns behov av att precisera kommunernas och landstingens folkhälsoansvar i hälso- och sjukvårdslagen.

Kommittén noterar att man i en rad olika sammanhang beskrivit den övergripande ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner i folkhälsoarbetet. Man har därvid konstaterat att statens roll är att garantera långsiktighet genom att bedriva en politik som syftar till att skapa en god hälsa i hela befolkningen och genom att trygga de ekonomiska förutsättningarna för kommuner och landsting att fullgöra sina uppgifter. Andra uppgifter är att lagstiftningsvägen sätta ramar för folkhälsoarbetet och att bidra till utvecklingen av infrastrukturer genom FoU och utbildningar m.m. Kommunerna har ett ansvar i folkhälsoarbetet som skall ses mot bakgrund av att kommunala verksamheter såsom skola, barnomsorg, samhällsplanering, miljö- och hälsoskydd samt socialtjänst i viktiga hänseenden skapar villkor för människors hälsa. Hälso- och sjukvården i kommuner och landsting har i sin tur uppgifterna att insamla, bearbeta och sprida kunskap samt att samverka med andra aktörer och att medverka i folkhälsoarbetet inom ramen för sitt kompetensområde. Kommittén finner att det råder bred enighet om roll- och ansvarsfördelningen på detta generella plan.

Mot denna bakgrund – men framförallt med tanke på att HSU 2000 är en hälso- och sjukvårdsutredning – har kommittén koncentrerat arbetet till att analysera hälso- och sjukvårdssektorns roll i folkhälsoar-

betet. Kommittén har sedan valt att inom hälso- och sjukvårdssektorns ram i huvudsak inrikta arbetet på några centrala frågeställningar. De rör kunskapsproduktion och kunskapsförmedling, hälso- och sjukvårdens egna insatser med fokus på primärvårdens roll i folkhälsoarbetet samt hälso- och sjukvårdens roll som samverkanspartner. Härigenom anser vi att utredningen uppmärksammar de grundläggande förutsättningarna för sektorns folkhälsoarbete och dess ansvar i förhållande till andra aktörer.

En bred, tvärsektoriell ansats ligger alltså utanför utredningens uppdrag. Med tanke på att man i dag betraktar tvärsektoriell samverkan som nödvändig för ett framgångsrikt arbete riskerar emellertid denna fokusering på hälso- och sjukvårdssektorn att ge upphov till missförstånd. Vi vill därför understryka att ett tydliggörande av hälso- och sjukvårdens uppgifter skapar bättre förutsättningar också för det tvärsektoriella arbetet genom att det blir klarare vilka förväntningar som kan ställas på sektorn. För hälso- och sjukvårdens del underlättas härigenom också strävan att utveckla de delar av folkhälsoarbetet där sektorn har unik kompetens och där dess insatser ger det största bidraget till det samlade folkhälsoarbetet.

HSU:s betänkande om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet presenteras i ett skede när Nationella folkhälsokommittén relativt nyligen inlett sitt arbete. Denna kommitté har, som framgått i kapitel 1, i uppdrag att utarbeta mål för hälsoutvecklingen som skall vara vägledande för arbetet på nationell, regional och lokal nivå. Direktiven är breda och täcker i princip alla samhällssektorer.

HSU:s överväganden om hälso- och sjukvårdens ansvar hade vunnit på att i tiden komma efter Nationella folkhälsokommitténs diskussioner. Det hade då varit möjligt att relatera sektorns verksamhet till prioriterade mål och ramar för det nationella folkhälsoarbetet och hälsoutvecklingen. Dessa övergripande ramar och tydliga riktningsskildringar från den nationella nivån saknas i dag. Att staten har ett ansvar i detta hänseende understryks i direktiven till HSU där det i de allmänna utgångspunkterna framhålls att statens politik påverkar hälsan på en rad områden och att den måste ta ett ökat ansvar för att ge förutsättningar för en god hälsa. Detta ansvar inbegriper också en skyldighet att skapa förutsättningar för att utjämna sociala och geografiska skillnader i hälsoutveckling.

Tydliga mål och strategier blir dessutom särskilt betydelsefulla för att prioritera och styra hälso- och sjukvårdssektorns arbete med tanke på att dess verksamhet spänner över ett så brett spektrum av hälso- och sjukvårdens problem. För många andra samhällssektorer blir inte bristen på samlande mål lika besvärande, eftersom man där inte har lika många

mål för hälsoutvecklingen att beakta. Ett exempel är Vägverket som i sin s.k. Nollvision kan fokusera sina förebyggande insatser på att nedbringa antalet allvarliga trafikolyckor till noll. HSU anser därför att det uppdrag som Nationella folkhälsokommittén har är av strategisk betydelse och att dess arbete kan bidra till att tydliggöra övergripande mål och strategier för hälso- och sjukvården och andra aktörer.

Enligt vår mening står det också klart att en del av de brister i det lokala och regionala folkhälsoarbetet som identifieras i detta betänkande har sin grund i att det saknas en tydlig nationell folkhälsopolitik med distinkta mål och central uppföljning som vägledning i arbetet.

Kommittén vill dock framhålla att detta naturligtvis inte innebär att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter saknar mål för sitt förebyggande arbete. Tvärtom skall det understrykas att man inom många områden bedriver ett arbete relaterat till tydliga målsättningar och att sådana målsättningar i bland också formulerats från den nationella nivån. Vad som saknas är alltså övergripande riktningssamtal som stöd för prioriteringar mellan olika hälsomål till vägledning för hela samhällets insatser.

### 3.2 Hälsa- och sjukvårdens ansvar i folkhälsoarbetet

Kommittén har noterat att det, framförallt under senare år, skett en förskjutning i synen på folkhälsoarbete och folkhälsoarbetets aktörer. Innebörden i denna förskjutning är att det kommunala och tvärsektoriella perspektivet kommit att betonas mer och att tyngdpunkten i arbetet flyttats från ett medicinskt mot ett mera samhälleligt orienterat betraktelsesätt.

Möjligen har denna förändring, trots den ovan refererade enigheten om rollfördelningen på det generella planet, givit upphov till osäkerhet om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet. Kommittén menar emellertid att denna förskjutning egentligen inte speglar en uppfattning om att hälso- och sjukvårdens roll minskar, utan att den istället är ett uttryck för insikten om att andra sektorer engagerar sig – och bör engagera sig – mer i folkhälsoarbetet.

Kommittén vill understryka att hälso- och sjukvården har en funktion i folkhälsoarbetet som inte kan ersättas av andra aktörer. Detta hänger samman med flera faktorer. För det första samlas mycket information om människors hälsa naturligen inom sektorn och därigenom

skapas det möjligheter att bl.a. ställa samman kunskapsunderlag som också kan användas av aktörer utanför hälso- och sjukvården. För det andra kommer morgondagens ohälsopanorama i stor utsträckning att utgöra en fortsättning av dagens, vilket innebär att hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, cancer, psykisk ohälsa samt rörelseapparaters sjukdomar kommer att utgöra stora folkhälsoproblem; för att bekämpa dessa sjukdomar kommer den sjukdomsförebyggande strategin – och därigenom hälso- och sjukvården – att vara viktig.

Hälso- och sjukvårdens viktiga position i folkhälsoarbetet har emellertid också samband med dess skyldighet och möjlighet att i kontakt med patienterna arbeta förebyggande. Såväl de många möten som människor varje dag ändå har med sjukvårdspersonal som den uppsökande verksamheten är stora och delvis outnyttjade potentialer i folkhälsoarbetet. Kommittén vill därför poängtera att förebyggande insatser är en skyldighet för sektorns alla delar och alla nivåer, dvs. såväl primärvård, innefattande kommunal hälso- och sjukvård, som övrig specialistsjukvård. De förebyggande insatserna bör vidare i högre grad än för närvarande utgöra en integrerad del av den dagliga verksamheten. Därigenom skulle ett hälsotänkande kunna vinna inbrott i organisationens olika delar och verksamheten kunde bättre avspegla de intentioner som uttrycks med beteckningen *hälso-* och sjukvård.

Ovan har två inslag i hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete antytts: dess ansvar i kunskapsproduktionen och dess skyldighet att inom ramen för den egna verksamheten arbeta förebyggande. Den tredje funktionen är att samverka med andra. Med en sammanfattande karaktäristik skulle sektorns ansvar i folkhälsoarbetet därmed kunna beskrivas i termer av tre roller. Dessa utgörs av rollerna som

- kunskapsproducent och kunskapsförmedlare
- ansvarig för egna insatser
- samverkanspartner

Kommittén kommer i de följande kapitlen att diskutera frågor som relaterar till dessa tre roller. Innan dess vill vi emellertid lyfta fram några specifika områden och frågeställningar som inte kommer att beröras senare i syfte att utveckla vår allmänna syn på sektorns arbete.

### 3.3 Egna insatser inom vissa områden

#### *Mödra- och barnhälsovård*

Mödravården har på uppdrag av Socialdepartementet utretts av Socialstyrelsen (Hälsovård före, under och efter graviditet, SoS-rapport 1996:7). I utredningen konstateras det att mödravården är internationellt unik genom sin integrerade verksamhet som i dag omfattar inte bara graviditetsövervakning utan även föräldrautbildning, preventivmedelsrådgivning, gynekologisk hälsokontroll, ett brett abortförebyggande samt STD-förebyggande (Sexually Transmitted Diseases) arbete och särskilda insatser för ungdomar. Verksamheten har en hög acceptans i alla sociala grupper och Sverige har inte de skillnader i vårdutnyttjande som finns i många andra länder. Enligt rapporten talar detta för att verksamheten generellt håller hög kvalitet och har förmåga att svara mot olika behov.

Liksom mödrahälsovården är den svenska barnhälsovården i många avseenden mönsterbildande i ett internationellt perspektiv. Barnhälsovården är en grundläggande resurs för barn och barnfamiljer och utgör en viktig del av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Verksamheten är främst hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande till sin karaktär, men dess möjlighet till tidig upptäckt av såväl medicinska som sociala problem spelar också en stor roll för barns hälsa.

Mödra- och barnhälsovården intar en särställning genom att den har möjlighet att möta alla Sveriges barn och föräldrar i ett avgörande skede, nämligen tiden runt barnafödandet. Mot bakgrund av dels de möjligheter till tidiga förebyggande insatser som därigenom skapas, dels de oroande tecknen på försämringar när det gäller barns och ungdomars hälsa anser kommittén att det är mycket viktigt att värna och vidareutveckla mödra- och barnhälsovården. Detta innebär samtidigt att verksamheten måste kunna anpassas till nya behov, vare sig det handlar om individuella önskemål eller om kunskap om nya metoder i arbetet.

Frågan om hur mödra- och barnhälsovården inom ramen för ett generellt perspektiv skall kunna anpassas till nya behov är emellertid en utlöpare av en större diskussion som hänger samman med samhällets strategier för att nå utsatta grupper. Där utgör avvägningen mellan generella eller selektiva insatser i folkhälsoarbetet en kärnfråga. Kommittén anser att denna större fråga bör ses som central när

strategier för att minska hälsans ojämlika fördelning diskuteras och att den därför bör behandlas vidare av Nationella folkhälsokommittén.

### *Ungdomsmottagningar*

Ungdomsmottagningar finns på många håll i landet. Huvudmannaskapet varierar: ibland är det delat mellan kommuner och landsting, ibland är landsting eller kommuner ensamma huvudmän och i något fall är huvudmannaskapet privat. Beteckningen ungdomsmottagning förutsätter att det finns barnmorskepersonal och socialsekreterare samt konsultläkarmedverkan.

Ungdomsmottagningarna inriktar sitt arbete främst på reproduktiv hälsa, men har mot bakgrund av sin breda kompetens goda förutsättningar att förebygga både medicinska och sociala problem. Verksamheten utformas på ett sådant sätt att ungas behov och önskemål respekteras. Ungdomsmottagningar utgör därför en viktig resurs i folkhälsoarbetet.

Ungdomsmottagningarna har behandlats i den ovan nämnda rapporten från Socialstyrelsen. I utredningen konstateras att mottagningarnas oklara organisatoriska hemvist och varierande huvudmannaskap motiverar att deras ställning i den samlade hälso- och sjukvården analyseras närmare. Kommittén föreslår därför att regeringen utreder frågan om hur en heltäckande förebyggande verksamhet för ungdomar skall kunna etableras.

### *Skolhälsovården*

Kommunerna är enligt skollagen skyldiga att anordna skolhälsovård. Skolhälsovården skall enligt lagen främst arbeta förebyggande, men också omfatta enklare sjukvårdsinsatser.

Den svenska modellen för skolhälsovård skiljer sig från många andra länders genom att verksamheten är en integrerad del av skolans elevvård. Härigenom finns medicinsk kompetens inbyggd i skolans organisation. Verksamhetens betydelse avspeglas bl.a. i att skolsköterskan ofta är den person elever vänder sig till i första hand med såväl medicinska som sociala problem och att skolhälsovården kan fungera som en länk mellan hemmet och skolan i besvärliga situationer. Både läkare och sjuksköterskor har en viktig uppgift i att utveckla nätverk med ungdomsmottagningar, idrottsrörelsen, mödra- och barnhälsovården etc. Skolhälsovården är också en betydelsefull resurs för

det växande antalet hälsofrämjande skolor, dvs. skolor där elever och lärare m.fl. arbetar med hälsofrågor relaterade till exempelvis mobbing, skador, elevinflytande, skolluncher, tobak, alkohol och samlevnadsfrågor.

Kommittén har i sitt tidigare betänkande Behov och resurser i vården – en analys (SOU 1996:163) med oro noterat att det rapporteras en ökning av antalet barn och ungdomar med psykosociala och psykosomatiska problem. En fortsatt ökning av psykosomatiska och psykosociala problem hos barn och ungdomar befaras dessutom framöver. Invandrarnas barn och ungdomar nämns som särskilt utsatta grupper i detta sammanhang.

Mot denna bakgrund ser kommittén allvarligt på nedskärningar inom skolhälsovården. Resurserna inom den förebyggande barn- och skolhälsovården bör därför värnas, särskilt i socialt mindre gynnade områden. Kommittén vill också peka på det motsägelsefulla förhållandet att nedskärningar har skett parallellt med att skolan alltmer framhålls som en central arena i folkhälsoarbetet.

Gemensamt för de områden som belysts ovan är att de i större eller mindre utsträckning har beröring med barns och ungdomars hälsa. Som tidigare framgått har parallellt med HSU 2000 arbetat en kommitté (Barnkommittén) med uppgift att bl.a. göra en bred översyn över hur svensk lagstiftning och praxis förhåller sig till barnkonventionens bestämmelser. Barnkommittén har behandlat även förebyggande arbete riktat till barn och ungdomar. Kommittén har belyst barnhälsovården, skolhälsovården och ungdomsmottagningarna. Den har därvid starkt understrukit vikten av att bl.a. resurserna och barnkompetensen vid barnavårdscentralerna bevaras, att skollagens regler kompletteras med nationella mål och en rikstäckande basnivå för skolhälsovården och elevvården samt att ungdomsmottagningarna utreds.

Barnpsykiatrikommittén har i uppdrag att utreda vården och stödet till barn och ungdom med psykiska problem. Utredningen skall bl.a. redogöra för och analysera hur olika samhällsinstanser arbetar med barn och ungdom med psykiska problem och hur samarbetet mellan samhällsinstanserna fungerar. Utredningen skall vidare överväga och föreslå olika åtgärder för att förbättra samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och även, i förekommande fall, mellan hälso- och sjukvården och andra samhällsinstanser. Utredningen skall också enligt direktiven föreslå insatser för att förebygga uppkomsten av psykiska problem.

HSU noterar med tillfredsställelse att Barnpsykiatrikommittén kommer att ge sitt slutbetänkande (december 1997) en folkhälsoprägel och att, ur ett tvärsektorielt perspektiv, lägga förslag som syftar till att



finna former för tidiga insatser riktade till barn och unga. Genom att skolhälsovården når alla barn har den en unik möjlighet att arbeta förebyggande och att fånga upp problem tidigt. HSU 2000 anser därför att Barnpsykiatrikommittén bör analysera och överväga hur skolhälsovården bör utvecklas.

#### *Övrig kommunal hälso- och sjukvård*

Kommunerna har i dag ett betydande sjukvårdsansvar. Förutom skolhälsovården omfattar ansvaret framförallt den del av primärvården som genom Ädelreformen överfördes från landstingen. Vidare har kommunerna genom psykiatrireformen övertagit ansvaret för särskilt boende, socialt stöd och viss hälso- och sjukvård för långvarigt psykiskt störda från landstingen.

I sju kommuner har man år 1992 och 1993 dessutom på försök övertagit ansvaret för hela primärvården. Från och med årsskiftet 1996/97 kommer denna verksamhet att vara kvar i tre kommuner. Försöksperioden löper ut vid årsskiftet 1998/99.

Mot bakgrund av detta omfattande sjukvårdsansvar vill kommittén understryka vikten av att man på ett bättre sätt än i dag tar tillvara de möjligheter som finns att på ett systematiskt sätt arbeta förebyggande inom de särskilda boendeformerna och hemsjukvården, omsorgerna och psykiatrin. Det handlar då t. ex. om att skapa möjligheter till fysisk aktivitet, förbättrade kostvanor samt mental och social träning. Ett eftersatt område gäller åtgärder för att förebygga olycksfall bland äldre. Det faktum att kommunerna nu är sjukvårdshuvudmän borde, enligt kommitténs uppfattning, även kunna stärka möjligheterna att tillsammans med landstingen skapa en bas för ett offensivt kommunalt folkhälsoarbete.

#### *Övrig specialistsjukvård och sjukhusen*

Också den övriga specialistsjukvården och sjukhusen har mycket viktiga roller i folkhälsoarbetet. De bidrag som kan lämnas från denna del av sjukvården har ofta underskattats och bör därför uppmärksammas mer. Undersökningar visar också att man inom flertalet specialiteter anser att det finns förebyggande inslag i verksamheten och att en mycket stor majoritet av läkarna tycker att förebyggande arbete genom hälsouppläsning är både viktigt och intressant. Flertalet anser även att de har ett uttalat ansvar för förebyggande insatser. Som viktiga

uppgifter nämns rådgivning, forskning, utbildning, att initiera åtgärder och att fungera som kunskapscentrum<sup>1</sup>.

Inom specialistsjukvården ligger tyngdpunkten i arbetet framförallt inom det sekundär- och tertiärpreventiva området, varför insatserna till stor del faller utanför den beskrivning av begreppet folkhälsoarbete som kommittén stannat vid i kapitel 2. Kommittén vill likafullt uppmärksamma specialistsjukvårdens roll när det gäller t.ex. rökavvänjning, astmaskolor och vårdprogram för sekundärprevention. Sjukvårdens möjligheter att förebygga ohälsa och att bidra till ökad livskvalitet är i detta sammanhang betydande.

Slutligen vill kommittén peka på den övriga specialistsjukvårdens ansvar när det gäller att föra över forskningsrön till det kliniska arbetet och till den förebyggande verksamheten och att i övrigt bidra till kunskapsbildningen och kunskapsspridningen. Framförallt har universitetssjukhusen en skyldighet i detta avseende. Hälso- och sjukvårdens kunskapsroll behandlas vidare i kapitel 4.

Sjukhusens roll belyses av strävandena att skapa s.k. Health Promoting Hospitals, eller hälsofrämjande sjukhus. Sjukhus som vill kalla sig hälsofrämjande måste uppfylla ett antal kriterier som uppställts av WHO. Hälsofrämjande sjukhus åtar sig att använda den kunskap och kompetens som finns där samt sjukhusens stora kontaktyta med patienter, anhöriga och studenter. Vidare skall man beakta folkhälsoaspekter i arbetsmiljöarbetet samt ta ansvar för förebyggande insatser riktade till den egna personalen. Sjukhusen skall också fungera som förebilder när det gäller ansvaret för den yttre miljön.

Universitetssjukhuset i Linköping är det första sjukhus i Sverige som godkänts av WHO som ett hälsofrämjande sjukhus. Flera andra sjukhus har inlett arbete för att kunna kvalificera sig för beteckningen. Ett svenskt nätverk för sjukhus som arbetar enligt filosofin har etablerats; nätverket kommer att söka erhålla medlemskap i det europeiska nätverket för hälsofrämjande sjukhus under år 1998.

Kommittén har velat lyfta fram de hälsofrämjande sjukhusen, eftersom vi anser att de idéer som ligger bakom arbetet är intressanta, framförallt som ett uttryck för strävan att få ett hälsotänkande att genomgå hela organisationen.

HSU vill också påminna om den roll som hälsohemmen kan spela för att nå grupper av svårbehandlade patienter med hälsouppllysning. Detta gäller särskilt tillstånd som kräver livsstilsförändringar i form av

<sup>1</sup>Läkare i folkhälsoarbetet. Ett preventionspolitiskt program från Sveriges läkarförbund, 1996.

Sjukhusens roll i folkhälsoarbetet. Sven-Olof Isacson , Amir Baigi.

ändrade kost-, motions- och övriga levnadsvanor och när förändringarna tar tid att genomföra. Hälsohemmens arbetsmetoder bör därför uppmärksammas i sjukvårdshuvudmännens underlag vid planeringen av folkhälsoarbetet.

### 3.4 Förutsättningar för arbetet

Folkhälsoarbete är en verksamhet som måste bedrivas långsiktigt och som därför kräver ett uthålligt stöd i form av tydligt formulerade mål, övergripande handlingsprogram, ekonomiska resurser och ett ledarskap med adekvat kompetens. Som tidigare framhållits krävs att staten anger tydliga mål och följer upp arbetet, men därutöver behövs klara riktlinjer från den regionala och lokala politiska nivån för att ge verksamheten stadga och för att man skall kunna prioritera insatserna på ett genomtänkt sätt. Likaså är det viktigt att man på den regionala och lokala nivån följer upp arbetet och samlat beskriver de initiativ som tas. I detta sammanhang vill kommittén erinra om att folkhälsouppdraget inte bara riktar sig till hälso- och sjukvården, utan att det också gäller huvudmännens andra ansvarsområden.

Kommittén vill även framhålla målet att minska ojämlikheten i hälsa. Detta mål har under lång tid och i bred politisk enighet framhållits som centralt för arbetet. Samstämmigheten framträder också i en undersökning som visar att en stor majoritet av svenska förtroendevalda önskar att förebyggande program i större utsträckning skall planeras och genomföras med jämlikhetsmålet som viktig komponent<sup>2</sup>. Samtidigt visar emellertid en annan undersökning att hälso- och sjukvården endast undantagsvis förmått finna strategier och metoder för att minska ojämlikheten i hälsa<sup>3</sup>.

Kommittén är medveten om att detta inte är någon enkel fråga. Flerparten av de medel som kan användas för att skapa större jämlikhet ligger utanför hälso- och sjukvårdens område. Det finns också mycket olika uppfattningar om vilka typer av strategier – generella eller selektiva – som är mest ändamålsenliga för att förbättra hälsan för dem med sämst hälsoutveckling. Därför måste omsorg läggas ned på att på ett mycket konkret plan formulera vilka bidrag hälso- och sjukvården kan ge i

<sup>2</sup>Rosén, Socialmedicinsk Tidskrift 5/1996, ref till Lindholm, Emmelin, Rosén: Health Maximisation Rejected- The View of Swedish Politicians, Eur J Public Health, 1996.

<sup>3</sup>SoS-rapport 1996:6.

detta avseende. En självklar del i detta arbete borde enligt kommitténs mening vara att hälso- och sjukvården utnyttjas som arena för förebyggande åtgärder riktade till de egna anställda. Med tanke på att dels de sociala skillnaderna i hälsa förefaller öka bland kvinnor, dels kommuner och landsting är stora arbetsgivare, har hälso- och sjukvården ett stort ansvar för att bidra till att minska dessa skillnader i hälsoutveckling.

Ett annat inslag i strävan att minska de sociala skillnaderna kan vara att utforma insatser så att det blir möjligt att följa upp effekterna för olika sociala grupper.

Verksamheter som t.ex. mödravården, barnhälsovården och skolhälsovården kan bidra till ökad jämlikhet i hälsa genom att de är utformade som generella insatser som når alla. Därigenom når de även de mest utsatta och kan påverka hälsoutvecklingen bland dem som har de största riskerna. Samtidigt bevarar man legitimiteten och betalningsviljan även i andra grupper, eftersom de kommer i åtnjutande av verksamheter som värdesätts och som ses som betydelsefulla stöd.

Det generella perspektiv som präglar verksamheterna anses alltså ha en utjämnande och jämlikhetsskapande funktion. Å andra sidan finns det, som tidigare påtalats, behov av att på ett bättre sätt anpassa verksamheterna till enskildas och grupperns önskemål och att därigenom ge utrymme för selektiva insatser inom ramen för det generella.

För att sjukvårdens bidrag till att förbättra folkhälsan inte skall vidga klyftorna i hälsa mellan olika sociala grupper är det väsentligt att vården kan utnyttjas på lika villkor av alla. Kommittén konstaterar att Socialstyrelsens Folkhälsorapport från 1997 pekar på tendenser till en mindre jämlik vårdkonsumtion. I Folkhälsorapporten varnas därför för fortsatta avgiftshöjningar i vården. HSU har i sitt tidigare nämnda betänkande Behov och resurser i vården – en analys diskuterat frågan om avgiftsfinansiering och där varnat för konsekvenserna för vårdutnyttjandet av ytterligare kostnadsöverföringar från det offentliga till de enskilda medborgarna.

Att folkhälsoarbetet bedrivs med målsättningen att minska ojämlikheten i hälsa torde vara en förutsättning för att det skall ha legitimitet bland medborgarna. En annan förutsättning är att det bedrivs på vetenskaplig grund.

I detta senare sammanhang är det två förhållanden som har betydelse.

För det första innebär folkhälsoarbete att man på ett eller annat sätt förändrar förutsättningar för människors liv, oavsett om insatserna riktas till individer eller till kollektiv. Insatserna kan skapa större livs- och handlingsutrymme för människor, men de kan också leda till oro

och skuldkänslor. Således finns det en betydelsefull etisk komponent i arbetet<sup>4</sup>.

Frågan om vad som händer om man ingriper respektive inte ingriper måste därför väckas; denna etiska diskussion måste föras av såväl politiker som medborgare, men den måste baseras på att den vetenskapliga grunden för insatsen är så solid som möjligt.

För det andra vill kommittén lyfta fram frågan om insatsernas effektivitet. Om verksamma inom hälso- och sjukvården skall kunna känna engagemang i det förebyggande arbetet och om människor skall acceptera förändrade villkor (på ett strukturellt plan eller på ett plan som rör dem som individer genom krav på t.ex. ändrad livsstil) krävs att de har tilltro till att insatserna faktiskt ger önskade effekter. Därför måste metoder och strategier för intervention i större utsträckning än i dag baseras på vetenskaplig kunskap. Kommittén är emellertid medveten om att det fortfarande på många områden saknas kunskap om vilka metoder som är dokumenterat effektiva, men där den finns bör den utnyttjas mer systematiskt.

Ytterligare ett skäl till att verksamheten bör få en bättre vetenskaplig förankring är att den har lättare att hävda sig i resursfördelningen om det går att påvisa att den bedrivs på ett så gediget kunskapsunderlag som möjligt, att den kan följas upp och utvärderas och att man använder sig av strategier och metoder som är beprövade.

Samtidigt skall det framhållas att folkhälsoarbetet vilar på en vetenskaplig paradox: Å ena sidan måste kraven på vetenskaplig grund ställas högre på förebyggande insatser än på sjukvårdande, eftersom det i det förra fallet handlar om att övertyga friska människor om att ändra sitt levnadssätt. Å andra sidan är det svårare att bevisa sambandet mellan en förebyggande insats och utebliven sjukdom eller ohälsa än mellan en sjukvårdsinsats och tillfrisknande. Folkhälsoarbetet måste därför tillåtas att pröva sig fram med målet att nå vetenskapligt hållbara slutsatser.

I kommitténs direktiv sägs att HSU 2000 skall belysa hur de olika organisations- och styrsystem som huvudmännen utvecklar påverkar förutsättningarna för folkhälsoarbetet. Direktiven skrevs i en situation när det rådde osäkerhet om vilka vägar huvudmännen skulle komma att välja och vilka konsekvenser dessa vägval skulle komma få. I dag är kunskapsläget ett annat eftersom det gjorts en rad utvärderingar och

<sup>4</sup>En diskussion kring etiska aspekter på folkhälsoarbete förs bl.a. i SBU-rapport nr 134 Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturoversikt.

analyser av organisations- och styrsystemen. Några slutsatser från dessa arbeten skall belysas nedan.

Inom några landsting har som bekant skett en utveckling mot s.k. beställarstyrning. Enkelt uttryckt innebär det att uppdragen som beställare och utförare skilts åt, att det finns någon form av överenskommelse mellan beställaren och utföraren samt att ersättning utgår i relation till utförda tjänster.

*Teoretiskt* kan denna form av styrning tänkas påverka folkhälsoarbetet på två principiellt olika sätt, beroende på från vilket perspektiv man ser det. Det ena perspektivet utgår från beställarens ansvar för befolkningens behov, det andra från ersättningssystemet.

En viktig tanke i beställarstyrningen är att beställaren har ett befolkningsansvar och att beställningarna skall ta sin grund i en analys och prioritering av befolkningens behov. I det avseendet finns inga skillnader mellan behov som skall tillgodoses med hälsovårdande och sjukvårdande insatser. Särskilt i landsting som valt att arbeta med lokala beställare betonas starkt samarbetet med kommunerna, vilket inte minst gäller det förebyggande arbetet.

Ersättningen till utförarna lämnas på olika sätt. En genomgående tanke är att det skall finnas ett tydligt samband mellan utförda prestationer och ersättningen. Systemet måste därvid utformas på ett sådant sätt att det ger incitament till förebyggande insatser på samma sätt som till övriga prioriterade områden. Vid eventuell konkurrensutsättning måste prestationer definieras på ett sådant sätt att också det förebyggande arbetet vägs in.

*Empiriskt* finns det inget som tyder på att folkhälsoarbetet skulle ha påverkats av de genomförda förändringarna. Socialstyrelsen har i en rapport (SoS-rapport 1996:5) noterat att folkhälsoarbetet i flertalet landsting värnats i besparingsarbetet. Av undersökningen går det inte heller att dra några bestämda slutsatser om ett traditionellt system med anslagsfinansiering är bättre eller sämre än ett beställar-utförarsystem för att säkerställa en tillfredsställande finansiering.

Kommittén har mot denna bakgrund inte funnit anledning att gå djupare in i frågan om organisations- och styrsystemens betydelse för folkhälsoarbetet. Vi vill därför bara framhålla att folkhälsoarbete lika fullt måste värnas eftersom det inte har någon självklar efterfrågan. Individer frågar mera sällan efter insatser som syftar till att en händelse (sjukdom eller ohälsa) *inte* skall inträffa. På befolkningsnivå är folkhälsoarbete att betrakta som en kollektiv nytthet; sådana nyttheter efterfrågas inte heller av enskilda och brukar därför ses som gemensamma angelägenheter. Folkhälsoarbete måste därför finansieras i

särskild ordning. Avgörande i detta sammanhang är den politiska viljan att satsa på förebyggande verksamhet.

Hälso- och sjukvården har, som kommittén tidigare konstaterat, en central roll och viktiga funktioner i folkhälsoarbetet som inte kan ersättas av andra aktörer. Kommittén vill samtidigt understryka att utvecklingen inom detta område, liksom när det gäller hälso- och sjukvården i dess helhet, har ett starkt samband med de ekonomiska förutsättningarna i kommuner och landsting. Den samhällsekonomiska utvecklingen är av avgörande betydelse i sammanhanget, liksom de beslut som regering och riksdag fattar som påverkar kommunsektorns ekonomi.

HSU har i delbetänkandet Behov och resurser i vården – en analys (SOU 1996:163) konstaterat att gapet mellan behov och resurser inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg kommer att öka. Kommittén konstaterade också att det finns brister och otillfredsställda behov. Det gäller inte minst vården av de äldre och kroniskt sjuka.

Kommittén varnade också för att de redan planerade nedskärningarna kan betyda kvalitetsförluster och bli mycket svåra att åstadkomma utan att de nationella målen för hälso- och sjukvården äventyras.

Regering och riksdag beaktade våren 1997 kommitténs slutsatser genom beslutet att höja statsbidragen till kommuner och landsting. Kommittén vill dock framhålla att problemen kvarstår.

Vi vill också understryka att utvecklingen framöver är beroende av de samhällsekonomiska förutsättningarna och vilka medel samhället kan anvisa för denna sektor.

## 4 Kunskapsproduktion och kunskapsförmedling

**Kommitténs förslag:** Det är av central betydelse att folkhälsoarbetet baseras på vetenskapligt grundad kunskap om såväl metoder i folkhälsoarbetet som orsaker till hälsa och ohälsa. Den kunskap som genereras måste också komma olika aktörer till godo, varför överföringen mellan olika led måste fungera. Kommittén anser därför att infrastrukturen för kunskapsförmedling och kunskapsproduktion på folkhälsoområdet bör stärkas. Detta bör ske genom åtgärder på flera nivåer.

*Staten* bör bidra genom att förbättra spridningen av kunskap om metoder i folkhälsoarbetet och genom att finna former för utvärdering av sådana metoder. Särskilt bör uppmärksammas metoder för att nå utsatta grupper. Landstingen och kommunerna bör fungera som fora för praktiska metodförsök. Staten bör vidare stödja framväxten av tvärvetenskapliga utbildningar och forskningsmiljöer där olika vetenskapliga discipliner kan mötas och utveckla det folkhälsovetenskapliga området.

*Landstingen* uppmanas att stärka de samhällsmedicinska funktionerna genom att på ett mer systematiskt sätt samutnyttja resurser och genom att tillsammans med staten finna vägar att använda resurserna vid universitets- och regionsjukhusen. I alla landsting bör emellertid viss baskompetens finnas för den samhällsmedicinska verksamheten. De modeller landstingen väljer bör utvärderas. Kommittén finner också att det är mycket angeläget att landstingen finner former för att stärka samspelet mellan de samhällsmedicinska funktionerna, den patientinriktade vården och den politiska nivån.

I *kommunerna* bör det ske en långsiktig och systematisk folkhälsovetenskaplig kompetensuppbyggnad. Kommunerna bör vidare ta sitt ansvar för folkhälsovetenskaplig forskning genom att bidra till finansieringen. I övrigt bör landstingen och kommunerna tillsammans skapa möjligheter för att kanalisera kommunernas engagemang i folkhälsovetenskaplig forskning samt finna incitament för att forskningsresultat skall spridas och komma till användning i den praktiska verksamheten.



## 4.1 Direktiven

HSU:s direktiv tar inte specifikt upp frågan om kunskapsuppbyggnad på folkhälsoområdet. Den enda referens till kunskapsproduktion som ges är direktivens hänvisning till en rapport från Socialstyrelsen som konstaterat att det i vissa hänseenden råder oklarhet om ansvarsfördelningen mellan å ena sidan forskningen och å andra sidan kommuner och landsting. I denna rapport väcks även frågan om ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av landstingens kunskaps-, kartläggnings- och initiativroll (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1994:6).

Kunskapsbildningen och kunskapsförmedlingen på folkhälsoområdet sker i en komplex miljö som omfattar många aktörer på alla samhällsnivåer: den nationella, den regionala och den lokala. För att folkhälsoarbetet skall kunna bedrivas effektivt är det viktigt att ansvaret i olika led är tydligt, att överföringen av kunskap mellan de olika aktörerna fungerar tillfredsställande och att det på olika nivåer finns tillgång till relevant kompetens. Som kommer att framgå av detta kapitel brister dagens struktur i vissa av dessa avseenden.

Mot denna bakgrund, och med tanke på att kunskapsrollen är hälso- och sjukvårdens allra viktigaste uppgift i folkhälsoarbetet, har HSU valt att belysa frågan ur en vidare synvinkel än vad som direkt framgår av direktiven.

## 4.2. Kunskapsgenerering i hälso- och sjukvården

### *Sjukvårdshuvudmännens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen*

Sjukvårdshuvudmännen har enligt förarbetena till 1 § hälso- och sjukvårdslagen en skyldighet att vidta förebyggande åtgärder riktade till såväl människor som miljö. Vad avser de miljöinriktade åtgärderna framgår av lagens förarbeten att dessa bör innefatta insatser för att fastställa hur faktorer i den yttre miljön – och därvid inte bara kemiska, biologiska och fysiska utan även sociala och psykologiska – samt levnadsvanor inverkar på befolkningens hälsotillstånd. Hälso- och sjukvården bör ta tillvara, bearbeta och utnyttja den information om risker i människornas livsmiljö som observeras i det dagliga arbetet. De

kunskaper som därvid framkommer bör både komma till användning i det egna förebyggande arbetet och utgöra underlag för förebyggande åtgärder inom andra samhällssektorer.

Denna kunskapsgenerering sker inom landstingen dels i det kliniska arbetet, dels inom de samhällsmedicinska enheterna. Tonvikten i den beskrivning som följer ligger på de samhällsmedicinska enheterna, eftersom dessa förutsätts fungera som knutpunkter i det regionala folkhälsoarbetet.

Ett begreppspar skall emellertid inledningsvis beröras: termerna folkhälsovetenskap och samhällsmedicin.

Med folkhälsovetenskap menas studiet av arbetslivets, levnadsvanornas, miljöns, samhällsförhållandenas och vårdsystemets betydelse för befolkningens hälsa samt hälso- och sjukvårdens effektivitet (Prop. 1989/90:90). Med samhällsmedicin förstås i detta betänkande det verksamhetsområde som tillämpar folkhälsovetenskaplig kunskap och bedriver folkhälsoarbete inom ett geografiskt område. Samhällsmedicinens huvudområden består främst av tillämpning av miljömedicinsk och socialmedicinsk kunskap.

#### *De samhällsmedicinska enheterna bakgrund*

De samhällsmedicinska enheterna/motsvarande tillkom i samband med att den statliga länsläkarorganisationen upphörde år 1981. Då slöts en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet med innebörden att landstingen i fortsättningen skulle svara för vissa av de uppgifter som tidigare legat på länsläkarorganisationen. Det handlade då framförallt om miljömedicin, epidemiologisk bevakning och smittskydd.

Motiven för att föra över dessa uppgifter till landstingen var flera (Prop. 1979/80:6). För det första hänvisades till den allmänna utvecklingen mot ett större ansvar och självständighet för huvudmännen och ett minskat statligt åtagande. För det andra framhölls att landstingen – framförallt primärvården – skulle komma att få ett större ansvar för befolkningens hälsa, varför vissa delar av länsläkarorganisationens uppgifter på ett naturligt sätt skulle komma att inrymmas inom primärvårdens verksamhetsområde. För det tredje konstaterades att länsläkarorganisationen hade ansvar för ett flertal olikartade uppgifter, vilket ledde till svårigheter att prioritera. Bland dessa uppgifter lyfte regeringen bl.a. fram ansvaret inom det miljömedicinska området. Man menade att uppgiften var så krävande att även om alla uppgifter utom denna lyftes av organisationen skulle den inte kunna upprätthålla sak-

kunskap och tillhandahålla beslutsunderlag av tillfredsställande vetenskaplig kvalitet. Dessa förutsättningar ansåg regeringen däremot landstingen ha, utan att man närmare beskrev vari de bestod. I detta sammanhang hänvisades också till att Landstingsförbundet förespråkade att landstingen skulle inrätta miljömedicinska enheter.

Utöver de motiv som lyftes fram i propositionen skall det framhållas att utvecklingen både i Sverige och internationellt ledde till att hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen kom att betonas mer samtidigt som kunskaper om hur de moderna hälsoproblemen skulle kunna hanteras växte fram. Dessutom fick vid denna tid andra hälsopolitiska frågor större tyngd i debatten, dels genom de betänkanden som presenterades av HS 90, dels genom Spri-utredningar, där man lyfte fram de krav som ställdes på hälso- och sjukvården om man skulle kunna leva upp till befolkningsansvaret och använda resurser effektivt och jämlikt. Allt detta ställde krav på nya kompetenser – inte minst på det epidemiologiska området – och arbetssätt. Länsläkarorganisationen bedömdes inte motsvara dessa krav.

Avvecklingen av länsläkarorganisationen och överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet ledde sedan till att samhällsmedicinska funktioner byggdes upp i landstingen. Under mitten av 1980-talet var de som regel organiserade som sektioner inom landstingens hälso- och sjukvårdsavdelningar.

#### *De samhällsmedicinska enheternas organisatoriska placering i dag*

En undersökning som gjorts av Socialstyrelsen (Samhällsmedicin och folkhälsoarbete i landstingen 1995, SoS-rapport 1996:6) visar att 24 av 26 sjukvårdshuvudmän har en samhällsmedicinsk enhet/motsvarande. 15 av dessa enheter tillkom i sin nuvarande organisatoriska form år 1993 eller senare. På något håll är verksamheten av så liten omfattning att det är tveksamt om man kan tala om en samhällsmedicinsk funktion.

Efter de senaste årens förändringar är det samhällsmedicinska arbetet i dag organiserat på olika sätt. En tendens har varit att enheterna knutits närmare den centrala ledningen och ibland också närmare det regionalpolitiska området. Bakom denna strävan kan ligga en önskan att vidga verksamhetsområdet till ett vidare perspektiv på folkhälsofrågorna än det som endast berör hälso- och sjukvården.

I några landsting har de samhällsmedicinska enheterna vuxit fram ur socialmedicinska och samhällsmedicinska institutioner, varför de redan från början haft en nära koppling till universitetsorganisationen.

### *Samordning av resurser och regional samverkan*

I dag tenderar resurserna för landstingens samhällsmedicinska arbete att samordnas på olika sätt. I Skåne och Västsverige är denna utveckling en konsekvens av sammanslagningen av landstingen till större regioner.

I Västsverige har man skapat en folkhälsogrupp inom Kommunalförbundet Västra Götaland, vars uppgifter är att samordna de olika huvudmännens folkhälsoarbete och stå för vissa övergripande uppgifter när det gäller bl.a. internationell bevakning och utbildning/fortbildning. Målet är att åstadkomma en effektivare samverkan mellan huvudmännen. Man förutsätter att denna organisationsform kommer att bibehållas även efter det att det nya direktvalda regionala organet bildats. Detta innebär att man förespråkar att det också fortsättningsvis skall finnas en nivå för folkhälsoarbetet mellan den lokala nivån och den "storregionala".

I Skåne har man nyligen påbörjat diskussioner om hur de samhällsmedicinska funktionerna skall utformas i den nya regionen. I dag finns den största samlade samhällsmedicinska verksamheten som en integrerad del av den samhällsmedicinska institutionen i Malmö (Lunds universitet).

Men även på andra håll i landet finns en strävan att samordna resurser inom landsting eller att tillvarata flera huvudmäns resurser inom det samhällsmedicinska området genom samverkan i nätverk eller en informell uppdelning av uppgifter.

Som exempel på samordning *inom* landsting kan nämnas Landstinget Östergötland som år 1996 skapade ett folkhälsovetenskapligt centrum genom att samorganisera de samhälls- och miljömedicinska enheterna, enheten för samhällsodontologi, enheten för förebyggande medicin samt yrkesmedicin. Landstinget kommer nu också att skapa en starkare koppling till universitetet genom att man bildar ett akademiskt centrum för folkhälsovetenskap. Centret kommer att ledas av en styrelse med representanter för landstinget, hälsöhögskolan och universitetet.

Som exempel på samordning av *flera huvudmäns resurser* kan nämnas att landstingen i Sörmland, Värmland, Örebro och Västmanland samverkar kring befolkningsundersökningar, registerdata, olycksfallsregistrering, barn- och ungdomsundersökningar samt utbildning av hälsoplanerare. Samarbetet innebär också en informell uppdelning av uppgifter mellan landstingen.

Att samverkan mellan landsting är omfattande framgår även av Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets skrift "Samverkan i folkhälsofrågor mellan kommuner och landsting" som visar att samtliga landsting med ett par undantag samverkar med andra landsting, främst kring samhällsmedicin och epidemiologi.

#### *De samhällsmedicinska enheternas arbete och avnämare*

Landstingens samhällsmedicinska enheter har kommit att inrikta sitt arbete på olika sätt. Vissa landsting har valt att lägga tonvikten i folkhälsoarbetet vid sådant som kräver samhällsmedicinsk kompetens, t.ex. befolkningsenkäter, folkhälsorapporter och vetenskapliga studier, medan andra valt att fokusera på ett brett lokalt folkhälsoarbete där de samhällsmedicinska enheterna ger kunskaps- och metodstöd. Nästan alla landsting genomför dock befolkningsenkäter och utarbetar folkhälsorapporter även om kontinuiteten i arbetet varierar. Materialet förutsätts användas som

- kunskaps-, besluts- och planeringsunderlag
- prioritering av förebyggande insatser
- underlag till utformning av vårdavtal
- underlag för de tvärsektorielt sammansatta lokala hälsoråden
- underlag för det lokala arbetet på kommunnivå
- underlag till utbildning och utveckling

Detta innebär att underlaget avses användas av många aktörer och för olika ändamål. Emellertid förefaller materialet sällan differentieras med hänsyn till mottagaren och som regel stannar rapporterna vid att ge en deskriptiv bild av de förhållanden som råder; analysen av materialet blir därigenom många gånger eftersatt. I vissa landsting, t.ex. Västmanland, söker man dock samverkan med avnämarna för att dels få till stånd en bättre samordning av statistikinsamlingen, dels för att kunna genomföra analyser av det statistiska materialet som bättre anpassas till mottagarens frågeställningar och behov.

Under senare år har engagemanget i samhällsplaneringen ökat. Detta har också fört med sig ett intresse för att utveckla hälsokonsekvensbeskrivningar som ett instrument för bedömningar av politiska beslut inom olika sektorer. Ett sådant verktyg har utarbetats av Landstinget i Uppsala län. Det innehåller frågor om hur förslag påverkar inkomstfördelning, arbetstillfällen, människors möjligheter att göra sunda val av livsstil, resurshushållningen etc. Arbetet med att ut-

veckla hälsokonsekvensbeskrivningar stöds också från den nationella nivån av Folkhälsoinstitutet och genom Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets s.k. Folkhälsoprogram.

Enheterna bedriver eller initierar självfallet också projekt, i huvudsak inom områden som tobak, alkohol, allergier och astma, olycksfall, etc. samt arbetar med metodstöd.

Vidare pågår på flera platser kvalificerat arbete med registerepidemiologiska studier och man genomför också hälsoekonomiska analyser i samverkan mellan samhällsmedicin, kliniker och landstingens ekonomienheter som underlag för lokal hälso- och sjukvårdsplanering.

De samhällsmedicinska enheternas arbete är alltså mångfasetterat genom att de dels har avnämare både inom och utom landstingsorganisationen, dels har till uppgift att stå för såväl kunskapsproduktion och kunskapsförmedling som stöd till det praktiska folkhälsoarbetet. Dessutom är en del av arbetet riktat mot sjukvårdsorganisationen för att förse denna med bl.a. planeringsunderlag medan den andra delen mer renodlat avser att stödja och utgöra en del av folkhälsoarbetet.

Inom den egna organisationen vänder man sig till den politiska ledningen och tjänstemannaledningen, till beställarnämnder och beställarkanslier samt i vissa fall till primärvården. Utanför landstinget är avnämarna kommunerna, länsstyrelserna och andra länsmyndigheter.

### *Tillgång till kompetens i landsting och kommuner*

Socialstyrelsen konstaterar i en undersökning (SoS-rapport 1996:6) av de samhällsmedicinska enheterna att antalet anställda vid enheterna varierar kraftigt: från två till ca 30 tillsvidareanställda. För mer än hälften av enheterna gäller att summan av antalet fast anställda och visstidsanställda understiger tio personer. Likaså varierar sammansättningen av kompetenser starkt; de vanligast förekommande tjänstebestämmelserna vid enheterna är läkare, epidemiolog, informatör, miljösamordnare, assistent/sekreterare, hälsoplanerare och utredare.

Till viss del beror variationerna i sammansättning på hur landstinget valt att inrikta och organisera sitt folkhälsoarbete.

Den refererade undersökningen speglar situationen år 1995.

I kommunerna är tillgången till folkhälsovetenskaplig eller annan i folkhälsoarbetet relevant kompetens begränsad. I viss utsträckning bistår landstinget i dag med stöd genom att de ibland finansierar hälsoplanerartjänster med placering i kommunerna. Hälsoplanerarna utgör en grupp med mycket varierande bakgrund; många är sjuksköter-

skor med påbyggnadsutbildning i folkhälsovetenskap, men flera andra yrkeskategorier finns representerade.

#### 4.2.1 Sjukvårdshuvudmännens ansvar för folkhälsovetenskaplig forskning

Genom ett tillägg till hälso- och sjukvårdslagen (en ny 26 b §) har landsting och kommuner från den 1 januari 1997 ålagts ett ansvar för att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom vården. Detta ansvar omfattar också uttryckligen folkhälsovetenskaplig forskning. Motivet härför är, enligt regeringens forskningspolitiska proposition 1996/97:5, att landstingens FoU-verksamhet utgör en allt viktigare del av den tillämpade svenska folkhälsoforskningen.

HSU 2000 framhöll i sitt delbetänkande Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete (SOU 1994:132) vikten av att landstingen kan hitta former för samverkan och en solidarisk finansiering av den forsknings- och utvecklingsverksamhet som de finansierar. En sådan samverkan bör i första hand byggas upp regionalt med utgångspunkt från universitetssjukhusen och i nära samarbete med de medicinska fakulteterna. HSU 2000 gjorde emellertid bedömningen att man inte bör reglera formerna för denna samverkan. Som motiv angavs att det redan fanns goda ansatser till regional samverkan kring FoU på flera håll. Samtidigt framhölls att statsmakterna noga borde följa utvecklingen på området och senare ta initiativ till en närmare reglering om man fann behov därav.

Regeringen delade i den ovan nämnda propositionen i princip HSU:s uppfattning om behovet av regional samverkan liksom bedömningen att det inte fanns behov av att reglera formerna för denna samverkan. Den folkhälsovetenskapliga forskningen nämns inte specifikt i detta sammanhang.

De samhällsmedicinska enheternas arbete är i stora delar mycket forskningsnära. I flertalet landsting bedrivs också forskning och utvecklingsarbete inom folkhälsoområdet, även om satsningarna sker på olika sätt avseende både samarbetsformer och finansiering. Majoriteten av huvudmännen samarbetar vidare med universitet och högskolor kring utbildningar, befolkningsenkäter och utvärderingar. Landsting bidrar också med finansiering av epidemiologiska undersökningar.

Socialstyrelsen har konstaterat att detta intresse för forskningsanknytning och forskningssamarbete när det gäller samhällsmedicinsk verksamhet och folkhälsoarbete är växande. Delvis kan landstingens engagemang på området återspegla bristen på tillämpningsnära FoU-verksamhet på folkhälsoområdet inom den ordinarie universitets- och högskoleorganisationen.

Trots detta engagemang förefaller det emellertid vara svårt att på alla håll åstadkomma den nödvändiga vetenskapliga förankringen, eftersom det inte är möjligt att rekrytera tillräckligt många personer med folkhälsovetenskaplig kompetens. Till saken hör också att utvecklingen av folkhälsoarbetet sannolikt kommer att ställa krav på bättre integrering av basal medicinsk/naturvetenskaplig forskning med mer tillämpad forskning, hälsoekonomi och hälso- och sjukvårdsforskning, vilket innebär att fler kompetenser involveras i arbetet.

#### 4.2.2 Statens insatser för att stödja kunskapsuppbyggnaden

Staten har flera medel till sitt förfogande för att stödja kunskapsuppbyggnaden på regional och lokal nivå. Dels handlar det om att skapa långsiktiga förutsättningar via delar av utbildningsväsendet, dels om att i olika avseenden direkt stödja det regionala och lokala arbetet genom informationsöverföring.

##### *Folkhälsovetenskaplig forskning*

Den svenska folkhälsoforskningen har stor bredd och hävdar sig väl i internationella sammanhang (Prop. 1996/97:5). Den vetenskapliga utvecklingen inom området har också varit mycket intensiv med en snabb subspecialisering. Särskilt framträdande har kunskaps- och metodutvecklingen varit inom epidemiologin, vilket delvis beror på att epidemiologiska och longitudinella register av god kvalitet ger forskningen unika förutsättningar.

Folkhälsovetenskaplig forskning har givits uppmärksamhet i samband med forskningspropositionen 1989/90:90 då Socialvetenskapliga forskningsrådet bildades och fick i uppdrag att tillsammans med Medicinska forskningsrådet särskilt stödja den framväxande forskningen på området. Det har man gjort bl.a via långsiktiga programstöd



till forskargrupper som studerat orsaker till ohälsans sociala fördelning. Medicinska forskningsrådet har även stött en del epidemiologisk forskning.

Vad gäller den epidemiologiska forskningen har denna nyligen utretts av Socialvetenskapliga forskningsrådet och Medicinska forskningsrådet. I en rapport från år 1996 (Svensk epidemiologisk forskning. Struktur, förutsättningar och behov) konstateras att Sverige har unika förutsättningar att producera epidemiologisk forskning som bidrar till den internationella teori- och metodutvecklingen. Den akademiska utvecklingen inom området har också varit stark: i dag finns professorer och forskartjänster vid alla universitetsorter och det finns möjligheter till forskarutbildning vid flera medicinska fakulteter. Det internationella utbytet är betydande.

Mot bakgrund av den genomlysning man gjort lägger utredningen fram ett antal förslag med syfte att ytterligare stärka den epidemiologiska forskningen. De handlar bl.a. om att främja klinisk och interventiv epidemiologi, att utöka utbudet av kvalificerad forskarutbildning i ämnet, att utvärdera svensk epidemiologisk forskning och att ge långsiktiga programstöd till goda och utvecklingsbara epidemiologiska forskningsmiljöer.

I den senaste forskningspolitiska propositionen har regeringen tagit ett nytt initiativ när det gäller folkhälsovetenskaplig forskning: Socialvetenskapliga forskningsrådet har fått i uppdrag att i samråd med berörda forskningsråd och andra organ utarbeta ett nationellt forskningsprogram för forskning om ojämlikhet i hälsa. Det bakomliggande motivet är att ojämlikheten i hälsa ökat under 1980-talet och att det finns tecken som tyder på att detta är en trend som fortsatt in på 1990-talet. Kunskap om mekanismer och processer som påverkar ohälsans sociala fördelning blir i detta perspektiv, enligt regeringens mening, av strategisk betydelse. Regeringen konstaterar vidare att analyser av orsaker till skillnader i hälsa kräver en tvärvetenskaplig ansats och tvärvetenskapliga forskningsmiljöer. Ohälsans bestämningsfaktorer bör därför analyseras ur såväl ett biologiskt som ett socialt perspektiv.

Under HSU:s arbete har från flera håll framhållits att förutsättningar för just sådana tvärvetenskapliga ansatser i stor utsträckning saknas, trots att Sverige i ett internationellt perspektiv står mycket starkt på flera av de forskningsområden som är relevanta. Nämnas bör dock i detta sammanhang att de forskningskontrakt som Folkhälsoinstitutet under senare år tecknat med flera folkhälsovetenskapliga institutioner i landet betytt ett märkbart resurstillskott och stimulerat till nätverksbildning mellan medicinska och samhällsvetenskapliga forskargrupper i landet.

*Folkhälsovetenskaplig utbildning*

I Sverige saknas i dag folkhälsovetenskaplig utbildning som omfattar alla stadier från grundutbildning till forskning. På några håll i landet finns dock möjlighet att bygga på andra utbildningar i syfte att nå en Master of Public Health-examen. Sådana utbildningar anordnas av Karolinska Institutet och Nordiska Hälsovårdshögskolan samt av Blekinge Internationella Hälsohögskola i samarbete med Samhällsmedicinska institutionen vid Universitetssjukhuset i Malmö. Vid Umeå universitet erbjuder institutionen för epidemiologi och folkhälsa påbyggnadsutbildning med målet magistergrad, licentiatgrad eller doktorsgrad. Också i Linköping finns en magisterutbildning i folkhälsovetenskap.

Flera initiativ har tagits den senaste tiden för att kunna erbjuda en folkhälsovetenskaplig grundutbildning.

Karolinska Institutet har under början av år 1997 lagt fram en utredning som analyserat förutsättningarna för att skapa en "School of public health". Vid denna skola skulle det ges möjligheter till folkhälsovetenskaplig grundutbildning samt doktorand- och post-doc-utbildning. Ett viktigt inslag i uppbyggnaden skall vara integrationen av biomedicinska, socialmedicinska samt beteende- och samhällsvetenskapliga perspektiv. Ett liknande förslag håller på att utarbetas vid den nya högskolan i Malmö, där en komplett grundutbildning upp till magisternivå planeras. Här avser man också att samverka med Danmark.

Också i Jönköping planeras en folkhälsovetenskaplig grundutbildning kunna starta år 1998.

Därutöver finns på ett antal orter i landet utbildningar med inriktning mot hälsoområdet. Innehållet i dessa utbildningar skiftar: vissa har inriktning mot hälsopedagogik eller hälsoutveckling medan andra lägger tyngdpunkten vid mera naturvetenskapligt orienterade ämnen. Vissa vårdhögskolor erbjuder också utbildningar med inriktning mot folkhälsoarbete.

Regeringen har i en skrivelse till riksdagen (1993/94:247 Investera i hälsa – Prioritera för hälsa) uppmärksammat behovet av samhällsmedicinsk och folkhälsovetenskaplig kompetens inom både folkhälsoarbetet och hälso- och sjukvården. Man avsåg därför att göra en utvärdering av den folkhälsovetenskapliga utbildningen på högskolenivå, med särskilt fokus på masterutbildningarna. Denna utredning har emellertid inte genomförts.

*Folkhälsoinstitutet*

En av Folkhälsoinstitutets huvuduppgifter är att utveckla, ställa samman och sprida kunskap om metoder och åtgärder av betydelse för att förbättra folkhälsan. I stödet till det lokala och regionala folkhälsoarbetet prioriteras mot denna bakgrund generellt kunskapsstöd (skrifter, utbildning etc.) samt metodstöd (t.ex. kunskap om metoder att nå utsatta grupper).

Aktuella exempel på utvecklingsarbete är bl.a.

- Alkohol- och narkotikaprogrammets verksamhet som till stor del är inriktat på att utveckla metoder för att förhindra användning av illegala droger. Metodutvecklingsprogram pågår också i syfte att bl.a. förebygga och tidigt upptäcka FAS (fetalt alkoholsyndrom) samt för att möta patienter vid akutmottagningarna som ofta utgör en riskgrupp för alkoholproblem.
- Inom programområdet STD/HIV ges också ett omfattande stöd till metodutveckling vad avser hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser i egen regi och i samverkan med andra.
- Skadeprogrammet utvecklar modeller för att förebygga olyckshändelser, våld och självmord och metoder för analys och utvärdering av lokalt skadeförebyggande arbete, samt analyser av dess kostnadseffektivitet.

Metodutvecklingsinsatser görs också inom bl.a. det tobaks- och allergipreventiva arbetet samt inom ramen för institutets stöd till lokala skadeförebyggande program och för att utveckla arbetsmodeller för familjecentraler.

Ett viktigt område i institutets arbete utgörs av forsknings- och utvecklingsarbete. Vad gäller FoU stöder institutet den långsiktiga kunskapsutvecklingen inom folkhälsoområdet genom samarbetsavtal med centra för forskning vid universitet och högskolor samt med praktikcentra runt om i Sverige. Hög prioritet har bl.a. givits forskningsprogram och projekt om orsaker till hälsans ojämlika fördelning och om metoder för att förbättra hälsans villkor för utsatta grupper. Samarbetsavtal har slutits med bl.a. Skaraborgsinstitutet, Centrum för folkhälsoforskning i Karlstad, Karolinska Institutet, Lunds universitet och Umeå universitet.

*Socialstyrelsen och Epidemiologiskt centrum*

Socialstyrelsen har till uppgift att återkommande följa upp folkhälsoarbetet på den regionala och lokala nivån med utgångspunkt i Socialstyrelsens ansvarsområde. Detta innefattar bl.a. att följa upp utvecklingen inom landstingens och kommunernas folkhälsoarbete och samhällsmedicinska verksamhet. Socialstyrelsen har publicerat flera rapporter om landstingens folkhälsoarbete, innefattande bedömningar av folkhälsoarbetet generellt samt den samhällsmedicinska och miljömedicinska verksamheten.

Dessa rapporter har emellertid endast delvis beröring med frågan om kunskapsuppbyggnad. Däremot har verksamheten vid Epidemiologiskt centrum (EpC) direkt relevans i detta avseende. EpC har till uppgift att följa, analysera och rapportera om utbredning och utveckling av befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala förhållanden, vårdutnyttjande och riskfaktorer för sjukdomar och sociala problem. EpC skall förse allmänhet, forskare, riksdag, regering, myndigheter, landsting, kommuner och andra organisationer med underlag inom områdena folkhälsa, sociala förhållanden samt utvärdering av hälso- och sjukvården.

EpC administrerar ett tiotal epidemiologiska register och arbetar med att utveckla enhetliga och väl fungerande klassifikationssystem för sjukdomar, skador och åtgärder inom sjukvården. Sektionen för rapportering om folkhälsa och sociala förhållanden har det övergripande ansvaret för att regelbundet ta fram en nationell folkhälsorapport och en social rapport. Dessutom redovisas hälsoutvecklingen fortlöpande i rapportform och på datamedier (Hur mår Sverige?). FoU-gruppen inom EpC har som mål att stärka registerepidemiologisk forskning på svenskt material. Detta sker genom att gruppen bedriver eget FoU-arbete, stödjer FoU inom Socialstyrelsen och samverkar med andra forskare och forskningsinstitutioner. Statistiksekretariatet arbetar med samordning och upphandling av den officiella statistiken inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Statistiksekretariatet skall bl.a. identifiera användares behov av statistik.

Ovan har Folkhälsoinstitutets och Socialstyrelsens ansvar för att stödja kunskapsuppbyggnaden berörts. Flera andra myndigheter och organisationer på den nationella nivån har också uppgifter i detta sammanhang, bl.a. Livsmedelsverket, Smittskyddsinstitutet, Institutet för miljömedicin, Statens institut för psykosocial miljömedicin och Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.

### 4.2.3 Problembilden

Som konstaterades i inledningen till detta kapitel sker kunskapsuppbyggnaden och kunskapsförmedlingen på folkhälsoområdet i en omgivning som omfattar många aktörer på alla samhällsnivåer. För att folkhälsoarbetet skall kunna bedrivas effektivt är det angeläget att det baseras på vetenskapligt grundad kunskap – om såväl metoder för arbetet som om orsaker till hälsa och ohälsa – och att kunskapsöverföringen mellan olika led fungerar på ett bra sätt. Bakgrundsbeskrivningen ger här möjligheter att identifiera vissa svagheter i dagens struktur.

Vad avser den *statliga nivåns roll* för att främja kunskapsuppbyggnaden har följande förhållanden och brister uppmärksammats.

Till följd av nya forskningsmetoder genereras just nu anmärkningsvärt mycket kunskap inom biomedicinen. Också inom folkhälsovetenskapen sker snabba framsteg. Detta betyder att den vetenskapliga utvecklingen kan skapa nya utgångspunkter för folkhälsoarbetet och understryker behovet av integration mellan biomedicinska och folkhälsovetenskapliga perspektiv i forskningen: kunskap som innefattar båda dessa infallsvinklar kommer att bli mycket viktig i det framtida folkhälsoarbetet på olika nivåer.

Det andra förhållandet har stor betydelse för det praktiska folkhälsoarbetet och rör kunskapen om vilka metoder som är effektiva. I detta avseende är det vetenskapliga underlaget fortfarande begränsat; det gäller både kunskapen om vilka metoder som är effektiva och om insatsernas kostnadseffektivitet. Här handlar det om behov av både forskning och strukturer för att utvärdera metoder inom folkhälsoarbetet. Ett område som särskilt skall framhållas gäller metoder för att nå de mest utsatta grupperna. Under utredningsarbetets gång har det även påtalats att spridningen av kunskap om existerande metoder bör intensifieras.

På *landstingsnivån* förutsätts den samhällsmedicinska verksamheten utgöra en knutpunkt för arbetet. Enheterna har flera olika uppgifter och många avnämare både inom och utanför landstingsorganisationen. Deras arbetsuppgifter skulle kunna delas upp i två delar: stöd till folkhälsoarbetet och stöd till sjukvårdsorganisationen.

Den förstnämnda funktionen, stödet till folkhälsoarbetet, kräver kompetens så att de epidemiologiska registren för analyser av lokala sjukdomsmönster och riskfaktorer kan hålla god kvalitet och för att de skall kunna bearbetas på ett adekvat sätt. Detta ställer krav på allmän *epidemiologisk* och *biostatistisk* kompetens. Därutöver kan det, om man vill kunna göra kvalificerade analyser av hur lokala exponerings-

förhållanden ser ut inom de olika exponeringsområdena (fysisk miljö, arbetsmiljö, psykosocial miljö) och vilka effekter de har på det lokala sjukdomsmönstret, behövas specialistkompetens inom *miljömedicin*, *yrkesmedicin* samt *socialmedicin*. I takt med att våra kunskaper på dessa områden fördjupas har det i praktiken visat sig att de medicinska kompetenserna måste kompletteras med *toxikologi*, *ergonomi*, *psykologi* och *sociologi*. Alla dessa kompetenser är relevanta för analysarbetet och för att kunna ge ett kvalificerat stöd till de olika samhällssektorer som har möjlighet att påverka de olika riskerna. Arbetet måste dessutom ofta inkludera samarbete med kliniska specialister beroende på vilken sjukdomsgrupp som är aktuell för olika frågeställningar.

Det andra huvudområdet gäller samhällsmedicinens bidrag till hälso- och sjukvårdens egen verksamhet. Sjukvårdshuvudmännens områdes- och planeringsansvar kräver att man utvecklar instrument för en relativt nära koppling mellan behov och resurser och att man använder *klinisk*, *epidemiologisk* och *ekonomisk* kompetens. I takt med att register har utvecklats ökar möjligheterna att använda dessa för att analysera fördelning och utveckling av befolkningens sjukdomsmönster, verksamhetens omfattning och innehåll samt att följa vårdkedjor och vårdutfall etc. Det finns stora möjligheter att utveckla denna verksamhet, men den kräver samverkan mellan klinisk och epidemiologisk samt ekonomisk kompetens.

Socialstyrelsen gör i en av de tidigare refererade undersökningarna (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1994:6) i stort sett samma bedömning när den hävdar att samhällsmedicinska enheter bör ha tillgång till en bred kompetens inom områden som social-, allmän-, miljö- och yrkesmedicin, epidemiologi, statistik, hälsoekonomi, hälsoplanering och beteendevetenskap. Under utredningsarbetets gång har dessutom behovet av *utvärderingskompetens* och *pedagogisk kompetens* särskilt understrukits. Därutöver kan kompetens inom områden som *information*, *kommunikation*, *psykologi*, *antropologi* och *organisationsvetenskap* komma ifråga.

Möjligheterna för de samhällsmedicinska funktionerna att fullgöra sina uppgifter försvåras emellertid av att det i dag är svårt att på alla platser i landet rekrytera de kompetenser som krävs, eftersom de som utbildas i stor utsträckning stannar kvar på universitetsorterna. Detta leder till svårigheter att skapa slagkraftiga enheter i alla landsting. En annan konsekvens är att den samhällsmedicinska verksamheten på många håll haft svårt att skapa en tillräckligt god forskningsanknytning, även om intresset för forskningssamarbete och forskningsanknytning vuxit under senare år.

De samhällsmedicinska enheterna måste också kunna samspela med både den patientinriktade delen av hälso- och sjukvården och de politiska församlingarna. Ett fungerande samarbete mellan dessa tre aktörer är en av de grundläggande förutsättningarna för ett aktivt och åtgärdsinriktat folkhälsoarbete. Detta samspel behöver på många håll utvecklas, även om det finns exempel på goda ansatser till stärkt samarbete.

På den *kommunala nivån* är tillgången till adekvat kompetens ännu mer begränsad, även om landstingen – som framgått – i viss utsträckning bistår kommunerna i detta avseende. Om kommunerna skall kunna utgöra den centrala arena för folkhälsoarbetet som förutsätts krävs bättre tillgång till folkhälsovetenskaplig kompetens.

Kommunerna har också, i likhet med landstingen, givits ett ansvar för folkhälsovetenskaplig forskning. Det kan konstateras att kommunerna i dag i flertalet fall saknar forskningstradition och strukturer för att ta detta ansvar.

Ytterligare en frågeställning som skall uppmärksammas handlar om att den kunskap som produceras inte alltid uppfattas som praktiskt användbar ur mottagarens synvinkel och att den därför inte sprids och kommer till användning på avsett vis. Detta är ett problem som inte har någon enkel lösning, men spridningen och användningen av material bör ändå uppmärksammas på samma villkor som produktionen av kunskap. Här går det att identifiera flera fall där överföringen av kunskap inte fungerar tillfredsställande.

Företrädare för kommunerna hävdar sålunda ibland att det material som utarbetas av de samhällsmedicinska enheterna, eller av hälso- och sjukvården i övrigt, är för teoretiskt och för medicinskt betonat och att man därför inte ser den praktiska nyttan av underlaget. Detta problem speglas också i en undersökning av Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet (Samverkan i folkhälsofrågor mellan kommuner och landsting, 1996) där flera av de intervjuade pekade på att krockar mellan dels ett medicinskt och socialt språk och synsätt, dels mellan ett kvantitativt och ett kvalitativt språk ibland lade hinder i vägen för samverkan mellan kommuner och landsting i folkhälsoarbetet.

I hälso- och sjukvården tenderar man att i förhållandevis liten utsträckning använda sig av kunskapsunderlag som utarbetas av de samhällsmedicinska enheterna, eftersom hälso- och sjukvården delvis söker svar på andra frågor än dem de samhällsmedicinska enheterna analyserar.

På likartat sätt förefaller det förhålla sig med en del av det material som universiteten och högskolorna står för: mottagarna upplever inte

att de får sina frågor besvarade, utbildningar kan anses ligga på en för teoretisk nivå för att kunna omsättas i praktiskt handlande osv.

Det finns med andra ord på flera ställen "glapp i kedjan" som gör det svårt att förmedla och använda information. Det finns självfallet flera förklaringar till dessa förhållanden. En torde ligga i att material i form av folkhälsorapporter m.m. ofta är alltför deskriptivt och endast i liten grad analyserande och åtgärdsinriktat. En annan förklaring är de språk- och kulturskillnader som fortfarande finns mellan olika aktörer, kanske framförallt mellan medicinska företrädare och företrädare för andra sektorer. Ytterligare förklaringar ligger i bristande kompetens hos mottagarna att både tolka och beställa material samt i den ibland otillräckliga förståelsen för praktiska frågeställningar bland forskare och forskningsinstitutioner. Möjligen bör det tillfogas att dessa problem ibland snarare kan vara ett uttryck för bristande vilja att samarbeta än för svårigheter att förstå varandras språk och kultur.

Samtidigt förtjänar det dock att framhållas att mycket av det material som utarbetas, trots de brister som nämndes ovan, haft en stor betydelse genom att det bidragit till att sätta folkhälsofrågorna på dagordningen och genom att det fungerat som underlag och stimulans i den politiska debatten.

### 4.3 Kommitténs överväganden och förslag

Kommittén anser att en god kunskapsförsörjning och tillgång till tillräcklig kompetens på olika nivåer är nödvändiga förutsättningar för ett framgångsrikt folkhälsoarbete. Dessa förutsättningar bör också vara någorlunda likvärdiga över landet. Detta är inte fallet i dag. Vad avser kunskapsuppbyggnaden menar kommittén att det är särskilt angeläget att framhålla kunskapen om metoder i folkhälsoarbetet och behovet av transdisciplinär kunskapsutveckling.

Både i fråga om kunskapsuppbyggnaden och strukturen för kunskapsförmedlingen menar kommittén att möjligheterna till utveckling är goda: byggstenarna finns i form av internationellt konkurrenskraftig forskning inom både folkhälsovetenskap och biomedicin, unika sociala och medicinska register samt strukturer på nationell, regional och, i viss utsträckning, lokal nivå.

*Staten* har en viktig roll att spela genom ansvaret för att formulera övergripande mål och att följa upp arbetet, för delar av utbildningsväsendet samt genom sina myndigheter. På den nationella nivån ligger



därmed också ett ansvar för att bidra till att förbättra kunskapen om effektiva metoder i folkhälsoarbetet.

Kommittén vill därför understryka behovet av att staten bidrar till att finna former för att utvärdera dessa metoder. Särskilt betydelsefullt är att öka kunskapen om metoder för att nå utsatta grupper. Bättre kunskap om vilka metoder som ger resultat och som är kostnadseffektiva krävs, enligt kommitténs uppfattning, för att stärka folkhälsoarbetets legitimitet och professionalitet. Landstingen och kommunerna har en viktig roll i detta arbete genom att fungera som fora för praktiska metodförsök.

Kommittén anser också att ansträngningarna från Folkhälsoinstitutets sida att sprida den existerande kunskapen om effektiva metoder borde intensifieras. Som framgår även av kapitel 5 är det många i vården verksamma som efterlyser denna typ av stöd i arbetet.

Nästa frågeställning handlar om mötet mellan biomedicinska och socialmedicinska/samhällsvetenskapliga perspektiv i forskningen. Kommittén anser att det är angeläget att stimulera en korsbefruktnings mellan dessa båda perspektiv, eftersom ny kunskap som vilar på en sådan ansats kan bidra till att flytta fram positionerna i folkhälsoarbetet. Forskningsråden bör därför – i likhet med Riksbankens Jubileumsfond – i större utsträckning beakta ansökningar där dessa vetenskapliga inriktningar samverkar. Staten bör också stödja utvecklingen genom att bidra till möjligheter för forskare att under perioder arbeta nära forskare från andra discipliner. Centumbildningar där olika kompetenser kan mötas och utveckla sina specialiteter och samtidigt bidra till tvärspektoriell kunskapsutveckling är betydelsefulla i detta sammanhang. Kommittén har noterat att en utveckling mot centumbildningar av detta slag är på gång bl.a. i det förslag som presenterats av Karolinska Institutet.

Ett annat exempel där den transdisciplinära kunskapsbildningen betonas är utredningen vid Göteborgs universitet där förutsättningarna för att samordna Nordiska Hälsovårdshögskolan, universitetet och vårdhögskolan undersöks.

Denna tvärvetenskapliga kunskapsuppbyggnad torde också stärkas genom de nya typer av folkhälsovetenskapliga grundutbildningar som planeras i Stockholm, Malmö och Jönköping. Det är enligt HSU:s bedömning angeläget att folkhälsovetenskaplig utbildning kan erbjudas i landet och ser därför med stor tillfredsställelse på de initiativ som tagits. Regeringen bör därför i samarbete med berörda högskolor säkerställa att de kan realiseras. Kommittén anser även att utbildningarna kommer att medge en förstärkning av det lokala och regionala folkhälsoarbetet. Vi vill i detta sammanhang påminna om den utvärdering

av de folkhälsovetenskapliga utbildningarna som regeringen tidigare förutskickat, men som inte genomförts: enligt vår bedömning är det för tidigt att aktualisera den i dag, varför den istället bör genomföras när de nya utbildningarna etablerats i syfte att fastställa i vilken mån de fyller behoven av att bl.a. stödja det praktiska folkhälsoarbetet i kommuner och landsting.

På den *regionala* nivån har landstingens samhällsmedicinska funktioner en viktig roll att spela i relation till den egna organisationen, till andra regionala aktörer samt till den lokala nivån. Kommittén anser att det är viktigt att flytta fram positionerna när det gäller folkhälsoarbetets infrastruktur och menar därför att dessa funktioner bör stärkas så att behovet av folkhälsovetenskaplig kompetens både inom och utanför landstingen kan tillgodoses på ett bättre sätt. Det handlar därvid om att möta både hälso- och sjukvårdens och folkhälsoarbetets behov och att ge ett kraftfullt stöd till det kommunala, praktiska arbetet. En central uppgift för de samhällsmedicinska funktionerna är också att bistå de förtroendevalda. Mot bakgrund av att åtgärder i folkhälsoarbetet måste formuleras i politiska termer har förtroendevalda en nyckelroll i arbetet. De samhällsmedicinska enheterna har i detta sammanhang ett ansvar för att öka lyhörheten för de förtroendevaldas behov genom att bl.a. ta steget från att formulera grundläggande mål och att utarbeta epidemiologiska analyser till ge mer åtgärdsinriktade förslag och att föreslå insatser vars resultat kan avläsas i ett kortare perspektiv. De förtroendevalda har å sin sida en skyldighet att medverka till ett bättre fungerande samspel mellan samhällsmedicin, den politiska nivån och den patientinriktade hälso- och sjukvården. Detta bör ske genom tydliga signaler om de olika aktörernas ansvar och genom att folkhälsoarbetet tilldelas erforderliga resurser. Också den patientinriktade hälso- och sjukvården har ett ansvar för att mer aktivt delta i arbetet, genom att dels bättre utnyttja de möjligheter till förebyggande arbete som finns inom det egna området, dels förmedla kunskap och epidemiologiskt underlag, dels fungera som konsult och bidra till utbildning. För att den patientinriktade hälso- och sjukvården skall kunna fullgöra dessa uppgifter krävs att den ges utrymme för deltagande i folkhälsoarbetet. Kommittén finner att det är en utmaning inför framtiden att få till stånd ett stärkt samarbete och en ökad förståelse mellan dessa tre aktörer.

HSU anser att det inte är realistiskt att inom alla landstings samhällsmedicinska funktioner bygga upp komplett kompetens för de uppgifter som formulerats ovan med tanke på att tillgången på personer med adekvat kompetens är för liten för räkna till överallt. Därför bör frågan väckas hur de samlade resurserna för det samhällsmedicinska arbetet kan utnyttjas på ett bättre sätt.

Här finns det flera tänkbara vägar att beträda.

En möjlig väg innebär att landstingen går samman i syfte att skapa regionala centrumbildningar eller kompetenscentra. Dessa centra skulle kunna fungera som resurser för såväl det regionala som det kommunala arbetet genom att det där skulle kunna samlas den kompetens som behövs i arbetet. Sådana centra skulle också kunna bereda vägen för en starkare forskningsanknytning för den samhällsmedicinska verksamheten genom att de skulle kunna lokaliseras i anslutning till universitets- och högskoleorganisationen. En samordning mellan samhällsmedicin och forskning skulle också kunna leda till att forskningen får en bättre knytning till praktiska frågeställningar samtidigt som inflödet från forskningen till den praktiska verksamheten skulle kunna underlättas.

En annan tänkbar väg innebär att man bygger vidare på dagens struktur där samverkan – både av mer formaliserat och av informellt slag – mellan landstingens samhällsmedicinska funktioner har en lång tradition.

HSU är medveten om att det här handlar om att göra en avvägning mellan olika hänsyn och att finna en balans mellan behovet av stöd till det praktiska folkhälsoarbetet samt närhet till de förtroendevalda och till medborgarna å ena sidan och behovet av forskningsanknytning och en kritisk massa av kompetens å den andra.

Kommittén har efter en samlad bedömning valt att betona behovet av att bygga upp kompetensen på den kommunala nivån och att stimulera och stödja det lokala folkhälsoarbetet. Därför bör man söka kombinera element från båda dessa modeller i syfte att stärka den lokala förankringen av arbetet samtidigt som den tillgängliga kompetensen utnyttjas bättre och forskningsanknytningen stärks. HSU vill därför inte förorda någon genomgripande förändring av dagens struktur.

Enligt kommitténs uppfattning bör landstingen i stället pröva olika vägar för att uppnå dessa målsättningar. Detta kan ske genom t.ex. ett mera omfattande nätverksskapande, informella uppdelningar av uppgifter mellan landsting eller köp av kompetenser samt deltagande i internationellt samarbete. Flera exempel på ett sådant arbetssätt finns, som framgått, i dag. Forskningsanknytningen kan stärkas genom samarbetsavtal med universitetsinstitutioner, köp av forskningshandledning och genom att anställda vid de samhällsmedicinska funktionerna bereds möjlighet att under viss tid vistas i universitetsmiljö. En utbyggd och decentraliserad högskoleverksamhet bör även ge nya möjligheter till forskningsanknytning för det kommunala folkhälsoarbetet.

Inom de samhällsmedicinska funktionerna i alla landsting behöver emellertid viss baskompetens finnas. Det handlar om epidemiologisk, biostatistisk och socialmedicinsk kompetens samt ekonomisk kompetens och utvärderingskompetens. Inte minst utvärderingskompetensen torde vara central för att stärka det regionala och lokala folkhälsoarbetet.

Dessutom bör man finna vägar för att samordna landstingens och statens resurser vid universitets- och regionsjukhusen. Vid dessa institutioner skulle en koncentration av smalare kompetenser kunna ske (t.ex. miljömedicin, yrkesmedicin, toxikologi, ergonomi och pedagogik). En sådan utveckling skulle också kunna innebära att universitets- och regionsjukhusens övriga resurser kunde tas tillvara i folkhälsoarbetet på ett bättre sätt än i dag.

I detta sammanhang vill kommittén peka på landets onkologiska centra som ett exempel på samutnyttjande av resurser. Sådana centra finns i alla sjukvårdsregioner och har bl.a. till uppgift att koordinera insatser, utbilda och fungera som konsult i hela regionen för att på så sätt stärka den tillgängliga kompetensen. För verksamheten har Socialstyrelsen givit ut riktlinjer i form av allmänna råd.

Vi vill emellertid framålla att även om vi förordar att man prövar olika vägar att stärka de samhällsmedicinska funktionerna, så menar vi att det är angeläget att staten följer upp utvecklingen och bidrar till att sprida erfarenheter om framgångsrika sätt att organisera verksamheten. Likaså är det viktigt att modellerna utvecklas under sådana förhållanden att de går att utvärdera på ett systematiskt sätt.

På den *lokala nivån* är det mycket viktigt att det sker en målmedveten och stegvis kompetensuppbyggnad så att folkhälsoarbetet i kommunerna kan få tillgång till folkhälsovetenskaplig kompetens. Kommittén menar att detta är en förutsättning för att kommunerna skall kunna ta sitt ansvar och utgöra en fungerande arena för folkhälsoarbetet. Att stärka kompetensen är också en förutsättning för att skillnader i kultur och synsätt mellan landsting/hälso- och sjukvård och kommuner skall kunna överbryggas. Likaså innebär en förstärkning att kommunerna kan fungera som bättre beställare och användare av folkhälsovetenskapligt kunskapsunderlag.

Som framgått tidigare i detta kapitel har också kommunerna fått ansvar för folkhälsovetenskaplig forskning, innefattande medverkan till finansiering, planering och genomförande av projekt. Som nämnts är kommunerna emellertid många gånger för små för att själva kunna initiera forskningsprojekt. På flertalet håll saknas också forsknings-tradition. Kommittén anser därför att kommunerna tillsammans med landstingen måste finna vägar för att kanalisera kommunernas engage-

mang i den folkhälsovetenskapliga forskningen. Här bör en samordning kunna komma till stånd med det arbete som bedrivs av landstingens samhällsmedicinska funktioner. Landsting och kommuner bör också sträva till att skapa incitament för att forskningsresultat sprids och kommer till användning i det praktiska folkhälsoarbetet. Samverkan mellan de samhällsmedicinska funktionerna och den kommunala hälso- och sjukvården bör också utvecklas i syfte att bidra till kunskapsuppbyggnaden i denna del av vården samt för att förmedla bl.a. metodstöd.

Kommittén vill också kort beröra frågan om svårigheterna att överbygga språk- och kulturklyftor mellan medicinska och sociala samt mellan kvantitativa och kvalitativa perspektiv. I detta sammanhang anser kommittén att medicinska företrädare kanske har ett särskilt ansvar för att dialogen med företrädare för andra sektorer kan präglas av lyhördhet och ömsesidig respekt.

Enligt direktiven skall HSU utreda behovet av att precisera landstingens och kommunernas ansvar för folkhälsoarbetet i hälso- och sjukvårdslagen. I detta kapitel aktualiseras kommunernas och landstingens ansvar i kunskapsuppbyggnaden och kunskapsförmedlingen.

Som framgått i inledningen till detta kapitel har sjukvårdshuvudmännen enligt HSL:s förarbeten en skyldighet att fastställa hur faktorer i den yttre miljön – och därvid inte bara kemiska, biologiska och fysiska utan även sociala och psykologiska – samt levnadsvanor inverkar på befolkningens hälsotillstånd. Vidare skall den information om risker i människornas livsmiljö som observeras i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet tillvaras, bearbetas och utnyttjas. De kunskaper som därvid framkommer bör både komma till användning i det egna förebyggande arbetet och utgöra underlag för förebyggande åtgärder inom andra samhällssektorer.

I förarbetena understryks visserligen landstingens roll, men hälso- och sjukvårdslagens 1§ omfattar all hälso- och sjukvård, således även den kommunala. Kommunerna har därför en skyldighet att inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar bidra till kunskapsuppbyggnaden. Kommittén finner mot denna bakgrund att dagens lagstiftning är tillräckligt klar när det gäller hälso- och sjukvårdens skyldighet att kartlägga hälsorisker och att bygga upp och förmedla kunskap.

## 5 Primärvårdens roll i folkhälsoarbetet

**Kommitténs förslag:** Kommittén konstaterar att förhoppningarna på primärvårdens förebyggande arbete varit orealistiskt stora och att primärvården haft svårt att leva upp till dessa förväntningar. Primärvårdens roll i folkhälsoarbetet påverkas också av att den dels förutsätts ta över fler uppgifter från den sjukhusanslutna specialistsjukvården, dels inte längre ses som den mest centrala aktören i folkhälsoarbetet. Primärvårdens uppdrag i det förebyggande arbetet bör därför enligt kommitténs mening preciseras.

Ansvaret bör enligt kommitténs förslag först och främst innefatta en skyldighet att systematiskt utnyttja möjligheten att i patientkontaktorna genomföra förebyggande insatser. Här finns en stor och delvis outnyttjad potential i folkhälsoarbetet. Dessa förebyggande insatser bör redovisas och följas upp på ett bättre sätt än i dag.

Gruppriktade förebyggande insatser bör prövas från fall till fall och inrymmas inom ansvarsområdet i den mån arbetet kräver hälso- och sjukvårdens speciella kompetens.

I det befolkningsinriktade arbetet skall primärvården delta genom att förmedla kunskaper, men inte ses som en huvudaktör i genomförandet av olika aktiviteter. Sådana åtgärder kräver nämligen många gånger en annan kompetens än den primärvården besitter. Ett mycket viktigt åliggande för primärvården är att bygga upp bättre systematiserad öppenvårdsstatistik. Sådan statistik blir allt viktigare för att man skall kunna finna orsaker till ohälsa. Primärvårdens roll i detta avseende blir också viktigare i takt med att allt fler patienter bara kommer till primärvården.

## 5.1 Direktiven

HSU:s direktiv tar inte specifikt upp frågan om primärvårdens roll i folkhälsoarbetet, utan talar i mer allmänna ordalag om behovet av att analysera uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommun i folkhälsoarbetet. Att diskutera primärvårdens roll ter sig dock naturligt, eftersom primärvården dels förutsatts axla en stor del av landstingens folkhälsoarbete, dels har en bred kontaktyta gentemot andra samhällsorgan och aktörer, vilket många gånger leder till oklarheter om rollfördelningen.

Innebörden i begreppet primärvård har förändrats över tid. Från att tidigare ha betecknat en organisationsform inom den öppna vården, nämligen den i offentlig regi bedrivna öppenvården vid vårdcentraler, avses med begreppet i dag den del av den öppna vården som arbetar utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården skall ansvara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvård som vårdnivå omfattar därmed även kommunal hälso- och sjukvård, företagshälsovård, privatpraktiserande specialister i allmänmedicin och privatpraktiserande sjukgymnaster. I den diskussion om primärvårdens förebyggande arbete som följer förstås dock med primärvård främst den verksamhet som bedrivs vid vårdcentraler och motsvarande enheter av specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor<sup>1</sup>.

## 5.2 Bakgrund

### *Utveckling över tid*

Primärvården har sina rötter i det gamla provinsialläkarsystemet som gav läkarna ansvar för såväl sjukvårdande som förebyggande insatser inom ett givet geografiskt område. Läkaren hade också en framskjuten

<sup>1</sup>Kommittén är medveten om att valet att använda ett annat primärvårdsbegrepp än dagens kan ge upphov till en viss oklarhet. Samtidigt förhåller det sig så att en stor del av diskussionen om primärvårdens roll i det förebyggande arbetet rör verksamheten vid vårdcentraler/motsvarande. Kommittén menar därför att det trots allt är motiverat att i detta sammanhang stanna vid den tidigare definitionen av "primärvård".

ställning i lokalsamhället genom sitt deltagande i kommunens socialnämnd, hälsovårdsnämnd, barnvårdsnämnd och nykterhetsnämnd. Provinsialläkaren hade också funktionen som hälsovårdsexpert och utförde uppgifter som i dag vilar på miljö- och hälsoskyddsinspektörerna. Dessa tankar om preventionsuppdraget, den utåtriktade verksamheten och områdesansvaret har förts över som ett slags ideologiskt arv från provinsialläkarsystemet till den primärvårdsorganisation som började byggas upp på 1970-talet.

Under primärvårdens uppbyggnads- och expansionsfas på 1970- och 80-talen kom därför dess roll i det förebyggande arbetet att betonas i olika policydokument och utredningar. I Socialstyrelsens principprogram HS -80 sades sålunda att primärvårdens ansvar bl.a. omfattade all individinriktad medicinsk förebyggande verksamhet, allmänna hälsovårdsinsatser och underlag för planering av närmiljön. Med detta uttalande gavs verksamheten en klart hälsopolitisk inriktning.

Detta synsätt fick genomslag i den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som gav landstingen ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Landstingen ålades där att, vid sidan av de sjukvårdande insatserna, förebygga ohälsa hos befolkningen genom insatser riktade mot såväl människorna som miljön. I lagens förarbeten pekas primärvården ut som den organisation inom landstingen som borde ges förstahandsansvaret för befolkningens hälsa inom ett geografiskt område. Detta har betecknats som en del av primärvårdens områdesansvar. Beteckningen har dock aldrig fått en preciserad innebörd, utan har använts på olika sätt av olika aktörer, delvis beroende på om man talat om primärvårdens sjukvårdande eller förebyggande arbete.

Strävan att ge primärvården ansvar för det förebyggande arbetet kom sedan till än starkare uttryck i HS 90, som hade till uppgift att dra upp riktlinjerna för hälso- och sjukvårdens utveckling inför 1990-talet, och i den efterföljande propositionen 1984/85:181.

I både utredningen och propositionen förutsattes primärvården spela en viktig roll för att förbättra befolkningens hälsa och motverka skillnader i hälsotillstånd mellan olika befolkningsgrupper. I sitt förebyggande arbete skulle den därför ha både ett befolkningsperspektiv och ett individperspektiv, vilka innefattade sammanställningar av lokala epidemiologiska data, medverkan i samhällsplaneringen, uppsökande verksamhet riktad framförallt till svaga grupper, traditionella hälsokontroller, mödra- och barnhälsovård, hälsouppllysning etc. Därigenom gavs primärvården en central roll i en offensiv hälsopolitik.

Landstingsförbundet anknöt i sitt s. k. Primärvårdsprogram till de tankegångar som fördes fram i HS 90. I programmets slutrapport "Framtidens primärvård" (1993) konstateras inledningsvis att primär-



vården med sin närhet till människorna har kunskap om sociala villkor och förutsättningar i lokalsamhället. Befolkningens hälsoproblem kan sättas in i ett större sammanhang, vilket ger organisationen goda möjligheter att arbeta förebyggande. Som uppgifter för landstingen/primärvården nämns att:

- kartlägga hälsoproblem och identifiera hälsorisker, riskgrupper och hälsofrämjande faktorer,
- förmedla kunskaper om hälsoläget, hälsorisker, riskgrupper och hälsofrämjande faktorer,
- initiera och genomföra förebyggande åtgärder internt och externt,
- delta i samhällsplaneringen och
- dokumentera och utvärdera folkhälsoinsatser inom det egna ansvarsområdet.

Under en 25-årsperiod har man från regering och riksdag, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och andra organisationer starkt betonat primärvårdens roll i det förebyggande arbetet. Också bland många anställda i primärvården har det funnits ett stort engagemang i det förebyggande arbetet och ett intresse för att utveckla arbetsformer och metoder. Det har även funnits förhoppningar om att det förebyggande arbetet skulle komma att ges mer utrymme i takt med att primärvården byggdes ut i enlighet med de intentioner som uttalats.

Ett nytt tonläge kan dock möjligen spåras under senare år. I proposition 1994/95:195 (Primärvård och privata vårdgivare m.m.) konstateras att det ofta funnits stora förväntningar på primärvården när det gäller aktiva samhällsinriktade förebyggande insatser, trots att det många gånger saknats resurser, utbildning och kompetens för att uppfylla dessa förväntningar. Bl.a. mot denna bakgrund finns det, enligt propositionen, anledning att söka klargöra primärvårdens roll i det förebyggande arbetet. Också Socialstyrelsen har i en av de tidigare nämnda rapporterna (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1994:6) konstaterat att primärvården inte haft den framträdande roll i det befolknings- och samhällsinriktade arbete som många gånger förutsatts.

Ett skäl till att idéerna på det förebyggande området haft svårt att realiseras ligger sannolikt i att det under lång tid funnits en dubbelhet i primärvårdsfilosofin: å ena sidan har man betonat primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet (god läkarservice präglad av helhetssyn på den enskilde individen), å andra sidan har man understrukit områdesansvaret och primärvårdens funktion som ett medicinskt och socialt verktyg i utvecklingen av ett hälsovänligt lokalsamhälle. Den senare tanken har rötter i provinsialläkartraditionen och har fått ett starkt

uttryck i WHO:s Alma Ata-deklaration. Den tidigare aspekten har lyfts fram under olika skeden och husläkarreformen var det senaste försöket att öka tillgängligheten och kontinuiteten.

Dessa aspekter är i och för sig inte oförenliga, men till följd av att primärvården inte byggdes ut i den takt som förutsatts gavs man aldrig inom organisationen de tekniska och kunskapsmässiga verktygen för att axla områdesansvaret när det gäller det förebyggande arbetet.

Resurstilldelningen, tillgången på utbildad personal och betoningen av primärvårdens roll inom det förebyggande arbetet har varierat över landet. Avslutningsvis bör därför tillfogas att denna allmänna karaktäristik av primärvårdens förmåga att leva upp till förväntningarna på dess förebyggande arbete självfallet bör nyanseras genom ett konstaterande att det finns områden där primärvården varit mycket aktiv i folkhälsoarbetet.

#### *Innehållet i primärvårdens förebyggande arbete i dag*

Socialstyrelsen har inom ramen för sin primärvårdsuppföljning genomfört en intervju- och enkätundersökning riktad till ett urval av landets distriktsläkare och distriktssköterskor (Förebyggande arbete i primärvården 1996:5). Syftet med undersökningen var att kartlägga bredden och innehållet i det preventiva arbetet i primärvården och attityderna till detta bland distriktsläkare och distriktssköterskor.

Resultaten visar att man inom primärvården i främsta rummet är engagerad i individinriktat förebyggande arbete; detta gäller både distriktsläkare och distriktssköterskor. För läkarnas del handlar det i främsta rummet om insatser mot riskfaktorer inom det biomedicinska sjukdomspanoramat, speciellt de s.k. folksjukdomarna, medan sjuksköterskornas verksamhet mer inriktar sig på barn och äldre och mot psykosocial problematik.

Gruppriktat arbete förekommer vid minst två vårdcentraler av tre; den vanligaste verksamheten är föräldragrupper organiserade av mödravården. Befolkningsinriktat arbete förekommer däremot enligt enkäten endast i relativt begränsad omfattning. Möjligen speglar detta en trend under 1990-talet att bedriva det befolkningsinriktade arbetet vid sidan av primärvårdens kliniska arbete. För bl.a. detta ändamål har några landsting inrättat särskilda tjänster för folkhälsoarbete.

När det gäller lokala hälsodata visade Socialstyrelsens undersökning att man vid drygt hälften av vårdcentralerna hade tillgång till någon form av data om hälsoläget i distriktet. Endast ett fåtal använde dessa data, i första hand vid planering eller i diskussioner om resursfrågor.

Lokala hälsodata bedömdes i rapporten därför ha begränsad betydelse för inriktningen av det förebyggande arbetet i primärvården.

Slutligen skall nämnas att distriktsläkarna och distriktssköterskorna ombads att ange hinder för det förebyggande arbetet. Båda kategorier uppgav som det största hindret den pressade arbetsituationen med brist på tid. En relativt stor del av läkarna ansåg också att de saknade såväl tillfredsställande teoretiska kunskaper som praktiska färdigheter inom det förebyggande området. Övriga hinder var brister inom ledningsfunktioner, ökade krav på dokumentation, dåligt stöd uppifrån, brist på tydliga mål och svårigheten att motivera samarbetspartner samt tvekl på att primärvården kan och bör syssla med befolkningsinriktad primärprevention.

Men trots hindren och bristerna var det många som framhöll en positiv bild av möjligheterna att, framförallt i den personliga kontakten med patienterna, påverka risker och hot mot hälsan.

#### *Primärvården i framtiden*

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talet har varit mycket omdanande. Bl.a. till följd av saneringen av de offentliga finanserna präglas den av stora besparingar och omstruktureringar inom sjukhussektorn, en kraftig omfördelning från slutenvård till öppna vårdformer och hemsjukvård liksom av stora förändringar av ansvaret för vården och omsorgen av de äldre och inom psykiatrin. HSU 2000 gjorde i sitt tidigare delbetänkande Behov och resurser i vården – en analys (SOU 1996:163) bedömningen att det kommer att ske en fortsatt omstrukturering av vård- och omsorgssektorn under kommande år. Patienter som i dag sköts i specialistvård bedöms i ökad utsträckning kunna tas om hand inom primärvården och i de särskilda boendeformerna i kommunerna. Primärvårds- och sjukhusansluten hemsjukvård förväntas expandera på slutenvårdens bekostnad. Den sammantagna effekten av den utvecklingen är att kraven och förväntningarna på primärvårdens medicinska insatser ökar. Detta gäller inte minst behovet av förstärkningar av läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården som landstingen har ett lagfäst ansvar för. Kommittén konstaterade också att vårdcentraler/husläkarmottagningar eller motsvarande i allmänhet inte ställts inför krav på besparingar – men inte heller fått några resurstillskott. Samtidigt kan konstateras att utvecklingen under senare tid har visat att svårigheterna att uppnå

planerade kostnadssänkningar för sjukhusvården har medfört att sparkrav nu börjar riktas även mot primärvården.

### 5.3 Kommitténs överväganden och förslag

Kommittén kan konstatera att förhoppningarna på primärvårdens förebyggande arbete varit orealistiskt stora ända sedan primärvården började byggas upp på 1970-talet. Primärvården har haft svårt att leva upp till dessa förväntningar. Det har funnits brister avseende resurser, kompetens och mandat för det förebyggande arbetet; inom organisationen finns det tvivel på nyttan med att arbeta förebyggande vid sidan av patientkontaktarna; reformer och andra organisatoriska förändringar anses ha försämrat förutsättningarna; otydliga ansvarsförhållanden mellan olika aktörer inom och utanför landstingen har lett till att det förebyggande arbetet ibland kommit att betraktas som betungande och problematiskt. I vissa fall kan också viljan att satsa på förebyggande arbete ha varit liten – resursbrist har då kunnat användas som ett argument för att inte prioritera denna verksamhet.

Som bakgrundsbeskrivningen visar har det också under lång tid funnits en dubbelhet i primärvårdsfilosofin som lett till otydliga signaler om hur organisationen borde utvecklas och arbeta: å ena sidan har den förutsatts svara för tillgänglighet och kontinuitet för den enskilde patienten, å andra sidan har den setts som ett (med områdesansvaret som bas) medicinskt och socialt verktyg i utvecklingen av lokalsamhället. I det senare sammanhanget har det förebyggande arbetet betraktats som ett viktigt instrument. Dessa motstridiga signaler har bidragit till att skapa frustration i organisationen.

Dessa ovan skisserade förhållanden har präglat primärvården i ett historiskt perspektiv och är aktuella också i dag. Utöver detta vill kommittén peka på nytillkomna faktorer som kommer att inverka på förutsättningarna för primärvårdens förebyggande arbete i framtiden.

Den första faktorn påverkar primärvården på ett mer övergripande plan och innebär att den förväntas ta över alltmer kvalificerade uppgifter från den sjukhusanslutna specialistsjukvården, samtidigt som resurserna inte kommer att öka. Den andra faktorn hänger samman med den förskjutning inom folkhälsoarbetet som skett under senare år genom att kommunerna kommit att ses som alltmer strategiska i arbetet, framförallt när det gäller genomförandet av olika befolkningsinriktade insatser.

Mot denna bakgrund finns det, enligt kommitténs mening, skäl till att primärvårdens uppdrag i det förebyggande arbetet bör formuleras tydligare än vad som hittills skett. Som det främsta skälet till denna omprövning vill kommittén framhålla att primärvården – från att tidigare ha setts som huvudaktören – kommit att betraktas som en aktör bland andra i folkhälsoarbetet.

För den analys som följer har vi identifierat ett antal frågeställningar som behöver belysas. Dessa omfattar primärvårdens ansvar för individ-, grupp- och befolkningsinriktade insatser samt epidemiologiskt underlag och dess roll som samverkanspartner. Innan vi går in på övervägandena under dessa rubriker skall dock nämnas att individ- och gruppinriktat arbete egentligen bör ses som *en* typ av insats, men där den pedagogiska metoden skiljer sig åt. I detta sammanhang särskiljs de emellertid i syfte att tydliggöra vårt resonemang.

Vi vill också påminna om diskussionen om mödra- och barnhälsovården i kapitel 3. Vi har där konstaterat att dessa verksamheter är självklara uppgifter för hälso- och sjukvården, att de fyller viktiga behov och att de inom ramen för ett system som når alla barn och gravida kvinnor bör anpassas till förändrade förutsättningar och behov. Mot denna bakgrund berörs dessa verksamheter därför inte i diskussionerna nedan.

#### *Individinriktat arbete*

Kommittén konstaterar inledningsvis att primärvårdens ansvar i det individinriktade förebyggande arbetet följer av hälso- och sjukvårdslagens 1 § som med hälso- och sjukvård förstår åtgärder att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Skyldigheten understryks genom lagens 2 b § som stadgar att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa och att den som vänder sig till hälso- och sjukvården när det är lämpligt skall ges upplysning om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Vikten av hälso- och sjukvårdens individinriktade förebyggande arbete understryks av Prioriteringsutredningen som placerade denna typ av insatser i den näst högsta prioritetgruppen, vilket innebär att området ses som mycket angeläget. Regeringen följde i prop. 1996/97:60 (Prioriteringar i hälso- och sjukvården) utredningens förslag.

Äligger att arbeta individinriktat förebyggande gäller självfallet all hälso- och sjukvård, men det finns skäl att särskilt betona den roll primärvården spelar.

Det främsta skälet är att primärvården inom loppet av några år möter i stort sett samtliga listade invånare eller invånare i upptagningsområdet. Man vinner därigenom goda kunskaper om invånarnas hälsovillkor. Kommittén vill understryka att detta faktum skapar unika möjligheter för organisationen att på förhållandevis kort tid nå en stor del av befolkningen med förebyggande insatser. Här ligger en stor och delvis outnyttjad potential. En stor del av befolkningen nås också genom rutinemässig diagnostik; hälso- och sjukvården kan här uppnå det dubbla målet att identifiera högriskgrupper och att sprida kunskap.

Det finns också anledning att tro att budskap som förmedlas av sjukvårdspersonal i konsultationssituationen kan ha stor legitimitet och betydelse för den enskilde, eftersom man ofta är starkare motiverad att ta till sig information som är direkt relaterad till de hälsoproblem man har. Vetenskapliga studier talar för att sådan information kan vara mycket effektiv vad avser rökning och alkoholmissbruk.<sup>2</sup>

Med tanke på att hjärt-kärlsjukdomar och cancer svarar för en betydande del av sjuklighet och dödlighet kan ett mer systematiskt förebyggande arbete från primärvårdens sida riktat mot rökning och alkoholmissbruk antas få effekter på folkhälsan.

Men om dessa möjligheter till individriktat förebyggande arbete skall kunna utnyttjas krävs att primärvården har tillgång till relevant kunskap och kompetens och att verksamheten är utformad på ett sådant sätt att det förebyggande arbetet går att följa. Mot den bakgrunden vill kommittén peka på några områden där det föreligger behov av att stärka och utveckla verksamheten.

För det första är det av central betydelse att det på olika nivåer i organisationen finns tillräcklig kompetens så att det förebyggande arbetet kan bedrivas professionellt och på vetenskaplig grund. En delfråga som kommittén vill framhålla gäller metoder för att föra ut information om hälsorisker m.m. Forskning visar här tämligen entydigt att information inte är tillräcklig för att påverka människors beteende. Det finns därför ett behov av att utveckla och sprida kunskap om effektiva och moraliskt acceptabla metoder för att nå ut med hälsofräm-

<sup>2</sup>Exempel är bl.a. en studie som år 1992 publicerades av WHO och som visar att fem minuters rådgivning vid ett läkarbesök angående vikten av att dricka mindre eller helt avstå, i kombination med en självhjälpsbroschyr, ledde till att högkonsumerande män minskade sin alkoholkonsumtion med 20 procent efter sex månader. I Edinburgh genomfördes ett projekt som innebar att 161 manliga högkonsumenter av alkohol fick ett enda rådgivningssamtal med en sjuksköterska vid en medicinklinik. Efter tolv månader kunde man påvisa stora förbättringar avseende bl.a. leverprover och alkoholrelaterade problem.

jande och sjukdomsförebyggande budskap. Många läkare och sjuksköterskor efterlyser också, som framgår av Socialstyrelsens tidigare refererade enkät, denna typ av stöd i arbetet.

Ett annat område kommittén vill lyfta fram handlar om att primärvårdens individinriktade arbete inte alltid synliggörs, eftersom insatserna många gånger genomförs integrerade med diagnostik och behandling och därför inte rubriceras på ett korrekt sätt. Det bör därför övervägas vilka åtgärder som kan vidtas för att tydliggöra och stärka det individinriktade förebyggande arbete som utförs inom primärvården. En möjlig väg kan vara att i uppföljningar av verksamheten i högre utsträckning efterfråga redovisning av dessa insatser. Därigenom borde också incitamenten att bedriva förebyggande arbete öka.

Primärvårdens individinriktade arbete borde också utvärderas i större omfattning.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att det individinriktade förebyggande arbetet är en självklar skyldighet för primärvården och att det här finns en potential som borde kunna utnyttjas bättre om vissa aspekter av verksamheten utvecklas.

### *Gruppriktat arbete*

Nästa frågeställning gäller primärvårdens gruppriktade insatser. Kommittén anser att denna typ av arbetsuppgifter inte med samma självklarhet som det individinriktade arbetet faller inom primärvårdens ansvarsområde. Här finns det emellertid lite olika sätt att se på frågan.

Å ena sidan kan man, som framgått ovan, betrakta individ- och gruppriktat arbetet som varianter på samma tema där endast den pedagogiska metoden skiljer sig åt. Om man inom primärvården väljer att arbeta individ- eller gruppriktat skulle därmed grundas på en bedömning av vilken metod som är effektivast i det aktuella fallet.

Å andra sidan kan man mena att vissa krav måste vara uppfyllda för att sådant gruppriktat arbete skall anses vara ett ansvar för hälso- och sjukvården. De kriterier som därvid måste uppfyllas är att verksamheten kräver hälso- och sjukvårdens speciella kompetens och att ingen annan aktör kan utföra uppgiften lika bra eller bättre. Områden där hälso- och sjukvårdens kompetens krävs kan vara t.ex. medicinskt motiverad rökavvänjning, alkoholorrådgivning och kostrådgivning till vissa riskgrupper. (Dessa åtgärder faller dock inte alltid inom ramen för primärvårdens verksamhet.)

Kommittén vill ansluta sig till den senare uppfattningen och anser att det i många fall förefaller saknas behov av hälso- och sjukvårdens

särskilda kompetens för de gruppverksamheter som förekommer. Gruppriktat arbete bör därför prövas noggrannare än i dag; i vissa fall kan primärvården hänvisa till andra aktörer som studieförbunden, frivilligorganisationerna och folkrörelserna. Dessa har också traditionellt spelat en betydelsefull roll i det hälsofrämjande arbetet. Också kommunerna är i detta sammanhang viktiga aktörer.

En resurs utgörs även av företagshälsovården som har en betydelsefull roll: en av dess huvuduppgifter är ju att arbeta förebyggande och den når årligen en stor del av den vuxna yrkesverksamma befolkningen. Också skolhälsovården bör kunna fylla en viktig funktion i detta avseende.

#### *Befolkningsinriktat arbete*

Befolkningsinriktat arbete har definierats på olika sätt i olika sammanhang. I detta betänkande kommer med befolkningsinriktade insatser att förstås insatser som samtidigt riktar sig till befolkningen i dess helhet eller till grupper i befolkningen (genom hälsokampanjer, lagstiftning, insatser för att förändra miljöer etc.) på nationell, regional eller lokal nivå. Insatserna är alltså inte individualiserade som när det gäller t.ex. vaccinationer eller mödra- och barnhälsovården. I detta senare fall är arbetet individinriktat, men har en masstrategisk ansats.

HSU 2000 har konstaterat att primärvården i olika sammanhang givits ett ansvar även i det befolkningsinriktade arbetet. Också hälso- och sjukvårdslagens förarbeten ger primärvården ett ansvar på detta område. Av skilda skäl har organisationen emellertid haft svårt att axla denna roll. I dag är det också tydligt att befolkningsinriktade insatser endast genomförs i begränsad omfattning i egen regi; delar av engagemanget förefaller i stället kanaliseras via lokala hälsoråd.

Vi anser att flera faktorer talar för att denna utveckling är önskvärd och att primärvården inte bör ha ett huvudansvar för befolkningsinriktade insatser. Sådana insatser kräver många gånger en kompetens av annat slag än den som primärvården besitter. I många fall ligger ansvaret för åtgärderna dessutom på andra samhällssektorer.

Dock åligger det primärvården att bidra till det befolkningsinriktade arbetet genom att till andra samhällssektorer förmedla den kunskap man i det dagliga arbetet vinner om hälsosituationen i befolkningen. Primärvården skall därför ses som en av de parter som från landstingets sida skall representeras i de lokala folkhälsoråden (motsvarande). Primärvården kan där bidra också med värdefull kvalitativt betonad kun-



skap vid sidan av registerdata som utarbetas av de samhällsmedicinska enheterna. Frågan om samverkan behandlas vidare under kapitel 6.

Slutsatsen angående det befolkningsinriktade arbetet påverkar också uppfattningen om innebörden i begreppet områdesansvar. HSU kan konstatera att begreppet leder till oklarheter när primärvårdens uppbyggnad och arbete diskuteras. Termen används om såväl den sjukvårdande som den förebyggande delen av verksamheten.

Kommittén menar att en konsekvens av att primärvården inte bör åläggas ett huvudansvar för det befolkningsinriktade arbetet är att begreppet områdesansvar bör reserveras för diskussioner om primärvårdens individinriktade sjukvårdande och förebyggande arbete. Enligt kommittén är det mot den bakgrunden rimligt att se primärvårdens områdesansvar som en skyldighet att ta ansvar för de individer inom ett geografiskt avgränsat område som inte har valt en fast läkarkontakt på en annan vårdcentral eller husläkarmottagning. I detta ansvar ligger dels individinriktade sjukvårdsinsatser, dels att erbjuda hälsokontroller och andra förebyggande åtgärder. I områdesansvaret ligger också att ta ansvar för de människor som av olika anledningar inte har förmåga att efterfråga den vård de behöver, t.ex. äldre, psykiskt sjuka och missbrukare och att ha kunskap om hälsoläget i området.

#### *Epidemiologiskt underlag*

Nära förknippad med det befolkningsinriktade arbetet är frågeställningen om primärvårdens ansvar för epidemiologiskt underlag. Primärvården har tidigare förväntats utarbeta lokala hälsobeskrivningar, innefattande beskrivningar av bl.a. demografiska förhållanden samt socioekonomisk struktur, hälsorisker, sjukdomsincidens och prevalens samt av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, struktur och kvalitet. Kommittén har kunnat konstatera att förväntningarna i detta avseende, liksom när det gäller det förebyggande arbetet i övrigt, varit stora och ibland oklara. Vi kan också se att primärvården hittills haft uppenbara svårigheter att ställa ett relevant underlag till förfogande för övriga aktörer med hälsopolitiskt ansvar. Den viktigaste förklaringen är kanske att primärvården i stor utsträckning saknat egna verktyg att omvandla vardagens kliniska data till strukturell beskrivning på grupp- och lokalsamhällsnivå.

Kommittén anser att en diskussion om primärvårdens roll i dessa avseenden måste relateras till det ansvar som vilar på de samhällsmedicinska enheterna. En av dessa enheters huvuduppgifter är att bygga upp kunskap om hälsosituationen i länet. Sådan kunskapsuppbyggnad

kräver ett geografiskt underlag som är större än en kommun eller ett primärvårdsområde för att mönster och avvikelser skall kunna upptäckas. Enligt vår uppfattning förefaller det därför naturligt att primärvårdens ansvar fokuseras på en skyldighet att bygga upp en bättre systematiserad öppenvårdsstatistik med rutinmässig registrering av diagnos och åtgärd. Sådan statistik blir allt viktigare för att man skall kunna finna orsaker till ohälsa och följa vårdkedjor och sjukdomsincidens. Primärvårdens roll i detta sammanhang blir också mer betydelsefull i takt med att fler uppgifter tas över från slutenvården och att en större andel av patienterna bara kommer till primärvården. I dag uppfattas denna skyldighet som svår och resurskrävande. Utredningen anser att uppgiften är betydelsefull, men att den kräver utvecklingsarbete för att uppgiftslämnandet skall bli meningsfullt för vårdens personal. Arbetet kommer att underlättas i takt med att IT-stödet till organisationen byggs ut.

#### *Sammanfattande slutsatser*

Kommittén har i sina överväganden försökt föra diskussionen om primärvårdens roll mot en bakgrund som omfattar dels förhållanden som påverkat – och kommer att påverka – primärvården i dess helhet, dels den utveckling som under senare år skett när det gäller synen på aktörer och metoder i folkhälsoarbetet. Vi har därvid noterat att kommunerna får allt större betydelse inom folkhälsoarbetet. Vi har vidare konstaterat att de problem som är förknippade med att primärvårdsfilosofin innehåller komponenter som givit upphov till motstridiga signaler kvarstår och att de kanske riskerar att accentueras under kommande år om inte förväntningarna på organisationen klargörs.

När det gäller det förebyggande arbetet inom primärvården har vi därför dragit slutsatsen att detta ansvar bör fokuseras på ett tydligare sätt än tidigare. Enligt vår uppfattning bör dess huvuduppdrag inom det förebyggande området vara att utveckla det individinriktade arbetet. Detta hänger framförallt samman med det kliniska arbetets ofta individuella karaktär, vilket för med sig att också de förebyggande insatserna främst lägger tyngdpunkten vid ett individinriktat perspektiv. I detta arbete finns en delvis outnyttjad möjlighet att bidra till folkhälsoarbetet. Gruppriktat arbete bör falla inom ansvarsområdet i den mån verksamheten kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens. Befolkningsinriktat arbete bör ligga utanför primärvårdens huvudåtagande. Dock är primärvården en naturlig samverkanspart i de lokala hälsoråden (motsvarande) där man kan bidra med kunskap och fungera som talesman eller ambassadör för det förebyggande arbetet. Ansvar

för att bidra till hälso- och sjukvårdens epidemiologiska underlag bör begränsas till att omfatta en skyldighet att på ett bättre sätt än i dag registrera den information man får genom patientkontaktarna. Rutinstatistiken bör alltså förbättras.

Med detta har HSU 2000 formulerat ett huvudåtagande för primärvårdens del när det gäller det förebyggande arbetet. Kommittén vill emellertid starkt understryka att detta arbete måste ges utrymme och resurser för att det skall kunna utvecklas och för att man skall kunna ta tillvara organisationens möjligheter och det kunnande och engagemang som finns hos personalen. Att uppdraget avgränsats innebär alltså inte att mindre vikt läggs vid primärvårdens insatser i det förebyggande arbetet, utan endast att det görs klart vilka förväntningar som kan ställas på organisationen.

## 6 Initiativ och samverkan i folkhälsoarbetet

**Kommitténs förslag:** Kommittén noterar att det kommunala engagemanget i folkhälsoarbetet ökat under senare år, liksom det organiserade samarbetet mellan bl.a. kommuner och landsting i dessa frågor. HSU välkomnar denna utveckling, men anser att folkhälsoaspekterna likafullt behöver stärkas. De bör därför synliggöras inom olika sektorer genom att metoder för hälsokonsekvensbeskrivningar utarbetas och sprids och genom att man inom olika sektorer skapar system och ekonomiska incitament som medger att folkhälsofrågorna beaktas. Kommittén framhåller de förtroendevaldas nyckelroll i folkhälsoarbetet och anser att hälsokonsekvensbeskrivningar kan tjäna som ett instrument för att föra upp och behålla folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen.

Samarbetet i lokala folkhälsoråd bör följas och stödjas från den nationella nivån. Som viktiga förutsättningar för arbetet framhåller HSU att man utarbetar sektorsövergripande mål och strategier och att arbetet har en tydlig politisk förankring. Nationella folkhälsokommittén bör överväga hur samverkan ytterligare kan stärkas genom att dels pröva om kommunernas ansvar i folkhälsoarbetet borde framgå på ett tydligare sätt av lagstiftningen, dels utreda en eventuell formalisering av samverkan.

Bidraget från landstingens hälso- och sjukvård till samverkan mellan kommuner och landsting i folkhälsoarbetet bör innefatta deltagande i lokala hälsoråd där man bl.a. bör bidra med kunskap om hälsoläget i området. Hälso- och sjukvården bör vidare, framförallt genom de samhällsmedicinska funktionernas försorg, bistå de lokala hälsoråden med kunskapsunderlag samt i förekommande fall fungera som arena för de lokala hälsoplanerare som har sin bas i kommunerna. Både kommunernas och landstingens hälso- och sjukvård har – i likhet med andra sektorer – ansvar för att fungera som larmklocka när man uppmärksammar problem. Kompetensen på den kommunala nivån måste stärkas för att kommunerna skall kunna utgöra den centrala arena i folkhälsoarbetet som förutsätts. Landstingen har en viktig uppgift i att stödja i synnerhet de kommuner som är för små för att på egen hand bygga upp tillräckliga resurser för ett offensivt folkhälsoarbete.

## 6.1 Direktiven

Enligt direktiven skall HSU analysera hur samverkan mellan stat, landsting och kommun kan förbättras när det gäller folkhälsoarbete. Denna frågeställning rör egentligen hur det tvärsektoriella samarbetet bör organiseras och ligger därför i huvudsak utanför ramen för HSU:s direktiv, eftersom HSU har att behandla frågeställningar relaterade till hälso- och sjukvårdssektorn. Inom ramen för kommitténs uppdrag ligger dock att söka definiera hälso- och sjukvårdssektorns roll i detta samarbete och att aktualisera frågeställningar som behöver analyseras vidare.

## 6.2 Bakgrund

### 6.2.1 Ansvarsfördelningen i folkhälsoarbetet

Det har under lång tid varit en grundtanke i svensk folkhälsopolitik att varje sektor inom ramen för sitt ansvarsområde skall ta hänsyn till och integrera hälsoaspekter i arbetet. Den bakomliggande tanken är att de som dagligen verkar inom ett område är bäst skickade att bedöma hälsokonsekvenser av verksamheten. Beträktat på detta sätt har alla sektorer skyldighet att driva folkhälsofrågor och att ta initiativ till samverkan med andra när behov uppmärksammas.

#### *Sjukvårdshuvudmännens ansvar*

Som beskrivits i kapitel 4 har hälso- och sjukvården genom hälso- och sjukvårdslagen givits ett ansvar för förebyggande insatser riktade till människor och miljö. De miljöinriktade åtgärderna innefattar, enligt lagens förarbeten, insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, liksom hur levnadsvanorna påverkar hälsotillståndet. Sjukvårdshuvudmännen bör ta tillvara och utnyttja den information om risker i människornas livsmiljö som observeras i hälso- och sjukvårdsarbetet. I lagens förarbeten förutsätts vidare att främst landstingen skall medverka i samhällsinriktade förebyggande insatser och därmed bidra

till en bättre livsmiljö och om möjligt också förbättrade levnadsvillkor för befolkningen. Sjukvårdshuvudmännen har vidare en skyldighet att samverka med andra samhällsorgan i planeringen av hälso- och sjukvården och att ta kontakt med andra aktörer för att delge dem relevanta kunskapsunderlag i syfte att bidra till samhällsplaneringen.

Enligt Socialstyrelsens uppfattning innebär detta ansvar för landstingens del att de har en tydlig roll vad gäller initiativ till samverkan i folkhälsofrågor (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1994:6). Bl.a denna landstingens initiativroll borde, enligt Socialstyrelsens mening, tydliggöras genom en komplettering av hälso- och sjukvårdslagen. Frågan har även aktualiserats i Miljöhälsoutredningens betänkande Miljö för en hållbar hälsoutveckling (SOU 1996:124).

#### *Kommunernas ansvar*

Kommunerna ansvarar för politikområden som har stor betydelse för kommuninvånarnas välfärd och som därigenom också påverkar deras hälsa. Däremot har de inte på samma sätt som landstingen ett uttalat lagstadgat ansvar för invånarnas hälsa, även om sektorslagstiftning på flera områden ålägger också kommunala verksamheter att beakta hälsoaspekter eller att arbeta förebyggande.

Ett mer uttalat kommunalt ansvar i folkhälsoarbetet har emellertid under senare år aktualiserats av ett par statliga utredningar. Utredningarnas förslag har i dessa delar inte följts upp av regeringen.

Socialtjänstkommittén diskuterade i sitt betänkande Ny socialtjänstlag (SOU 1994:139) under rubriken folkhälsoarbete socialtjänstens insatser på grupp- och områdesnivå och föreslog därvid att socialtjänsten skall ha en skyldighet att bedriva uppsökande verksamhet för att förebygga och avhjälpa sociala problem och ohälsa. Skyldigheten skulle begränsas till att avse barn och ungdomar som riskerade att utvecklas ogynnsamt samt sådana grupper som är i behov av samhällets särskilda stöd. Socialtjänsten borde vidare ha ansvar för att vidta åtgärder för att främja en gynnsam social utveckling. Dessa åtgärder borde främst inriktas på att förebygga och avhjälpa drogmissbruk, ohälsa och social isolering.

Kommunernas ansvar för folkhälsoarbetet diskuterades också av Regionberedningen. I slutbetänkandet Regional framtid (SOU 1995:27) föreslog beredningen att kommunernas ansvar för folkhälsoarbetet inom sina verksamhetsområden borde anges klarare. Beredningen motiverade dock inte sitt ställningstagande.

### *Kommunernas engagemang i folkhälsoarbetet*

Kommunerna har under senare år kraftigt ökat sitt engagemang i folkhälsoarbetet. Som den huvudsakliga grunden för engagemanget betraktar man ansvaret för invånarnas välfärd.

En kartläggning som Folkhälsoinstitutet gjorde hösten 1995 (Kartläggning av kommunernas folkhälsoarbete) visar att 60 procent av kommunerna då hade någon form av hälsoråd. I flertalet av dessa hälsoråd är landstingen representerade på tjänstemanna- och/eller politisk nivå. De flesta av dessa råd är förhållandevis nya: hela 42 procent bildades under 1994 och 1995. Enkäten visar vidare att det i 66 procent av kommunerna finns hälsosamordnare och att 25 procent har en övergripande handlingsplan för arbetet.

Kommunernas folkhälsoarbete inriktas främst på allergi, droger och miljö/Agenda 21. En fjärdedel av kommunerna hade också genomfört, eller planerade att genomföra, insatser för att minska hälsoskillnader mellan olika grupper. De vanligaste målgrupperna har därvid varit kvinnor, invandrare och boende i vissa bostadsområden.

## 6.2.2 Samverkan mellan kommuner och landsting

En undersökning som gjorts inom ramen för det Folkhälsoprogram som initierats av Landstingsförbundet visar på en ökad samsyn mellan kommuner och landsting när det gäller folkhälsoarbetet. En stor majoritet är positiva till samarbete i folkhälsofrågor och majoriteten anser också att samarbetet fungerar bra i dag (Samverkan i folkhälsofrågor mellan kommuner och landsting).

Undersökningen tyder också på att det finns en ganska stor enighet om arbetsfördelningen mellan kommuner och landsting på folkhälsoområdet: Landstingen anser att huvuddelen av folkhälsoarbetet bör bedrivas utanför hälso- och sjukvården och att kommunerna skall ta på sig ett större ansvar än i dag, eftersom kommunerna har de största möjligheterna att påverka förhållanden som har betydelse för folkhälsan. Landstingen ser sig gärna som kunskapsspridare och kommunerna som genomförare. Kommunerna, å sin sida, har inget emot att arbeta praktiskt med att genomföra olika åtgärder; det är den inriktningen de har på sitt arbete i dag. De anser vidare att samverkan ger dem möjligheter att utnyttja landstingens resurser.

Samarbetet tar sig också uttryck i att man på vissa håll försöker utarbeta gemensamma mål eller hälsopolitiska handlingsprogram för

folkhälsoarbetet. I många fall ger landstingen också, som framgått, stöd till kommunerna genom att finansiera lokala hälsoplanerartjänster.

Samverkan mellan kommunerna och landstingen har också stöttats genom det nätverk för lokalt folkhälsoarbete som bildades år 1994. Nätverket hade år 1996 72 kommuner och 21 landsting som medlemmar. På den nationella nivån deltar Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen.

Hinder för samverkan förefaller inte vara allmänt förekommande. Bland de hinder som ändå nämns finns att man inte har samma syn på folkhälsoarbetet, att man inte talar samma språk och att kommuner i vissa fall fortfarande betraktar folkhälsoarbetet som landstingens angelägenhet.

### 6.3 Kommitténs överväganden och förslag

Kommittén konstaterar att det råder en relativt bred samstämmighet om ansvarsfördelningen mellan kommunerna och landstingen i folkhälsoarbetet: landstingens roll som kunskapsspridare och stöd betonas, medan kommunerna ses som de aktörer som skall genomföra det breda folkhälsoarbetet. Denna samstämmighet grundar sig delvis på principen om sektorsansvar.

Principen om sektorsansvar innebär, som redan berörts, att alla sektorer har ansvar för folkhälsofrågor inom sitt kompetensområde. Detta ansvar innefattar också en skyldighet att uppmärksamma andra sektorer på problem och att ta initiativ till samarbete i förekommande fall. Principen har emellertid en baksida: det finns en risk för att frågor faller mellan stolarna genom att folkhälsoarbete är "allas ansvar, men ingens skyldighet". Detta problem kan accentueras när det ekonomiska läget är ansträngt och när olika aktörer väljer att koncentrera sina insatser till det som utgör huvudsyftet med verksamheten. Sålunda riskerar hälsoaspekter att nedprioriteras i skolans, barnomsorgens, hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete, trots att folkhälsoarbete kan ha hög prioritet på ett övergripande plan.

Socialstyrelsen har också pekat på detta dilemma i sina uppföljningar. Dessa visar att om folkhälsoarbetet enbart bedrivs som separata politik- och verksamhetsområden får det inte den bredd och genomslagskraft som är nödvändig och hushållningen med begränsade resurser blir inte optimal. Om folkhälsofrågorna å andra sidan enbart ses som delområden inom många verksamheter, utan någon gemensam på-



drivande och stödjande kraft och utan förankring i övergripande strategier och konkreta mål som följs upp, riskerar folkhälsofrågorna att prioriteras bort till förmån för mer påtagliga kärnuppgifter.

Som framgått tidigare anser Socialstyrelsen att den initiativroll som för landstingens del är förenad med sektorsansvaret borde tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen. Landstingens skyldighet i detta avseende skulle därigenom komma att stärkas. Av förarbetena framgår emellertid, som tidigare beskrivits, inte bara en skyldighet för landstingen att sammanställa och bearbeta information, utan också att denna kunskap *aktivt* skall delges andra aktörer. Kommittén menar därför att lagstiftningen är tillräckligt tydlig på denna punkt.

Kommittén vill också varna för risken att det uppstår ett slags obalans mellan olika aktörer om initiativrollen inom *en* sektor framhävs, men inte inom andra. Intrycket skulle därigenom kunna bli att en sektor har något slags *överordnad initiativskyldighet*, vilket inte torde vara förenligt med principen om sektorsansvar.

Kommittén menar därför att man bör bygga vidare på dagens principer för ansvarsfördelning. De svårigheter som är förknippade med att ingen sektor eller aktör har folkhälsofrågor som sitt kärnområde måste likafullt tas på allvar. Kommittén anser att detta understryker behovet av att man inom olika områden skapar system och ekonomiska incitament som medger att folkhälsofrågorna beaktas och kan utgöra en integrerad del av verksamheten. I detta sammanhang bör hälsokonsekvensbeskrivningar särskilt framhållas. Genom sådana beskrivningar kan hälsokonsekvenser av beslut tydliggöras och bli föremål för demokratisk debatt. Som kommittén tidigare framhållit har de förtroendevalda en nyckelroll i folkhälsoarbetet; hälsokonsekvensbeskrivningar kan fungera som ett instrument för att föra upp och behålla folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen. Folkhälsoaspekternas ställning kan också stärkas i relation till andra hänsyn, främst de ekonomiska. Kommittén noterade i kapitel 4 att det pågår arbete med att utveckla hälsokonsekvensbeskrivningar både på regional och nationell nivå och vill här understryka vikten av att instrumentet utvecklas och sprids till olika sektorer.

En åtgärd för att minska risken för att folkhälsoaspekter inte beaktas är således att stärka deras ställning inom olika sektorer. Ett annat är att utveckla en strukturerad samverkan mellan olika sektorer, framförallt mellan kommuner och landsting (men också bl.a. försäkringskassan och arbetsförmedlingen kan ingå beroende på lokala förhållanden). Mot den bakgrunden är de senaste årens utveckling mot ett ökat kommunalt engagemang i folkhälsoarbetet och mot ökat samarbete i lokala hälsoråd mycket positiv. Kommittén anser att denna utveckling

skapar möjligheter till ett mer offensivt och systematiskt folkhälsoarbete på den kommunala och regionala nivån. De lokala hälsoråden bör kunna fungera som fora för diskussion i folkhälsofrågor samt för att prioritera insatser och fördela arbetsuppgifter mellan de deltagande aktörerna. Som viktiga förutsättningar för arbetet vill kommittén framhålla att man utarbetar gemensamma hälsopolitiska mål eller handlingsprogram/hälsopolitiska strategier så att en plattform för arbetet skapas. Det är också betydelsefullt att arbetet har en klar och tydlig politisk förankring. Att avsätta gemensamma resurser för att finansiera projekt kan ge arbetet ytterligare kraft.

Här finns det emellertid anledning att betona att vi står inför början av en utveckling: både kommunernas ökade engagemang och de lokala hälsoråden är nya företeelser. Det kommer därför att krävas tid för att bygga upp kompetens och för att finna organisationsformer som är anpassade till lokala förutsättningar och behov. De närmaste åren kommer det därför att vara en viktig uppgift att stimulera till denna uppbyggnad av flexibla arbetsformer. I detta sammanhang skall också samverkan med den nationella nivån beröras. Folkhälsoinstitutet har att stödja det kommunala och regionala arbetet genom att bl.a. utveckla nätverk och handlingsprogram. Institutet har också till uppgift att fortlöpande följa och dokumentera utvecklingen av det kommunala och regionala folkhälsoarbetet.

En fördjupad analys av samverkan mellan kommuner och landsting i folkhälsoarbetet bör genomföras inom ramen för arbetet inom Nationella folkhälsokommittén. I detta arbete finns många erfarenheter att hämta från svenska kommuner och landsting, men även från Danmark som har infört ett system med s.k. dialogplanering. Detta system innebär en utökad lagreglerad samverkan mellan kommuner, amtskommuner och staten i hälsoplaneringen. I detta sammanhang borde också frågan om ett tydligare lagstadgat ansvar för kommunerna när det gäller folkhälsoarbete övervägas. HSU vill därför endast understryka behovet av att man i avvaktan på Nationella folkhälsokommitténs överväganden fortsättningsvis följer utvecklingen och bistår de kommunala och regionala nivåerna med stöd i uppbyggnadsarbetet.

Hälso- och sjukvårdens bidrag till samverkan har i viss mån redan berörts i de föregående kapitlen: kommittén har därvid menat att primärvården bör ses som en naturlig part i de lokala hälsoråden och att den där bl.a. bör bidra med sin kunskap om hälsoläget i sitt område och fungera som talesman för det förebyggande arbetet. Också andra parter kan givetvis komma ifråga beroende på hur de lokala förhållandena ser ut. Hälso- och sjukvården bör vidare, framförallt genom de samhällsmedicinska enheternas försorg, bistå de lokala hälsoråden med kun-

## Särskilda yttranden

### Särskilt yttrande av ledamoten Stig Sandström (v)

Det råder i dag oklarhet om det *politiska* ansvaret för folkhälsofrågor på central nivå. Vi har flera centrala myndigheter som på tjänstemannanivå direkt och indirekt arbetar med folkhälsofrågor. Formellt är socialministern högste ansvarig men hennes ansvarsområde är så vittomfattande att folkhälsofrågorna knappast kan ges prioritet. Ett undantag är alkohol- och narkotikapolitiken där regeringen och socialministern agerat kraftfullt. Samtidigt sker ute i kommuner och landsting hela tiden en utveckling på folkhälsoområdet och ambitionerna ökar. Men på central politisk nivå står det still.

Jag vill därför aktualisera frågan om det inte nu är läge att tillsätta en folkhälsominister med en liten grupp rådgivare, med folkhälsovetenskaplig kompetens, kring sig. Det vore en billig och enkel åtgärd jämfört med andra administrativa åtgärder. För att den enorma kunskap om hälsan och dess bestämningsfaktorer som finns inom hälso- och sjukvården skall kunna tas till vara i samhället *utanför* hälso- och sjukvårdssystemet måste det finnas mottagare på de politiska nivåerna som har erforderlig tid och kompetens att ta tillvara kunskapen och signalerna. Många kommuner har tillsatt hälsoråd och en del landsting har utsett landstingsråd med speciellt ansvar för folkhälsofrågor. Det är naturligtvis bra men även på den centrala politiska nivån skulle det vara välkommet med ett tydligt definierat ansvar ty naturliga arbetsuppgifter finns det gott om.

Som ansvarsfrågor utöver folkhälsan kan man tänka sig handikappolitiken (HO), hjälpmedelsförsörjningen, rehabiliteringsfrågor, arbetslivsfrågor, uppföljning av barnkonventionen och FN:s standardregler m.m.

Fördelen med en sådan anordning skulle vara flera: Dels så skulle vi få en bättre central samordning av folkhälsoarbetet och en bättre hel-

hetssyn och dels så skulle lokala politiker och folkhälsofolk få ett kvalificerat "bollplank" på central nivå.

Men den kanske allra största vinsten vore att man i regeringen förde in kunskaper om hur olika åtgärder påverkar folkhälsan. I dag saknas uppenbarligen sådana överväganden i stor utsträckning och flera partier i riksdagen har förgäves efterlyst konsekvensbeskrivningar av olika åtgärder. Trots att vi ser hur de sociala skillnaderna ökar så saknas analyser och konsekvensbeskrivningar. Ett typexempel på en ur folkhälsosynpunkt kontraproduktiv åtgärd är den senaste nedskärningen av tandvårdsförsäkringen som helt uppenbart utformats på rent finansiella grunder och vars konsekvens blir att endast de välbeställda kan ta del av den. Visserligen framförde socialministern viss kritik mot åtgärden men det skulle säkert getts större tyngd om hon fått hjälp av en "folkhälsominister".

I likhet med andra kritiska röster saknar jag också en omvärldsanalys och ett strategiskt tänkande i betänkandet. Visserligen har jag full förståelse för avgränsningsproblemen som sekretariatet haft men ändå tycker jag att man skulle försökt få med lite mer av framtidsperspektiv och övergripande analys i materialet. Bara ett exempel:

Hjälpmedelsutveckling har länge varit en viktig del inom framförallt den specialiserade sjukvården och är enligt min mening strategiskt viktig även i ett folkhälsoperspektiv men om detta har utredningen inget att säga.

Hjälpmedelsförsörjningen har betytt mycket för att förbättra folkhälsan i dess bredare betydelse. Sverige har länge varit ledande på området och bör så fortsätta. Även framöver kommer hjälpmedelsförsörjningen att vara av strategisk betydelse. Nya tekniska landvinningar öppnar fantastiska möjligheter att förbättra livskvaliteten genom att reducera funktionshinder och öka tillgängligheten. Satsningar på behovsbaserad hjälpmedelsförsörjning är också i allra högsta grad samhällsekonomiskt försvarbar och ligger väl i linje med prioriteringsutredningens rekommendationer.

Tyvärr så har viss oreda uppstått på hjälpmedelsförsörjningens område efter ÅDEL-reformen och EU-inträdet. Ansvarsförhållanden har blivit oklara. Fokusering på produkter i stället för behov har i besparingssyfte blivit huvudriktningen och dessutom har en flora av avgifter spridit ut sig. Ett landsting tillämpar t.ex. återlämningsavgifter. Kvalitén hotas och köer till undermåliga produkter blir vardagen för de behövande.

Jag menar att det är dags att strama upp hjälpmedelsförsörjningen eftersom det är en viktig nationell resurs av strategisk betydelse. Huvudansvaret bör åter läggas på Handikappinstitutet vad gäller ut-

bildning av datorer och framtagning av en nationell sortimentförteckning och på landstingens hjälpmedelscentraler för distribution och för att upprätthålla kvalitet och framförhållning.

En liknande analys kunde göras om det framgångsrika smittskydds-försvaret som varit enormt framgångsrikt och kostnadseffektivt i Sverige men som nu kan förväntas få problem i och med den försämrade kontrollen av vår föda och de nya epidemierna i vår nära omvärld.

Nu vill HSU lämna över dessa och andra frågor till kommittén som skall diskutera nationella folkhälsomål. Jag tycker att det är lite synd. Vi borde ha kunnat komma längre även om utredningsområdet är avgränsat.

## Särskilt yttrande av Göran Dahlgren

HSU-kommittén har i tilläggsdirektiv (Dir 1994:152) fått i uppdrag att utreda hur hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet kan förtydligas och förstärkas.

Det förslag till delbetänkande som – efter flera års omfattande utredningsarbete – nu redovisas uppfyller enligt min bedömning inte direktivens krav. Skälen för denna bedömning redovisas nedan.

### 1 Omvärldsanalys

HSU:s analyser och förslag präglas i hög grad av ett synsätt där hälso- och sjukvården ses som ett från omvärlden slutet system. I det inledande bakgrundskapitlet redovisas visserligen ett antal faktorer som kan tänkas påverka hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet (t.ex. hög arbetslöshet, utveckling av informationsteknologin, internationalisering och migration samt uppgifter om ohälsans omfattning och fördelning). Denna omvärldsanalys är emellertid mycket ofullständig och saknar dessutom en direkt koppling till de analyser och förslag utredningen redovisar i de följande kapitlen. Den fyller därför i första hand ett "dekorativt" syfte. Kommittén borde i stället redovisat en policy- och åtgärdsinriktad omvärldsanalys som t.ex. belyst:

- Hur den sociala utvecklingen som den t.ex. beskrivs i 1997 års Sociala Rapport i termer av försvagade resurser och hög arbetslöshet bland ungdomar, ensamstående föräldrar, invandrare, kortutbil-

dade och arbetshandikappade kan/bör påverka hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

- Hur en hälsoutveckling präglad av bl.a. ökad medellivslängd, oförändrat stora sociala skillnader i ohälsa och en ökad andel av befolkningen som drabbas av psykisk ohälsa och allergier kan/bör påverka prioriteringar vad avser hälso- och sjukvårdens primärpreventiva insatser.
- Hur en förändrad hälsopolitik vad avser t.ex. alkohol – som en följd av Sveriges EU-medlemskap – kan komma att ställa nya krav på en lokal och regional alkoholpolitik där hälso- och sjukvården får en viktigare och tydligare roll i arbetet med att förebygga alkoholrelaterade sjukdomar och skador.
- Hur t.ex. nedskärningar inom företagshälsovården och ett allt offensivare folkhälsoengagemang från t.ex. apotek och försäkringskassa skapar nya krav respektive möjligheter när det gäller hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet.

Kommitténs omvärldsanalys borde också omfattat en redovisning av erfarenheter och planer från andra länder när det gäller hälso- och sjukvårdens medverkan i folkhälsoarbetet. En internationell utblick som omfattat t.ex. Danmark, Finland, England och Kanada skulle då visat på en strävan att vidga denna roll från i första hand patientrelaterad hälsouppllysning till att även omfatta ett aktivare engagemang i det lokala och regionala folkhälsoarbetet. En motsvarande strävan finns – som bl.a. framgår av punkt 2 nedan – hos flertalet svenska sjukvårdshuvudmän. HSU-kommitténs förslag med dess starka betoning av patientrelaterad hälsouppllysning och nedtoning av hälso- och sjukvårdens potentiella roll i ett bredare folkhälsoarbete går däremot emot dessa internationella och svenska trender.

## 2 Hälsopolitiska mål och strategier

### 2.1 Sjukvårdshuvudmännens folkhälsoprogram

HSU-kommitténs beskrivning av hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet omfattar inte de hälsopolitiska mål och program som fler-

talet sjukvårdshuvudmän – ofta i samarbete med primärkommunala organ – tagit fram under 1990-talet. Enligt kommitténs ordförande är de ett uttryck för sjukvårdshuvudmännens vidare engagemang i folkhälsofrågor och därför ej av intresse för en utredning inriktad på hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet. Den sakliga grunden för denna bedömning är obefintlig eftersom sjukvårdshuvudmännens hälsopolitiska planer och program är av stor betydelse för just hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser i såväl egen regi som i samverkan med kommunala organ och frivilliga organisationer. Det är därför svårt att förstå varför kommittén inte belyser sjukvårdshuvudmännens ökande engagemang i det lokala och regionala folkhälsoarbetet som det uttrycks av bl.a.:

*Östergötlands läns landsting.* I det hälsopolitiska handlingsprogram som antogs 1995 och som bl.a. prioriterar insatser för att minska skador, rökning, alkoholmissbruk och rörelseorganens sjukdomar. I detta program anges även riktlinjer för hur landstinget i Östergötland skall bli ett "Hälsolandsting" och hur regionsjukhuset i Linköping successivt skall utvecklas till ett s.k. hälsofrämjande sjukhus i enlighet med WHO:s kriterier.

*Landstinget Skaraborg* som sedan den första hälsoplanen 1971 utvecklat en samlad och långsiktig folkhälsostrategi som – inte minst när det gäller att förebygga skador – har varit – och fortfarande är – ledande såväl i ett nationellt som internationellt perspektiv. Landstingets folkhälsoarbete bedrivs utifrån en gemensam organisation – Folkhälsocentrum – som är direkt underställd landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd.

*Kommunalförbundet Västra Götaland* som för fyra sjukvårdshuvudmän (Bohus, Göteborg, Älvsborg och Skaraborg) inrättat ett politiskt folkhälsoutskott och initierat en rad s.k. kompetensgrupper. Dessa kompetensgrupper, som samordnas av en folkhälsodirektör, är bl.a. inriktade mot arbetslöshetens ohälsoeffekter, hälsopolitiska jämlikhetsstrategier, skadeprevention, hälsofrämjande insatser bland barn och ungdom, epidemiologi, folkhälsoekonomi och kvalitetssäkring/utvärdering av folkhälsoarbetet.

*Örebro läns landsting* som initierat ett utvecklingsarbete för att göra Örebro till ett "folkhälsolän." I det strategiförslag som föreligger har landstingets hälso- och sjukvård en viktig roll när det gäller att säkerställa en kunskapsbaserad verksamhet såväl i hälso-

och sjukvårdens insatser i egen regi som i det tvärssektoriella folkhälsoarbetet.

- *Landstinget i Uppsala län* vars hälsopolitiska program från 1995 betonar betydelsen av att utveckla metoder för hälsokonsekvensanalyser av politiska beslut och insatser med fokus på bl.a. tobak, kost och fysisk aktivitet. Ökad jämlikhet är ett övergripande mål för dessa insatser som syftar till att förebygga bl.a. hjärt-kärl- och cancersjukdomar.
- *Det nya storlandstinget i Skåne* bygger vidare på det framgångsrika folkhälsoarbete som bl.a. bedrivits i Kristianstads läns landsting med starkt fokus på process och genomförandestrategier inom såväl primär- som den sjukhusanknutna vården.
- *Landstinget i Västernorrland* som under ledning av ett speciellt folkhälsolandstingsråd utvecklat strategier och ett konkret folkhälsoarbete som väckt berättigad uppmärksamhet såväl nationellt som internationellt.

*Stockholms läns landsting* där det förebyggande arbetet – under ledning av ett speciellt folkhälsolandstingsråd – i hög grad är decentraliserat till områdesbaserade folkhälsoenheter och folkhälso-grupper. Verksamheten bedrivs delvis i form av speciella hälsoprogram som bl.a. inriktas mot HIV/AIDS, diabetes, psykisk ohälsa, tobaksprevention och cancerprevention.

- *Gävleborgs läns landsting* där den hälsopolitiska kommittén tagit fram ett förslag till samlad strategi "Folkhälsa 2000". Ökad jämlikhet i hälsa är ett övergripande mål för denna folkhälsostrategi som bl.a. prioriterar insatser för att förbättra hälsans villkor bland barn och ungdom, minska bruket av tobak och missbruk av alkohol, förebygga HIV/STD, självmord, olycksfall samt främja ur hälsosynpunkt goda matvanor.

Sjukvårdshuvudmännens mål, strategier och handlingsprogram som de uttrycks i dokument som dessa borde givetvis utgöra ett självklart underlag för en utredning som HSU med uppgift att förtydliga och förstärka hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet. Jag finner det därför mycket anmärkningsvärt att kommittén avvisat förslag att beskriva och analysera det idérika och konkreta utvecklingsarbete som



sjukvårdshuvudmännen – trots en allt kärvare ekonomisk situation – initierat och genomfört under den senast tioårsperioden.

## 2.2 Nationella folkhälsoprogram

Nationella program för folkhälsoarbetet som även belyser hälso- och sjukvårdens roll finns för bl.a. alkohol- och drogförebyggande insatser, det tobakspreventiva arbetet, nationella strategier mot HIV/AIDS samt, för det skadepreventiva arbetet (inklusive insatser för att förebygga självmord). HSU-kommittén redovisar inte de förväntningar och krav som ställs på hälso- och sjukvården i dokument som dessa. Kommittén har heller inte försökt bedöma i vilken utsträckning dagens hälso- och sjukvård på ett tillfredsställande sätt fyller sin funktion inom ramen för en samlad tvärsektoriell folkhälsostrategi. Detta beror ej på bristande underlag. HSU-sekretariatet har från Folkhälsoinstitutet beställt – och fått – en relativt omfattande beskrivning och analys som klarlägger såväl brister som utvecklingsbehov vad avser hälso- och sjukvårdens roll i ett samlat folkhälsoarbete inom olika sakområden. Kanske är det snarare ett uttryck för HSU:s inomsektoriella synsätt där “externa” förväntningar, krav och bedömningar vad avser hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet framstår som mindre väsentliga.

## 2.3 Internationella hälsopolitiska mål och strategier

WHO:s hälsopolitiska mål och strategier för Europaregionen har inspirerat många landsting när de försökt utveckla regionala hälsomål och folkhälsoprogram. Sjukvårdshuvudmännens ökande kontakter med EU i folkhälsosammanhang – t.ex. i program som “Europe against cancer” – har också fungerat som en inspirationskälla för bl.a. hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser lokalt och regionalt. HSU-kommittén har tyvärr inte belyst betydelsen av dessa internationella förebilder när det gäller att utveckla den svenska hälso- och sjukvårdens framtida roll i folkhälsoarbetet. Om man hade gjort det skulle kommitténs starkt individriktade folkhälsostrategi för hälso- och sjukvården framstått som mycket begränsad i jämförelse med den roll hälso- och sjukvården ges i t.ex. WHO:s hälsopolitiska strategi.

#### **2.4 HSU:s respektive den Nationella folkhälsokommitténs arbete**

HSU-kommittén anser att avsaknaden av övergripande nationella hälsomål försvårar arbetet med att tydliggöra hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet. HSU finner mot denna bakgrund "att den precisering av hälso- och sjukvårdens roll som görs i detta betänkande borde fått komma efter den Nationella folkhälsokommitténs förslag" (dvs. efter år 2000).

Jag finner denna inställning till HSU-kommitténs uppdrag märklig av följande tre skäl:

1. Sjukvårdshuvudmännens aktiva och ökande engagemang när det gäller att utveckla mål och handlingsprogram för det lokala och regionala folkhälsoarbetet utgör en förutsättning – inte ett hinder – för en konstruktiv dialog vid utformningen av verklighetsförankrade nationella hälsomål.
2. Den nationella folkhälsopolitik som inom vissa sakområden utformats av regering, riksdag och myndigheter på nationell nivå ger redan i sin nuvarande – om än inte heltäckande – form viss vägledning även när det gäller hälso- och sjukvårdens ansvar och roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet med fokus på bl.a. tobak, alkohol, narkotika, skador och HIV/AIDS.
3. Den Nationella folkhälsokommitténs direktiv betonar betydelsen av att denna kommitté – i motsats till HSU – skall arbeta processinriktat och med maximal öppenhet gentemot olika intressenter. Ett huvudskäl för att folkhälsokommittén skall arbeta på detta sätt är att man därigenom inom ramen för kommitténs arbete skall stödja och stimulera såväl lokala som regionala och nationella initiativ på folkhälsoområdet. En passiv och avvaktande inställning med hänvisning till att folkhälsokommittén ännu inte lagt förslag till en mer samlad nationell folkhälsopolitik torde därför snarare stå i strid med denna utrednings arbetssätt.

Mot denna bakgrund finner jag HSU-kommitténs avvaktande och därmed något passiva inställning dåligt underbyggd. Kanske är den mer ett uttryck för den alltför vanliga taktiken att hänvisa till en annan utredning när man inte hinner eller önskar behandla en fråga. Detta intryck förstärks givetvis av att kommittén inte redovisat de folkhälso-

mål och strategier som redan tagits fram på regional, nationell och internationell nivå.

### 3 Hälsopolitiska jämlikhetsstrategier ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

I HSU:s direktiv betonas att hälso- och sjukvården har ett särskilt ansvar för utsatta grupper. Kommittén har mot denna bakgrund redovisat fakta ur 1997 års Folkhälsorapport som visar att de sociala skillnaderna i ohälsa förblivit oförändrat stora bland såväl barn, kvinnor och män och att det finns en risk att de kommer att öka i stället för att minska.

Kommittén konstaterar vidare att sjukvårdshuvudmännen – enligt en rapport från Socialstyrelsen om “Landstingens folkhälsoansvar” (1994:6) nästan helt saknar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategier som bidrar till att utjämna sociala skillnader i ohälsa.

Mot denna bakgrund är det anmärkningsvärt att HSU-kommittén inte redovisar någon samlad analys av hälso- och sjukvårdens nuvarande och tänkbara framtida förebyggande insatser utifrån målet god och jämlikare hälsa. Kommittén har inte heller belyst förutsättningarna för detta arbete vad avser t.ex. epidemiologiskt underlag. Man har tvärtom avvisat förslag om att belysa hur sjukvårdshuvudmännen – nu när det inte längre görs folk- och bostadsräkningar – skall kunna säkerställa en redovisning av hälsoutvecklingen inom olika social och yrkesgrupper. Detta kan komma att ställa nya krav på sociala bakgrundsvariabler i patientstatistik som dödsorsaker. Om denna fråga förblir olöst är risken stor att vi framöver – trots en hög prioritering av en jämlikare hälsa – inte ens kan beskriva om de sociala skillnaderna, i t.ex. dödlighet ökar eller minskar och än mindre analysera orsakerna till dessa skillnader.

Utifrån ett åtgärds perspektiv konstaterar dock kommittén att gjorda insatser misslyckats eftersom de sociala skillnaderna i ohälsa inte minskat. Av detta påstående kan man få intrycket att en rad insatser gjorts för att försöka minska de sociala skillnaderna. Med undantag för t.ex. mycket framgångsrika insatser på 30- och 40-talet för att minska klasskillnaderna i spädbarnsdödlighet har få specifika hälsopolitiska strategier initierats och genomförts. Det är snarare bristen på insatser än misslyckade insatser som är ett problem. De viktigaste orsakerna till ohälsans ojämlika fördelning ligger dock i olika livs- och arbetsvillkor. Hälsokonsekvensanalyser som tydliggör hur olika politiska beslut kan

påverka hälsans villkor speciellt för socialt utsatta grupper utgör därför ett av de potentiellt viktigaste verktygen också i ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv. HSU-kommittén betonar också vikten av att hälso- och sjukvårdshuvudmännen tillsammans med andra intressenter utvecklar metoder för dessa bedömningar. Det hade dock varit värdefullt om kommittén belyst möjligheter och begränsningar för hälso- och sjukvårdens medverkan i detta arbete.

Det hade också varit värdefullt om kommittén – utifrån ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv – gjort en hälsokonsekvensanalys av de förslag man själv lagt fram. Om så skett skulle man sannolikt – på basis av en relativt omfattande folkhälsovetenskaplig dokumentation – kunna konstatera att en ensidig prioritering av individinriktad hälsoupplýsning och en samtidig nedtoning av hälso- och sjukvårdens engagemang i det befolknings- och samhällsinriktade arbetet sannolikt minskar snarare än ökar hälso- och sjukvårdens möjligheter att genom primärpreventiva insatser bidra till en god och jämlikare hälsoutveckling.

Den patientinriktade definition av primärvårdens områdesansvar som kommittén förordar begränsar också förutsättningarna att utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv bidra till utvecklingen av tvärsektoriella insatser eftersom den inte utgår från hälsans och ohälsans bestämningsfaktorer som de återspeglas i olika befolkningsgruppers livsvillkor och levnadsvanor. Ett områdesansvar som utgår från ett individuellt patientperspektiv stimulerar inte heller till att läkare, sjuksköterskor och annan medicinskt utbildad personal sätter in det patientrelaterade arbetet i ett bredare socialt sammanhang där man kan se samband mellan t.ex. arbetslöshet och psykisk ohälsa och/eller arbetsmiljön och förslitningsskador. Det individinriktade patientperspektivet minskar också förutsättningarna att förstå och särskilja strukturellt betingade levnadsvanor från i huvudsak självvald livsstil. Saknas denna insikt är risken stor att kostnaderna blir höga och effekten liten när det gäller hälso- och sjukvårdens hälsoupplýsande insatser för att förebygga ohälsa bland socialt utsatta grupper. I värsta fall kan ett begränsat individinriktat synsätt när det gäller val av metoder i det förebyggande arbetet t.o.m. bidra till att öka de sociala skillnaderna i ohälsa.

Sammanfattningsvis måste således konstateras att kommittén varken försökt belysa i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdens nuvarande förebyggande insatser är av betydelse för socialt utsatta barn, kvinnor och män eller kommit med några förslag som visar hur hälso- och sjukvårdens insatser för en god och jämlik hälsa skulle kunna göras kostnadseffektivare. Kommittén har inte heller försökt analysera de förslag och synsätt man presenterar utifrån ett hälsopoli-

tiskt jämlikhetsperspektiv. Mot denna bakgrund kan jag därför endast göra den professionella bedömningen att kommittén inte tagit frågan om hälso- och sjukvårdens bidrag till bättre och jämlikare hälsa på allvar.

## 4 Hälso- och sjukvårdens primärpreventiva insatser

### 4.1 Nuvarande insatser

HSU-kommitténs betänkande om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet saknar nära nog helt beskrivningar och analyser av det relativt omfattande primärpreventiva arbete hälso- och sjukvården idag bedriver inom olika sak- och problemområden. Det innebär att de strategiska insatser som t.ex. görs för att förebygga sexuellt överförda sjukdomar (t.ex. HIV/AIDS), skador (inklusive barn och kvinnomisshandel och andra våldsrelaterade skador), självmord, allergier, diabetes, alkoholmissbruk, narkotika, doping, rökning samt främja bättre kost och motionsvanor endast i undantagsfall beskrivs än mindre analyseras. Det finns inte heller någon redovisning och analys av de erfarenheter som vunnits och resultat som uppnåtts i dessa olika insatser och program.

Erfarenheter från detta arbete borde vara en självklar utgångspunkt för en utredning som har i uppdrag att framlägga förslag vad avser just denna verksamhets framtid, omfattning och inriktning.

### 4.2 Framtida insatser

Kommittén ger inte någon samlad bild eller vision av hälso- och sjukvårdens framtida roll i folkhälsoarbetet vad avser det förebyggande arbetes omfattning och inriktning.

*Läns- och regionsjukvårdens* roll i folkhälsoarbetet bör enligt kommitténs bedömning uppmärksammas mer mot bakgrund av de viktiga bidrag som kan lämnas från denna del av hälso- och sjukvården. Hur detta arbete kan och bör utvecklas redovisas dock inte. Ett intressant underlag för denna analys har dock tagits fram – på uppdrag av HSU-sekretariatet – som belyser den sjukhusanknutna specialistvår-

dens preventiva insatser. Denna rapport – som utarbetats under ledning av professor Sven Olof Isacsson – har emellertid aldrig diskuterats i HSU-kommittén.

En för den slutna sjukvården mycket angelägen och speciell hälsofrämjande uppgift är att säkerställa att patienter inte drabbas av sjukdom och funktionsnedsättningar som en följd av sjukhusvistelsen. Denna fokusering på att bibehålla och stärka "det friska" hos patienten får inte alltid den uppmärksamhet som borde vara självklar just inom hälso- och sjukvården. Äldre som p.g.a utebliven sjukgymnastik "steltnar i lederna" och därför blir sängbundna, sjukhussvält och sjukhusinfektioner framstår – speciellt i besparingstider – som i onödan allt väsentligare primärpreventiva områden inom den slutna vården. HSU-kommittén har dock inte uppmärksammat dessa problem vilket kan bero på att de – trots sin entydigt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande karaktär – inte brukar betecknas som folkhälsoarbete.

Det hade vidare varit naturligt om HSU-kommittén speciellt belyst det arbete som bedrivs inom en rad specialistfunktioner som tobaksavvänjningskliniker, onkologiska centra, yrkes- och miljömedicinska enheter och hur deras roll i folkhälsoarbetet kan vidareutvecklas.

Med tanke på att den sjukhusanknutna vården i allt högre grad ses som en integrerad del av ett samlat vårdssystem är det enligt min bedömning olyckligt att kommittén valt att inte närmare belysa sjukhusens roll i folkhälsoarbetet.

Kommittén har däremot tydliggjort *primärvårdens framtida roll* i folkhälsoarbetet.

*Patientrelaterad hälsouppllysning* bör enligt kommitténs bedömning vara den dominerande huvudstrategin för hälso- och sjukvårdens primärpreventiva insatser.

*Gruppriktat arbete* bör – enligt kommitténs bedömning – falla inom primärvårdens ansvarsområde "i den mån det kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens". Om detta innebär att gruppriktad hälsouppllysning om t.ex. tobak och alkohol som kan utföras **också** av andra professionella grupper ej skall utföras av hälso- och sjukvårdspersonal framgår dock inte av HSU:s betänkande. Detta är givetvis en central fråga eftersom det är relativt sällan som hälso- och sjukvårdens hälsoupplysande insatser i grupp är så unika att ingen annan yrkesgrupp kan ge motsvarande information. Ofta är det snarare det förtroende allmänheten har för medicinskt utbildad personal som bidrar till att öka trovärdigheten i "hälsobudskapet". Detta talar snarare för en samverkan med olika professionella grupper än en strävan att klarlägga när **endast** hälso och sjukvårdens personal har de kvalifikationer som

krävs för att t.ex. informera om säkrare sex, och risker förknippade med tobak och alkohol.

*Det befolkningsinriktade förebyggande arbetet* bör – enligt kommittén – “ligga utanför primärvårdens huvudåtagande.”

Enligt kommittén betonas såväl prioriteringsutredningen som regering och riksdag vikten av just hälso- och sjukvårdens individinriktade insatser “genom att placera denna typ av insatser i den näst högsta prioriteringsgruppen vilket innebär att området ses som mycket angeläget”.

Utifrån denna beskrivning är det lätt att få uppfattningen att prioriteringsutredningen – i likhet med HSU-kommittén – förordar en betydligt högre prioritering av hälso- och sjukvårdens individinriktade förebyggande insatser än av grupp- respektive befolkningsinriktade insatser. Detta är dock inte fallet.

I “prioriteringspropositionen“ 1996/97:69 betonas nämligen att såväl befolknings – och individinriktade förebyggande insatser som är effektiva skall ingå i prioriteringsgrupp II. I propositionen anges att hälso- och sjukvårdens befolkningsinriktade preventiva arbete bl.a. omfattar mödrahälsovård, barnhälsovård, smittskyddsarbete, arbete för bättre arbetsmiljö, befrämjande av sunda solvanor, vaccinationsprogram, ungdomsmottagningar och preventivmedelsrådgivning, riktade hälsoundersökningar för tidig diagnostik av bröstcancer samt gynekologiska hälsokontroller, förebyggande program mot tobaks – och alkoholmissbruk samt stödgrupper för personal i utsatta yrken för att motverka utbrändhet. Riksmötet beslutade i enlighet med regeringens och utskottets förslag när det gäller sjukvårdens ansvar för detta befolkningsinriktade arbete dvs. att det skulle ges en hög prioritering. (prioriteringsgrupp 2)

Beträffande det individinriktade förebyggande arbetet anges i “prioriteringspropositionen“ att “hälsoråd“ i samband med patientkontakt också skall placeras i prioriteringsgrupp II medan annan individinriktad förebyggande verksamhet skall följa den prioriteringsgrupp som gäller för patientens sjukdom.

I prioriteringshänseende kan man ju inte skilja på behandling av själva grundsjukdomen och de preventiva insatser som ingår i vården.

I socialutskottets bedömning markerades speciellt att hälso och sjukvårdslagens krav beträffande förebyggande insatser gäller primärvården.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har hälso- och sjukvården också givits ett ansvar för förebyggande insatser riktade till människor och miljö. De miljöinriktade insatserna omfattar enligt lagens förarbeten insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och

psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsa liksom hur levnadsvanorna påverkar hälsotillståndet. I lagens förarbeten förutsatts vidare att främst landstingen skall medverka i samhällsinriktade förebyggande insatser.

Mot denna bakgrund framstår kommitténs förslag varken vara i linje med hälso- och sjukvårdslagens intentioner eller riksmötets beslut på basis av prioriteringsutredningens förslag.

Detta ställer givetvis särskilda krav på HSU:s analys av primärvårdens roll i folkhälsoarbetet för att motivera en starkare prioritering än vad som finns angivet i HSL och riksdagsbeslut av det individinriktade arbetet på det befolknings- och miljöinriktade arbetets bekostnad.

HSU kommittén saknar i hög grad ett underlag för denna analys eftersom det inte ens finns en beskrivning och analys gjorts av primärvårdens primärpreventiva arbete vad avser t.ex. tobak, alkohol, HIV/AIDS, allergier, kost, fysisk aktivitet, skador mm.

Kommitténs val att begränsa primärvårdens samhällsinriktade arbete och därmed också dess förutsättningar utveckla samarbetet med det primärkommunala folkhälsoarbetet borde ha föregåtts av en framtidsinriktad analys av de nya och avsevärt bättre förutsättningar som bl.a. de kommunala hälsoråden ger i flertalet primärvårdsområden. Det finns en uppenbar risk att den analys av gårdagens problem leder till att man inte ser morgondagens möjligheter.

Med hänsyn till kommitténs direktiv att "stärka" snarare än försvaga hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet hade det varit naturligare utgå från HSL:s intentioner och riksdagens beslut och aktualisera möjligheter att vidareutveckla primärvårdens roll såväl i det individuella som befolkningsinriktade arbetet. En viktig fråga som därvid borde belysts är hur en tydligare ansvarsfördelning vad avser primärvårdens förebyggande insatser kan åstadkommas, t.ex. genom att utse en folkhälsoansvarig läkare eller distriktssköterska. Idag ses ofta det förebyggande arbetet som allas ansvar vilket i praktiken kan innebära ingens ansvar. Utredningen borde därför speciellt lyft fram ansvarsfrågorna och betonat de kompetenskrav som bör ställas på den distriktsläkare, distriktssköterska eller hälsoplanerare som blir folkhälsoansvarig dvs. inom primärvårdens ansvarsområde har till uppgift att stödja, stimulera såväl primärvårdens "egna" primärpreventiva insatser som primärvårdens samverkan med t.ex. primärkommunerna. Folkhälsoansvarig inom primärvården – som redan finns i vissa landsting – blir också en naturlig representant i primärkommunala folkhälsoråd liksom kontaktperson till landstingens samhällsmedicinska enheter. Den – eller de – som utsetts till ansvariga för folkhälsofrågor blir också en naturlig kontaktpunkt och samordnare för att



tillsammans med berörda professionella grupper – ta fram underlag/anslag till beställarnämnder respektive centrala planeringsfunktioner när det gäller olika primärpreventiva insatser (inklusive bedömning av resursbehov).

Sammanfattningsvis kan konstateras att kommitténs förslag bidrar till att begränsa primärvårdens engagemang i det lokala och regionala folkhälsoarbetet och därmed motverkar en utveckling av hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens intentioner och prioriteringsutredningens riktlinjer.

## 5 Hälsoeffekter av hälso- och sjukvårdens insatser

Kommittén redovisar relativt utförligt en amerikansk studie som belyser de troliga effekterna av i första hand sjukvårdens behandlande och rehabiliterande insatser.

Med tanke på att detta delbetänkande från HSU gäller hälso- och sjukvårdens primärpreventiva insatser hade det varit naturligt om man snarare belyst hälsoeffekter av olika typer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Stockholms läns landsting har t.ex. i skriften "Har vi råd att inte förebygga ohälsa – om folkhälsoarbetets möjligheter" (1997) redovisat:

- att landstingets förebyggande insatser har halverat antalet HIV-fall i länet att förbättrad rådgivning och subventionerade p-piller till kvinnor i åldern 15-24 år (i Solna) resulterat i en 30 procentig minskning av antalet aborter.
- att skadeförebyggande program – där hälso- och sjukvårdens insatser är av strategisk betydelse – normalt inom ett par år uppnår en 25 – 30 procentig skadereduktion
- att utbildning av allmänläkare på Gotland i insatser för att förhindra självmord i hög grad bidragit till en 75 procentig minskning av självmorden

att ett stort antal internationella studier visar att hälso- och sjukvårdens hälsoupplysning kombinerat med strukturella insatser ofta resulterar i mycket goda resultat i termer av minskad andel rökare, hälsosammare matvanor bättre sexuell hälsa samt färre hudcancerfall och hemolyckor

Det finns även en rad studier som belyser de förebyggande insatsernas potentiella betydelse för folkhälsan som kunde varit motiverat lyfta fram i en utredning om hälso- och sjukvårdens framtida roll i folkhälsoarbetet. Ur just detta perspektiv är det bl. a. intressant konstatera

att närmare hälften av allt nyinsjuknande i astma och andra luftvägsallergier skulle kunna förebyggas genom preventiva insatser

att primärprevention i kombination med riktade hälsoundersökningar och effektivare insatser som leder till rökstopp, minskat fettintag, ökat fiberintag och ändrade solvanor beräknas kunna minska cancerdödligheten med drygt 20% bland män och drygt 30% bland kvinnor fram till år 2005. Om inga åtgärder görs kommer cancerdödligheten att öka med 22% för män och 26% för kvinnor under samma tid.

Istället för att redovisa möjligheter och begränsningar att utvärdera hälsoeffekterna av olika förebyggande insatser ger kommitténs skrivningar i detta avseende alltför ofta ett intryck av att bristen på kunskap är särskilt stor när det gäller effekter av förebyggande insatser. Kommittén redovisar inte heller den avgörande skillnad som föreligger – utifrån den enskilda individens perspektiv – mellan hälsoeffekter uppnådda genom förebyggande respektive behandlande insatser. I det förra fallet ger man ökade möjligheter bibehålla hälsan och undviker sjukdom och den oro smärta och förlorade inkomster som sjukdom ofta innebär. I det andra fallet ger man sjuka en möjlighet att återfå hälsan. För den friske är därför goda behandlingsmöjligheter inget alternativ till förebyggande insatser och för den sjuke är inte förebyggande insatser ett alternativ till kurativa och rehabiliterande insatser.

Sammanfattningsvis är det märkligt att kommittén avvisat förslag inkludera vetenskapliga studier som belyser kostnadseffektiva förebyggande insatser där hälso- och sjukvårdens medverkan varit av strategisk betydelse samtidigt som man betonar betydelsen av just denna typ av utvärderingsstudier.

## 6 Kunskapsproduktion och kunskapsförmedling

### 6.1 Samhällsmedicinska enheter

Kommitténs betänkande ger en god historisk bild av hur de samhällsmedicinska enheterna – i enlighet med bl.a. förslag i HS-90 utredningen – växt fram och utvecklats till en strategisk resurs för folkhälsoarbetet i många landsting.

Det hade dock varit motiverat att i detta sammanhang också betona betydelsen av att ha en åtgärds- och processinriktad central utvecklings-samordningsfunktion för landstingets folkhälsoarbete. Exempel på en dylik funktion är t.ex. den typ av folkhälsofunktion som finns i Kristianstads- och Hallands läns landsting samt folkhälsosekretariatet i Malmö. Vissa samhällsmedicinska enheter t.ex. i Stockholms, Örebro och Uppsala läns landsting har också rollen att få igång, stödja och utveckla det lokala folkhälsoarbetet samt utveckla och stödja hälso- och sjukvårdens primärpreventiva insatser. En strategisk resurs i detta processinriktade utvecklingsarbete är de hälsoplanerare som finns i flertalet landsting. HSU-kommittén har valt att inte närmare belysa hälsoplanerarnas olika roller i det förebyggande arbetet och hur deras insatser kan stödjas och vidareutvecklas utifrån olika lokala behov och prioriteringar. Det anser jag är en allvarlig brist vid en analys av hälso- och sjukvårdens framtida roll i folkhälsoarbetet där just hälsoplanerarna kan utgöra en viktig länk när det gäller att översätta forskningsresultat till praktiska insatser.

### 6.2 Folkhälsovetenskaplig forskning

Med tanke på att hälso- och sjukvårdslagen nyligen (dec. 1996) kompletterats med en paragraf (§ 22 b) om hälso- och sjukvårdens ansvar för folkhälsovetenskaplig forskning hade det varit naturligt om HSU i sin analys av hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet belyst möjligheter och begränsningar att utveckla denna forskning inom såväl landstingens FoU-enheter som inom olika medicinska specialiteter och bland olika professionella grupper (inklusive sjuksköterskor). Speciell uppmärksamhet borde därvid ägnats analyser av orsaker till sociala skillnader i ohälsa bland barn, kvinnor och män. Specialister inom olika medicinska områden borde uppmuntrats belysa – utifrån bl.a. analyser av lokala livsvillkor och levnadsvanor – den sociala etio-

login för "sin" sjukdomsgrupp/specialitet. Andra centrala FoU-områden kunde vara metodutveckling vad avser hälsokonsekvensanalyser samt implementerings- och utvärderingsforskning med inriktning mot hälso- och sjukvårdens primärpreventiva insatser. HSU-kommittens betänkande saknar tyvärr en samlad analys av framtida behov av folkhälsovetenskaplig forskning inom ramen för hälso- och sjukvårdens FoU-arbete och vilka krav detta ställer vad avser kompetensutveckling, arbetsorganisation och resurser.

### **6.3      Forskning inom molekylärbiologi och genetik**

Kommittén betonar att de vetenskapliga framstegen inom molekylärbiologi och genetik "kan komma att leda till att riskgrupper och riskfaktorer samt ärftlig sjukdomsbenägenhet kan identifieras på ett bättre sätt än tidigare. En konsekvens kan bli att det ges möjligheter genomföra riktade åtgärder mot grupper och individer med starkt förhöjda risker för vissa sjukdomar". Utvecklingen inom detta område kan – enligt kommittén – "också få betydelse för hur man betraktar arbetssätt och metoder inom folkhälsoområdet. "

Kommittén konkretiserar inte för vilka sjukdomar detta kan gälla och hur det kan påverka förutsättningarna att i ett folkhälsoperspektiv förebygga dessa sjukdomar. Denna konkretisering krävs innan man kan dra några slutsatser om att folkhälsoarbetets metoder och inriktning kommer att förändras. Det faktum att man kan identifiera individer och grupper som löper större risk än andra att drabbas av ohälsa och tidig död är inte tillräckligt för att folkhälsoarbetet i ökad utsträckning inriktas mot speciella riskgrupper. Man har t.ex. sedan länge kunnat konstatera att individer med högt blodtryck och/eller höga kolesterolvärden löper en förhöjd risk drabbas av t.ex. hjärtkärlsjukdom. Erfarenhetsmässigt är det trots detta ofta motiverat välja en befolkningssinriktad strategi som kompletteras med t.ex. blodtrycks- och kolestrolsänkande läkemedel till riskgrupper.

Samma grundläggande synsätt finns inom den generella svenska alkoholpolitiken som baseras på en för hela befolkningen generell totalkonsumtionsmodell. Sannolikheten är t.ex. obefintlig att ökad kunskap om arvets betydelse för t.ex. alkoholrelaterad ohälsa skulle leda till att man ersatte generella insatser mot missbruk av alkohol bland t.ex. skolungdomar med genetiska tester för att kunna ge ett differentierat individuellt budskap om hur mycket olika elever ur hälsosynpunkt kan dricka.

Utan en konkretisering av vilka ärftliga sjukdomar som kommittén bedömer kommer att påverka omfattningen och inriktningen av dagens och morgondagens folkhälsoarbete framstår kommitténs resonemang som otydligt inom ett område där det är särskilt viktigt att vara tydlig inte minst utifrån estetiskt perspektiv.

#### **6.4 Hälsans och ohälsans samhällsrelaterade bestämningsfaktorer**

Under de senaste 10 – 15 åren har stora vetenskapliga framsteg gjorts när det gäller att i ett befolkningsperspektiv klarlägga hälsas och ohälsans bestämningsfaktorer. Exempel på dylika forskningsresultat av direkt strategisk betydelse för bl.a. hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet är t.ex. ökad kunskap om sambanden mellan livsvillkor och levnadsvanor vilket bl.a. innebär att man allt oftare talar om strukturellt betingade respektive fritt valda beteenden. Vidare finns en omfattande forskning – där svenska forskare är världsledande – kring stress, sociala relationer och socialt kapital som ger nya möjligheter såväl att förstå som att påverka bl. a. ohälsans social etiologi. Det finns även allt fler studier som belyser samband mellan relativ fattigdom, arbetslöshet och ohälsa.

I ett internationellt men även svenskt perspektiv är det analys och resultat som dessa – snarare än arvets betydelse – som har stått i förgrunden vid utformningen av såväl dagens som morgondagens hälsopolitiska strategier och metoder. Det kan mot denna bakgrund tyckas något märkligt att kommittén inte ger en mer samlad bild av hur denna nya kunskapsfront kan komma att påverka hälso- och sjukvårdens framtida roll i folkhälsoarbetet.

## **7 Organisation och styrning av hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete**

### **7.1 Folkhälsoarbetets organisation**

Kommitten poängterar att "folkhälsoarbete är en verksamhet som måste bedrivas långsiktigt och som därför kräver ett uthålligt stöd i form av tydligt formulerade mål, övergripande handlingsprogram eller

strategier, ekonomiska resurser och ledarskap med adekvat kompetens“. Jag delar helt denna bedömning men anser att kommittén borde beskrivit och analyserat hur olika sjukvårdshuvudmän idag utvecklat folkhälsoarbetets organisation och finansiering. Utifrån denna nulägesbeskrivning kunde kommittén därefter konkretiserat vad som med hänsyn till olika lokala förutsättningar och behov krävs – och vilka problem som finns – när det gäller att säkerställa den av kommittén förordade fasta strukturen och långsiktiga finansieringen av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Därvid borde speciellt uppmärksammas former för den politiska ledningen av hälso- och sjukvårdens medverkan i folkhälsoarbetet (t.ex. betydelsen av speciella folkhälsolandstingsråd, politiskt sammansatta folkhälsoutskott etc) samt olika professionella gruppers ansvar och roll (t.ex. folkhälsodirektörer, hälsoplanerare, folkhälsoansvariga inom primärvården, distriktsläkare, distriktsköterskor etc.) samtidigt borde kommittén aktualiserat de kompetenskrav som på sikt bör ställas på nyckelpersoner i hälso- och sjukvårdens individ- och befolkningsinriktade förebyggande arbete.

Utan denna verklighetsförankring är risken stor att även kommitténs förslag blir så allmänt hållna att de inte ger någon vägledning än mindre stimulerar till en konstruktiv framtidsinriktad diskussion om folkhälsoarbetets organisation.

## **7.2 Folkhälsoarbetets finansiering och styrsystem**

Kommitten skall enligt direktiven belysa hur olika ekonomiska styrsystem kan påverka förutsättningarna för det förebyggande arbetet. Ingen närmare analys görs dock av kommittén som endast konstaterar att “det varken teoretiskt eller empiriskt går att dra slutsatser om ett traditionellt system är bättre eller sämre än ett system med beställare och utförare när det gäller att skapa förutsättningar för folkhälsoarbetet“.

HSU framhåller dock samtidigt att folkhälsoarbete måste finansieras i särskild ordning “eftersom det inte finns någon självklar efterfrågan“.

Detta resonemang präglas av ett flertal felaktigheter och logiska kullerbyttor.

För det första är det inte valet av organisationsform (“beställare – utförare“ respektive “traditionella system“) som är avgörande vid valet av ekonomiska styrsystem. I det förra fallet kan man arbeta med såväl behovsbaserade politiska beslut för resursfördelningen som en fördel-

ning som styrs mer av efterfrågan och där producenterna konkurrerar och finansieras via prestationsersättningar snarare än via budgetramar. Den relevanta frågan är om ett budget – respektive prestationsrelaterat och konkurrensutsatt system skapar olika förutsättningar för hälso- och sjukvårdens insatser.

Svenska och internationella erfarenheter pekar entydigt på att de marknadsorienterade och i högre grad efterfrågestyrda vårdssystem vanligen minskar utrymmet för såväl samhällsinriktade förebyggande insatser som för individuellt behovsanpassade insatser för socialt och ekonomiskt mindre privilegierade grupper.

HSU kommittén tycks dela denna bedömning eftersom man anser att folkhälsoarbetet "måste finansieras i särskild ordning (via anslag) eftersom det inte har någon självklar efterfrågan"<sup>1</sup>. Det är dock omöjligt att **samtidigt** hävda att valet av ekonomiskt styrsystem inte spelar någon roll och att det bara finns ett acceptabelt ekonomiskt styrsystem för folkhälsoarbetet dvs. anslagsfinansiering.

För det andra hävdar HSU – med rätta – att de förebyggande insatserna är en skyldighet för sektorns alla delar och alla nivåer dvs. såväl primärvård, innefattande kommunal hälso -och sjukvård som övrig specialistvård. De förebyggande insatserna bör ses "som integrerade delar av den dagliga verksamheten". I detta integrerade perspektiv är givetvis de ekonomiska styrsystemen av betydelse – av skäl som redovisats ovan – för förutsättningarna att inom hälso- och sjukvårdens reguljära verksamhet bedriva primärpreventiva insatser. Möjligheten att anslags finansiera ett i den reguljära vården integrerat folkhälsoarbete i ett marknadsorienterat och därmed efterfrågestyrt vårdssystem är helt säkert mycket små. HSU-kommitténs påstående att den nödvändiga anslagsfinansiering av folkhälsoarbete är möjlig oberoende av ekonomiskt styrsystem gäller därför endast för folkhälsoinsatser som är fristående från den reguljära verksamheten – t.ex. speciella utbildningsinsatser, projekt, upplysningskampanjer etc. – men inte primärpreventiva insatser integrerade i det reguljära arbete.

För det tredje har även huvudmannaskapets erfarenhetsmässigt betydelse för t.ex. öppenvårdsläkarnas engagemang i folkhälsoarbetet. Generellt sett är detta engagemang mindre bland privata än offentliga vårdgivare, speciellt när det gäller befolknings- och samhällsinriktade insatser. I landsting med en relativt stor andel privatpraktiserande läkare, som i Stockholms län landsting, innebär det att fördelningen mellan privata och offentliga vårdgivare också får konsekvenser vad

<sup>1</sup>Uttrycket inom parentes återfinns inte i betänkandetexten.

avser förutsättningarna att bedriva förebyggande insatser inom den offentligt finansierade vården. HSU-kommittén berör inte denna fråga och än mindre möjligheterna att via de avtal som idag krävs mellan landsting och privata vårdgivare fastställa samma krav när det gäller förebyggande insatser för offentligt finansierad vård oberoende av huvudmannskap med medföljande justeringar av privatläkartaxan..

Sammanfattningsvis kan således konstateras att kommittén – utifrån utredningens direktiv – formulerat och besvarat fel fråga och tillika givit ett motsägelsefullt svar på denna fråga.

## 8 Utredningens idéer och förslag

### Sammanfattande bedömning

Ett huvudsyfte med utredningar som HSU-2000 är att de skall tydliggöra olika framtidsperspektiv och utvecklingsmöjligheter, belysa resursbehov och vid behov aktualisera och förtydliga ansvarsfrågor.

HSU-kommitténs delbetänkande om "Hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet" ger en ofullständig nu-lägesbeskrivning, saknar ett tydligt framtidsperspektiv och redovisar nära nog inga konkreta idéer och förslag.

Betänkandet ger därför föga vägledning för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Det finns dock följande två viktiga undantag:

1. Kommitténs starkt individ/patientinriktade grundsyn när det gäller val av metoder för hälso- och sjukvårdens medverkan i folkhälsoarbetet skulle – om de får genomslag i praktiken – sannolikt innebära en avsevärt lägre kostnadseffektivitet i det lokala folkhälsoarbetet och begränsa hälso- och sjukvårdens möjligheter bidra till ökad jämlikhet i hälsa.
2. Kommitténs förslag att inskränka primärvårdens potentiella roll i folkhälsoarbetet till i huvudsak individinriktad hälsouppläsning. I praktiken skulle det innebära ett allvarligt hinder för primärvården att – i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens intentioner – också arbeta miljö och samhällsinriktat och att samverka med primärkommuner och frivilliga organisationer begränsas snarare än vidareutvecklas.



Kommitténs förslag kan därför beskrivas som ett steg framåt när det gäller att förstärka hälsoupplýsningens roll i det patientrelaterade arbetet och tre steg bakåt när det gäller att vidareutveckla hälso- och sjukvårdens roll i det lokala och regionala folkhälsoarbetet.

## Särskilt yttrande av Lars Östman och Bernt Hedin

HSU 2000:s delbetänkande om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet ger inte önskvärda signaler och förslag om en aktivare folkhälsopolitik utan betänkandet är tämligen passivt. Trots varnings-signaler om sviktande folkhälsa, så klargör inte HSU tillräckligt tydligt att hälso- och sjukvården har en viktig och strategisk roll i att förstärka folkhälsoarbetet. Det borde ha varit angeläget att lyfta fram möjligheterna att tydligare bidra till ett aktivt folkhälsoarbete.

Utredningen framhåller i kapitlet Allmänna utgångspunkter att en av förutsättningarna för att folkhälsoarbetet skall vinna legitimitet bland medborgarna är att arbetet har en vetenskaplig grund och bedrivs med målsättningen att minska den ojämlikhet i hälsa som finns mellan olika grupper av medborgare. Vi skulle vilja tillägga att det även är viktigt för legitimiteten att positiva resultat uppnås.

### Att minska ojämlikhet i hälsa

Vilka signaler och vilka bidrag ger då HSU för att stimulera till åtgärder som kan minska ojämlikheten i ohälsa? Egentligen inga. Man redovisar inga aktiva förslag och nöjer sig med att betona "hälso- och sjukvårdens skyldighet att på ett mera konkret plan formulera vilka bidrag hälso- och sjukvårdssektorn kan ge för att minska ojämlikheten i hälsa". Vi finner HSU:s passivitet beklaglig och skulle ha önskat att HSU med sitt övergripande uppdrag lagt ned omsorg på att formulera strategier främst för hälso- och sjukvårdssektorns arbete med att minska ojämlikheten i hälsa.

Om utredningen valt att analysera frågeställningen och utifrån en sådan analys mera offensivt behandlat problemen kunde ett viktigt bidrag och en viktig signal ha lämnats till hälso- och sjukvården. Tyvärr har utredningen avstått från detta. Utredningen konstaterar i stället att

det är en komplicerad och svår fråga där olika faktorer samverkar. Riskfaktorerna ackumuleras och små riskökningar byggs fortlöpande på till stora. Någon strategi för att möta utvecklingen redovisas ej.

Vilka gruppers hälsa är det då fråga om? När vi inom handikapp- rörelsen och pensionärsrörelsen diskuterat detta har vi funnit att *människor med psykisk störning* är en viktig riskgrupp som behöver uppmärksammas. Folkhälsorapport 1997 redovisar också att psykiska och psykosociala besvär tenderar att öka även bland vuxna, särskilt bland arbetslösa. *Människor med andra funktionshinder* är också en grupp som i mycket hög grad har ohälsoproblem; de är ofta arbetslösa, ensamboende och hänvisade till att leva på en låg ekonomisk nivå. Inte minst barn med funktionshinder är en allvarlig riskgrupp. En tredje grupp är *sjukliga äldre människor* med sviktande livskvalitet, liksom grupper med olika *kroniska sjukdomar*. Inte minst sviktas hälsan till följd av brister i den palliativa vården och omsorgen.

Enligt Folkhälsorapport 1997 finns också en oroande tendens till att den positiva utvecklingen när det gäller *barns och ungdomars* hälsa kan komma att brytas på vissa områden. Med hänsyn till att risker och misslyckanden successivt ackumuleras är det sistnämnda konstaterandet ytterst allvarligt. Konsekvensen borde ha varit att HSU förordat en kraftfull satsning på barns och ungdomars hälsa. Även om satsningarna i stor utsträckning skall ske inom andra områden än hälso- och sjukvården, t.ex. barnomsorg, skola, fritidsverksamhet och arbete, måste detta arbete kompletteras med förstärkta insatser även från hälso- och sjukvårdssektorn. Här finns erfarenheter och kunskaper som kan ge både indikationer om hälsosvikt och även lämna viktiga bidrag till aktiva åtgärder. Här finns även instrument och sådan kompetens som mödra- och barnhälsovården, den kommunala skolhälsovården och ungdomsmottagningar.

Slutsatsen borde bli att det behövs en samordning och utveckling av en bred primärvård med goda resurser även för gruppriktade och befolkningsinriktade preventiva insatser. Dessa gruppriktade och befolkningsinriktade insatser skall inte vara medikaliserande utan ta fasta på människors egen kraft att utveckla hälsa.

I stället för en satsning på dessa områden nöjer sig utredningen med att framhålla att befintliga resurser inom barn- och mödravård, skolhälsovård osv. skall värnas. Samtidigt anser man att primärvårdens gruppriktade och befolkningsinriktade insatser bör begränsas och noggrant prövas från fall till fall. Man påpekar att primärvården har fått utökade uppgifter genom att "ta över mer kvalificerade uppgifter från slutenvården, samtidigt som resurserna inte kommer att öka".

## Ökade resurser behövs

Att resurserna till primärvården inte skall öka är en slutsats som vi inte kan instämma i. Tvärtom ser vi det som angeläget att utifrån folkhälsoaspekten göra en förstärkning främst av insatser riktade mot barn och ungdomar. Det gäller uppspårande verksamhet och kunskapsförmedling samt aktiva insatser, inte minst i samverkan med sociala organ och organisationer bland de berörda grupperna. Betydande insatser krävs inte minst för att förebygga ohälsa hos barn med funktionshinder.

Även om den ekonomiska situationen för närvarande är kärv borde det på detta område vara särskilt lönsamt att nu sätta in extra resurser. Om vi inte klarar detta blir det framförallt sjukvården som i framtiden får ta de ökade kostnaderna. Samhällsekonomiskt och på sikt torde alltså snabba insatser *nu* kunna bli mycket värdefulla investeringar. Staten måste här ta ett ökat ansvar.

## En vetenskaplig grund

Den andra förutsättningen för att folkhälsan skall vinna legitimitet, säger utredningen, är att arbetet bygger på vetenskaplig grund. Vi delar uppfattningen att folkhälsoarbetet måste vila på goda kunskaper och god kvalitet och så långt möjligt grundat i vetenskapligt kunnande. När det gäller vetenskapssynen är det viktigt att understryka den tvärsektorriella ansatsen. Den biomedicinska och naturvetenskapliga kunskaps-synen får inte bli den ensamt förhärskande utan kunskapsproduktionen även inom den kvalitativa och humanvetenskapliga forskningen måste tas till vara och utvecklas. Den naturvetenskapliga forskningen får inte bli det enda måttet på vad som menas med "vetenskaplig grund".

Av stor och avgörande betydelse för legitimiteten bland människorna är också att folkhälsoarbetet visar handlingskraft och når resultat. För detta krävs inte bara vetenskapliga forskningsresultat och att resultaten sprids till det praktiska arbetet. Det krävs även ett demokratiskt folkligt engagemang som styrs av politiska visioner och kanaliseras genom olika folkrörelser. Den politiska visionen om en jämlikare hälsa kan här bli en viktig drivkraft och de resultat som kan uppnås blir därmed av värde för hur folkhälsoarbetet skall vinna ökad legitimitet.

## Kommittédirektiv

### **Tilläggsdirektiv till Kommittén (S 1992:04) om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation**

Dir. 1994:152

Beslut vid regeringssammanträde den 22 december 1994.

#### **1 Sammanfattning av uppdraget**

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) skall enligt sina nuvarande direktiv dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs arbete bör nu slutföras med ändrade direktiv.

Kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård.

Kommittén skall bl.a. överväga

- åtgärder som kan vidtas för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården,
- hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2010 och särskilt beakta den demografiska utvecklingens betydelse för de äldres behov av hälso- och sjukvård,
- formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument,
- erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen,– kostnadsansvaret för läkemedel m.m. i öppenvård,
- läkemedelsförmånen inklusive nuvarande högkostnadsskydd för sjukvård i öppenvård och läkemedel,

- hur hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete skall definieras och därav följande ansvars- och uppgiftsfördelning mellan stat, landsting och kommuner samt
- ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansiering av vårdforskning samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling.

## **2 Bakgrund**

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) skall enligt sina nuvarande direktiv (Dir. 1992:30) dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården skall finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs överväganden skall grundas på en analys och värdering av i första hand tre finansierings- och organisationsmodeller; reformerad landstingsmodell, primärvårdsstyrd vård och obligatorisk sjukvårdsförsäkring.

I uppdraget ingår också frågor som rör patientavgifter och högkostnadsskydd samt kostnadsansvaret för läkemedel i öppenvård.

I en expertrapport till kommittén (SOU 1993:38) utvecklas och analyseras de tre finansierings- och organisationsmodellerna. Modellen med obligatorisk sjukvårdsförsäkring har därefter vidareutvecklats i ytterligare en expertrapport (SOU 1994:95).

Socialdemokraternas och vänsterpartiets ledamöter entledigades på egen begäran från kommittén i januari 1994. I samband med detta förlängdes kommitténs arbete i förhållande till direktiven som angav att arbetet skulle ha slutförts senast den 1 mars 1994.

Kommittén har under våren 1994 avlämnat följande expertrapporter: Teknologi och vårdkonsumtion inom slutna somatisk korttidsvård 1981-2001 (SOU 1994:86), En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi (SOU 1994:95) samt Sjukvårdsreformer i andra länder (SOU 1994:115). Kommittén har i samarbete med Spri publicerat rapporten Svenska hälso- och sjukvårdsreformer i ett internationellt perspektiv – Rapport från en hearing om tre modeller för hälso- och sjukvårdsreform (Spri rapport 379). Spri har vidare på uppdrag av kommittén utarbetat rapporten Mått och steg för ett bättre resursutnyttjande i vården (Spri rapport 374). I september 1994 avlämnade kommittén delbetänkandet Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete (SOU 1994:132).

Kommitténs uppdrag bör nu slutföras med ändrade direktiv.

### 3 Uppdraget

#### 3.1 Allmänna utgångspunkter

Hälso- och sjukvården är av grundläggande betydelse för välfärden och människors trygghet. Principerna om en solidariskt finansierad och rättvist fördelad hälso- och sjukvård är centrala inslag i den generella välfärdspolitiken och måste hävdas även i ekonomiskt kärva tider. Det skall vara en självklarhet för varje individ att det finns en hälso- och sjukvård av god kvalitet och att den som är sjuk skall få den vård och omsorg han eller hon behöver oberoende av sin egen ekonomi. Patientavgifterna bör vara så låga att de inte leder till att sjuka människor avstår från att uppsöka sjukvården. Hälso- och sjukvården har också ett befolkningsinriktat ansvar att förebygga ohälsa och handikapp. Dessa grundläggande förutsättningar för hälso- och sjukvårdspolitiken har ett brett parlamentariskt stöd och är starkt förankrade i den svenska befolkningen.

De finansieringsalternativ som anges i de nuvarande direktiven till HSU 2000 är skatter, socialavgifter eller obligatoriska försäkringspremier som tas ut efter betalningsförmåga och oberoende av risk för den enskilde. Egentliga försäkringspremier utesluts i och med att betalningen skall ske oberoende av risk. De expertrapporter om hälso- och sjukvårdsreformer i andra länder som har tagits fram på kommitténs uppdrag ger inga belägg för att Sverige skulle ha något att vinna på att överge skattefinansieringen. Tvärtom tyder de internationella erfarenheterna på att de skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystemen fungerar bättre i fördelningspolitiskt avseende än de försäkringsfinansierade systemen. Detta är ett starkt motiv för att slå vakt om skattefinansieringen.

Det har inte heller framkommit några bärande motiv för att frånga det svenska systemet med regionala och lokala självstyrelseorgan som ansvariga för finansieringen och tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Kommuner och landsting har skapats för att finansiera och tillhandahålla den verksamhet som ligger närmast människorna och där kraven på insyn, påverkan och delaktighet är särskilt stora. Syftet är att på demokratins och solidaritetens grund bidra till rättvisa och jämlikhet i levnadsvillkor. Det innebär ett särskilt ansvar för utsatta grupper som barn, gamla, sjuka och handikappade. En viktig orsak är att någon rättvisa inte är given när det gäller hälsans fördelning mellan olika individer och grupper. Till detta kommer att ju mer omfattande och angelägna vårdbehov som uppkommer, desto sämre är möjligheterna i regel för den enskilde att på egen hand hävda sina intressen.

Svenskarnas hälsa är i ett internationellt perspektiv mycket god även om det under senare år finns tecken på ökade skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Hälso- och sjukvården har haft en märkbar betydelse för den allmänna förbättringen av hälsoläget hos befolkningen även om det i första hand är välfärdsutvecklingen generellt som ligger bakom de stora förbättringarna i folkhälsan. Hälso- och sjukvårdens insatser leder till att många lever längre och har bättre funktionsförmåga. Jämförelser av s.k. åtgärdbar dödlighet, dvs. död på grund av orsaker som hälso- och sjukvården anses kunna påverka, visar att dödligheten oftast är ca 30-50 procent lägre i Sverige än i andra europeiska länder. Den åtgärdbara dödligheten i vårt land har dessutom stadigt minskat under de senaste två decennierna. Studier av vårdutnyttjandet i olika socioekonomiska grupper visar på små skillnader när man tar hänsyn till dödlighet och sjuklighet. De personer som bör ha störst behov av vård, de långvarigt sjuka, får mer vård än andra grupper. En rapport från Socialstyrelsen visar emellertid oroande tecken på att en ökande andel av befolkningen som anser sig ha behov av vård inte söker sig till sjukvården. Framför allt gäller detta i arbetargrupper. Den svenska sjukvården är emellertid rättvist fördelad vid en internationell jämförelse.

Svensk hälso- och sjukvård hävdar sig således väl internationellt när det gäller hög medicinsk kvalitet och rättvis fördelning av vården efter behov. Utvecklingen under senare år visar dessutom att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet haft stor förmåga både att anpassa hälso- och sjukvårdsutgifterna till den samhällsekonomiska utvecklingen och att effektivisera verksamheten. Under samma period har kostnaderna i vissa försäkringsfinansierade system i andra länder ökat snabbare än den totala samhällsekonomin. Därtill kommer att de administrativa kostnaderna är låga, vilket innebär att resurserna huvudsakligen används till direkt hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvården har påtagliga samband med socialförsäkringarna och socialtjänsten. Genom Ädelreformen har uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting inom vård och omsorg förändrats. Omsorgerna om utvecklingsstörda m.fl. flyttas nu över från landsting till kommuner. Även inom stödet till människor med psykiska störningar förändras uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting.

På fem orter i landet bedrivs försök med kommunalt ansvar för primärvården. För närvarande bedrivs försök med finansiell samordning dels mellan försäkringskassa och hälso- och sjukvården, dels mellan dessa båda och socialtjänsten. Regeringen anser att resultatet av

de pågående utvärderingarna av dessa försök bör avvaktas innan ställning tas till frågor som rör huvudmannaskap.

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. De mycket gamla blir fler. Den medicinska forskningen skapar nya möjligheter att behandla sjukdomar, särskilt i den växande gruppen äldre, samtidigt som de samhällsekonomiska restriktionerna har blivit allt mer uppenbara. Detta ställer höga krav på fortsatta åtgärder för att öka kostnadseffektiviteten liksom på den politiska processen när det gäller att åstadkomma folklig förankring för de grundläggande prioriteringarna. Kraven skärps också på en öppen dialog mellan politiker, administratörer och de som arbetar i hälso- och sjukvården i syfte att utveckla verksamheten och hushålla med begränsade resurser. Enligt regeringen skapar dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvården goda förutsättningar att tillgodse krav på såväl kostnadskontroll och kostnadseffektivitet som demokratisk styrning, insyn och kontroll. Regeringen anser således att det finns behov av regionala självstyrelseorgan för hälso- och sjukvården även i fortsättningen samt att primärkommunerna som nu bör vara huvudmän för en del av hälso- och sjukvården.

Kommitténs fortsatta arbete skall ha följande utgångspunkter och inriktning.

Kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansiärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. Kommittén skall ta del av de förslag om den offentliga verksamhetens uppbyggnad och indelning på regional nivå som Regionberedningen (C 1992:06) kommer att redovisa i sitt slutbetänkande i början av år 1995. I det sammanhanget bör särskilt uppmärksammas att den geografiska indelningen på regional nivå är utformad så att kraven på en hög kvalitet i vården, en effektiv resursanvändning och medborgarnas möjlighet att påverka verksamheten genom den demokratiska processen tillgodoses.

En annan utgångspunkt skall vara att systemet är förenligt med sjukvårdshuvudmännens planeringsansvar för vården enligt hälso- och sjukvårdslagen och ge möjligheter att styra sjukvårdens kostnadsutveckling. Som ett led i detta har finansieringsansvaret för ersättningarna till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster förts över till sjukvårdshuvudmännen från år 1994. I ett nästa steg bör sjukvårdshuvudmännen ges ett samlat kostnadsansvar för läkemedel. I anslutning till detta finns det skäl att göra en översyn av det samlade förmånsystemet för läkemedel och se över utformningen av högkostnads-skyddet.



Den kommunala sektorn är av grundläggande betydelse för välfärd, samhällsekonomi och tillväxt. Staten har ett ansvar för att sektorn tillförsäkras rimliga ekonomiska och planeringsmässiga förutsättningar, vilket bl.a. kan ske genom ett långsiktigt stabilt bidrags- och utjämningsystem. Staten har vidare det övergripande ansvaret för den offentliga verksamheten och samhällsekonomin och måste ha instrument till sitt förfogande för att kunna styra med hänsyn till detta ansvar.

Patienten har under senare år fått en starkare ställning i hälso- och sjukvården, bl.a. genom att möjligheterna att välja vårdgivare har ökat. Steget till ett mera allmänt patientinflytande är dock ännu långt, inte minst i fråga om möjligheterna för patienten att själv medverka i val av behandlingsmetod då det medicinska beslutsfattandet erbjuder alternativ. Patientens ställning bör stärkas, bl.a. i detta hänseende.

Sociala och ekonomiska villkor, arbetsmiljö och levnadsvanor har avgörande betydelse för den framtida hälsoutvecklingen. Socialstyrelsen konstaterar i sin senaste folkhälsorapport att den pågående samhällsutvecklingen kan leda till ökade socioekonomiska skillnader i hälsa. Statens politik påverkar hälsan på en rad områden. Staten måste därför ta ett ökat ansvar när det gäller att ge förutsättningar för en god hälsa. Hälso- och sjukvårdens kunskaper och erfarenheter har också stor betydelse för det förebyggande arbetet. Dess roll på folkhälsoområdet behöver förtydligas och förstärkas.

Svensk medicinsk forskning har länge haft en internationellt sett framskjuten position. Sverige har därmed lämnat väsentliga bidrag till den medicinska utvecklingen. Det är av yttersta vikt att denna position kan bibehållas. Att förebygga, bota eller lindra sjukdom kräver emellertid inte enbart medicinska kunskaper utan också kunskaper inom omvårdnad, habilitering och rehabilitering. Även om vårdforskningen ligger väl framme inom vissa områden vid en internationell jämförelse så är den inte på långt när lika utvecklad, etablerad och accepterad som den medicinska forskningen. Det finns därför skäl att intensifiera insatserna inom vårdforskningen samt även i övrigt främja utvecklingen inom omvårdnadsområdet i syfte att uppnå bästa möjliga patientnytta till minsta möjliga kostnad.

### 3.2 Patientens ställning i hälso- och sjukvården

Ett centralt mål för reformsträvandena i den svenska hälso- och sjukvården under senare år har varit att stärka patientens ställning, bl.a. genom att ge individen ökade möjligheter att välja vårdgivare inom

t.ex. primärvård och olika typer av specialistvård liksom att välja sjukhus vid slutna vård. Åtgärder har också vidtagits för att öka vårdens tillgänglighet, bl.a. vårdgarantiåtagandena. Denna utveckling skall bl.a. ses mot bakgrund av den värderingsförskjutning som skett, framför allt bland efterkrigstidens generationer, som ställer större krav på inflytande och möjligheter att påverka sin situation än vad som tidigare varit vanligt. Möjligheten att välja vårdgivare är en viktig aspekt av patientinflytandet. En väl så viktig – men hittills inte lika uppmärksammas – aspekt på patientinflytandet är möjligheterna för patienten att själv medverka i val av behandlingsmetod då det medicinska beslutsfattandet erbjuder alternativ.

Under senare år har ambitionen att ge god information ökat i vården och patienterna har i ökad utsträckning önskat bli delaktiga i det medicinska beslutsfattandet och i den dagliga omvårdnaden. Steget till ett mera allmänt patientinflytande är dock ännu långt.

Kommittén bör överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att brygga över det underläge som patienten naturligen befinner sig i gentemot hälso- och sjukvården. Kommittén skall bl.a. redovisa förslag till förbättringar som gör det möjligt att nå patienten med balanserad information om sjukdomen och att medverka i valet av behandling. Vidare bör övervägas om det finns skäl att vidta särskilda åtgärder för att ge stöd till patienter för vilka valet av behandling har stor betydelse för framtida livskvalitet. Det kan t.ex. gälla valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar och där vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger precisa svar. Här bör särskilt behovet av systematiska uppföljningar, som kan bilda underlag för informationsspridning till patienter om effekter och risker, uppmärksammas. Vidare bör prövas hur patientens egna erfarenheter och resurser bättre kan tas till vara i vården och rehabiliteringen. Kommittén bör också överväga vilka åtgärder som kan vidtas av staten t.ex. genom lagstiftning och tillsyn, sjukvårdshuvudmännen respektive vårdgivaren för att stärka patientens ställning.

### 3.3 Hälso- och sjukvårdens resursbehov

Under de senaste åren har kommuner och landsting bedrivit ett framgångsrikt arbete för att öka produktiviteten och effektiviteten i verksamheten. Det arbetet måste drivas vidare för att medborgarnas behov av vård och omsorg skall kunna tillgodoses på bästa sätt. Det krävs ett kontinuerligt förändringsarbete för att anpassa hälso- och sjukvården till nya tider, förändrade behov och andra förutsättningar.

Det är för närvarande utomordentligt svårt att bedöma möjligheterna att ytterligare öka produktiviteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Utvecklingen under de senaste åren skall bl.a. ses mot bakgrund av att produktivitetens utvecklingen under 1970- och 1980-talet var negativ. Det har således funnits utrymme för en betydande engångsökning av produktiviteten. Det är knappast realistiskt att anta att produktiviteten kan öka i samma takt under återstoden av 1990-talet utan man får räkna med en långsammare utveckling.

Till bilden hör också att möjligheterna att rationalisera verksamheten varierar inom olika delar av hälso- och sjukvården. Potentialen för fortsatta produktivitetensökningar torde vara mindre inom omvårdningsintensiva områden som internmedicinsk korttidsvård, geriatrik och kommunal sjukvård än inom kirurgi, där nya medicinska metoder möjliggör en fortsatt utveckling mot kortare vårdtider och övergång till dagkirurgi. Socialstyrelsen framhöll t.ex. i en rapport till regeringen i maj 1994 att omfattningen av och takten i ytterligare rationaliseringar vid medicinklinikerna samt den kommunala äldreomsorgen och sjukvården noga måste övervägas om den medicinska och omvårdningsmässiga kvaliteten skall kunna upprätthållas.

Kommittén skall mot den bakgrunden analysera och bedöma de krav på resurser som framför allt den demografiska utvecklingen i kombination med medicinteknisk utveckling kan komma att ställa på hälso- och sjukvården under perioden fram till år 2010. Tyngdpunkten bör ligga på en bedömning av resurskraven med hänsyn till att utvecklingen mot en ökad andel äldre över 80 år, den grupp som främst ställer krav på samhällets vård och omsorg, kommer att fortgå under överskådlig tid enligt SCB:s prognoser. Kommittén bör i det sammanhanget särskilt beakta omvårdnadsarbetets betydelse för kvaliteten. Vidare bör belysas hur samordningen mellan landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård kan förbättras och utvecklas samt hur de brister i den medicinska kvaliteten som finns i den kommunala sjukvården kan åtgärdas. Därvid bör kommittén bl.a. ta del av Socialstyrelsens uppföljning av Ädelreformen.

Det bör här även framhållas betydelsen av effektiva sjukvårdsinsatser för att begränsa sjukfrånvaron för personer i yrkesverksam ålder, bl.a. för att motverka ökade samhällsekonomiska kostnader i form av sjukpenning och minskad produktion. Kommittén bör överväga hur sådana sektorsövergripande samhällsekonomiska bedömningar kan integreras i sjukvårdsplaneringen.

Kommittén skall vidare beakta de beslut om det samhällsekonomiska utrymmet för skattefinansierad kommunal verksamhet som riksdagen fattar våren 1995.

### 3.4 Statlig styrning

De instrument som staten förfogar över för att styra utvecklingen inom hälso- och sjukvården är i första hand finansiella styrinstrument, lagstiftning, tillsyn, tillståndsgivning, sanktioner m.m. Staten har vidare ansvaret för merparten av forskningen och betydande delar av utbildningen. Uppföljning och utvärdering är andra instrument för den statliga styrningen och kan ses som stöd för och komplement till den övriga styrningen.

Flera av de nämnda styrinstrumenten övervägs för närvarande i regeringskansliet.

Beredningen för statsbidrag och utjämning inom kommunsektorn har nyligen avlämnat sitt slutbetänkande Utjämning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting (SOU 1994:144). I betänkandet lämnas förslag till ett nytt statsbidrags- och utjämningsystem för kommuner och landsting. Det föreslagna systemet innebär bl.a. en förstärkning av statens möjligheter att styra det skattefinansierade utrymmet för kommunsektorn. Samtidigt frånhänder sig staten i allt väsentligt finansiella instrument för att påverka/styra den kommunala sektorns prioriteringar och utformning av verksamheten eftersom statsbidragen i huvudsak förutsätts vara generella. Enligt beredningen kan det i vissa lägen finnas skäl att använda en mindre del av bidragen i styrande syfte. Systemet har därför utformats så att det finns en flexibilitet i detta hänseende, dvs. systemet kan samtidigt rymma både kommunal självständighet och möjlighet till viss statlig styrning.

Frågor som rör tillsyn m.m. kommer att behandlas i en proposition om verksamhetstillsyn inom hälso- och sjukvården som regeringen avser att lämna till riksdagen i början av år 1995. Därutöver kommer att staten ha ett särskilt ansvar för att hälso- och sjukvården skall fungera även i kriser och krig.

Kommittén bör göra en samlad bedömning av vilka krav som utvecklingen kan komma att ställa på den statliga styrningen inom sektorn i framtiden och vilka avvägningar som bör göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument i relation till de nationella hälso- och sjukvårdsvårdspolitiska målen.

### 3.5 Sjukvårdshuvudmännens styrsystem och organisation

Det svenska sjukvårdssystemet har genom landstingen och kommunerna en unik möjlighet att parallellt pröva olika modeller och system, något som också framhålls i de nuvarande direktiven. Denna möjlighet har i hög grad utnyttjats under de senaste åren. Kommittén har studerat erfarenheterna av nya former för styrning och organisation både i den svenska hälso- och sjukvården och i ett antal OECD-länder. Flertalet av dessa reformer är av så sent datum både i vårt land och i andra länder att det är svårt dra några säkra slutsatser om resultatet. Därtill kommer att det är svårt att veta vilka effekter som kan hänföras till de nya styrsystemen eftersom sektorn under samma period i hög grad påverkats både av ekonomiska restriktioner och andra reformer, t.ex. Ädelreformen och husläkarreformen.

Kommittén bör mot den bakgrunden så långt möjligt göra en samlad bedömning av erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation som tillämpas i den svenska hälso- och sjukvården. Jämförelser bör därvid göras mellan landsting och kommuner som tillämpar nya former för styrning och organisation och traditionellt styrda huvudmän. Vidare bör kommittén i relevanta delar bedöma vilka lärdomar i fråga om styrning och organisation som kan dras av reformarbetet i de studerade OECD-länderna.

### 3.6 Kostnadsansvaret för läkemedel i öppen vård

Läkemedel ingår som en resurs i den samlade hälso- och sjukvården och kan vara såväl komplement som alternativ till andra sjukvårdande insatser. Detta starka samband mellan läkemedel och annan sjukvård är ett bärande motiv för att ge sjukvårdshuvudmännen ett samlat kostnadsansvar för läkemedel och övrig hälso- och sjukvård. Härigenom torde man skapa goda förutsättningar för att läkemedelsbehandling och andra sjukvårdande insatser vägs mot varandra på likvärdiga villkor och därmed till en bättre avvägning mellan olika behandlingsformer. Därtill kommer att om läkemedelskostnadernas utveckling skall kunna dämpas, krävs ett ökat kostnadsmedvetande hos förskrivarna. Här torde ett system som bygger på att sjukvårdshuvudmännen har det samlade kostnadsansvaret för läkemedel innebära bättre förutsättningar för att åstadkomma detta jämfört med nuvarande system. I sammanhanget har bl.a. läkemedelskommittéerna en viktig funktion.

Mot denna bakgrund skall kommittén i sitt fortsatta arbete utreda och lämna förslag om en ändrad fördelning i fråga om kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen.

Kommitténs överväganden och förslag skall ha sin utgångspunkt i att sjukvårdshuvudmännen bör överta kostnadsansvaret för läkemedlen i den öppna vården från den allmänna sjukförsäkringen. Förändringen skall omfatta hela förmånssystemet för läkemedel, dvs. även förbrukningsartiklar och speciallivsmedel.

Kommittén bör vidare överväga formerna för den ekonomiska regleringen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen vid ett överförande av kostnadsansvaret. Principerna för fördelningen av det ekonomiska utrymmet mellan sjukvårdshuvudmännen bör också övervägas. Strävan bör därvid vara att finna kriterier för fördelningen som så långt möjligt tar hänsyn till de skilda faktiska läkemedelsbehov som möjligen kan föreligga hos de olika huvudmännen.

Prissättningen av de läkemedel och övriga produkter som ingår i den allmänna läkemedelsförsäkringen bör prövas. I prövningen ingår att utvärdera vilka effekter som nuvarande system med Riksförsäkringsverket som ansvarig prissättare haft. Av finansiella hänsyn är det viktigt att bedöma prissättningen för läkemedel i öppen och slutet vård ur ett helhetsperspektiv. Det finns dock mycket som talar för att det av rättviseskäl bör vara en statlig uppgift att prissätta de läkemedel som omfattas av subventionering även i fortsättningen. Kommittén bör också beakta att det kan vara mer rationellt att bygga upp den speciella kompetens som krävs för ändamålet på central nivå jämfört med ett decentraliserat system för prisförhandlingar och prissättning. Kommittén bör vidare överväga om det är ändamålsenligt att ge staten ett samlat ansvar för prissättning även för övriga produkter som omfattas av förmånssystemet.

Kommittén bör vidare överväga vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att stärka läkemedelskommittéernas inflytande. I det sammanhanget bör särskilt uppmärksammas möjligheterna att erbjuda de privatpraktiserande läkarna möjlighet att medverka i arbetet med att ta fram kommittéernas rekommendationer. Frågan om hur uppföljningen av förskrivningarna och de kostnader dessa genererar kan förbättras såväl i den offentligt som privat bedrivna hälso- och sjukvården bör också övervägas.

### 3.7 Läkemedelsförmånen inklusive högkostnadsskyddet

Kommittén bör vidare göra en översyn av utformningen av förmånssystemet för läkemedel, som även fortsättningsvis bör vara statligt reglerat. I det sammanhanget bör beaktas den av Merkostnadskommittén genomförda översynen av bl.a. läkemedelsförmånen. Utredningen lämnade i sitt slutbetänkande (SOU 1992:129) flera alternativa möjligheter till förändringar av förmånssystemet som bör övervägas. En utgångspunkt bör därvid vara att förmånssystemet för läkemedel bör reformeras för att skapa större enhetlighet och rättvisa mellan olika patientgrupper som har betydande kostnader för sjukvård och läkemedel.

Kommittén bör redovisa ett huvudalternativ som bygger på att de nu kostnadsfria läkemedlen och förbrukningsartiklarna görs prisnedsatta och förs in i ett högkostnadsskydd. I anslutning härtil bör kommittén göra en bedömning av om en sådan förändring kan behöva kompletteras med någon annan åtgärd inom socialförsäkringssystemet för dem som har livslånga sjukdomstillstånd och betydande merkostnader. Med hänsyn till det statsfinansiella läget krävs att kommittén redovisar förslag som inte ökar de offentliga utgifterna eller minskar statsinkomsterna. Kommittén skall också uppmärksamma eventuella effekter på vårdens kvalitet av förändrade förskrivningsmönster.

Kommittén bör vidare pröva vilka förändringar av högkostnadsskyddet som behöver vidtas med hänsyn till det ovan nämnda huvudalternativet där de kostnadsfria läkemedlen och förbrukningsartiklarna förs in i systemet med prisnedsättning. En utgångspunkt skall vara att högkostnadsskyddet även i fortsättningen är statligt reglerat. Med hänsyn till att kommitténs förslag skall utgå från att sjukvårdshuvudmännen har ett samlat kostnadsansvar för läkemedel och övrig hälso- och sjukvård bör huvudmännen ges rätt att kunna besluta om en lägre nivå på egenkostnadstaket inom högkostnadsskyddet än den av riksdagen beslutade högsta nivån.

Kommittén bör redovisa ett huvudalternativ som bygger på att patientavgifterna för öppenvårdsbesök, förskrivna prisnedsatta läkemedel, förbrukningsartiklar och speciallivsmedel inordnas i ett samlat högkostnadsskydd. Vidare bör övervägas om även sjukresorna kan inordnas i detta högkostnadsskydd.

Högkostnadsskyddet kan utformas efter mönster av det nuvarande systemet, dvs. att hel kostnadsfrihet uppnås när egenavgifterna för den försäkrades sammanlagda kostnader överstiger ett visst bestämt belopp inom en tolv månadersperiod. Alternativ som bör övervägas är införande av flera nivåer i högkostnadsskyddet, t.ex. så att en viss

avtrappning av den enskildes avgifter sker när egenavgifterna passerar ett visst belopp upp till en ny gräns efter vilken fullständig kostnadsfrihet gäller.

Kommittén bör även pröva möjligheterna att utforma ett system, där den enskildes kostnader sprids jämnare över tolv månadersperioden. Merkostnadskommittén berörde frågan om införande av ett periodiserat högkostnadsskydd för sjukvård och medicin baserat på 30 alternativt 90 dagar. Den lämnade dock inget förslag om ett sådant bl.a. med hänsyn till att frågan bedömdes ligga utanför kommitténs uppdrag.

Kommittén bör vid sina överväganden om högkostnadsskyddet ta del av det förslag som Utredningen (S 1993:13) om avgifter inom handikappområdet kommer att redovisa i början av år 1995.

### 3.8 Folkhälsoarbetet

Socialstyrelsen belyser i rapporten Landstingens folkhälsoansvar (1994:6) en rad brister inom folkhälsoområdet. Bl.a. konstateras att landstingen på flera håll saknar fastlagda mål, övergripande strategier och konkreta handlingsprogram för den samhällsmedicinska verksamheten och folkhälsoarbetet. Styrelsen noterar vidare bl.a. att det finns oklarheter i uppfattningen om vad som är landstingets, kommunernas respektive forskningens ansvar på folkhälsoområdet och påtalar behovet av att fastslå de olika samhällssektorernas och aktörernas ansvar på ett tydligare sätt.

Kommittén skall – bl.a. mot bakgrund av de problem som redovisas i den ovan nämnda rapporten – analysera uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner när det gäller folkhälsoarbete samt hur samverkan mellan de olika aktörerna kan förbättras. Vidare bör kommittén belysa hur de olika organisations- och styr-system som sjukvårdshuvudmännen utvecklar påverkar förutsättningarna för folkhälsoarbetet. Kommittén skall slutligen överväga om det finns behov av att precisera kommunernas och landstingens folkhälsoansvar i hälso- och sjukvårdslagen.

### 3.9 Kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete

HSU 2000 har, som framgått tidigare, avlämnat ett delbetänkande (SOU 1994:32) som preciserar landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvårdssektorn. Frågan om primärkommunernas ansvar för kliniskt forsknings- och



utvecklingsarbete behandlas inte i delbetänkandet. Däremot framgår att kommittén i sitt fortsatta arbete avser att överväga om det finns behov av en lagändring som preciserar primärkommunernas ansvar för patientnära forskning inom de delar av hälso- och sjukvården som de är huvudmän för. Det forskningsområde som är aktuellt i detta sammanhang torde i första hand vara vårdforskning, dvs. forskning med inriktning på omvårdnad, habilitering, rehabilitering, m.m.

Vårdforskningen i den svenska hälso- och sjukvården har nyligen kartlagts på uppdrag av Medicinska forskningsrådet (MFR) och Landstingsförbundet. Vidare har Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) nyligen gett ut en rapport om behov av utvärdering inom sjuksköterskans område, som bl.a. innehåller förslag till studier och utvärderingar inom omvårdnadsområdet. Av de två först nämnda studierna framkommer bl.a. att landstingen har spelat en viktig roll för omvårdnadsforskningens utveckling, bl.a. som dominerande forskningsfinansiärer inom området. Andra finansiärer är forskningsråden, främst MFR samt Landstingsförbundet. Genom beslut av riksdagen våren 1994 har ytterligare en forskningsfinansiär tillkommit; Stiftelsen för vård- och allergiforskning som tillförts kapital från de tidigare löntagarfonderna.

Det finns inga studier som belyser hur kommunerna ser på sitt ansvar för vårdforskning efter Ädelreformen. Det samma gäller i fråga om psykiskt långtidssjuka som kommunerna får ett lagstadgat ansvar för fr.o.m. den 1 januari 1995.

Kommittén skall i sitt fortsatta arbete ge en bred belysning av vårdforskningens läge, finansiering och organisation i den svenska hälso- och sjukvården. De ovan nämnda studierna torde begränsa behovet av egna kartläggningar. Kommittén bör däremot belysa Ädelreformens och den senaste psykiatireformens konsekvenser för utvecklingen inom vårdforskningen och den kliniska medicinska forskningen och därvid särskilt uppmärksamma primärkommunernas engagemang på området.

Kommittén skall vidare överväga ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansieringen av vårdforskning och i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling. I det sammanhanget bör beaktas bl.a. behovet av att forskning och utveckling inom området får en starkare förankring i vård och vårdutbildning samtidigt som dess samband med övrig forskning inom högskolan stärks. Behovet av regional och nationell samordning bör också övervägas.

### 3.10 Övrigt

För kommitténs arbete gäller kommittédirektiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), att beakta EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir. 1988:43), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124).

Utredningens arbete skall redovisas etappvis i form av delbetänkanden. Ett första betänkande i fråga om kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen, förmånssystemet för läkemedel och högkostnadsskyddet skall redovisas senast den 31 maj 1995. Arbetet skall bedrivas så att det är slutfört i sin helhet senast den 30 juni 1996.

(Socialdepartementet)

## Referensgrupp

### Referensgruppens sammansättning

Göran Dahlgren, folkhälsoråd, Folkhälsoinstitutet  
Finn Diderichsen, professor, Karolinska institutet  
Göran Fahlén, hälsoplanerare, Sollefteå sjukhus  
Lars-Erik Holm, numera generaldirektör, Strålskyddsinstitutet  
Elisabeth Hydén, beställarkontoret, Sydöstra sjukvårdsområdet  
Sven-Olof Isacson, professor, Samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset Malmö  
Urban Janlert, docent, Institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap, Umeå universitet  
Annkristin Jansson, distriktssköterska, mph, primärvården, Lunds sjukvårdsdistrikt  
Finn Kamper-Jørgensen, direktör, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, DIKE  
Karl Knutsson, fd. direktör, Svenska kommunförbundet  
Lars Lindholm, hälsoekonom, Institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap, Umeå universitet  
Laila Linnergren-Fleck, direktör, Socialstyrelsen  
Kjell Nilsson, numera folkhälsodirektör, Kommunalförbundet Västra Götaland  
Måns Rosén, professor, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen  
Lennart Råstam, professor, Samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset, Malmö  
Ingrid Ström, sektionschef samhällsmedicin, Socialstyrelsen  
Carina Svensson, samordnare, Landstingsförbundet

## Referenser

Folkhälsogruppen, Folkhälsans villkor, nr 9, 1991.

Folkhälsoinstitutet, Kartläggning av kommunernas folkhälsoarbete, 1996:88.

Folkhälsoinstitutet, Nationell handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser, 1995:50.

Förebyggande arbete i primärvården, Primärvårdsuppföljningen 1996:5.

Isacsson Sven-Olof, Baigi Amir, Sjukhusens roll i folkhälsoarbetet.

Landstingsförbundet, Samverkan i folkhälsofrågor, 1996.

Rosén, Socialmedicinsk Tidskrift nr 5 1996, ref till Lindholm, Emmelin, Rosén: Health Maximisation Rejected – The View of Swedish Politicians, Eur J Public Health, 1996.

SBU-rapport nr 132 (Längre liv och bättre hälsa).

SBU-rapport nr 134 (Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturöversikt.)

Socialmedicinsk Tidskrift nr 4-5 1995 och nr 2-3 1996.

SoS-rapport 1994:9 (Folkhälsorapport 1994).

Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1994:6 (Landstingens folkhälsoansvar).

SoS-rapport 1995:22 (Kvalitet i förebyggande och hälsofrämjande arbete).

SoS-rapport 1996:1 (Miljömedicinsk verksamhet vid landstingen 1995).

SoS-rapport 1996:6 (Samhällsmedicin och folkhälsoarbete i landstingen 1995).

SoS-rapport 1997:18 (Folkhälsorapport 1997).

Sveriges läkarförbund, Läkare i folkhälsoarbetet. Ett preventionspolitiskt program, 1996.