

Vem har ansvaret för hälsan?

Åke Nygren

Irene Jensen

Maria von Koch

I bedömningen av ett lands välstånd ingår hälsa som en viktig faktor. Vem har då ansvaret för hälsan? De yttre orsaker som kan tänkas påverka hälsan är många. Dessa orsaker kan påverkas av politiker, samhället, arbetsgivaren, sjukvården eller individen själv.

Hälsa är ett komplext begrepp. En individ kan rent medicinskt vara helt utan tecken på sjukdom men ändå uppleva sig må mycket dåligt. En manifest sjukdom hos en annan individ behöver inte alls eller endast marginellt påverka det subjektiva välbefinnandet.

Modern hälso- och sjukvård är inte bara att bota sjukdomar och förebygga skador utan även främja välbefinnandet. Hälso- och sjukvård är alla åtgärder som kan bidra till att en person mår och fungerar bättre oavsett hälsotillståndet rent medicinskt. I beskrivningen av hälsoläget i en befolkning bör därför förutom sjuklighet i medicinsk mening också ingå analyser av livsstil och levnadsvanor.

Åke Nygren är professor vid Karolinska Institutet och verksam vid Folksam forskning och Institutet för Framtidsstudier. Irene Jensen är Dr Med Sc verksam vid Karolinska Institutet och Maria von Koch vid Folksam forskning.

Hälsa och ekonomisk utveckling

Under de senaste 150 åren har skett en markant förskjutning av sjukdomspanoramat och dödsorsaker i det som idag benämns den industrialiserade världen. Fattigdom, undernäring, trångboddhet och dålig hygien medförde att både akuta och kroniska infektionssjukdomar lätt fick fäste. Tuberkulos var en folksjukdom och spanska sjukan, en influensaepidemi, som skördade tusentals offer bara i Sverige. I de länder som redan var hårt sargade av det första världskriget med-

förde epidemin ytterligare ett hårt slag. Spädbarnsdödligheten var hög, även i Sverige. Infektionssjukdomar som knappast längre existerar efter införande av olika vaccinationsprogram glesade ut de stora barnaskarorna hos i stort sett alla familjer.

Hälsoutvecklingen kan studeras genom att följa förändringen av medellivslängden och spädbarnsdödligheten. I Sverige har medellivslängden i stort sett fördubblats under de senaste 150 åren. Medellivslängden är nu närmare 74 år för män och cirka 80 år för kvinnor. Ökningen av medellivslängden beror framför allt på den starkt minskade barnadödligheten. Spädbarnsdödligheten i Sverige är numera 7 per 1 000 födda. Vårt land är därmed bland de länder som har den lägsta barnadödligheten i världen. Även för andra åldersgrupper har den förväntade återstoden av livslängden ökat. Denna positiva trend beror till största delen på den positiva ekonomiska utvecklingen.

Politikerns roll

För att uppnå ett optimalt hälsoläge i ett land måste ett flertal aktörer verka. Politikerna kan förutom att ge optimala resurser till sjukvården även stifta lagar som påverkar hälsoläget. Det finns lagar som är stiftade för att minska antalet trafikolyckor och lagar ämnade att minska olika former av missbruk. För att dessa skall ha effekt måste individen följa dem. Trafiklagar som är ämnade att påverka trafikanternas beteende som bälteslag och hjälmag brukar inte instiftas förrän det är ett frivilligt användande av aktuellt skyddssystem på ca 30%.

Andra lagar som kan påverka hälsoläget är t ex ändringar i socialförsäkringen. Under senaste åren har socialförsäkringen ändrats på ett flertal områden. Karensdagar, arbetsgivarinträde sänkta ersättningar vid långvarig sjukskrivning är aktuella exempel på detta.

Politikerna har en ansvarsfull roll i hälsoutvecklingen och borde i högre grad använda vetenskapliga rön vid lagstiftning som påverkar såväl sjukvården som socialförsäkringen

Tyvärr görs sådana ändringar med kortsiktigt ekonomiskt tänkande och ofta utan vetenskaplig förankring om de långsiktiga konsekvenserna. Hälsoekonomiskt ger en karensdag omedelbart besparing, men vad betyder det på lång sikt? En astmapatient kan t ex på grund av upprepade sjukskrivningar hamna i en situation som gör att långtidssjukskrivning blir ekonomiskt nödvändigt. Generösa ersättningar kan också permanenta sjukskrivning.

Den nedskärning som för närvarande pågår inom sjukvården kommer på sikt att vara skadlig för vissa patienter.

Politikerna har en ansvarsfull roll i hälsoutvecklingen och borde i högre grad använda vetenskapliga rön vid lagstiftning som påverkar såväl sjukvården som socialförsäkringen.

Arbetsgivarens roll

Svensk produktivitet ligger på en alltför låg nivå jämfört med andra länder. Antalet anmälda arbetsskador är stort och arbetsmiljön är inte av den höga standard som den borde vara med tanke på den välutbyggda skyddsorganisation vi haft under 80-talet. I framtiden krävs att såväl effektiviteten ökar som att kvaliteten på det som produceras förbättras. Det gäller inte bara inom den traditionella konkurrensutsatta sektorn utan även inom den offentliga sektorn i svenskt arbetsliv.

I Sverige har redan flera stora företag påbörjat en organisationsutveckling i denna färdriktning. De har uppnått ökad effektivitet genom att bygga upp organisationen utifrån mänskliga behov av gemenskap och meningsfullt arbete. Man arbetar ofta i sk målstyrda arbetsgrupper där produktionen styrs och produkter och arbetsmiljön utvecklas genom personalens egna idéer. Det visar sig att alla parter vinner på denna produktionsmetod; företaget genom en större produktivitet, kunderna genom en högre produktkvalitet och de anställda genom en bättre arbetsmiljö.

Arbetsgivaren har laglig skyldighet att ha en säker arbetsplats och har dessutom rehabiliteringsansvar för anställda som är långtidssjukskrivna. Arbetsgivarens

rehabiliteringsansvar är exempel på en lag som inte har fungerat optimalt. Detta har flera förklaringar. Lagen trädde i kraft i början av en djup lågkonjunktur. Många arbetsgivare tvingades minska sin verksamhet och blev tvungna att avskeda delar av sin personal. Rehabiliteringsfrågorna fick inte den aktualitet som lagstiftaren avsåg.

Försäkringskassans roll

En verklig kostnadsexplosion har skett inom socialförsäkringen, dvs statens utgifter för långtidssjukskrivningar, arbetsskador och förtidspensioneringar. Detta förhållande kan betecknas som det mest negativa i svensk hälsoutveckling. År 1987 var utgifterna för dessa kategorier 35 miljarder kronor per år och 1991 72 miljarder kronor, vilket innebär en fördubbling på 5 år.

Sjukdomar påverkar alltså hälsoläget genom deras inverkan på arbetsförmågan. Varje år är nära 300 000 personer sjukskrivna under 3 månader eller längre tid. Sedan mitten av 1980-talet har sjukskrivningstiderna blivit allt längre. Långvarig sjukskrivning avslutas ofta med förtidspensionering. Under 90-talet har det skett en minskning av både korttidssjukskrivningar och långtidssjukskrivningar samtidigt som antalet förtidspensioneringar har ökat.

De senaste åren har cirka 50 000 människor pensionerats i förtid varje år med en topp 1993 på 62 000 personer som inte uppnår sin pensionsålder fullt arbetsföra. Det motsvarar drygt en procent av samtliga förvärvsarbetande och är dubbelt så mycket som arbetskraften väntas öka per år i framtiden.

Olika typer av hälsoproblem som leder till arbetsoförmåga varierar i olika åldrar. Bland personer som är yngre än 40 år överväger sjukdomar i rörelseorganen. Från femtioårsåldern ökar hjärt-kärlsjukdomarnas betydelse för sjukbidrag och förtidspensionering.

Ungefär en fjärdedel av all ersatt sjukfrånvaro beror på besvär och sjukdomar i muskeloskelata systemet. År 1990/91 hade var fjärde kvinnlig arbetare och var sjunde kvinnlig tjänsteman sjukdom/besvär från rörelseorganen (1). Kvinnor inom alla yrken drabbas generellt

Kvinnor inom alla yrken drabbas generellt sett av flera arbetsskador och av arbetssjukdomar i högre grad än män

sett av flera arbetsskador och arbetssjukdomar i högre grad än män (Lagerlöv 1993). Kvinnors utsatthet inom arbetslivet kan till en del bero på att arbetsmiljö och arbetssituation ej anpassats till kvinnliga förutsättningar.

Riksförsäkringsverket visade i en undersökning från mitten av 1980-talet att endast hälften av långtidssjukskrivna blev föremål för rehabiliteringsåtgärder. Trots att stora ansträngningar har gjorts finns det anledning att misstänka att förhållandena inte är mycket bättre i dag. Försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet har en nyckelroll i kampen mot ohälsan.

Hälsa och livsstil

Med ökad välfärd har sjukdomsbilden i den svenska befolkningen förändrats drastiskt. Dagens stora folksjukdomar kan på ett eller annat sätt kopplas till livsstilen. Hjärt-kärlsjukdomar och tumörsjukdomar är de i särklass vanligaste dödsorsakerna i dagens Sverige. Andra sjukdomstillstånd där livsstilen har betydelse är andningsorganens sjukdomar, där uppkomstmekanismerna till stor del är att finna i missbruk av tobak, alkohol och droger. Även rörelseorganens sjukdomar påverkas av kost och tobak. Infektionssjukdomar som direkt kan kopplas till livsstilen är de sexuellt överförda. Sverige har hittills varit relativt förskonat från HIV. Rapporteringen om andra sexuellt överförda sjukdomar, framför allt chlamydia, indikerar dock att HIV kan få en snabb och stor spridning om viruset väl får fäste utanför de nuvarande så kallade riskgrupperna. Om detta vittnar inte minst den tragedi som drabbat många länder i Afrika.

Livsstilen beror, ytligt sett, på varje människas egna beslut. Genom att utsätta sig för hälsorisker kan man drabbas av sjukdom eller för tidig död.

Den internationella hälso- och sjukvårdsdebatten har i hög grad handlat om hur man skall minska behovet av sjukvård genom att angripa sjukdomarnas orsak.

Ca 70 procent av långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar orsakas av hjärt-kärlsjukdomar, astma, allergi och smärttillstånd i rörelseorganen. För samtliga gäller att en förbättrad livsstil anses ha gynnsam effekt. Åtgärder för att åstadkomma livsstils-

förändringar har flera principiella fördelar som många specifika behandlingsmetoder saknar. Livsstilsförändringar kan påverka flera sjukdomstillstånd samtidigt. Minskad rökning medför minskad risk för cancer, hjärt-kärlsjukdomar, tandlossning, allergier etc. Förändringar i en persons livsstil påverkar också indirekt livsstilen hos personer i omgivningen. Ett flertal studier visar t ex att barnens livsstil påverkas av föräldrarnas och att även makar, vänner och arbetskamrater påverkar varandra. Det är alltså av yttersta vikt att de som är verksamma inom sjukvård, försäkringskassor, försäkringsbolag, folkrörelser, skolor, högskolor och massmedia bidrar till att höja det allmänna medvetandet om livsstilens betydelse för hälsan. Människor måste motiveras att mera allmänt förändra sin livsstil i mer hälsosam riktning.

Under perioden 1978-1989 ökade ohälsotalet för kvinnor med nära 13 dagar per år medan männens ohälsotal ökade med knappt 2 dagar per år. Fortfarande finns en könsskillnad i ohälsa med 8 dagar. Inom den medicinska forskningen växer medvetandet om att könsdifferentieringen i prevention, diagnostik och behandling är av stor vikt. Ett flertal studier visar t ex att kvinnor och män reagerar fysiologiskt olika i likartade situationer samt att behandlingsinsatser har olika effekt på kvinnor och män.

I motiveringsarbetet med att förändra livsstil i hälsobefrämjande syfte är det alltså även av största vikt att rikta insatser med hänseende på könsmässiga skillnader och förutsättningar.

De sociala skillnaderna i ohälsa ökar även alltmer. Sämst hälsa har kvinnorna inom vård och service (12). Skillnader i livssituation och livsstil skiljer sig både mellan olika sociala grupper och mellan könen (14).

Det är också av stor vikt att utvärdera resultaten av de åtgärder som vidtas och för detta behövs basdata. Mycket få studier har genomförts där man samtidigt undersökt människors levnadsvanor (särskilt motionsvanor), hälsotillstånd och fysiska prestanda.

Sjukvårdens ansvar för hälsan

Svensk sjukvård har internationellt sett en mycket hög standard. Akutsjukvården har varit föremål för ett an-

Det är av stor vikt att utvärdera resultaten av de åtgärder som vidtas och för detta behövs basdata

Det är sjukskrivande läkares skyldighet att planera en eventuell rehabilitering och ha kontakt med både försäkringskassa och arbetsgivare

tal utredningar. Bland de tillstånd som är livshotande har vårdprogram kunnat göras för t ex hjärt- och kärlsjukdomar och luftvägarnas sjukdomar. När det gäller trauma har vissa brister i organisation och kompetens registrerats. Av de multitrauma som dör på sjukhusen kunde mellan 15-17% ha räddats om de fått optimal behandling. Omhändertagandet av multitrauma är ett komplicerat samspel mellan olika faktorer. Det är viktigt att höja kvaliteten på behandlingen av skadade och att man får akutkliniker med väl genomarbetade och intrimmade behandlingsrutiner.

För de flesta patienter som behandlats på sjukhus eller av primärvården behövs en mer eller mindre lång period av sjukskrivning. Det är viktigt att sjukskrivande läkare tar hänsyn till återgång till arbetet på ett adekvat sätt. Det är sjukskrivande läkares skyldighet att planera eventuell rehabilitering och ha kontakt med både försäkringskassa och arbetsgivare. Detta sker inte tillfredsställande i dag. Av en studie utförd av Försäkringskassan i Jämtland 1992, framgår att läkarnas kontakt med försäkringskassan är mycket varierande. I endast en tredjedel av 691 undersökta fall med sjukskrivning över 6 månader hade det förekommit kontakt mellan rehabiliteringsansvarig på försäkringskassan och behandlande läkare.

Studien visade att företagsläkarna hade haft mest kontakt (i 70 procent av fallen) och sjukhusläkare minst (i 16 procent av fallen). Distriktsläkare och försäkringskassan hade kontakt i 32 procent av fallen. En lyckad rehabilitering kräver också kontakt med arbetsgivaren. I 29 procent av fallen hade det förekommit någon form av kontakt mellan behandlande läkare och arbetsgivare. Även i detta hänseende hade sjukhusläkarna den lägsta frekvensen av kontakter. I endast 12 procent av fal-

len hade sjukhusläkarna och arbetsgivare haft kontakt. Motsvarande siffra för distriktsläkare var 14 procent.

Sammanfattning: Hälsoläget i ett land påverkas av en rad frågor, där landets ekonomi och politik sannolikt är de mest avgörande. Politikerna måste ta mera hänsyn till långsiktiga effekter ändringar och de måste i högre grad än de gör i dag ta hänsyn till forskningsresultat. I det moderna industrisamhället utgör sjukskrivning en vanlig parameter i värderingen av hälsan. Samspelet patient läkare och arbetsplats är viktig för att uppnå optimalt hälsoläge. Slutligen måste varje individ ta ansvar för sin hälsa och minimera olika risker.

REFERENSER

1. Statistiska Centralbyrån: Statistisk årsbok 92. Stockholm, SCB, 1991.
2. Statens offentliga utredningar, SOU 1988:41. Tidig och samordnad rehabilitering. Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning mm. Betänkande av rehabiliteringsutredningen. Stockholm, Allmänna förlaget, 1988.
3. Riksförsäkringsverket. Socialförsäkringen 1991/92. Stockholm, RFV, 1992.
4. Riksförsäkringsverket. Långvarig sjukskrivning - Vilka drabbas? Varför? Vad görs för dem? Stockholm, RFV, 1991.
5. Riksförsäkringsverket. Nu går vi in i en ny roll. Stockholm, RFV, 1992.
6. Arbetslivsfonden, Arbetsmiljöfonden, Försäkringskassaförbundet. kartläggning av företag och organisationer med arbetslivsinriktad rehabilitering. Projekt rapport. Stockholm, FKF, 1993.
7. Lisspers J, Nygren Å: Ny livsstil på livstid - om vidmakthållande av livsstilsförändringar. Stockholm, Folksam, 1992.
8. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Ont i ryggen - orsaker diagnostik och behandling. Stockholm, SBU, 1991:5-6.
9. "Att återupprätta" om försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet RFV 1994:18.
10. Trafikolycksfall SBU - rapport 122.
11. Olofsson Olle: opublicerade data.
12. Folkhälsorapporten 1994. Socialstyrelsen, SOS-rapport 1994:4.
13. Lagerlöf E: Women and Health. Sweden's National Report to the OECDs technical group. National Institute of Occupational Health Stockholm, 1993.
14. LIV 90 Rapport 1. Matvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20-65 år. Fölsam, Högsolan för lärarutbildning, KI Korpen RF.