

Red: Arne Borg

## Hälso- och sjukvård inför 90-talet

Föreningen Sveriges Socialchefer (FSS) har beretts tillfälle att inkomma med synpunkter på utredningen HS 90, som omfattar

SOU 1981:1 Hälsorisker – en kunskapssammanfattning

SOU 1981:2 Ohälsa och vårdutnyttjande

SOU 1981:3 Hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv

SOU 1981:4 Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet

Sekretariatspromemoria 1: Demografiska och socio-ekonomiska förhållanden inom befolkningen

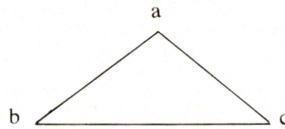
Sekretariatspromemoria 2: Hälso- och sjukvårdsplanering

Samtliga rapporter består av olika avsnitt under resp författares eget ansvar, vilket innebär att "styrgruppen" kan ha andra åsikter än de som framförs i rapporten.

## Synpunkter på principiella utgångspunkter (SOU 1981:1)

De villkor som bestämmer en individs hälsotillstånd är enligt utredningen genetiska förutsättningar, yttre miljöfaktorer samt vårdresursernas hälsopåverkade effekter. Miljöfaktorer avgör i stor utsträckning vilka levnadsvanor individen kan välja. Inom dessa ramar blir individens eget val av livsstil, vanor och de egna kunskaperna och villkoren för hälsan centrala.

De principiella utgångspunkterna utgår från en triad som kan beskrivas enligt följande:



- a) individens val och ansvar
- b) genetiska förutsättningar
- c) miljö

FSS vill starkt betona att detta synsätt i för liten utsträckning tar hänsyn till individernas livsvillkor, som är något annat och mera övergripande än miljö i synnerhet om miljöbegrepp används i en mera mekanisk betydelse som: trafikmiljö – bostadsmiljö – miljöföreningar etc.

Sjukvårdens traditionella utgångspunkter representerade i läkarutbildningen är biologiska, individcentrerade och sjukhusanknutna. Läkarna utgör en relativt liten grupp av sjukhuspersonalen men har hög utbildning och stort inflytande. Hälsa och sjukdom innehåller emellertid mycket stora sociala och psykologiska komponenter och är i sina yttersta konsekvenser en fråga om samhällets ekonomiska och politiska struktur. Dessa synpunkter är inte obeaktade i rapporten, men man har inte tagit konsekvenserna av dem.

En första konsekvens skulle ha varit att det vidare utrednings- och planeringsarbetet *måste* ske i direkt samarbete med socialtjänsten – dels för att utnyttja de kunskaper som finns och dels för att kunna effektivt utveckla det praktiska arbetet. I samband med att man inom HS 90 dels försöker identifiera olika arbetsuppgifter och dels försöker ge riktlinjer för forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvård bör man rekommendera en vidareutveckling av underlag till vårdprogram som skall gälla för primärvården. Hälso- och sjukvårdsplane-

ring måste utgå från tvärvetenskaplig forskning som utöver en snäv individriktad biologisk och medicinsk samt en liten men något växande miljömedicinsk och socialmedicinsk forskning bör omfatta kunskaper hämtade från tex forskning i praktisk psykologi och i socialt arbete. Det är en genomgående brist i alla utredningar som kommit under 70-talet och under början av 80-talet att varje grupp främst laborerar med sin yrkeskår. Man talar mycket om integration av tex socialvård och sjukvård, men varje utredning för sin egen monolog – detta medför ett dubbelarbete som kan få orimliga konsekvenser.

Det framgår av utredningen att läkarnas kunskaper är stora då det gäller små delar av människokroppen men mindre då det gäller kunskapen om människan som helhet och ännu mindre då det gäller människors villkor i ett samhällsperspektiv.

Om vi utgår från den tidigare beskrivna triaden så vet läkarna ganska mycket om den första grundpelaren: de genetiska förutsättningarna. Insatser på det genetiska området bör vara individuella och bestå i att kompensera eventuella genetiska brister.

FSS vill här betona att generellt förebyggande effekter i form av genetiskt urval och genetisk manipulation i dag är fullt möjliga – men ur etisk synpunkt sannolikt helt omöjliga att försvara. Då utredningen själv har satt genetiska faktorer som en grundpelare för hälsa bör befolkningen och dess beslutsfattare få fullständig information om hur långt forskningen har kommit och vilka möjligheter detta innebär då det gäller dels att hindra "giftiga" skador och dels att behandla eller förebygga verkningar av redan uppkomna skador. Detta bör redovisas i särskild utredning.

Då det gäller den andra "grundpelaren", miljön, finns det som nämnts redan många kunskaper att få inom andra vetenskapsområden

samt praktiska erfarenheter från fältet inom andra förvaltningar. Då det slutligen gäller den ideologiska synen: individens val och ansvar bör det rimligen beaktas att individernas valmöjligheter är ganska olika p.g.a. vars och ens socio-ekonomiska och biologiska status. Många människor har på grund av sjukdom, fattigdom och elände inga valmöjligheter alls. Det kan då förefalla orimligt "ny-moralistiskt" att i så hög grad fokusera på levnadsvanor, som utredningen gör. Det är viktigt att ge människor hälsouppllysning och goda vanor, men då måste man också skapa de strukturella ekonomiska och psykosociala förutsättningarna härför. Om man så ensidigt riktar sig mot individuella insatser i en offentlig utredning riskerar man att beslutsfattarna i en ekonomisk kris-situation "glömmer bort" de lika viktiga strukturella insatserna.

### **Synpunkter på befolkningens hälsotillstånd (sekretariatspromemoria 2)**

Befolkningens hälsotillstånd har ändrats påtagligt under det senaste århundradet. Epidemier, bristsjukdomar m.m. har bemästrats med bl.a. socialpolitiska åtgärder och medellivslängden har ökat markant med c:a 20 år. Detta har lett till att sjukdomsmönstret har ändrats och nu präglas av sjukdomar som är vanliga i högre åldrar, t.ex. tumörsjukdomar och sjukdomar i hjärta, kärl och matsmältningsorgan. För männens del har dödligheten ökat i de yrkesverksamma åren (stress?). Ett flertal utredningar har bedömt att tunga hälsoproblem kommer att vara cirkulationsorganens sjukdomar, tumörer, skador, andningsorganens sjukdomar, led och ryggsjukdomar samt psykiska störningar.

1979 omkom c:a 800 personer i trafikolyckor. Antalet allvarligt skadade beräknades till c:a 15 000.

I arbetslivet omkommer årligen 300 personer och 130 000 skadas. Antalet fysiskt handikappade är c:a

500 000. Antalet rullstolsbundna är c:a 30 000.

De ovan nämnda skadorna har klara orsakssammanhang och kan delvis förebyggas. Härtill kommer andra skador som har ett klart psykosocialt samband:

Antalet fullbordade självmord per år är c:a 2 000.

Antalet självmordsförsök uppgår till 20 000.

Författarna hänför alkoholskadorna snarare till de mekaniska sjukdomsorsakerna än till de psykosociala. Man beräknar att antalet alkoholskadade personer uppgår till 300 000–500 000. Härtill kommer missbrukare av narkotika och läkemedel.

*Kommentar:* De mera "mekaniska" sjukdoms- och dödsfallsorsakerna har i stort sett utretts och åtgärdats.

Orsakerna är lätta att definiera och effekterna av eventuella insatser är lättare att bedöma. Då det gäller sjukdomar med psykosociala samband är orsakerna svårare att definiera och effekterna av ett förebyggande arbete svårare att bedöma. Vi kan t.ex. jämföra antalet människor som har omkommit i trafikolycka (c:a 800 år 1979) med antalet genomförda självmord (c:a 2 000). Stora insatser har gjorts för att reducera antalet trafikoffrer medan man knappt analyserat orsakerna till självmord, som är 2 1/2 ggr så många.

Psykosociala orsaker till sjukdomar är mångdimensionella och ofta svåra att fånga. Då det gäller tolkningen av siffror lämnas det utrymme för värderingar och subjektiva bedömningar. Detta gäller inte minst för bedömningen av alkoholmissbruket, där man svävar mellan siffror på 300 000–500 000. En skillnad som uppgår till c:a 60 % kan aldrig vara statistisk relevant varför man starkt kan ifrågasätta båda siffrorna utan att därför ifrågasätta att missbruket i sig utgör ett allvarligt problem. Då det gäller orsaker till missbruk följer utredningen den utgångs-

punkt som sätter ett absolut samband mellan allmänkonsumtion och missbruk – en utgångspunkt som starkt ifrågasätts från annat håll. Det finns en allvarlig risk att detta kan medföra en sned utveckling, eftersom det finns en tendens att sätta allt för stor tilltro till biologiskt inriktade experters åsikter.

I SOU 1981:1 beskrivs förhållandet mellan arbetslöshet och sjukdom och där framkommer att det finns klara samband mellan insjuknande i olika stressjukdomar och arbetslöshet-lågkonjunktur. Tidigare har man framför allt visat detta när det gäller psykiska sjukdomar. En finsk studie visar bl.a. att vid ungdomsarbetslöshet finner man klara skillnader mellan arbetslösa och sådana som har arbete när det gäller kostvanor, personlig hygien, kroppslig kondition – de arbetslösa slits ut snabbare än andra. Samstämmiga forskningsrapporter från Västeuropa och USA visar att hälsoklyftorna ökat under 1900-talet trots att sjuk- och hälsovård byggs ut kraftigt och författaren betonar att det är angeläget att man inom hälso- och sjukvården uppmärksammar arbetslösheten, bl.a. genom att initiera och stimulera till forskning kring ungdomsarbetslöshet och arbetslöshet bland utsatta grupper. Här bör ju finnas stora möjligheter enligt socialtjänstlagen för socialvårdens folk att ta initiativ.

### **Synpunkter på utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4)**

I detta betänkande summeras några av de viktiga resultaten och slutsatserna från de olika underlagsstudier som genomförts under HS 90-projektets första etapp. Redovisning av grupperas kring de fyra huvudområden som behandlas nämligen, hälsorisker, ohälsa och vårdutnyttjande hälso- och sjukvårdsplanering samt internationella utblickar. Generella riktlinjer för det fortsatta arbetet etapp två bör enligt utredningen vara:

att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt

att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt

att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

**Kommentar:** FSS vill betona att utredningens utgångspunkter är administrativa, fördelningspolitiska och försöker ge en ideologisk syn på sjukdomars samband med samhälls-ekonomi och sysselsättningspolitik (sysselsättningen gäller sjukhuspersonal) men att vi trots detta får en stark känsla av att det är ord som inte är förankrade inom sjukvården.

De fyra huvudområdena har antagits av styrgruppen 1980-10-10 och godkänts av socialdepartementets sjukvårdsdelegation i ett sammanträde 1980-10-30. Betänkandet utgör alltså en sammanfattning av alla delskrifter som vi har att ta ställning till dels för att kunna påverka inriktningen av det fortsatta arbetet, dels för att det kommer att ha ett direkt inflytande över socialtjänstens vidareutveckling inte minst då det gäller samverkan, sjukvård – socialtjänst.

### Utgångspunkter

Sverige har flera vårdplatser för akut somatisk vård än flertalet andra jämförbara länder. Samtidigt är antalet läkarbesök per invånare i öppen vård lågt. Den påbörjade satsningen på decentralisering och öppenvård har hittills gått långsammare än planerat (utredningen analyserar ej orsakerna till detta). Andelen av äldre i befolkningen har kraftigt ökat särskilt andelen över 80 år och beräknas öka fram till år 2000. Hälso- och sjukvård är av tradition inriktad på att diagnostisera och behandla sjukdom hos individer, mera generella åtgärder finns då det gäller barnhälsovård och modrahälsovård.

Man betonar att den offentliga vården måste utvecklas mot mera förebyggande åtgärder både miljöinriktad och individinriktad och att hälsovården därför behöver samverka med olika organisationer i samhället – inte minst med socialvården (den framtida socialtjänsten). Samverkan över huvudmannaskap blir, säger man, helt nödvändig för att undvika att parallella resurser byggs upp.

**Kommentar:** FSS vill med kraft understryka att samverkan är helt nödvändig, mindre för att undvika parallella resurser och mera för att sjukvård och socialvård var för sig har kunskaper som det andra området inte har. Vi behöver alltså en samverkan för att fördjupa bla kunskaper om hur psykosociala faktorer påverkar människors hälsa. Vi behöver också en samverkan på det praktiska planet och det gäller uppbyggnad av resurser inom vård och behandling av tex äldre, missbrukare mm och då det gäller förebyggande verksamhet. Vi behöver inte minst en samverkan då det gäller utformning av vårdideologi och metoder för psykosocial behandling och förebyggande insatser.

Då det gäller vårdideologi betonar utredningen starkt den enskildes ansvar för sin egen hälsa. Det är viktigt att betona den enskildes ansvar, men det finns en risk för att man genom för mycket fokusering på människors vanor förbigår de strukturella faktorernas mycket stora betydelse för människors sociala villkor och därigenom för deras hälso-tillstånd. Här behöver sjukvården verkligen lära av socialvården.

### Hälsorisker

Detta avsnitt bygger på den mycket intressanta kunskapssammanställningen (HS 90 SOU 1981:1). Här påvisas sjukdomsalstrande faktorer i miljön (bostaden, natur, arbetet, trafik) och sist men inte minst hur arbetslöshet har samband med sjukdomar. Man befärar rent av att dagens arbetslösa ungdomar blir mor-

gondagens sjuka vuxna. Man uppmärksammar också psykosociala faktorerens betydelse vid en rad sjukdomar, speciellt betonar man riskerna vid stress, men man drar inte effektiva slutsatser av sitt vetande utan fokuserar i långt högre grad individuella levnadsvanor som bruk av alkohol, tobak eller olämplig kost och för lite motion.

**Kommentar:** FSS vill betona följande: Den hälsoupplysning som man vill gå ut med är främst individinriktad.

Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning har föreslagit en prioritering av vissa grupper för speciella insatser under det närmaste decenniet. Frågan är om inte upplysningen snarare borde gå till arbetsgivare och beslutsfattare för att förhindra skador p g a en olämplig miljö än till den enskilde för att ännu bättre klara av de skador som man tillfogats av andra. Detta betyder inte att den individuellt inriktade upplysningen är meningslös, men att det borde vara långt effektivare att stämma i bäcken än i ån.

En av de svåraste folksjukdomarna är tex ryggbesvär p g a stillasittande arbete. Det borde ligga i statens och arbetsgivarnas intresse att utforma lämpliga arbetsmiljöer och direkt förebyggande insatser på arbetsplatsen snarare än att ge upplysning till den enskilde. Detta är ett av många exempel på hur man möter av miljön framkallade syndromrisker med individuella insatser under täckmantel av individens egna ansvar.

Då det gäller psykosociala samband med hälso- och sjukvårdsbegreppet är frågan så laddad med politiska ideologiska värderingar att man knappast vågar att föreslå effektiva insatser. Här finns en motsättning mellan tex socialvård och sjukvård som ytterst kan ha att göra med värderingen i den yrkeskår som dominerar respektive verksamhet. Det är sannolikt denna motsättning som tillsammans med att de båda vårdområdena får lov att kämpa om

resurserna som gör att den sedan länge planerade "samverkan" är så svår att genomföra. Det är viktigt att konstatera att trots allt utredningsarbete och all försöksverksamhet som ägnats samverkan på detta område fortfarande inga stora förändringar har skett. Det är viktigt att man i fortsatta arbetet med HS 90 är medveten om detta. Här kan man räkna med att utbildningsinsatser på samtliga inom området verkssamma yrkesgrupper kan få effekt på lite längre sikt – mera av sociala kunskaper i medicinska utbildningarna och mera av medicinska kunskaper i de sociala utbildningarna.

### **Hälso- och sjukvårdsplanering (sekretariatspromemoria 2)**

I denna promemoria redogörs ganska utförligt för de program och rapporter samt studier om samverkan som finns inklusive ledningen av hälso- och sjukvården. Här redogörs också för socialtjänstens intentioner som de utformades i propositionen 1979/80: 1 – inte minst då det gäller de förtroendevaldas ansvar när det gäller planering och riktlinjer för olika verksamheter. En långsiktig verksamhetsplanering av socialtjänsten förmodas öka möjligheterna till gemensam planering med andra organ. Omsorgerna om äldre och handikappade samt vård och behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare prioriteras.

FSS vill här starkt understryka behovet av en samplanering.

### **Några synpunkter på socialstyrelsens informationsdag den 13 november 1981 angående HS 90**

De tankegångar som FSS redovisat i föregående skrivning bekräftades vid ovannämnda "hearing". Utredningen lägger i vissa avsnitt stor vikt vid strukturella förhållanden – inte minst då det gäller arbetslösheten bland ungdomar. Från politiskt håll poängterades detta starkt av Ruth Kärnek som hänvisade till den speciella rapporten om ungdomsarbetslösheten. Författaren till denna ut-

redning, Urban Janlert, förtydligade senare på dagen ytterligare sina synpunkter. Men trots dessa, mycket viktiga inslag i debatten om hälsa och strukturella förhållanden, fanns det en tröghet eller en bristande förståelse hos auditoriet och också i utredningen som helhet. Man tar inte konsekvenserna av sitt vetande.

Det finns redan nu klara klasskillnader, då det gäller att tillgodogöra sig den allmänna sjukvården. Det är de *mest gynnade samhällsgrupperna* som har färre sjukdomar som står för det *största utnyttjandet* av sjukvården i dag. *Låginkomsttagare och arbetslösa har flera och svårare sjukdomar men utnyttjar sjukvården i mindre utsträckning.*

FSS har följt alla de stora utredningarna från 60-talet och framöver och har varit med och lämnat synpunkter och remissförslag. Karakteristiskt för dessa utredningar var den människosyn, som också präglar den nya socialtjänstlagen: kravet på helhetssyn och solidaritet samt tron på att människor skall ha möjlighet att utveckla sina egna resurser. Det är endast i socialtjänstlagen, som detta är genomfört. SIA och HS står i stort sett och trampar på samma ställe. Föreningen Sveriges Socialchefer anser att det har ett samband med att varje utredning, trots till synes ensartade mål har fört sin egen monolog i enlighet med den livssyn som är dominerande inom den yrkeskår som dominerar respektive arbetsområde.

Vi som arbetar inom det sociala området ser och upplever dagligen de strukturella faktorernas utslagande kraft. Vi talar därför om människors LIVSVILLKOR. Läkarna representerar i allmänhet en mera mekanisk livssyn. De är specialister på människokroppen. Många är mycket stora specialister på mycket små delar av människokroppen och det kan förhindra en helhetssyn. Läkarna och HS 90 talar i stället om LEVNADSVANOR eller på sin höjd om LEVNADSSÄTT. Dessa begrepp är inte motsägande utan

starkt beroende av varandra och det är nödvändigt att vi finner en syntes.

Denna syntes måste finnas redan i planeringsstadiet. Hälso- och sjukvård bör redan på utredningsstadiet genom direkt medverkan från socialtjänsten tillgodoräkna sig de praktiska kunskaper som finns tillgängliga.

Synen på alkoholismen är mycket belysande. Utredningen hänför alkoholismen helt till de mekaniska sjukdomarna och räknar med att mellan en tredjedel och hälften av all sjuklighet har samband med alkohol. Lösningen är att "ändra människors levnadsvanor" inte att se vilka livsvillkor som framkallar och fasthåller ett missbruk.

Utredningen HS 90 talar mycket om hur de skall nå ut till andra med sina kunskaper men inte alls om hur de skall tillgodogöra sig de kunskaper som finns inom andra förvaltningar. Därför slutade utredningen och informationsdagen – trots många fina intentioner – fortfarande som en monolog.

Socialtjänstlagen framhåller socialtjänstens ansvar för människors psykosociala livsvillkor. Hälso- och sjukvård utgör en stark integrerad del av människors livsvillkor. Sjukdom beskrivs i HS 90 utifrån två olika aspekter – dels den mekaniska, dels den psykosociala. Läkarkåren, som är den tongivande yrkesgruppen inom hälso- och sjukvård har med några få undantag (inom främst socialmedicin och BUP) sitt referenssystem från biokemiska och fysiologiska kunskaper. Dessa kunskaper är oerhört viktiga för lösningen av många sjukdomsproblem, men inte tillräckliga då det gäller att lösa de psykosociala problemen.

Därför måste den framtida hälso- vården utvecklas i mycket nära samarbete med socialtjänsten. Vi behöver en dialog om livssynen, levnadssätt och levnadsvillkor. 20 000 självmordsförsök om året varav 2 000 lyckas, missbruksproblem och arbetslöshet som leder till sjukdom talar sitt tydliga språk.