

Vem gör vad i landstingets hälsopolitik?

Karl-Henrik Ström

Det finns ett påtagligt behov av att precisera ansvarsområden som hittills varit oklara i sina avgränsningar. Var går exempelvis gränsen mellan det professionella medicinska ansvaret och politikernas ansvar när det gäller förebyggande arbete och hälsopolitiska ställningstaganden? Blä den frågan diskuterar Karl-Henrik Ström i den här artikeln. I de hälsopolitiska övervägandena får man förutsätta att politikerna anger inom vilka ramar som de professionella grupperna får utveckla förebyggande verksamhet som inte bara berör enskild patient. De ramarna har varit vida under de goda åren, men kan väntas bli åtskilligt åtstramade i dagens situation.

Karl-Henrik Ström arbetar vid Landstingsförbundets sociala avdelning.

Syfte

Syftet med den här artikeln är att söka bidra till diskussionen om vem som gör vad inom ramen för hälsopolitiskt arbete i ett landsting. Den politiska kompetensen och det politiska inflytandet behöver ytterligare markeras. Det finns flera viktiga skäl till att det nu är angeläget att föra en diskussion i den frågan.

Landstingen har förhållandevis nyligen börjat gå in i hälsopolitiska överväganden och tvingas nu alltmer ta ställning till vilka konsekvenser detta skall få på de olika verksamhetsområdena. Innan formerna permanentas och låses bör man titta närmare på vilka aktörer, kompetenser och ställningstaganden som det kommer att röra sig om i det hälsopolitiska "spelet". Annars är det fara värt att utvecklingen blir oplanerad och inte anpassad till berättigade professionella och demokratiska krav.

Det finns ett påtagligt behov av att precisera an-

svarsområden som hittills varit oklara i sina avgränsningar. Var går exempelvis gränsen mellan det professionella medicinska ansvaret och politikernas ansvar när det gäller förebyggande arbete och hälsopolitiska ställningstaganden? Samtidigt måste konstateras att det inte är realistiskt att förvänta sig att det finns precisa svar att få på det här området. I varje fall kan de inte utlovas i den här artikeln.

Ansvarsfrågorna i fokus

Dagsläget innehåller delvis nya förutsättningar på området. Den nya hälso- och sjukvårdslagen innebär i olika avseenden ett *vidgat ansvar för landstingen*. Det blir inte längre bara fråga om sjukvård utan också om hälsovård och förebyggande insatser. Landstinget får också ett förstahandsansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till befolkningen. Patientens rätt uttrycks också klarare i den nya lagen. Detta ställer direkta krav på huvudmännen. I relation till andra vårdgivare får landstinget ett ansvar för totalplanering av hälso- och sjukvården. I en planering, som utgår från befolkningens behov, skall landstinget samverka med andra landsting, kommuner, övriga vårdgivare och andra. Och i det här sammanhanget är samverkan inte en teknisk fråga utan rör ställningstaganden till gemensamma intressen, ömsesidiga resurser och önskvärda ambitioner.

Hälso- och sjukvårdslagens centrala mål – en

.....

Var går gränsen mellan det professionella medicinska ansvaret och politikernas ansvar när det gäller förebyggande arbete och hälsopolitiska ställningstaganden?

.....

.....
Och i det här sammanhanget är samverkan inte en teknisk fråga utan rör ställningstaganden till gemensamma intressen, ömsesidiga resurser och önskvärda ambitioner.
.....

god hälsa och rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor för befolkningen – är politiskt tunga. Totalplaneringen måste ges en politisk förankring. Lagen ger nya möjligheter att utveckla förtroendemannaorganisationen. Därför är det viktigt att understryka *det ökade politiska ansvar* som den nya lagen medför.

Denna utökning av det politiska ansvaret för hälso- och sjukvården kommer sannolikt att ske i en "dialog" med andra intressenter. Med- eller motspelare av särskilt intresse är patientorganisationer och andra avnämargrupper, personalorganisationer och professionella system.

Det medicinska ledningsansvaret ligger kvar hos överläkaren respektive distriktsläkaren i likhet med nuvarande lagstiftning. Genom dispens öppnas dock möjligheter att organisera vården på andra sätt än de traditionella. Men var går gränsen för det professionella ansvaret och befogenheterna?

De nya ekonomiska förutsättningarna

Även bortsett från förändringarna av de formella förutsättningarna får ansvarsfrågorna nya dimensioner framöver. Vi lever inte längre i den typ av tillväxtekonomi där utveckling – relativt oprioriterat – kunde tillåtas ske på en stor mängd områden samtidigt. Klyftorna mellan vad som är medicinskt/tekniskt möjligt och ekonomiskt/politiskt genomförbart tenderar att vidgas i det betydligt kärvare ekonomiska läge som hälso- och sjukvården nu hamnat i.

Behovet av prioriteringar ökar

Prioriteringsfrågorna – som redan nu ligger inom politikernas ansvar och beslutskompetens – får därigenom en mycket skarpare profil och måste på ett helt annat sätt än tidigare komma i dagen. Det gäller tex planeringen av regionsjukvård och synen på specialistvård utomlands men också mer tek-

niska områden som utvärderingen av medicinsk teknologi. Allt "strängare" politiska bedömningar kommer att krävas på de här områdena. Men i det här sammanhanget är det dock mest angeläget att dra den slutsatsen att hälsopolitiska överväganden blir alltmer oundgängliga för landstingen.

"Det hälsopolitiska området"

Först ett försök till bestämning av vad vi i den här artikeln innefattar i begreppet hälsopolitik på landstingsnivå. Det blir en ganska vid, övergripande, bestämning som vi kan göra inskränkningar i i den fortsatta diskussionen.

Hälsopolitiken är en viljeyttring i form av sådana beslut och insatser som bygger på hälsorelaterade och politiska kunskaper samt på överväganden om hälsomässiga effekter.

Alla beslut som fattas inom ramen för hälso- och sjukvården har i *princip* i den meningen ett hälsopolitiskt innehåll. De påverkar i högre eller lägre grad en enskild människas eller delar av befolkningens hälsa. Men här finns en inbyggd motsättning som vi måste vara medvetna om. Ju längre ner på skalan i fråga om detaljeringsgrad, desto svårare är det att se de hälsopolitiska konsekvenserna av ställningstagandet. Det är exempelvis inte lätt att redogöra för de hälsomässiga effekterna vid valet mellan engångsmaterial eller återanvändningsmaterial vid ett enskilt beslutstillfälle. Främst i de mera principiella ställningstagandena går det att anlägga det önskvärda helhetsperspektivet.

Det här senaste konstaterandet leder fram till frågeställningen om hälsopolitiska beslut endast är de ställningstaganden där de hälsomässiga aspekterna *öppet* varit en del av beslutsunderlaget. Och här ligger naturligtvis en stor del av problemet. Mängder av beslut tas i landstingen – ofta även inom hälso- och sjukvårdssektorn – utan att de

.....
Hälsopolitiken är en viljeyttring i form av sådana beslut och insatser som bygger på hälsorelaterade och politiska kunskaper samt på överväganden om hälsomässiga effekter.
.....

Med den nya hälso- och sjukvårdslagens utgångspunkt att befolkningens hälsa skall främjas, ökar behovet av verktyg för landstingens agerande.

hälsomässiga effekterna direkt finns med i övervägandet.

Det är bl a i det här avseendet som förutsättningarna för "hälsopolitiken" på landstingsnivå måste förbättras. Med den nya hälso- och sjukvårdslagens utgångspunkt att befolkningens hälsa skall främjas, ökar behovet av verktyg för landstingens agerande. Det måste bli möjligt att väga olika hälso- och sjukvårdsinsatser mot varandra med ett så brett kunskapsunderlag som möjligt och mot det överordnade målet att främja befolkningens hälsa. Det måste bli möjligt att ta beslut också inom andra landstingsverksamheter med ett hälsorelaterat beslutsunderlag till hjälp. Det måste bli möjligt för landstingspolitikerna att i sina många externa roller – i exempelvis länsstyrelsen och utvecklingsfonden – agera utifrån lokala kunskaper om hälsosituationen och konsekvenserna för denna av olika beslutsalternativ. Och slutligen – det måste bli möjligt för landstingen att på basis av hälsorelaterade kunskaper kunna ta initiativ till samarbete med primärkommuner och organisationer och att rikta initiativ och krav mot statsmakterna.

Det här låter naturligtvis som en önskelista utan större förankring i det möjligas värld. Men låt oss börja där – med det önskemål om förbättrat kunskapsunderlag som det förmodligen finns en stor enighet kring. Ett kunskapsunderlag som gör det möjligt att väga in hälsofaktorn i allt fler beslutsammanhang.

Vilka inskränkningar som är nödvändiga att göra i dessa "totala" krav eller önskemål, får diskussionen och utvecklingen visa på. Dessa inskränkningar kan vara av bl a teknisk, ekonomisk, organisatorisk och politisk natur. En hjälp i den fortsatta diskussionen kan vara att titta närmare på de olika "aktörer" som finns på det hälsopolitiska området och på de allmänna förutsättningarna för deras agerande.

Aktörer och kompetenser

Varje samhällsområde har sina aktörer (eller kalla det intressenter eller medagerande) i mer eller mindre preciserade roller. Det hälsopolitiska området är inget undantag. När man beskriver system och sammanhang av det här slaget kan man göra det med olika utgångspunkter. För att det tjänar artikkelns syfte att bl a precisera ansvarsfrågorna är det det här sammanhanget främst den formella strukturen vi vill åt.

Den enskilda människan/patienten, läkaren, administratören och politikern har alla sin kompetens och därmed också sin funktion i hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa roller är relativt konstanta, men för den skull inte undandragna omprövning och förändring. Patientens rätt förstärks i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Läkarens medicinska ansvar och behörighet utreds fn av en särskild kommitté. Administratörernas ställning har stärkts i takt med den alltmer utbyggda förvaltningsapparaten. Och kraven på politikernas insats skärps successivt av frågornas ökande komplexitet och det allt mindre ekonomiska utrymmet.

Varje grupp av aktörer ser i regel sin roll som central. När allmänmedicinare och samhällsmedicinare beskriver sina kunskaps- och kompetensområden anger de ett helhetsgrepp på hälsoproblemen som kanske inte aktivt utesluter men inte heller räknar med den politiska kompetensen i sammanhanget. När hälsoekonomerna presenterar sin version av sammanhangen kan det bli i form av en beslutshierarki med en särskild hälsoekonomisk nivå näst intill beslutsfattarna.

Utvecklingen mot ett allt större antal heltidsanställda politiker har delvis lett till en förstärkning av det politiska inflytandet. Samtidigt har emellertid den utvecklingen lett bort från den renodlade politikerrollen i betydelsen befolkningens representant och förtroendeman. Många heltidsengagerade förtroendemen har tagit på sig en både omöjlig och onödig funktion som planerare och operativa chefer. Både Per-Axel Svalander ("Primärvårdspolitikern och makten". Debattunderlag från Landstingsförbundets framtidsstudieenhet, mars 1982) och Edgar Borgenhammar ("Makten över vården – vilka bestämmer"? Nordiska hälsovårdshögskolan,

stencil, febr 1982) har på olika sätt tagit upp diskussionen om politikerrollen med särskild koppling till primärvården. Mycket kortfattat kan deras slutsatser sammanfattas i konstaterandet att vi behöver starkare politiker som utmanare av det existerande vårdssystemet.

Markeringen av det politiska ansvaret blir än viktigare när vi anlägger ett hälsopolitiskt perspektiv och dessutom tänker in landstingspolitiska ansvarsområden utanför hälso- och sjukvården. Låt oss försöka ta en grafisk framställning till hjälp. Det kan vara klagande att utgå från en beskrivningsmodell som förts fram av två varma förespråkare för det hälsoekonomiska betraktelsesättet – Ragnar Berfvenstam och Thomas Thorburn ("Några synpunkter på hälsoekonomi som vetenskap", Socialmedicinsk tidskrift nr 7–8: 1981), och där just den hälsoekonomiska kompetensen var särskilt mar-

kerad i en ruta för sig.

Tabell 1 har vidareutvecklats av mig efter Berfvenstams och Thorburns förebild. Då har jag också vägt in synpunkter på modellen som förts fram av Gunnar Wennström ("En planerares kommentarer till prioriteringsproblematiken" i samma nummer av Socialmedicinsk tidskrift.) Mina egna modifieringar av tablan har bl a syftat till att göra det lättare att diskutera ansvarsfördelningen mellan de professionella grupperna och politikernas ansvar gentemot landstingets befolkning.

Ur landstingspolitikerns synvinkel ligger tyngdpunkten i beslutstrappan självklart just hos politikerna. Från allmän demokratisk synpunkt är det också viktigt att göra den markeringen. En något tillspetsad tolkning av den nya hälso- och sjukvårdslagen innebär att det i fortsättningen enbart är det medicinska ansvaret för den enskilde patienten

Tabell 1. Beslut och kompetenser

	Aktörsnivå	Beslutsförfattarens kompetens	Patientkontakt	Människor som berörs	Jämförelsealternativ/typ av ställningstagande
Kunskaper – insatser	● Patientnivån	Lekman	–	Personen själv samt närstående	Egenvård/söka professionell vård
	● Omvårdnadsnivån	Professionell	Kontinuerlig	Enskilda	–
	● Läkarnivån (inkl övr hälso- och sjukvård)	Professionell (medicinskt ansvar, delegation, medbestämmande)	Sporadisk	Enskilda	–
	● Medicinsk expertnivån	Vetenskaplig	Ingen	Anonym grupp	En sjukdom; olika behandlingsalternativ
	● Samhällsvetenskaplig expertisnivån (inkl hälsoekonomisk kompetens)	Vetenskaplig	Ingen	Anonym grupp	Org former "kommunikation", kostnader, effekter etc
Program	● Planerarnivån	Administrativ	Ingen	Landstingets befolkning	Behov, expertkunskaper, metoder, resurser, pol förutsättningar, samverkan
Beslut	● Hälso- o sjukvårdspol nivån	Politisk	–	Landstingets befolkning	Politisk avvägning
	● Landstingspol nivån	Politisk	–	Landstingets befolkning	Politisk avvägning

.....
*I programmet kan man förutsätta att politiker-
kerna anger inom vilka ramar som de profes-
sionella grupperna får utveckla förebyggande
verksamhet som inte bara berör enskild pati-
ent.*
.....

som undantas det lokala politiska ansvaret och in-
flytandet.

Tabellen är säkert inte invändningsfri men den
hjälp oss att hålla isär *kunskaper, beslut och in-
satser*. Så snart vi vill intressera oss för hälsoinrik-
tade åtgärder som ligger utanför det rent medicinska
ansvarsområdet så är de här distinktionerna viktiga.
Det finns otvivelaktigt ett i huvudsak professionellt
och ett i huvudsak politiskt ansvarsområde. De be-
grepp som vi hittills använt oss av i den hälsopoli-
tiska diskussionen har emellertid inte hjälpt oss att
klargöra detta. Tänk exempelvis på begrepp som
(visserligen offensivt hälsopolitiska) "primärvår-
dens preventiva ansvar" och "samhällsmedicinsk
verksamhet".

I gränslandet mellan det professionella och poli-
tiska ansvarsområdet intar tjänstemännen – plane-
rarna – en viktig roll. I tabellen beskrivs de som, på
politikernas uppdrag, ansvariga för programformu-
leringen. I den uppgiften ingår att bli överblicka
befolkningens behov, "spela på" kunskaper och
metoder som finns i systemet eller skaffa utifrån,
bedöma resursbehov och samverkansmöjligheter
och utforma sammanhållet program baserat på poli-
tikernas direktiv eller kända intentioner. Det hälso-
politiska programmet blir så ett slutresultat av den
landstingspolitiska beslutsprocessen genom att poli-
tikerna tar ställning till det. I programmet kan man
förutsätta att politikerna anger inom vilka ramar
som de professionella grupperna får utveckla före-
byggande verksamhet som inte bara berör enskild
patient. De ramarna har varit vida under de goda
åren, men kan förväntas bli åtskilligt åtstramade i
dagens situation. Samtidigt måste man naturligtvis
vara aktsam så att de övergripande riktlinjerna inte
kommer att innebära ett grundskott åt de hittillsva-
rande initiativen ute i verksamheten.

Klarare begrepp

Tabellen kan också bidra till att kasta visst ljus över
begreppsbestämningarna på området. Den oavslu-
tade diskussionens slöja vilar alltså över begrepps-
utvecklingen från miljömedicin till samhällsmedicin
och hälsopolitiskt programarbete (se Lf:s kom-
gresskrifter 1979 och 1981). Utvecklingen ute i
landstingen visar bl a att man fortsatt den diskussio-
nen och med skilda förutsättningar och ambitioner
valt att använda olika begrepp. Jordmånen för mil-
jömedicin förefaller ha varit särskilt gynnsam i de
sydliga delarna av landet medan begreppsansvänd-
ningen därutöver är mera blandad. Längst i nord-
tycks användningen av begreppet hälsopolitiskt
program ha kommit längst. Det går emellertid inte
att komma ifrån att begreppet miljömedicin ger as-
sociationer som är begränsade till naturvetenska-
pens område. Därmed ger det på ett olyckligt sätt
ett alltför snävt underlag för hälsopolitiskt agerande.
de.

Det behövs en distinktion mellan kunskaperna
och insatserna på det här området. Det behövs för-
"ordningens skull", men framför allt för att klarar
kunna se de olika ansvarsområdena. Det är ganska
uppenbart att begreppet samhällsmedicin måste be-
gränsas till *kunskapsområdet*, dvs till det breda
tvärvetenskapliga kunskapsområde som bör ingå
underlaget för hälsopolitiska beslut.

Hälsopolitiken i landstingsvärlden måste spänn
både över allt det som landstingen styr genom egna
interna beslut och landstingspolitikernas agerande
formella och informella sammanhang utanför de
egna organen (länsstyrelsen, forskningsstiftelser,
regionala utvecklingsfonden, uppvaktningen hos
staten etc). Underlaget kan i alla dessa samman-
hang vara stöttat av *samhällsmedicinska, kunskaps-
områdena*. Kunskaper som då delvis är lokala och kom-

.....
*Det är ganska uppenbart att begreppet sam-
hällsmedicin måste begränsas till kunskaps-
området, dvs till det breda tvärvetenskapliga
kunskapsområde som bör ingå i underlaget för
hälsopolitiska beslut.*
.....

Hälsopolitiken i landstingsvärlden måste spänna både över allt det som landstingen styr genom egna interna beslut och landstingspolitikernas agerande i formella och informella sammanhang utanför de egna organen.

från det egna "insatsområdet". Men begreppet samhällsmedicin bör aldrig tänjas till att även täcka in insatserna. Enligt det här synsättet finns alltså inte begreppet *samhällsmedicinsk verksamhet*. Lämpligen kan insatserna och initiativen föras samman inom ramen för övergripande hälsopolitiska överväganden. Då är man framme vid ett *hälsopolitiskt program*.

I bästa fall påskyndas stegen mot dessa samlade hälsopolitiska ställningstaganden inte bara av den fortgående idémässiga utvecklingen utan kanske alltmer av den förändrade verklighetens krav.

Det hälsopolitiska programarbetet — en skiss

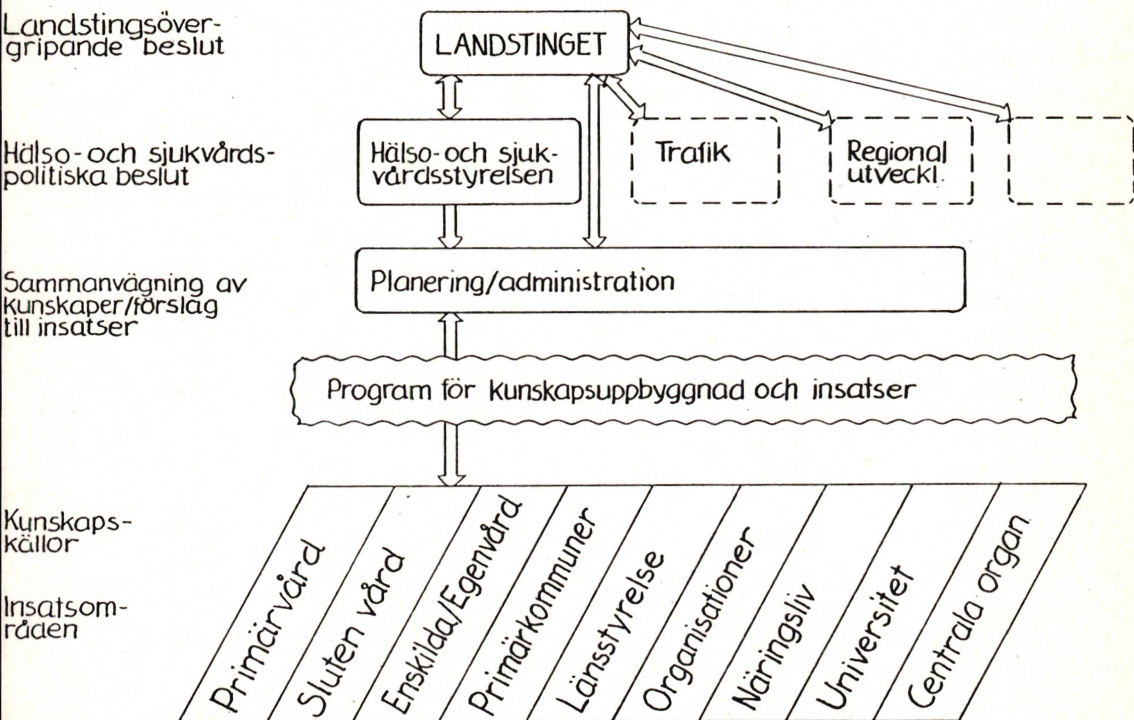
Hur kan då det hälsoinriktade arbetet tänkas gå till? Det finns naturligtvis inte någon rikslikare för de olika aktörernas roller och ageranden. Eftersom förutsättningar och behov varierar över landet är det inte heller önskvärt att åstadkomma enhetliga lösningar på det här området.

Det pågår ett engagerat utvecklingsarbete i dessa frågor på olika håll ute i landet. Ett möjligt bidrag till det arbetet kan vara att här försöka att ytterligare belysa de sammanhang och den process de olika aktörerna kan tänkas verka inom. Kanske kan det också bidra till ökad klarhet när det gäller ansvarsområden och begrepp.

Låt oss först genom *figur 1* med ett mera traditionellt organisationshierarkiskt utseende rekapitulera bl a vår indelning i beslutsnivåer m m.

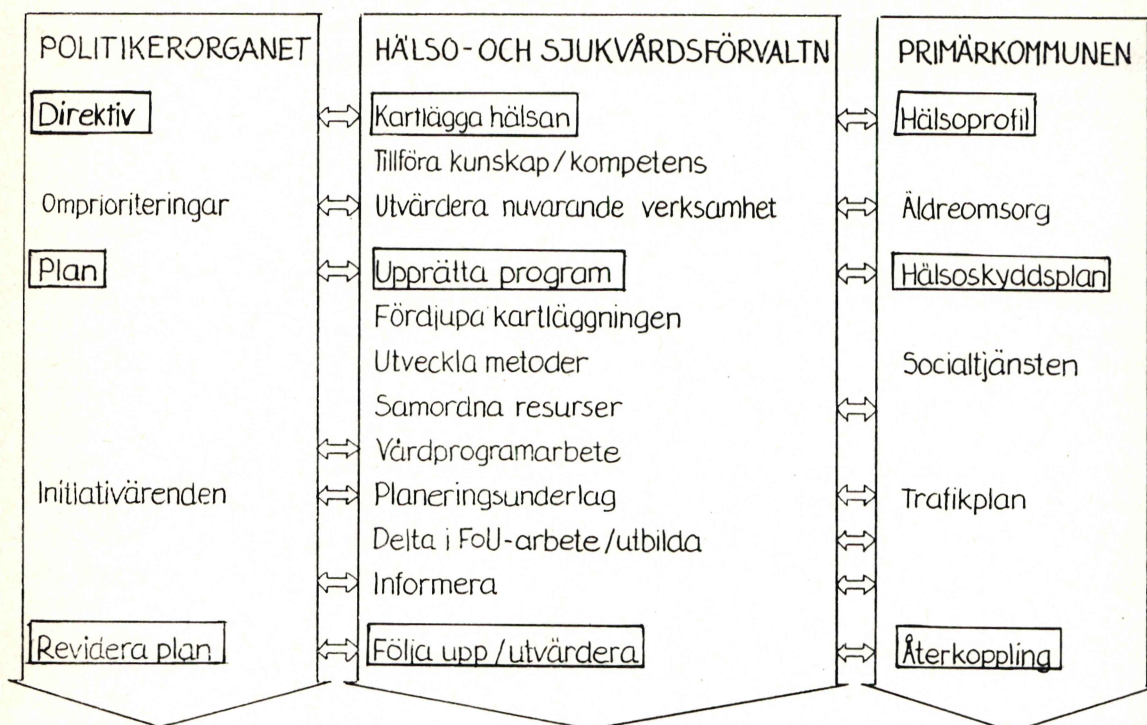
Det mera svårångade är emellertid dynamiken i den "hälsopolitiska processen". För den skull behöver man kunna redovisa alla aktörer, kontaktvä-

Figur 1. Kunskaper, program, beslut — en översikt



Figur 2. Den hälsopolitiska processen – en skiss.

DEN HÄLSOPOLITISKA PROCESSEN -en skiss



gar, samarbetsfunktioner, beslutstillfällen mm i en och samma bild. Det är omöjligt, men ett steg i den riktningen kan vara värt ett försök (Figur 2). Tabellen innehåller bara ett ofullständigt exempel som i det här fallet begränsats till samspelet mellan landstingets hälso- och sjukvård och vissa primärkommunala förvaltningsområden (ej de primärkommunala politikerna).

Den här schematiska beskrivningen av *en del* av det hälsopolitiska området på landstingsnivå försöker bli åskådliggöra de olika faserna i processen. Ingången i processen går förslagsvis genom politikerorganets *direktiv* för att via arbetet i förvaltning-

arna resultera i politikernas *plan* och därefter *reviderade plan* osv. Huvudstegen i förvaltningens "box" är kartläggningen, programformuleringen och utvärdering/uppföljning. Som den väsentligaste samverkansparten utanför landstinget finns här primärkommunen inritad. Mängden av kontaktpilar åskådliggör förhoppningsvis de verkligt stora möjligheterna till samordningsvinster, både kunskapsmässiga och resursmässiga, som kommuner och landsting har att göra på det hälsopolitiska området.

Vem som ska göra vad i hälsopolitiken får bara bli en kort fråga på vägen mot målet – som ju flera parter har ett delat ansvar för.