

Socialstyrelsens roll i hälsopolitiken

Göran Dahlgren

Socialstyrelsen har enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen tillsynen över hälso- och sjukvården och skall följa och stödja verksamheten. Detta är i och för sig inte någon ny uppgift för verket. Den översyn av socialstyrelsens uppgifter och organisation som skett de senaste åren har emellertid givit verkets roll ett delvis nytt innehåll. För detta redogör Göran Dahlgren i den här artikeln.

Göran Dahlgren är byråchef vid socialstyrelsens byrå för allmän planering, samhällsplanering och statistik (FAP 2) och dessutom en av dem som inom socialstyrelsen leder det sk HS 90-arbetet (sjukvårdsdelegationens utredning för ett principprogram för den framtida hälsovården med sikte på åren 1990–2000).

Den nya hälso- och sjukvårdslagen ger landstingskommunerna ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Landstingskommunerna "åläggs sålunda förutom att erbjuda sjukvård även att förebygga ohälsa hos befolkningen genom insatser riktade mot såväl människorna som miljön".

Staten har enligt denna lag ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården inom ramen för den samlade välfärdspolitiken, samhälls ekonomin och sysselsättningen. Staten fullgör dessa uppgifter genom lagstiftning samt genom medverkan i vårdens försörjning med ekonomiska resurser och utbildad personal. Statsmakterna har också att kontrollera i vilken utsträckning målen förverkligas.

Socialstyrelsen – som central statlig förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården – har mot denna bakgrund bla att ta fram underlag för statsmakterna vårdpolitiska beslut och även i övrigt

verka för att statsmakternas hälsopolitiska mål konkretiseras, vidareutvecklas och förverkligas.

I praktiken innebär det att socialstyrelsen inriktar sina hälsopolitiska aktiviteter mot utveckling av hälsostatistik, stöd till individ- och samhällsinriktade insatser samt personal- och utbildningsplanering i ett hälsopolitiskt perspektiv.

Hälsopolitisk planering

Utvecklingen av den hälsopolitiska planeringen under 1980-talet sker i en samhällsekonomiskt mycket kärv situation. Förändringar inom hälso- och sjukvårdssektorn såsom en utbyggnad av primärvården, långvården, decentraliserade former för psykiatriin måste i hög grad säkerställas genom omfördelning av tillgängliga resurser. En högre prioritering av förebyggande insatser torde ställa motsvarande resurskrav inom snäva finansiella ramar. Detta ökar behovet av en verklighetsförankrad långsiktig planering.

Socialstyrelsen har enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen det övergripande ansvaret för den centrala planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Inom ramen för detta statliga ansvar har socialstyrelsen att bl a samordna och stödja huvudmännens planering samt att förse dem med

.....
Socialstyrelsen – som central statlig förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården – har mot denna bakgrund bla att ta fram underlag för statsmakternas vårdpolitiska beslut och även i övrigt verka för att statsmakternas hälsopolitiska mål konkretiseras, vidareutvecklas och förverkligas.
.....

planeringsunderlag.

En viktig del av detta planeringsarbete är att ange förutsättningar och metoder för den omfördelning som är nödvändig för att skapa utrymme för en kraftfull hälsopolitisk inriktning av hälso- och sjukvården.

Ett omfattande utvecklingsarbete av denna karaktär bedrivs för närvarande inom socialstyrelsen inom ramen för den parlamentariska utredningen Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS-90).

Statistik för hälsopolitik

Den helhetssyn som utgör basen för den nya hälso- och sjukvårdslagen förutsätter kunskap om ohälsans omfattning och fördelning inom befolkningen. Det traditionella patientperspektivet utgör endast en del av denna kunskap.

Socialektorns planeringsdatabas

En viktig uppgift för styrelsen är mot denna bakgrund att successivt bygga upp en planeringsdatabas som skall kunna ge en samlad bild av svenska folkets hälsotillstånd och sjukdomar, av behandling och omvårdnad samt av hälso- och sjukvårdens resurser och verksamhet.

En aktuell nulägesbeskrivning av hur befolkningens hälsoförhållanden kan ges utifrån tillgängliga hälsoregister ges i rapporten Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2). Denna rapport – som sammanställts inom socialstyrelsen för utredningen Hälso- och sjukvård inför 90-talet – baseras bl.a. på statistiska centralbyråns och socialforskningsinstitutets levnadsnivåundersökningar, riks-försäkringsverkets statistik, sjukvårdshuvudmännens patientstatistik, socialstyrelsens cancer- och missbildningsregister samt SCB:s dödsorsaksstatistik.

På basis av dessa källor kan en relativt nyanserad bild ges såväl upplevd som medicinskt diagnostiserad ohälsa.

Socialstyrelsens speciella cancer-, missbildnings- respektive födelsemeddelanderegister har dessutom en viktig roll som bas för den orsakssökande epidemiologiska forskningen.

Kunskap till vad?

Den svaga länken i dessa olika redovisningar av

Den svaga länken i dessa olika redovisningar av sjuklighet och dödlighet är inte bristen på data utan bristande kunskap om hur dessa hälsodata praktiskt skall utnyttjas.

sjuklighet och dödlighet är inte bristen på data utan bristande kunskap om hur dessa hälsodata praktiskt skall utnyttjas exempelvis för offensiva hälsopolitiska insatser på riks- och landstingsnivå.

För första gången någonsin i Sveriges historia registreras tex tendenser till ökad dödsrisk för medelsålders män. Vilken debatt eller aktivitet har detta utlöst i riksdag, regering eller inom enskilda landsting? Eller bland forskare?

Kunskap om hälsoförhållanden på nationell nivå har inte heller utlöst några försök att formulera hälsopolitiska mål i termer av minskad morbiditet eller mortalitet av det slag som utvecklades tex i USA under Carterregimen.¹

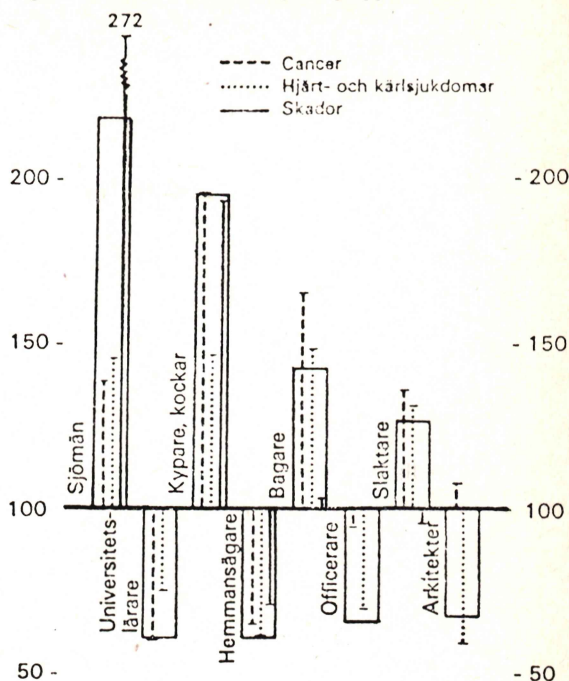
Inom ramen för HS 90-arbetet pågår dock inom socialstyrelsen ett arbete med att utveckla sk hälsopolitiska handlingsprogram för hjärt-kärl-sjukdomar respektive skador. Syftet med dessa program är att visa vilka samlade samhällsinsatser som krävs för att åstadkomma en viss reduktion av en viss sjukdom eller typ av skada. På basis bl.a. av dylika program kan en samlad hälsopolitik byggas upp vars mål/resultat kan relateras direkt till förändringar i befolkningens hälsotillstånd.

Inom socialstyrelsen pågår – också på HS 90-utredningens uppdrag – ett utvecklingsarbete inriktat mot att belysa möjligheter och begränsningar att i ökad utsträckning använda hälsodata som underlag för planering och utvärdering av hälso- och sjukvårdens insatser. Detta arbete – som sker i samarbete med bl.a. Spri och Norrbottens läns landsting – är speciellt inriktat mot den hälsopolitiska planeringen på nationell, regional och lokal nivå.

Detta arbete är samtidigt ett sätt att konkretisera den nya hälso- och sjukvårdslagens krav på att "behovet av vård skall inom ramen för de ekonomiska

¹ Rapporterna Healthy People och Objectives for the Nation.

Figur 1. Dödsorsaker i olika yrkesgrupper i Danmark



Dödsrisken för olika yrkesgrupper i åldern 20–64 år enligt en dansk undersökning 1970–75. Dödsriskerna i cancer, hjärt- och kärlsjukdomar samt skador redovisas också. Skalan anger en indirekt standardisering (Standard Mortality Rate=SMR). Hänsyn är tagen till ålderssammansättningen hos olika yrkesgrupper. Som standardbefolkning har man använt samtliga förvärvsarbetande, dvs SMR har för denna grupp satts till 100.

dessas brister i den svenska hälsostatistiken. Några aktuella insatser i detta utvecklingsarbete är pågående samkörningar mellan slutenvårdsregister och yrkesuppgifter enligt folk- och bostadsräkningen, utveckling av öppenvårdsstatistiken som förhoppningsvis kommer att inkludera vissa yrkesuppgifter samt bearbetningar av SCB:s nyligen redovisade yrkesrelaterade dödsorsaksstatistik.

Med hänsyn till de stora hälsoskillnader som finns mellan olika socio-ekonomiska grupper är det anmärkningsvärt att det ännu inte finns någon socio-ekonomiskt relaterad patientstatistik.

En tänkbar vidareutveckling av denna typ av behovsorienterad hälsoplanering är att den inriktas mot hälsopolitiska jämlikhetsmål.

resurserna ensamt vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär”.

Hälsopolitiska jämlikhetsmål?

En tänkbar vidareutveckling av denna typ av behovsorienterad hälsoplanering är att den inriktas mot hälsopolitiska jämlikhetsmål.

Om exempelvis hälsoinsatserna kunde organiseras så att ingen social gruppering löpte större hälsorisk än vad som för närvarande gäller för socialgrupp 1 skulle bl a följande förändringar inträffa:

- De med nedsatt rörelseförmåga skulle minska med 2/3 i socialgrupp 3
- Andelen med nedsatt synförmåga i arbetarklassen skulle minska till hälften
- De hörselskadade i socialgrupp 3 skulle minska med 30 procent.

Är detta realistiska mål? Vilka förändringar är möjliga? Har något landsting – eller regering – formulerat sina hälsopolitiska mål i termer av ökad jämlikhet?

Med hänsyn till de stora hälsoskillnader som finns mellan olika socio-ekonomiska grupper är det anmärkningsvärt att det ännu inte finns någon socio-ekonomiskt relaterad patientstatistik. Önskar man kunskap om ohälsans fördelning mellan exempelvis olika yrkes- eller inkomstgrupper måste vi gå utanför hälso- och sjukvårdssektorn till SCB:s levnadsnivåstudier och RFV:s försäkringsstatistik.

I detta avseende ligger Sverige efter länder som tex England med en yrkesrelaterad dödsorsaksstatistik sedan början på 1900-talet. Även övriga nordiska länder har bättre kunskaper än Sverige om ex dödlighetens socioekonomiska fördelning. Figur 1 avseende dödsrisker i olika yrkesgrupper i Danmark ger mer än en antydning om denna statistikens hälsopolitiska betydelse.

Det är givetvis en central uppgift för socialstyrelsen att i samarbete med ansvariga sjukvårdshuvudmän och centrala organ som SCB söka rätta till bl a

Individinriktade förebyggande insatser

Hälsouppllysning har länge utgjort en viktig del av styrelsens ansvarsområde inte minst inom ramen för det utvecklingsarbete som bedrivs inom området hälsovård för mödrar och barn inom primärvården. Samtidigt har styrelsens allmänna hälsoupplysningsarbete inriktats mot olika områden. Under 1940-talet inriktades denna verksamhet i första hand mot veneriska sjukdomar, tbc-profylax och tandhälsovård. I fokus under 1970-talet har stått kost och motion, beroendeframkallande medel (speciellt tobak) samt sex- och samlevnadsfrågor. Styrelsens nuvarande uppgift – enligt prop 1979/80: 6 – är "att på grundval av styrelsens verksamhet samt nationella och internationella rön om hälsorisker och hälsobefrämjande åtgärder prioritera viktiga områden för hälsoupplysningsarbetet och förse huvudmännen med underlag för deras hälsoupplysning".

Översatt till konkreta insatser innebär detta att socialstyrelsen inriktar sitt arbete i första hand mot:

- Upplysningsverksamhet och förmedling av erfarenheter till olika nyckelgrupper inom ramen framför allt hälso- och sjukvården
- Faktasammanställningar som bla inriktas mot medicinska-fysiologiska fakta och beteendevetenskapliga underlag som ger kunskaper om befolkningens levnadsvanor och metoder att påverka dessa
- Utveckling av metoder för hälsoupplysning för olika målgrupper i samverkan med huvudmännen för hälso- och sjukvård, socialvård, utbildning samt folkrörelser och intresseorganisationer.

Det är lika svårt att utvärdera hälsoeffekten av dessa insatser som att göra det för hälso- och sjukvårdens samlade verksamhet. Däremot torde ingen förneka att förändringar mot en sundare livsstil är av avgörande betydelse för folkhälsan.

Samtidigt är det viktigt att förstå att livsstilen i hög grad beror på livsvillkor man inte som enskild individ direkt kan påverka. Och att det finns en rad hälsorisker i tex arbets- och trafikmiljön som man inte själv kan välja bort eller kan förutsättas ha kunskap om. Samhällsinriktade insatser måste därför tillsammans med de individinriktade utgöra basen i hälso- och sjukvårdens hälsopolitiska arbete.

.....
Kunskaper om hälsorisker och ohälsa måste i ökad utsträckning integreras i planeringen av exempelvis arbets- och boendemiljöer.
.....

Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen

Enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen skall hälso- och sjukvården i ökad utsträckning medverka i samhällsplaneringen. Det innebär tex att kunskaper om hälsorisker och ohälsa i ökad utsträckning måste integreras i planeringen av exempelvis arbets- och boendemiljöer, livsmedelssubventioner samt arbetsmarknads- och näringspolitiska program. Detta synsätt förutsätter hälso- och sjukvårdens insatser såväl nationellt, regionalt som lokalt.

Mot denna bakgrund har i riktlinjerna för socialstyrelsens uppgifter betonats betydelsen av att styrelsen analyserar och sammanställer uppgifter om hälsorisker i olika miljöer samt aktivt arbetar för att denna kunskap utnyttjas för planering och utvärdering inom andra samhällssektorer vars verksamhet är av stor betydelse för folkhälsan.

Ett aktuellt exempelvis på en dylik kunskapssammanställning är HS-90 rapporten "Hälsorisker" (SOU 1981: 1)

Kunskap och okunskap om hälsorisker

Hälso- och sjukvården med dess breda kontaktytor mot människor som utsatts för lika hälsorisker och drabbats av sjukdom har en unik möjlighet att klarlägga olika hälsoriskers omfattning och fördelning inom befolkningen (riskepidemiologi). Denna möjlighet utnyttjas endast i mycket begränsad utsträckning i dagens hälso- och sjukvård som vanligen avskärmar sig från den verklighet som genererar vårdbehovet.

Former och metoder att bryta denna isolering måste utvecklas. I hög grad måste det ske "inifrån" genom tex utbildning och försöksverksamhet. En viktig uppgift för socialstyrelsen är att söka stödja detta utvecklingsarbete ute i landstingen och utnyttja de ökade kunskaperna i det tvärsektoriella arbetet på nationell nivå.

Samarbete över sektorgränserna

Socialstyrelsen samarbetar med en rad olika centrala organ såsom bostadsstyrelsen, planverket, arbetarskyddsstyrelsen, naturvårdsverket, livsmedelsverket, invandrarverket och konsumentverket. Vidare är styrelsen representerad i olika rådgivande organ såsom bostadssociala rådet, rådet för samhällsplanering, miljörådsberedningen och regionalpolitiska rådet.

En viktig del av detta samarbete är att söka ge dessa organ ett förbättrat underlag för de beslut de har att fatta som är av hälsopolitisk betydelse. Det är således inte fråga om att omfördela ansvaret mellan olika centrala organ utan att öka möjligheterna för olika myndigheter att föra en medveten hälsopolitik. På motsvarande sätt tillförs socialstyrelsen kunskaper från andra verk som är av stor betydelse för verksamheten inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Ett aktuellt exempel är socialstyrelsens redovisningar till den parlamentariska stadsförnyelseutredningen av omfattningen och fördelningen av rörelsehinder inom befolkningen.

Dessa fakta – som också omfattade uppgifter om de rörelsehandikappades boendeförhållanden – utgjorde en viktig grund för kommitténs beslut om finansieringsvillkor och regler för en planmässig förbättring av bostadsområden i samband med ombyggnad. (Se vidare SOU 1981: 99.)

Former och inriktning av hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen på riks men också regional och lokal nivå utreds fn inom HS-90-utredningen vad avser bla boende- och arbetsmiljöfrågor.

Hälsoskydd

Socialstyrelsen är central tillsynsmyndighet enligt hälsovårdsstadgan. Detta arbete innefattar bla att

.....

Det är således inte fråga om att omfördela ansvaret mellan olika centrala organ utan att öka möjligheterna för olika myndigheter att föra en medveten hälsopolitik.

.....

.....
En kursändring håller dock på att ske för att förändra denna obalans mellan läkarfrågor och frågor som rör övriga personalgrupper.
.....

styrelsen har att ge råd och anvisningar till ledning för hälsovårdsnämndernas tillsyn samt ge underlag och förslag till statsmakterna vad avser olika hälso-skyddsfrågor.

Aktuella insatser är bla allmänna råd och informationsskrifter inom det bostadshygieniska området som tar upp problem med formaldehyd, mögel, ozon och radonstrålning.

Allmänna råd m m vad avser smittskyddet – tex inom vaccinationsområdet – är också en viktig hälsopolitisk uppgift för styrelsen.

Socialstyrelsen är vidare chefsmyndighet för statens miljömedicinska laboratorium och har en ledningsfunktion för institutet för psykologisk miljömedicin.

Med hjälp av dessa institutioners arbete och egna insatser skall styrelsen – enl prop 1979/80: 6 – ”verka för en samordning av olika krav på miljömedicinskt bedömningsunderlag så att förutsättningar skapas för en effektiv bevakning av den samlade miljöns inverkan på mänsklig hälsa”.

Hälsopolitisk utbildning och forskning

I riktlinjerna för socialstyrelsens organisation och arbetsuppgifter betonas starkt ”behovet av en personal- och utbildningsplanering som leder till en förbättrad samordning av vårdpolitik och utbildningspolitik”.

Gårdagens och dagens verklighet ligger dock en bit från dessa riktlinjer eftersom socialstyrelsens personal- och utbildningsplanering i hög grad begränsats till en yrkeskategori – läkarna.

En kursändring håller dock på att ske för att förändra denna obalans mellan läkarfrågor och frågor som rör övriga personalgrupper.

Ett exempel på denna nya inriktning är ett hälsopolitiskt präglat underlagsmaterial för bla linjenämndernas utformning av innehållet i de nya utbildningslinjerna inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Obalansen mellan mål och resurser för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete är ett av de stora problemen. Socialstyrelsen har – för sektorn i sin helhet – att bidra till att resursfördelningen påverkas av de mål statsmakterna uppställt.

Forsknings- och utvecklingsarbetets inriktning är också en viktig länk i en hälsopolitisk strategi.

Socialstyrelsens roll i detta sammanhang är att "initiera forskning samt sammanställda och föra ut dess resultat för praktisk användning hos vårdhuvdumännen".

En form för denna kunskapsspridning är de underlag för vårdprogram och sektorprogram som styrelsen utarbetar för olika sjukdomsgrupper. De har dock hittills vanligen begränsats till den medicinska behandlingen av olika sjukdomstillstånd.

En tydligare hälsopolitisk forskningsprofil har

däremot präglat styrelsens arbete i forskningsråd och yttranden över forskningspolitiska frågor.

Mål och resurser

Höjda ambitioner på det hälsopolitiska området åtföljs alltför sällan av ökade resurser för att bedriva detta arbete. Detta gäller även socialstyrelsens individ- och samhällsinriktade verksamhet som skall utvecklas samtidigt som styrelsens resurser för detta arbete kraftigt minskas.

I detta perspektiv kan det vara frestande att instämma i Tikkanes bedömning att "Framtiden blir dag för dag alltmer avlägsen".

Detta är en allvarlig varningssignal.

Obalansen mellan mål och resurser för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete är ett av de stora problemen.

Socialstyrelsen har – för sektorn i sin helhet – att bidra till att resursfördelningen påverkas av de mål statsmakterna uppställt.

Detta är en av socialstyrelsens viktigaste – och svåraste – hälsopolitiska uppgifter.

HULTAFORS SANATORIUM

Sveriges största helårskurort

Högt naturskönt läge.

Rika behandlingsresurser.

Sjukgymnastik, massage, medicinska bad, stor inomhusbassäng, bastu och solbad vid egen sjö, tennisbana, gymnastiksal med badminton och bordtennis etc.

Överläkare: Dr N. Blomstedt

Behandling av invärtes sjukdomar, led-sjukdomar, ämnesomsättningsrubbnings- hjärtsjukdomar, tillstånd orsakade av överansträngning och stress.

Prospekt och upplysningar genom
"Rumsbeställningen" Hultafors
Sanatorium, tel. 033/950 50.
Postadress: 510 35 Bollebygd.