

Tobaksfrågan som en del i en offensiv hälsopolitik

Carl-Gunnar Eriksson

Sven Larsson

En hälsopolitik av offensiv typ innebär att hälso- och sjukvårdens verksamhet blir orsaksinriktad och förebyggande. I denna artikel diskuteras att ansvarsfördelningen mellan medborgarna, samhället och vårdapparaten är oklar. Den nya individualiseringsvågen anger sina patentlösningar men hälsofrågan är i grunden en social fråga och därför bör en offensiv demokratisk hälsopolitik vara lokalt förankrad. Inom flera områden är det inte kunskapsbrist som motiverar att inga motdrag genomförs mot kända hälsorisker. Avslutningsvis berörs tobaksfrågan som väl illustrerar detta.

Carl-Gunnar Eriksson är beteendevetare vid socialmedicinska avdelningen Regionsjukhuset i Örebro, där Sven Larsson är överläkare.

En offensiv hälsopolitik innebär en ny målinriktning hos hälso- och sjukvårdens verksamhet. Betydelsen av att hälso- och sjukvården i ökad utsträckning inriktas på förebyggande åtgärder har påtalats i flera skrifter från Landstingsförbundet (9, 11) och nu senast i Hälso- och Sjukvårdsutredningens (HSU:s) betänkande Mål och medel för hälso- och sjukvården (18). Ett vidgat hälsopolitiskt synsätt bör omfattas inte bara av vårdpersonal utan också av befolkningen.

Delat ansvar

Ansvarsfördelningen är oklar då det gäller hälsoarbetets olika former såsom hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukdomsuppspårande och hälsoskydd. Vilket ansvar bör medborgarna ha? Vilket ansvar bör ligga hos samhället? Vilket ansvar bör hälso- och sjukvården ha? Med andra ord hur skall

det medborgerliga, politiska och professionella ansvaret avgränsas?

Genom lagstiftning har samhället ålagt landstingen att bereda sjukvård åt människor boende inom sjukvårdsområdet (landsting eller landstingsfri kommun). Detta ansvar har successivt utökats. Landstingens ansvar omfattade i 1928 års *sjukhuslag* anstaltsvård för sjukdom, skada och kroppsfel. Lagen från 1962 benämndes *sjukvårdslag* och utökade ansvaret till att även omfatta slutenvård vid barnsård och uppgiften att ombesörja öppen vård. Det nya lagförslaget har fått titeln *hälso- och sjukvårdslag* och den innebär bl a att "Varje landstingskommun bär ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingskommunen och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem" (3 §). Detta vidgade ansvar innebär bl a att planeringsarbetet utvecklats från att bara handla om sjukhusplanering till att även planera för hälsa. Detta innebär att hälso- och sjukvårdens erfarenheter borde beaktas i samhällsplaneringen (8). Detta kräver att samverkansformer utvecklas lokalt, regionalt och centralt. Staten å sin sida har ett övergripande ansvar för välfärdspolitiken, arbetsmarknadspolitik och utbildning, forsknings- och utvecklingsarbete och tillsyn av medicinska verksamheter.

Marc Lalonde framhöll i det ofta citerade kanadensiska hälso- och sjukvårdsprogrammet från 1974 att det är fyra grupper av faktorer som bestämmer befolkningens hälsoläge: humanbiologin, miljön, livsstilen och vårdorganisationen (15). Undersök-

.....
Hur skall det medborgerliga, politiska och professionella ansvaret avgränsas?
.....

Planeringen utvecklas mot att även handla om hälsa

ningar har visat att livsstilen och levnadsvanorna är viktiga orsaker till sjukdom och död (1,2). Detta har säkert varit en bidragande orsak till att individens roll betonas i hälsoarbetet. En annan faktor är att sjukvårdsapparatusens betydelse för den ökade medellivslängden starkt ifrågasatts (5, 10). Sjukvårdsapparatusens kris (finansierings- och effektivitetsproblem samt förtroendekris) möts genom den nya individualiseringsvågen med att individen skall ta ett större ansvar i hälsoarbetet (4, 10, 20). Det är helt nödvändigt att mobilisera medborgarnas resurser i det offensiva hälsoarbetet, men det är viktigt att undvika att i individualiserande anda låta var och en bli sin egen hälsas och ohälsas smed.

Redan idag utförs dock merparten av arbetet med hälsoproblem av medborgarna själva i samband med den lekmanamässiga vård och omvårdnad som genomförs vid hälsoproblem med eller utan kontakt med vårdorganen (17). Närståendes stöd och omsorg är också viktiga för hur vi klarar av den stress och de krav som det moderna samhället innebär (3). I det offensiva hälsoarbetet är solidaritet och gemenskap mellan människorna i bostadsområden och på arbetsplatser en drivkraft, som behövs och utgör grundvalen för en demokratisk hälsopolitik förankrad på den lokala nivån.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för både individ- och samhällsinriktat förebyggande arbete får enligt HSU inte uppfattas så att medborgaren kan överlämna ansvaret för den egna hälsan till samhällets institutioner. En god hälso- och sjukvård skall även särskilt "utgå från den enskildes eget ansvar för sin hälsa och vara grundad på aktning för människors rätt till självbestämmande och okränkbarhet" (2 §).

Utöver detta delade ansvar mellan samhället och medborgaren krävs att de professionella grupperna delar med sig av sin kunskap till lekmännen och att forsknings- och utvecklingsarbetet inom det förebyggande området främjas. Hela hälso- och sjukvårdens verksamhet kan då bli mer orsaksinriktad, eller med andra ord mer offensiv.

Det är nödvändigt att mobilisera medborgarnas resurser i det offensiva hälsoarbetet.

Kunskapsgenerering

För att hälso- och sjukvården skall kunna bedriva en offensiv hälsopolitik, så behövs metoder att följa hälsoläget i befolkningen. Landstingen behöver ett planeringsunderlag, som idealt skulle fungera som alarmsignal, uppföljningsinstrument och underlag för prioriteringsdiskussioner (12). Redan befintliga statistiska uppgifter kan utgöra startpunkter för ett avsevärt förbättrat planeringsunderlag. SPRI, socialmedicin i Umeå och Västerbottens läns landsting samverkar i ett projekt som prövar olika tillgängliga databaser som underlag för hälsolägesbeskrivningar av olika kommuner. Detta görs för att utveckla ett förbättrat planeringsunderlag åt landstingen.

En offensiv hälsopolitik kräver dessutom att orsaksrelaterad statistik utvecklas. Idag finns påfallande litet material inom det området. Metoder att övervaka och följa utvecklingen av kända riskindikatorer behöver utvecklas och kontinuerligt tillämpas. Inom det omgivningshygieniska området (hälsoskyddet) finns kunskap och metodik men dessa används inte alltid. Varför har vi tex inte fått blyfri bensin i Sverige än? Hur kommer det sig att vi först 1980 börjat samla in batterier med farliga tungmetaller som bla kadmium? Tidigare förstörde vi vår omgivning med dem. Exempelen skulle lätt kunna mångdubblas.

För att en offensiv hälsopolitik skall kunna bli något annat än en pappersprodukt så krävs en politisk vilja att satsa resurser på det orsakssökande och förebyggande arbetet.

Strategier att förändra riskfaktorer, riskmiljöer och riskreaktioner behöver också utvecklas. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning bedriver se-

Metoder att övervaka och följa utvecklingen av kända riskförhållanden behöver utvecklas och kontinuerligt tillämpas.

.....
Inom flera områden är det inte bristen på kunskap som förklarar varför inget görs.
.....

dan ett flertal år utvecklingsarbete inom området, men verksamheten är hotad.

Det arbete som bedrivits inom kost- och motionsområdet har nyligen sammanfattats (14). Under perioden 1971 till 1978, de år då stora kost- och motionsundersökningar genomfördes, förändrades medborgarnas vanor. Men som framhålls i rapporten så har dock den bättre kostkunskapen, de sundare kostvanorna och det mer kvalificerade och organiserade motionerandet inte mer än balanserat (och knappt det) ökningen i arbetslivets stillasittande. Det är ändå mycket som hänt under de tio år som en mer samordnad hälsouppllysning skett inom kost- och motionsområdet. Förändringarna avspeglar sig i aktiviteter inom den sk friskvården, skolan, studieförbunden, distributionsföretag, livsmedelsföretag, idrottsrörelsen, massmedia, förlagens bokutgivning, storhushållen, arbetsplatserna och lagstiftningen. Men processen har bara påbörjats.

I det offensiva hälsoarbetet är det av särskild vikt att nå angelägenhets- och riskgrupperna. Då det gällde motionsvanorna så hade de under 70-talet förbättrats, men bara hos de som redan var motionärer. Liknande resultat fann man vid utvärderingen av TEKLA-kampanjen i Skaraborg (13). Hur skall soffliggarna aktiveras är en viktig hälsopolitisk forskningsuppgift.

Programutveckling

Idag har vi inom ett flertal områden tillräckligt med kunskap om olika hälsorisker för att motdrag mot dessa hälsorisker skulle insättas. Vissa preventionsförsök pågår. Den stora primärpreventiva studien i Göteborg, där rök- och kostvanor påverkats samt blodtrycksbehandling initierats hos riskgrupper för kardiovaskulär sjukdom är ett exempel på en studie med experimentell uppläggning. Undersökningen i Mälardalen av kontroll av bröststen för tidig upptäckt av bröstcancer är ett exempel på utprövning av sekundärpreventiv metodik.

Ett flertal landsting har utarbetat hälsoplaner el-

ler sk friskvårdsplaner och vi håller på och analyserar innehållet i dessa. Många innehåller en gedigen dokumentation av kunskapsfältet och planerna är ambitiösa och mångfacetterade. Hur förverkligas sedan dessa översiktliga planer i budgetarbetet? Plan är en sak och verklighet en annan. Ett genomgående drag är att stora anslag ges till idrottsrörelsen i form av organisationsbidrag. Skulle inte dessa bidrag kunna kombineras med krav om aktiv hälsoupplysning och hälsofostran inom även kost, sex & samlevnad och beroendeframkallande medel? Av de få undersökningar vi idag har om idrottsaktivas alkoholvanor så har dessa inte visat sig vara bättre än icke-aktivas vanor, snarare tvärtom (6).

Vid analys av hälsoplanerna framkommer det att man saknat underlag för vilka problem och hälsorisker som finns inom olika delar av sjukvårdsområdet. Därför har projekt kanske inte kommit att lokaliseras till de områden där behovet varit störst. Ett annat förvånande drag i hälsoplanerna är hur lätt man gått förbi alkoholfrågan. Skall inte primärkommunen sköta det framhålls det ofta.

Det offensiva hälsoarbetet måste inriktas på att motverka och undanröja väsentliga hälsoproblem. Finns kontrollerade studier av intervention som visar att motdragen ger resultat, så kan den första fasens prövning överhoppas och program för åtgärder direkt tillämpas. Regionala och lokala studier av hälsoförhållande, miljöförhållanden, levnadsvanor och sjukvårdsutnyttjande behövs i framtiden för att landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet skall kunna planeras och utvecklas så att befolkningens behov blir beaktade. Den sk kommundiagnostiken behöver utvecklas så att den kan tillämpas på vårdcentralers upptagningsområden, eftersom enligt redan HS 80 primärvården vid sidan av sjukvårdsuppgifter skall få en klar hälsopolitisk inriktning (19), vilket även betonas i skriften "Primärvård - innehåll och utveckling" (16). Detta är en giganstisk uppgift för primärvården, särskilt med tanke på allt det forsknings- och utvecklingsarbete som är ogjort inom sjukvårdssidan av primärvården.

Tobaksfrågan då

Visst finns det idag en ansvarsuppdelning, även om den inte är helt planerad. Tobaksbranschen an-

vänder ca 40 miljoner årligen på att få svenska folket att regelbundet använda tobaksprodukter. Politikerna ger organ som h-nämnden och NTS en bråkdel av den summan till att arbeta med tobaksfrågan. Hälso- och sjukvården behandlar de som drabbas av tobaksskador och vissa landsting bedriver organiserad antitobaksverksamhet. Ett fåtal rökavvänjningskliniker arbetar för högtryck. Inom skolvården är tobaken en del av ANT-arbetet.

Vad har då hänt? Före 60-talet talade knappast någon om tobakens skadlighet. Andelen dagligrökare minskar nu under 70-talet. De som röker väljer oftare "svagare" cigaretter. Tobaksbranschen vill få oss att tro att rökningen ökar, men trenden har vänt.

Redan 1973 presenterades ett internationellt mycket uppmärksammat antitobaksprogram (se faktaruta), men på många punkter har förslagen ännu inte förverkligats. Tobakskommittén inrättades, men någon lag om rökfria offentliga miljöer har vi inte sett röken av under de två år som gått sedan förslaget lämnades till socialdepartementet av kommittén.

Tobaksfrågan är en del av de angelägna fält en offensiv hälsopolitik bör bedrivas inom. Tillräcklig kunskap (7) finns idag för att motivera att tobaksbruket övervakas och åtgärdsprogram utvecklas inriktat mot bl a angelägenhetsgrupper som barn och ungdom och riskgrupper som gravida kvinnor, medelålders män och redan tobaksskadade. I detta arbete borde professionella vårdarbetare, vetenskapssamhället, utbildningssystemet, politiker-lokalt, regionalt och centralt-, handels- och service-sektorn, fackföreningarna, frivilligorganisationer och allmänheten samverka. Vi behövs alla i det offensiva hälsoarbetet och det berör oss alla.

REFERENSER

1. Belloc, N. B. Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2:67–81, 1976.
2. Carlsson, G., Arvidsson, O., Bygren L.-O., & Werkö, L. Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige. Stockholm: Liber Förlag, 1979.

3. Cassel, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2): 107–123, 1976.
4. Crawford, R. You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4):663–680, 1977.
5. Eriksson, C.-G. Behöver sjukvården legitimeras? Om den svärfångade betydelsen av sjukvårdsapparatens arbete för folkhälsan under 1900-talet. *Socialmedicin*, Örebro, 1979.
6. Eriksson, C.-G. Idrott och alkohol – igår, idag och inför framtiden. *Socialmedicin*, Örebro, 1979.
7. Eriksson, C.-G. Om tobak – en vägledning till litteraturen. Stockholm: Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning, 1980.
8. Fredriksson, E. Från sjukhusplanering mot hälsoplanering. *Socialnytt, Specialbilaga nr 1*, 1–24, 1979.
9. Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik (SPUP). Landstingsförbundet, 1974.
10. Holtzman, N. A. Prevention: rhetoric and reality. *International Journal of Health Services*, 9(1):25–39, 1979.
11. Hälsopolitik i praktiken – förutsättningar och krav. Landstingsförbundet, 1979.
12. Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag. SPRI Rapport, nr 14, 1979.
13. Isacson, S.-O., Söderby, E.-M., Nilsson B., Rodén, A. M., Svanström, L., & Koch, E. Kan soffligaren aktiveras? *Socialmedicinsk Tidskrift*, 53(4): 276–1976.
14. Kost och motion inför 80-talet. Underlag för åtgärdsprogram för bättre kost- och motionsvanor. h-rapport, nr 11, 1980.
15. Lalonde, M. A new perspective on the health of the Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
16. Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Socialstyrelsen & SPRI Primärvård – innehåll och utveckling. SPRI-rapport, S 101, 1978.
17. Lewin, L. S., Katz, A. H., & Holst, E. Self-care: Lay initiatives in health. New York: Prodist, 1976.
18. Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag. Betänkande av hälsö- och sjukvårdsutredningen. HSU. SOU, nr 78, 1979.
19. Socialstyrelsens program för hälso- och sjukvård inför 80-talet. Socialstyrelsen anser, nr 1, 1976.
20. Winkler, D. I. Persuasion and coercion for health. Ethical issues in governmental efforts to change lifestyles. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 56(3):303–338, 1978.

VISIR – vi som inte röker

VISIR är en folkrörelse, som arbetar med en angelägen och alltmer uppmärksammas hälso- och miljöfråga – rökningen. De första VISIR-föreningarna bildades 1973 och Riksförbundet VISIR 1974. Som en särskild organisation för de yngre medlemmarna bildades VISIR:s ungdomsförbund 1978.

VISIR arbetar för

- att barn och ungdom inte skall börja röka eller snusa – c:a 30 % av pojkarna och c:a 40 % av flickorna röker när de lämnar grundskolan
- att vi skall få fler rökfria miljöer i samhället – tobaksrök i tex arbets- och samlingslokaler medför obehag för många; rökfritt är i längden bäst även för rökare
- att fler skall stimuleras till att sluta röka och få hjälp med detta – de flesta av de c:a 38 % av alla 18–70 år som röker vill gärna fimpas för gott, men många har svårt att klara av detta på egen hand

VISIR verkar främst genom sina lokala föreningar som finns över hela landet. För yngre medlemmar bildas särskilda VISIR-ungdomsföreningar och i skolor landet runt startas VISIR-klubbar. Föreningarna, klubbarna och enskilda aktiva medlemmar sprider på olika sätt information om rökningen och dess skadeverkningar. En del föreningar arrangerar också rökavvänjningsgrupper. På olika sätt försöker vi medverka till att fler rökfria miljöer skapas, samtidigt som utrymmen för rökning anvisas med tanke på de rökare, som har svårt att sluta. Verksamheten finansieras genom medlemsavgifter, gåvor från enskilda och bidrag från staten, landsting och kommuner (i vissa fall). Är Du intresserad av VISIR:s verksamhet kan Du bli medlem och få tidningen VISIR-AKTUELLT, som utkommer med fyra nummer per år, information om aktuellt material som kan rekvireras och om Du så önskar möjlighet till aktivitet och samvaro i rökfri miljö i VISIR-föreningar och VISIR-klubbar.

Tunnelgatan 25, 111 22 Stockholm · Tel 08-2007 91 · Postgiro 60 94 07-2
Nordenskiöldsgatan 19, 413 09 Göteborg · Tel 031-24 63 99