

Regeringens proposition

1984/85:181

om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m. m.:

beslutad den 21 mars 1985.

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag av regeringsprotokoll för de åtgärder och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

OLOF PALME

G. SIGURDSEN

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas – mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagens mål för hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen – regeringens syn på inriktningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild tonvikt på de förebyggande insatserna.

Propositionen utgår från det remissbehandlade förslag till principprogram för hälso- och sjukvården i perspektivet 1990–2000 som lagts fram av den s.k. HS 90-utredningen i huvudrapporten Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Propositionen utgår vidare från cancerkommitténs remissbehandlade betänkande Cancer – orsaker, förebyggande m.m. I fråga om förtroendenämnderna inom hälso- och sjukvården utgår propositionen från den remissbehandlade rapporten Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. När det gäller den psykiatriska hälso- och sjukvården grundas bedömningarna på socialberedningens remissbehandlade betänkande Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten samt Spri-rapporten Psykiatri i samverkan. I de psykiatriska tvångsfrågorna pågår beredning inom socialdepartementet.

I propositionen föreslås att lagen om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården förlängs att gälla under ytterligare ett år t.o.m. den 30 juni 1986, i avvaktan på fortsatt beredning av frågan om formerna för förtroendenämndsverksamheten och dess omfattning. Bl.a. övervägs en samordning med de av socialberedningen föreslagna insynsnämnderna för den psykiatriska vården. Vidare föreslås den ändringen i hälso- och sjukvårdslagen att som ett särskilt krav på en god hälso- och sjukvård skall gälla att vården skall inriktas på att förebygga ohälsa och att kraven på en god hälso- och sjukvård skall avse all hälso- och sjukvård och inte enbart den som drivs av landstingen.

I propositionen betonas betydelsen av en samlad folkhälsopolitik. Speciell uppmärksamhet ägnas de grupper i samhället som utsätts för de största hälsoriskerna. Hälsa- och sjukvårdens fortsatta utveckling bör baseras på principerna om ett offentligt ansvar, solidarisk finansiering, närhet, tillgänglighet och valfrihet, stöd till egenvård, krav på en helhetsyn med patientens problem i centrum och en offensivt präglad hälsopolitik som så långt möjligt leder till att ohälsa förebyggs. Utvecklingen måste ske inom begränsade samhällsekonomiska ramar och i enlighet med de mål som redovisats i propositionen (1984/85:40) med riktlinjer för den ekonomiska politiken till 1980-talets slut.

I fråga om det förebyggande arbetet förordas i propositionen ett starkare samarbete mellan de många samhällssektorer som kan medverka till att främja goda hälsoförhållanden och motverka ohälsa. Underlag för hälsopolitiska program mot hjärt-kärlsjukdomar, cancer och skador redovisats liksom vissa hälsopolitiska utgångspunkter för samhällsplaneringen. Underlag till program mot psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar bör tas fram med förtur. En bättre skadestatistik föreslås som grund för intensifierade skadeförebyggande insatser. Hälsoupplýsningens roll och behoven av olika åtgärder för förbättrade kostvanor och minskat tobaksbruk betonas. En intensifierad informationsverksamhet om tobakens skadeverkningar inriktad i första hand mot barn och ungdom förordas. Vidare redovisats vissa hälsopolitiska mål och insatser vad avser alkoholpolitiken.

I syfte att stärka samarbetet mellan olika samhällssektorer kring det förebyggande hälsoarbetet kommer en rådgivande hälsopolitisk expertgrupp att knytas till hälso- och sjukvårdsberedningen inom socialdepartementet. Vidare betonas betydelsen av att det samhällsmedicinskt inriktade arbetet vidareutvecklas på landstingsnivå.

Mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagens krav på bl.a. tillgänglighet och kvalitet i vården redovisats den pågående och önskvärda utvecklingen mot en förstärkt primärvård och en delvis förändrad roll för länssjukvården. Därvid betonas bl.a. behoven på lokal nivå av en förstärkt samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och olika primärkommunala organ.

Inriktningen av forsknings- och utvecklingsarbetet mot prevention, allmänmedicin, epidemiologi, omvårdnad och rehabilitering bör stärkas. Forskning om arbetslöshetens hälsomässiga konsekvenser bedöms mycket angelägen. Hälso- och sjukvårdsberedningen bör i sitt arbete behandla forskningsfrågor, och det bedöms önskvärt att landstingen fördjupar sitt engagemang i forskningsfrågor och bl.a. stimulerar att forskning förläggs till primärvården.

Propositionens lagförslag**1 Förslag till****Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)**

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) dels att 3 § skall ha nedan angivna lydelse, dels att i lagen skall införas en ny paragraf, 2 a §, och närmast före 2 a § en ny rubrik av nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse***Krav på hälso- och sjukvården****2 a §**

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär särskilt att den skall

1. inriktas mot att förebygga ohälsa,

2. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

3. vara lätt tillgänglig,

4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

5. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de metoder för att förebygga, utreda och behandla sjukdom och skada som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i 7 kap. 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 6 § andra stycket eller 6 a § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

3 §

Varje landstingskommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun. Bestämmelser om förvaltningsutskott skall därvid avse kommunstyrelsen. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

En god hälso- och sjukvård skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

2. vara lätt tillgänglig,

3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i sekretesslagen (1980:100).

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1985.

2 Förslag till

Lag om fortsatt giltighet av lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården

Härigenom föreskrivs att lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården, som gäller till utgången av juni 1985, skall fortsätta att gälla till utgången av juni 1986.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1985-03-21

Närvarande: statsministern Palme, ordförande, och statsråden Lundkvist, Feldt, Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Andersson, Bodström, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Thunborg, Wickbom

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Proposition om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m. m.

1 Inledning

Hälso- och sjukvården utgör en viktig del av den svenska välfärden. Vårdfrågorna angår och engagerar människor mer än det mesta i det svenska samhället. Det finns också ett starkt stöd hos allmänheten för en rättvis demokratisk hälso- och sjukvård som finansieras solidariskt. Dess grund är att människor tillerkännes ett värde i sig som är lika för alla och inte beroende av ekonomiska, sociala eller hälsomässiga faktorer. Denna människosyn och vår demokratiska vård utgår från människors intresse och levande engagemang för att gemensamt forma ett samhälle där riskerna för ohälsa, utslagning och isolering aktivt bekämpas. En sådan kamp måste föras på demokratins grund och med möjlighet till aktivt deltagande för alla.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) anger det övergripande målet för hälso- och sjukvården i termer av en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

En utveckling mot HSL:s mål förutsätter en samlad folkhälsopolitik inriktad på att skapa goda livsvillkor för befolkningen och därigenom förebygga ohälsa. Härtill kommer krav på god kvalitet och tillgänglighet i vården. Detta kräver en konstruktiv samverkan mellan staten och huvudmännen för hälso- och sjukvården. Ansvarsfördelningen mellan stat och landsting fastställdes av riksdagen vid behandlingen av propositionen om hälso- och sjukvårdslag m.m. (prop. 1981/82:97, SoU 51, rskr 381). Riksdagen och regeringen har ett övergripande ansvar för planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården.

Landstingen har det demokratiska ansvaret för att utforma hälso- och

sjukvårdens insatser med utgångspunkt i HSL:s krav och lokala förutsättningar och behov.

Under de senaste decennierna har huvudmannaskapet för olika grenar av den offentliga hälso- och sjukvården såväl i fred som krig överförs till landstingen. Provinsialläkarväsendet övergick år 1963 till landstingen och primärkommunernas stadsdistriktsläkare m.fl. inordnades år 1968 i landstingens organisation som därmed fick ansvaret för den helt övervägande delen av den öppna hälso- och sjukvård som bedrivs utanför sjukhusen. År 1967 övertog landstingen de tidigare statliga mentalsjukhusen. Karolinska sjukhuset och Uppsala akademiska sjukhus har överförs till resp. landsting. Stora delar av de uppgifter som tidigare ankom på länsläkarorganisationerna har också övertagits av landstingen. I riksdagsbeslutet om HSL slås också fast att den i fred gällande hälso- och sjukvårdslagstiftningen utgör grunden för sjukvården i krig enligt den s.k. totalförsvarsprincipen. Det innebär att ansvar i fred för viss verksamhet följs av ansvar för att förbereda, genomföra och leda samma verksamhet i krig. Enligt HSL åligger det således hälso- och sjukvårdshuvudmännen att redan i fred planlägga och vidta de olika förberedelser som fordras för att de skall kunna bedriva sin verksamhet under beredskap och krig.

Landstingen har numera det demokratiska ansvaret för huvuddelen av all hälso- och sjukvård. Därvid skall landstingen enligt HSL planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. Verksamheten skall vidare samordnas med kommuner, enskilda vårdgivare samt även andra landstingskommuner för att åstadkomma ett samlat utbud av vård.

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården som anges i HSL gäller såväl landstingens verksamhet som den hälso- och sjukvård som bedrivs av andra huvudmän än landsting, t.ex. inom företagshälsovård, skolhälsovård, studerandehälsovård vid universitet och högskolor samt den privata hälso- och sjukvården.

Riksdagen och regeringen har ett särskilt ansvar för att utveckla en samordnad politik som vägledning för de beslut av hälsopolitisk betydelse som ligger utanför huvudmännens direkta bestämmande men som spelar en avgörande roll för utvecklingen av hälsotillståndet i landet.

Statsmakterna har också ett övergripande ansvar för resursfördelningen mellan olika samhällssektorer. Detta kräver tillgång till underlag för överväganden av regering och riksdag om bl.a. hälso- och sjukvårdens resurser.

I dag är totalkostnaden för samhällets hälso- och sjukvård omkring 65 miljarder kr. per år. Detta motsvarar närmare 10 procent av bruttonationalprodukten. Från att under 1970-talet ha ökat mer än BNP har hälso- och sjukvårdens andel av samhällsekonomin varit i stort sett oförändrad de senaste åren. Utbyggnadstakten har således de allra senaste åren svarat mot tillväxten i hela samhället.

De direkta statliga bidragen och ersättningen från sjukförsäkringen svarar

för närmare en fjärdedel av dessa kostnader. Dessa bidrag och ersättningar bör vara utformade så att de stimulerar en utveckling av hälso- och sjukvården i överensstämmelse med de värderingar och överväganden som ligger i HSL. Propositionen (1983/84:190) och riksdagens beslut (SfU 31, rskr 393) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m. är ett uttryck härför. Beslutet innebär att statsbidragen och ersättningen från den allmänna försäkringen till hälso- och sjukvården i ökad utsträckning fördelas utifrån befolkningens behov av vård i stället för att ge ersättning för prestationer.

Staten har också ett ansvar för läkarutbildningen och en del av utbildningen av andra personalkategorier inom hälso- och sjukvården. Staten har även direkt ansvar för medicinsk forskning och annat forsknings- och utvecklingsarbete av betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Tillsyn av säkerhet och kvalitet inom hälso- och sjukvården hör också till statens ansvar. Socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har på myndighetsnivå givits detta ansvar. I socialstyrelsens tillsynsfunktion ligger också att löpande följa i vilken utsträckning lagstiftningens mål för hälso- och sjukvården förverkligas.

Socialstyrelsen svarar enligt instruktionen (1981:683 m. fl.) för tillsyn över bl. a. hälso- och sjukvård och hälsoskydd. Tillsynen skall ske med beaktande av huvudmännens självständighet och behov av att anpassa sin verksamhet efter lokala förhållanden. Styrelsen skall även för statens del svara för övergripande planering, samordning och uppföljning på riksnivå av verksamhetsgrenarnas omfattning, innehåll, kostnader och utveckling. I socialstyrelsens uppgifter ingår naturligen att göra analyser och bedömningar av det medicinska innehållet och den medicinska effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Tillsammans med huvudmännen driver staten Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) som har viktiga uppgifter för att utveckla och effektivisera hälso- och sjukvården, dess planering, organisation och utnyttjande av lokaler och utrustning.

Staten har således ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdspolitiken liksom ett direkt ansvar för lagstiftning, utbildning, forskning och viss finansiering. Med hänsyn härtill finner jag det angeläget att riksdagen regelbundet får del av fakta om utvecklingen vad avser befolkningens hälsa samt hälso- och sjukvårdens verksamhet för att kunna göra de ställningstaganden som föranleds därav.

I denna proposition kommer jag mot denna bakgrund att redovisa vissa allmänna utgångspunkter och överväganden som enligt min mening bör vara vägledande för hälso- och sjukvårdspolitiken.

Speciell uppmärksamhet ägnas behovet av en samlad hälsopolitik som berör även andra samhällsområden än hälso- och sjukvården.

Vidare behandlas vissa frågor om vårdens innehåll, struktur och tillgäng-

lighet samt om personalförsörjning, utbildning, forskning och statistik.

Behovet av långsiktiga utvecklingsperspektiv är stort inom hälso- och sjukvårdssektorn. Mina överväganden skall i första hand ses som ett underlag för den långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården i landet.

Mot denna bakgrund tar jag även upp vissa frågor rörande planering och uppföljning av hälso- och sjukvården samt motiverar de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen som jag föreslår.

Patientens behov av stöd vid problem i kontakterna med hälso- och sjukvården behandlar jag något i anslutning till mitt förslag om en ettårig förlängning av lagen om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Vissa frågor kring patientens krav på integritet och sekretess i vården har jag emellertid behandlat i den lagrådsremiss med förslag till en ny patientjournal, som jag senare denna dag kommer att föreslå att regeringen fattar beslut om.

I det följande anmäler jag de betänkanden och annat utredningsmaterial som utgör grunden för mina överväganden och förslag.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation (S 1966:39) tog med utgångspunkt i principprogrammet Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80) initiativ till arbetet med ett samlat underlag för ett nytt principprogram inför 90-talet (HS 90). Arbetet har – sedermera under hälso- och sjukvårdsberedningen (S 1983:02) – letts av en arbetsgrupp med företrädare för staten, Landstingsförbundet och de centrala fackliga organisationerna. Arbetsgruppen har överlämnat huvudrapporten (SOU 1984:39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Denna har remissbehandlats. Inom ramen för HS 90-arbetet har vidare publicerats ett femtontal underlagsstudier, huvudbilagor och expertrapporter (SOU 1981:1–4 samt SOU 1984:40–48). Huvudrapportens sammanfattning m.m., uppgifter om arbetsgruppens sammansättning samt en redovisning av remissutfallet bör fogas till regeringsprotokollet i detta ärende som *bilaga 1 och 2*.

Cancerkommittén (S 1979:07) har överlämnat betänkandet (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande m.m. jämte ett stort antal expertrapporter (Ds S 1984:1–6) m.m. Betänkandet har remissbehandlats. Det anknyter, i vad avser cancerfrågorna, nära till det hälsopolitiska synsätt som förespråkas i HS 90. Betänkandets sammanfattning, uppgifter om kommitténs sammansättning och en redovisning av remissutfallet bör fogas till regeringsprotokollet i detta ärende som *bilaga 3 och 4*.

En arbetsgrupp inom socialdepartementet har utvärderat verksamheten enligt lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården och avgett rapporten (Ds S 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Rapporten har remissbehandlats. Rapportens sammanfattning, uppgifter om arbetsgruppens sammansättning och en sammanställning av remissutfallet bör fogas till regeringsprotokollet i detta ärende som *bilaga 5 och 6*.

Socialberedningen (S 1980:07) har avgett betänkandet (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. Betänkandet har remissbehandlats. Frågan om en reviderad psykiatrisk tvångslagstiftning bereds f.n. inom socialdepartementet. I betänkandet behandlas även den allmänna psykiatris inriktning och utveckling. Spri, socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet har gemensamt lagt fram rapporten (Spri-rapport 1984/176) Psykiatri i samverkan. Jag kommer vid mina överväganden om den psykiatriska vården att beakta rapporten och socialberedningens förslag i fråga om psykiatris allmänna inriktning och utveckling.

Vidare har statens kulturråd till regeringen överlämnat rapporten (1982:7) Kultur i vården. Jag kommer att återropa denna rapport vid mina överväganden när det gäller innehållet i vården, särskilt den institutionsbundna långtidssjukvården.

Riksrevisionsverket (RRV) har i revisionsrapporten (Dnr 1982:719) Kostnadsutveckling och resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården behandlat frågor om planerings- och uppföljningsansvaret inom hälso- och sjukvården. Jag kommer delvis att utgå från denna rapport vid mina överväganden i dessa frågor.

Vidare har RRV i februari 1985 till regeringen överlämnat revisionsrapporten (Dnr 1984:235) Personal- och utbildningsplaneringen i hälso- och sjukvården. En granskning av socialstyrelsens ansvar och uppgifter. Jag kommer att återropa denna rapport vid mina överväganden i anslutning till personal- och utbildningsfrågorna.

En särskild utredningsman har i betänkandet (Ds S 1984:12) Vissa ansvarsfrågor i hälso- och sjukvård analyserat innebörden av bestämmelserna i HSL om det medicinska ledningsansvaret och föreslagit vissa författningsändringar. I betänkandet har också redovisats ansvarsfördelningen mellan skilda yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Betänkandet har remissbehandlats. Av remissutfallet framgår att det finns starka önskemål framför allt från hälso- och sjukvårdshuvudmännen och vissa personalorganisationer att analyserna i betänkandet snarast bör läggas till grund för ytterligare överväganden om hur ansvarsfrågorna i framtiden bör vara reglerade inom hälso- och sjukvården. Jag avser inom kort att i annat sammanhang återkomma angående formerna för de fortsatta övervägandena i dessa frågor.

2 Allmänna utgångspunkter

2.1 En samlad folkhälsopolitik

En av de viktigaste delarna av vår personliga välfärd är att så långt möjligt behålla en god hälsa och att vid sjukdom, skada eller handikapp erhålla en

högt kvalificerad vård och omsorg.

Vår hälsa bestäms i hög grad av de livsvillkor och den livsstil som präglar vara liv. I ett historiskt perspektiv framgår tydligt hur den ekonomiska och sociala utvecklingen och fördelningen av välfärden haft avgörande betydelse för befolkningens hälsa. Detta återspeglas t.ex. i utvecklingen av spädbarnsdödligheten som för 100 år sedan var 150 promille – 150 döda barn under första levnadsåret för varje tusen levande födda. På 1930-talet hade den tack vare förbättrad näringssituation, utbildning och hygien sjunkit avsevärt. Fortfarande fanns dock stora skillnader i spädbarnsdödlighet mellan olika samhällsgrupper. I Stockholm varierade exempelvis spädbarnsdödligheten mellan 14 och 49 promille beroende på familjens sociala och ekonomiska situation. Detta föranledde medicinalstyrelsen att år 1935 framhålla att det inte fanns anledning att acceptera en spädbarnsdödlighet för någon samhällsgrupp som var högre än den som gällde för den ekonomiskt mest välsituerade fjärdedelen av befolkningen. "Vad en socialgrupp kan köpa för pengar skall samhället tillgodose för andra grupper." De åtgärder som krävdes för att nå detta mål gällde i första hand bättre hygien och näringsstandard samt en utbyggd – för hela befolkningen lätt tillgänglig – hälso- och sjukvård. År 1937 antog riksdagen mot bl.a. denna bakgrund ett förslag om en avgiftsfri mödra- och barnhälsovård. I dag har spädbarnsdödligheten sjunkit till 7 promille och skillnaderna mellan olika samhällsgrupper är mycket små.

Jag har genom detta exempel sökt illustrera hur vi genom en samlad politik för folkhälsan lyckats uppnå en i ett internationellt perspektiv mycket låg spädbarnsdödlighet.

På motsvarande sätt kan konstateras vilken betydelse bättre hygien och kost, förbättrade arbetsvillkor och arbets- och boendemiljöer, allmän skolgång samt medicinskt förebyggande insatser under det senaste århundradet haft för befolkningens hälsoutveckling.

De livshotande infektions- och bristsjukdomar, som förr dominerade sjukdomsbilden och skördade många offer i unga år, är nu i stort sett utplånade. Vid mitten av 1800-talet var den förväntade livslängden för nyfödda drygt 40 år. I dag är den förväntade livslängden för en nyfödd flicka ca 79 år och för en pojke ca 73 år. De senaste redovisade uppgifterna från SCB visar för perioden 1979–1982 att medellivslängden ökat med 0,9 år för kvinnornas del och med 1,1 år för männens del. Det senare innebär att 70-talets tendens till stagnation för männens del har brutits.

Den aktuella utvecklingen innebär inte bara att den förväntade medellivslängden ökat utan också att befolkningens hälsa förbättrats i olika avseenden. Störst skillnad redovisas för de äldre där varje ny generation är mindre märkt av ett tidigare hårt liv i det gamla fattig-Sverige. Tillsammans med starkt förbättrade ekonomiska villkor innebär detta möjligheter till aktivitet och delaktighet i samhället långt upp i åren. För befolkningen i s.k. förvärvsaktiv ålder har minskade risker i trafik- och arbetsmiljön inneburit

väsentliga förändringar liksom den reducerade konsumtionen av sprit och tobak.

Inom sjukvården har genomförts en rad förändringar som gett starkt förbättrade resultat och som ökat möjligheterna till delaktighet i varden och samhällslivet. Utvecklingen inom psykiatrin ger ytterligare ett tusental människor varje år chansen att byta en passiv institutionsvård mot ett eget liv ute i samhället med erforderliga stöd- och hjälpinsatser. Ny undersöknings- och behandlingsmetodik ger människor allt bättre hjälp vid t.ex. nedsatt syn, hörsel och rörelseförmåga. Vårdinsatser flyttas i snabb takt från långtidsvård till aktiv sjukhemsvård eller hemsjukvård vilket innebär ökade möjligheter till ett liv på egna villkor för den enskilde.

De erfarenheter som vunnits i detta folkhälsoarbete är i hög grad relevanta även för dagens och morgondagens hälsopolitik, trots att hälsoriskerna och hälsoproblemen inte är de samma som förr.

Hälsoriskerna i dagens samhälle finner vi i bl.a. fysiskt och socialt bristfälliga arbetsmiljöer, trafik- och boendemiljön, arbetslöshet och risk för arbetslöshet, missbruk av alkohol och narkotika, konsumtion av tobak, olämpliga kostvanor, samt psykologiska och sociala påfrestningar som är förknippade med våra relationer – och brist på relationer – till medmänniskor.

Dessa hälsorisker återfinns i den vardagsverklighet som präglar våra liv och avgör i hög grad våra möjligheter att leva ett hälsosamt liv. Detta gäller nära nog alla de hälsorisker som orsakar vår tids stora folksjukdomar som t.ex. hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, tumörer och allergier samt skador.

Även om Sveriges befolkning i dag har ett förhållandevis gott hälsotillstånd föreligger dock fortfarande stora skillnader mellan olika social- och yrkesgrupper vad gäller risk att drabbas av ohälsa och för tidig död.

Generellt har arbetare och ofta också lägre tjänstemän en högre sjuklighet och dödlighet i yrkesverksam ålder än övriga grupper. Personer med särskilt hög risk att drabbas av ohälsa och tidig död återfinns t.ex. bland gruv- och stålarbetare, stuveri- och lagerarbetare samt bland personer med olika typer av servicearbete. Andra utsatta grupper är långvarigt arbetslösa, ensamboende fränskilda män samt invandrare. Barn med risk att drabbas av sjukdom eller dålig hälsa återfinns oftast i familjer med låg inkomst samt sociala och psykiska problem. Det är mot denna bakgrund väsentligt att i det förebyggande arbetet ägna speciell uppmärksamhet åt de grupper i samhället som är utsatta för de största hälsoriskerna.

De stora folksjukdomarna är således betydligt vanligare bland dem med lägre välfärd än bland dem med bättre livsvillkor. Trots detta kallas dessa sjukdomar ofta välfärdssjukdomar. En mer adekvat beteckning – i ett svenskt perspektiv – vore ofärdssjukdomar.

Det finns också de sjukdomsgrupper och hälsoproblem vars orsaker ännu inte är kända eller som är av medfödd eller ärftlig karaktär, t.ex. vissa av

rörelseorganens sjukdomar såsom ledgångsreumatismen, åtskilliga neurologiska sjukdomar och den senila demensen eller sjukdomar som diabetes och psoriasis.

En viktig del i vår allmänna välfärds- och hälsopolitik är – liksom tidigare – att söka skapa förbättrade förutsättningar för en positiv hälsoutveckling för hela befolkningen. Detta innebär i bred mening en folkhälsopolitik baserad på medborgarnas engagemang och prioriteringar.

2.2 Vård på lika villkor

Ett centralt mål för hälso- och sjukvårdspolitiken är att säkerställa att alla vid sjukdom oberoende av ålder, kön, nationalitet, bostadsort, utbildning, betalningsförmåga, etnisk tillhörighet och kulturella olikheter, förmåga att ta initiativ, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet kan erhålla god vård. Den hjälp och vård man får skall enbart bero på det behov av vård man har.

Möjligheterna för hela befolkningen att få god vård på lika villkor har avsevärt förbättrats, inte minst under de senaste årtiondena. I ett internationellt perspektiv torde Sverige tillhöra de länder som har de minsta skillnaderna vad avser vårdens tillgänglighet för olika grupper i samhället.

Samtidigt finns dock fortfarande relativt stora skillnader mellan olika befolkningsgrupper vad avser möjligheter att vid behov få god vård. De som oftare än andra har svårt att få god vård återfinns särskilt bland glesbygdsbor, invandrare, ensamstående äldre samt långvarigt arbetslösa och förtidspensionärer. Det finns i detta sammanhang anledning att betona betydelsen av att olika handikappgrupper bereds möjlighet till en lättillgänglig och väl samordnad, kontinuerlig vård.

Det är väsentligt att utjämna dessa skillnader mellan olika gruppers möjligheter att erhålla en god vård. Samtidigt krävs fortsatta insatser för att förbättra möjligheterna för somatiskt och psykiatriskt långtidssjuka att så långt möjligt bo och leva på egna villkor. Jag återkommer till dessa frågor.

Mot bakgrund av denna verklighet och hälso- och sjukvårdslagens mål "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" redovisar jag i det följande vissa generella utgångspunkter och grundläggande krav som bör vara vägledande för den framtida svenska hälso- och sjukvårdspolitiken.

2.3 Grundläggande krav på hälso- och sjukvården

I HSL anges de grundläggande kraven på en god hälso- och sjukvård. Härutöver anges vissa krav på utformningen av den landstingskommunala verksamheten. Motsvarande krav finns också till vissa delar uppställda för annan hälso- och sjukvård, bl.a. i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och

sjukvårdspersonalen m.fl. och i allmänna läkarinstruktionen (1963:341) m.m. Jag kommer i det följande att något utveckla innebörden av dessa och andra krav som enligt min mening är av grundläggande betydelse med hänsyn till målet för hälso- och sjukvården.

När jag talar om landstingskommun avser jag regelmässigt även de tre kommuner (Göteborg, Malmö och Gotland) som inte ingår i en landstingskommun men som har samma ansvar för hälso- och sjukvården som en landstingskommun.

2.3.1 Offentligt ansvar

En grundläggande princip är sedan länge att all yrkesmässigt bedriven hälso- och sjukvård, oavsett vem som är huvudman och praktiskt utför verksamheten, skall stå under offentlig insyn, tillsyn och kontroll.

Hälso- och sjukvården skall ställas till förfogande på lika villkor för alla medborgare med hänsyn tagen till individuella behov men oberoende av deras utbildningsbakgrund, inkomst och bosättningsort m.m. För att säkerställa detta mål krävs av hälso- och sjukvårdshuvudmännen en aktiv insats för kontinuerlig förnyelse. Ett mycket omfattande sådant utvecklingsarbete pågår också i olika landstingskommuner.

Det är därvid viktigt att analysera och utvärdera hälso- och sjukvårdens effektivitet. En självklar utgångspunkt för dessa effektivitetsbedömningar är givetvis det mål som enligt HSL gäller för verksamheten: en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

En utveckling mot ett privatiserat och mer marknadsorienterat hälso- och sjukvårdssystem skulle enligt min mening innebära minskade möjligheter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Ett privat vinstbaserat system gör en åtskillnad mellan – eller om man så vill diskriminerar – olika grupper i samhället utifrån andra kriterier än att tillgängliga resurser skall fördelas efter behovet av vård. Större tätorter ger i ett marknadsorienterat system bättre underlag för en lönsam verksamhet än vård och service i glesbygden. Hälften av alla privatpraktiserande läkare finns också i de tre största städerna med omkring en fjärdedel av befolkningen. Lättbehandlade sjukdomar och patienter är ofta mer lönsamma än de som kräver en lång tids vård eller mycket kostnadskrävande vård. I en privatfinansierad verksamhet har människor med goda ekonomiska resurser större möjlighet än de med små resurser att få sina vårdbehov tillgodosedda.

Hälso- och sjukvården passar därför inte in i marknadsekonomi eftersom vårdbehoven ofta är störst hos dem som har sämst möjlighet att hävda sina intressen.

En inte bara formell utan även reell valfrihet för patienten förutsätter ett gemensamt samhälleligt ansvar för en rättvis fördelning av vårdresurserna. Detta gäller såväl mellan olika delar av landet som mellan olika befolknings-

grupper och skilda delar av hälso- och sjukvården.

Detta är inget teoretiskt resonemang. Erfarenheter från länder med marknadsorienterade hälso- och sjukvårdssystem visar entydigt att de resurssvagare grupperna med stora vårdbehov har mycket svårare att få den vård de behöver än resursstarka grupper med betydligt mindre vårdbehov.

Jag är också övertygad om att en hälso- och sjukvårdspolitik som utgår från den enskildes behov av vård och omfattar hela befolkningen har ett brett folkligt stöd i Sverige. Det är en klar minoritet bland befolkningen som är beredda att försämra hälso- och sjukvården för att få lägre skatt. Det är en än mindre grupp i vårt samhälle som stödjer tanken att man skall kunna köpa sig förbi vårdkön eller få vård som utgår från betalningsförmåga snarare än behov. Inte heller finns någon större sympati för tanken att vårdorganisationen skall struktureras, dimensioneras och lokaliseras med utgångspunkt i lönsamhetskriterier.

Den enskildes möjligheter att aktivt efterfråga vård påverkas dels av vårdutbudets omfattning och inriktning, dels av dennes begränsade kunskaper om behandlingsmetoder etc.

Den efterfrågan som finns på sjukvård bygger därför till stor del på beslut som fattas – och bör fattas – av dem som har att tillhandahålla en god professionell vård.

Den avgörande frågan mot denna bakgrund är därför hur tillgängliga resurser för vård skall fördelas för att hela befolkningen skall kunna efterfråga den vård de behöver.

Fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser måste utgå från hela befolkningens behov av vård. Det är t.ex. inte motiverat att använda knappa personella och finansiella resurser för att utöka antalet läkare i ett område med mycket hög läkartäthet när det saknas läkare i många andra områden. Detta gäller även om en ytterligare läkare till det redan läkartäta området kan peka på att även där finns en tillräcklig efterfrågan för att bedriva exempelvis en privatpraktik. Hälso- och sjukvården kan enligt min mening inte styras efter marknadsekonomiska principer. Ett sådant system skulle mer tillgodose de professionella vårdgivarnas möjligheter att välja patienter än befolkningens möjligheter att få den vård de behöver.

Det finns mot denna bakgrund en betydande enighet om att vården även i framtiden väsentligen skall finansieras genom skatter och obligatoriska försäkringar. All erfarenhet visar att höga patientavgifter leder till att vissa grupper uteslås från vården. En väsentlig orsak till detta är att patienter med svåra och långvariga sjukdomar har en sämre privat ekonomi än den genomsnittliga befolkningen.

Denna offentligt finansierade hälso- och sjukvård bör till helt övervägande del tillhandahållas av den gemensamma sektorn. Landstingen är därvid bäst lämpade att svara för huvudmannskapet för huvuddelen av den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården. Detta hindrar inte att det också är både

lämpligt och önskvärt med andra huvudmän. Jag vill därvid bl.a. peka på att skolhälsovården och företagshälsovården svarar för behoven av hälsovård men även viss sjukvård för en stor del av befolkningen.

Jag vill även framhålla att den privat bedrivna hälso- och sjukvården, främst genom heltidspraktiserande läkare och sjukgymnaster, är ett värdefullt komplement till den offentliga hälso- och sjukvården. Denna verksamhet bör även fortsättningsvis bedrivas med samhällsstöd via den allmänna sjukförsäkringen. Den bidrar liksom t.ex. psykologernas verksamhet till den valfrihet inom vården, som jag anser det angeläget att så långt möjligt bibehålla och utveckla och som jag även berör i det följande. Den kan också visa på metoder och distributionssätt som bör prövas mot de vedertagna inom de offentliga huvudmännens organisation. Verksamheten måste dock underordnas kravet på en rättvis fördelning av vårdresurserna så att hela befolkningen får del av en vård på lika villkor.

2.3.2 *Solidarisk finansiering*

En annan grundläggande princip för den svenska hälso- och sjukvården är att den skall finansieras solidariskt av medborgarna genom skatter och socialförsäkringsavgifter eller andra allmänna medel. Den andel av kostnaderna för hälso- och sjukvård som finansieras genom direkta patientavgifter i samband med vårdbesök etc. måste hållas så låg att den inte utgör hinder för behövlig vård. Även detta är en välfärdspolitiskt central princip som vi måste slå vakt om. T.ex. den avgiftsfria förebyggande mödra- och barnhälsovården har lett till stora hälsomässiga framgångar.

Landstingen har det huvudsakliga ekonomiska ansvaret för sjukvårdens finansiering. Statens bidrag utgick tidigare till stor del som prestationsrelaterade ersättningar men utgår nu som mera allmänna bidrag beräknat på befolkningsunderlaget. Jag finner det för min del vara en viktig markering att staten över budgeten medverkar i hälso- och sjukvårdens finansiering.

En god hälso- och sjukvård som tillhandahålls till låga avgifter för patienterna är således en viktig hälsopolitisk grundsten. Detta är emellertid inte tillräckligt. En god hälso- och sjukvård förutsätter också att den som drabbas av ohälsa inte dessutom får ekonomiska problem till följd av sin sjukdom. Den allmänna sjukförsäkringen ingår därför som en viktig beståndsdel i hälso- och sjukvårdspolitiken.

Sjukförsäkringen syftar till att dels ge den försäkrade tillgång till sjukvårdsförmåner av olika slag, dels ge kompensation för det inkomstbortfall som uppkommer p.g.a. sjukdom. En god och lätt tillgänglig hälso- och sjukvård måste därför kompletteras med försäkringsbestämmelser som ger den enskilde en ekonomisk grundtrygghet i samband med sjukdom. De båda delarna kompletterar varann. Är inte den ekonomiska kompensationen tillräcklig kan den sjuke tvingas att återgå till sitt arbete alltför tidigt eller avstå från att i tid söka vård. Därigenom kan sjukdomsförloppet förlängas i

onödan. Detta innebär givetvis ökade kostnader för såväl den enskilde som samhället i stort. Är – ä andra sidan – väntetiden lång inom sjukvården, leder detta i sin tur till att människor får gå onödigt länge med en obehandlad sjukdom eller skada. Det medför såväl mänskligt lidande som produktionsbortfall och onödiga kostnader för sjukförsäkringen.

Jag vill betona att en väl fungerande allmän sjukförsäkring utgör en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en god hälso- och sjukvård för hela befolkningen. Riksdagen har upprepade gånger avvisat motionsförslag om försämringar i sjukpenningförsäkringen. Jag vill i detta sammanhang erinra om att chefen för socialdepartementet förbereder förslag till direktiv till en kommitté som skall utreda sjukförsäkringens roll när det gäller förebyggande åtgärder och i samband med rehabilitering.

2.3.3 Egenvård, anhörigvård och professionell vård

Den helt övervägande delen av all hälso- och sjukvård utförs genom att vi själva eller våra anhöriga och vänner ger den vård och omsorg som behövs.

Förutsättningarna för en god egenvård av detta slag kan förbättras genom stöd från hälso- och sjukvården och apoteken, t.ex. genom hälsoupplysning som ökar möjligheterna att själv klara olika hälsoproblem. Folkrörelser, t.ex. de fackliga organisationerna, folkbildningsförbunden samt handikapp- och pensionärsorganisationerna betyder också erfarenhetsmässigt mycket för att stödja och vidareutveckla detta vård- och omsorgsarbete i bred mening.

Egenvård skall inte ses som en ersättning för professionell vård. Tvärtom är det väsentligt att den professionella vården – när den behövs – ses som ett stöd och komplement till den vård och omsorg som bedrivs av oss själva, våra vänner och anhöriga.

Denna helhetssyn är särskilt väsentlig vid en omstrukturering av den professionella vården mot öppnare vårdformer. Det finns annars en uppenbar risk att anhöriga och vänner – exempelvis när det gäller vården av äldre personer med stora omsorgsbehov – upplever att deras ansvar blir orimligt stort. Den professionella hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett stort ansvar när det gäller att säkerställa de erforderliga vård- och serviceinsatser som är en förutsättning för en god egenvård och anhörigvård. Utvecklingen av hemsjukvården illustrerar väl detta samverkansbehov.

Detta ansvar blir inte mindre – utan större – under de närmaste årtiondena, bl.a. till följd av att antalet personer i åldern 20–64 år kommer att minska betydligt i förhållande till antalet personer som är 75 år och äldre.

2.3.4 Närhet, tillgänglighet, valfrihet

Ett viktigt krav på hälso- och sjukvården är – som jag tidigare betonat – att vårdresurserna fördelas rättvist – dvs. efter behov – oberoende av var man bor i landet.

Geografisk närhet till vården är dock inte tillräcklig. Vården måste också vara så organiserad att man lätt kan komma i kontakt med vårdgivaren. Stora förbättringar har otvivelaktigt uppnåtts, inte minst under de senaste årtiondena, i vårdens tillgänglighet. Samtidigt kan konstateras att vården inte alltid kunnat anpassas till patientens behov och önskemål.

De ansträngningar som görs för att öka vårdens tillgänglighet genom exempelvis öppethållande under tider som passar människor bäst, t.ex. på kvällstider och lördagar, ökade möjligheter för direkta telefonkontakter med ansvarig vårdpersonal och utbyggd jourservice i primärvården som inkluderar hembesök, är i dag betydande. Särskilt betydelsefullt är det utvecklingsarbete som inriktas på att skapa kontinuitet i kontakterna mellan läkare och annan vårdpersonal i förhållande till den enskilde patienten.

Jag anser det särskilt viktigt att också understödja insatser för att undanröja administrativa hinder för hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Jag vill i detta sammanhang erinra om att regeringen nyligen, efter förslag från mig i samråd med chefen för civildepartementet, givit socialstyrelsen och Spri i uppdrag att stödja två landsting i en försöksverksamhet i syfte att förbättra valfriheten för patienten genom att begränsa remisskraven i vården och andra regler för val av vårdinstitution och vårdpersonal och ersätta dem med väl fungerande information till patienterna.

Jag vill också erinra om att jag nyligen erhållit regeringens bemyndigande att tillsätta en utredning (Dir 1984:46) om den s.k. alternativa medicinens roll inom den samlade hälso- och sjukvårdande verksamheten i samhället. En viktig utgångspunkt för detta utredningsarbete är att den enskilde så långt det är möjligt får frihet att själv välja behandlingsformer och behandlingsmetoder samtidigt som de vårdökandes behov och säkerhet beaktas.

2.3.5 Patienten i centrum

Hälso- och sjukvårdens uppgift är att förebygga ohälsa samt bota, lindra, trösta och ge omvårdnad vid sjukdomar och andra hälsoproblem. Med sin starka inriktning på människan i en problemsituation måste vården präglas av helhetssyn, förståelse, inlevelse och ett varsamt bemötande. Med helhetssyn avser jag i likhet med HS 90 att man ser människors symtom och sjukdomar, deras orsaker och konsekvenser i såväl ett medicinskt som ett psykologiskt och socialt perspektiv. Även vid hälsoproblem som ur professionell synvinkel kan bedömas vara bagatellartade känner den enskilde ofta stor oro och kan behöva mycket information och annat stöd vid sidan av strikt medicinska behandlingsåtgärder. Jag anser att detta förhållningssätt gentemot patienten alltid är förenligt med en hög medicinsk och

teknisk kvalitet i vården, med tillförlitlig och säker diagnostik och behandling genom goda tekniska hjälpmedel och hög kunnighet hos de anställda.

Den enskilde individens möjligheter att påverka sin egen hälso- och sjukvård behöver förstärkas. Särskilt gäller detta de patienter som behöver långvariga sjukhusvistelser eller har sjukdomar som medför återkommande vistelser på vårdinstitutioner.

För dessa patienter blir sjukhuset eller sjukhemmet en väsentlig del av livsmiljön, och de bör därmed ha en självklar rätt att bestämma i olika vardagsfrågor. En viktig strävan inom vården måste därför vara att inte onödigtvis överta ansvar och befogenheter från patienterna.

En utgångspunkt i vården bör vara att patienten lever i en så normal miljö som möjligt med hänsyn till sjukdomen. Den enskildes möjligheter att leva och bo på egna villkor – d.v.s. som vanligt – bör endast begränsas om detta är en absolut förutsättning för att kunna ge en god medicinsk vård. Den utveckling av hemsjukvården som vårdform som pågår är mot denna bakgrund av stor vikt liksom utvecklingen mot hemliknande boendemiljöer inom den slutna långtidssjukvården.

Jag vill i detta sammanhang också betona de krav som finns i HSL och tillsynslagen på att man i vården visar respekt för patientens självbestämmande och integritet. I princip väljer patienten fritt om och hur han vill bli undersökt och behandlad. Detta förutsätter att patienten fått information om sitt hälsotillstånd och om de undersöknings- och behandlingsmetoder som står till buds. Vården skall alltså så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Ett ökat inflytande från patienternas sida måste också följas upp av en decentralisering av olika beslutsfunktioner inom hälso- och sjukvården.

I förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården mot ett fördjupat inflytande bör patientorganisationer, folkrörelser och lokala föreningar kunna få en vidgad roll. Redan i dag bedriver många ideella organisationer och patientorganisationer ett mycket betydelsefullt arbete, exempelvis i den öppna psoriasisvården och i anslutning till vården av missbrukare. Sådana insatser bör kunna vidareutvecklas och därmed tillföra engagemang och nya kvaliteter till verksamheten.

De frågor och utvecklingslinjer som jag här aktualiserat behandlas f.n. inom 1983 års demokratiberedning. Denna lägger under våren fram vissa förslag för att stärka brukarnas ställning inom bl.a. hälso- och sjukvården.

2.3.6 *Förtroende för hälso- och sjukvården*

Den enskilde måste kunna känna ett odelat förtroende för hälso- och sjukvården, oavsett om den bedrivs i offentlig eller privat regi. I HSL anges också att "en god hälso- och sjukvård särskilt skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt

tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen". Även genom tillsynslagen har lagstiftaren markerat förtroendefrågornas grundläggande betydelse för en god hälso- och sjukvård.

Förtroendet gäller även de ansvariga politikernas vilja och förmåga att utforma vårdens innehåll och struktur och fördela resurserna så att målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen successivt kan förverkligas. I den demokratiska processen avspeglas hur väl de politiskt ansvariga lyckats utforma en hälso- och sjukvård som tillgodoser folkflertallets önskemål och krav i relation till de ekonomiska uppoffringar man är beredd att göra för att ha tillgång till en god hälso- och sjukvård.

Förtroendet gäller härutöver personalens kunskaper och färdigheter. Dessa är grundläggande för en riktig diagnostik och behandling och basen för att patienter och anhöriga får välgrundad information. Den allmänt höga utbildningsstandarden och – för vissa grupper – krav på behörighet eller legitimation säkerställer att vi kan känna förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen i detta hänseende. Personalen står också under särskild tillsyn av socialstyrelsen och har ansvar inför tillsynsmyndigheten och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

2.3.7 *Integritetsskyddet i vården*

Många uppgifter som är nödvändiga för korrekt diagnos, behandling och kontroll berör sådant som hör till det innersta privata området. Det är därför ett oavvisligt krav att sådana uppgifter inte förs vidare på ett sådant sätt att obehöriga kan få del av dem. Reglerna om tystnadsplikt och sekretess inom sjukvården är därför mycket stränga.

Med hänsyn till att en viktig del av informationen om den enskildes hälsoförhållanden finns i patientjournalerna, kommer jag senare denna dag att föreslå regeringen att lagrådets yttrande inhämtas över ett förslag om en särskild patientjournallag, som bl.a. syftar till att ytterligare skydda uppgifter i journalhandlingar mot otillbörlig insyn. Detta är viktigt för att ytterligare stärka patienternas förtroende för hälso- och sjukvården och dess personal.

2.3.8 *En offensiv hälsopolitik*

Hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga ohälsa måste ses i ett perspektiv som omfattar såväl hälsorisker i det omgivande samhället som de risker som är relaterade till den enskilde individens livsstil. Vanligen finns ett starkt samband mellan samhälls- och individperspektivet. Även i det förebyggande arbetet krävs därför en helhetssyn för att öka och underlätta möjligheterna att leva ett hälsosamt liv.

Hälso- och sjukvården har en lång tradition vad avser insatser för att

förebygga ohälsa, t.ex. olika infektionssjukdomar. Väl kända och effektfulla exempel är vaccinationer mot smittkoppor och polio. Inom mödra- och barnhälsovården har man också med stor framgång utvecklat metoder för att motverka hälsorisker och tidigt uppmärksamma hälsoproblem så att de kan elimineras eller begränsas till sina konsekvenser.

Under senare tid har ånyo folkhälsoperspektivet kommit i förgrunden. Jag vill t.ex. peka på miljörelsens stora betydelse för att lyfta fram det ekologiska samspelet mellan miljö och människa och vikten av en god miljö från hälsosynpunkt. För miljöförhållningarna spelar också miljöförhållningarnas hälsoeffekter stor roll. Fackföreningsrörelsen har varit pådrivande för utvecklingen av en arbetsmiljöpolitik som förbättrat folkhälsan i det hänseendet.

Det finns inom många av våra folkrörelser ett engagemang för en från hälsosynpunkt förbättrad livsstil genom bättre kost, mer motion och begränsning av tobakskonsumtionen och alkoholbruket.

Inom dagens hälso- och sjukvård pågår också ett angeläget utvecklingsarbete inom det förebyggande området, bl.a. inom primärvården, vid samhällsmedicinska enheter och inom socialmedicin, hygien och miljömedicin, yrkesmedicin och företagshälsovård. Även inom läns- och regionsjukvården görs viktiga utvecklingsinsatser som är direkt inriktade på att förebygga ohälsa.

Karakteristiskt för detta arbete är att det ofta baseras på kartläggningar och analyser av hälsorisker och hälsoproblem i olika befolkningsgrupper.

Jag finner det angeläget att detta epidemiologiskt inriktade arbete vidareutvecklas så att de kunskaper om hälsorisker och sjukdomar som finns inom hälso- och sjukvården bättre kan utnyttjas i det förebyggande arbetet.

Det är dock inte tillräckligt att utveckla denna kunskapsbas. Kunskaperna måste också aktivt förmedlas till andra samhällssektorer, politiker i kommuner och landsting, arbetsmarknadens parter, folkrörelser och till enskilda, dvs. till dem som direkt har möjlighet att vidtaga åtgärder som minskar hälsorisker och befrämjar en god hälsa.

Drivkraften och basen för detta samhällsinriktade arbete är givetvis befolkningens engagemang och prioriteringar som de kommer till uttryck i den demokratiska processen och i direkt lokalt samhällsarbete.

En viktig uppgift för hälso- och sjukvården är att bidra med kunskaper till medborgarna om "varför vi blir sjuka" och om vilka möjligheter det finns att förebygga ohälsa och skador t.ex. i närmiljön. Det samarbete mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen, folkbildningsförbunden och utbildningsradion som utvecklats t.ex. i Malmöhus läns landsting finner jag därför vara av stor betydelse. Det är min förhoppning att denna typ av samverkan mellan professionella grupper inom hälso- och sjukvården och olika folkrörelser och massmedia utvecklas över hela landet.

Inom dagens hälso- och sjukvård är dock samspelet med andra samhälls-

sektorer relativt utvecklade. Jag vill därför särskilt betona att hälso- och sjukvården i ökad utsträckning bör utveckla arbetsformer – lokalt, regionalt och nationellt – som säkerställer det erfarenhetsutbyte och den dialog som krävs för ett konstruktivt och verklighetsförankrat hälsopolitiskt arbete.

Kunskaper om olika hälsorisker är också viktiga när vi som enskilda personer väljer t.ex. vad vi äter, dricker och gör på vår fritid.

Jag vill särskilt betona att den offensiva hälsopolitik jag här förordar syftar till att öka möjligheterna för medborgarna själva att påverka faktorer som är av stor betydelse för deras hälsa.

Erfarenheter från utländska och svenska program riktade mot bl.a. hjärt-kärlsjukdomar och olycksfall har visat att en framgångsrik väg att åstadkomma mera hälsovänliga levnadsvanor och livsvillkor är att skapa kanaler för ett aktivt medborgardeltagande i ett brett samhällsligt förändringsarbete. Detta måste engagera inte bara hälso- och sjukvårdens personal, utan även skola, sociala institutioner, folkrörelseorganisationer, intressegrupper, studieförbund etc.

En demokratiskt och lokalt förankrad hälsopolitik ökar medborgarnas möjligheter – och därmed friheten – att själva påverka livsvillkor och livsstilsfaktorer av betydelse för den egna hälsan.

2.4 Hälso- och sjukvården och samhällsekonomin

Hälso- och sjukvården har många samband med samhällsekonomin. Genom hälso- och sjukvårdens insatser kan många sjuka och skadade människor få tillbaka sin arbetsförmåga och därmed återgå till produktivt arbete. Genom förebyggande åtgärder kan sjukdomar och skador förhindras, vilka eljest skulle krävt vårdresurser.

Även i ett sysselsättningspolitiskt perspektiv har sjukvården stor betydelse. I Sverige arbetar bortåt var tionde yrkesverksam person inom hälso- och sjukvård. 170 000 av de 321 000 arbeten som tillkommit under 1970-talet har gällt hälso- och sjukvård. Kvinnorna utgör 87 procent av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Den ökade sysselsättning som hälso- och sjukvårdssektorns expansion skapat har haft stor regionalpolitisk betydelse. Genom skatteutjämningsbidragen har det varit möjligt att åstadkomma en någorlunda likformig dimensionering av hälso- och sjukvården i olika delar av landet. I regioner med relativt svagt näringsliv har detta inneburit en avsevärd stimulans med återverkningar för hela den ekonomiska strukturen. Genom den decentralisering av hälso- och sjukvården som skett med utbyggnaden av lokala sjukhem och vårdcentraler har denna effekt ytterligare förstärkts.

Hälso- och sjukvården har stor näringspolitisk betydelse. Sektorn upphandlar för ca 14 miljarder kr. årligen från det svenska näringslivet. Dess byggnads- och utrustningsinvesteringar är betydande. Sektorn har därför stor betydelse för att upprätthålla inhemsk efterfrågan och stödja näringsli-

vets hemmamarknad.

Hälso- och sjukvården innebär ett incitament och stöd för den tekniska utvecklingen. Viktiga utvecklingsprojekt beträffande t.ex. datautrustning och sjukvårdsteknisk utrustning har initierats genom hälso- och sjukvårdssektorns behov. Detta har lett till att sektorn också har betydelse ur exportsynpunkt. Sverige är nettoexportör av medicinsk-teknisk utrustning. Svensk läkemedelsindustri exporterar för mer än 1 miljard kr. årligen.

Under 1980-talet har hälso- och sjukvården andel av BNP varit i stort sett konstant (9,5–9,7 procent). Detta kan jämföras med t.ex. USA där hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat från 9,5 procent till 10,8 procent mellan åren 1980–1984. Detta illustrerar att ett mer marknadsorienterat hälso- och sjukvårdssystem kan vara mer kostnadsdrivande och svårare att anpassa till tillgängliga resurser än en hälso- och sjukvård som i huvudsak bedrivs inom ramen för den gemensamma sektorn. En orsak till detta är att hälso- och sjukvården i hög grad är utbudsstyrd. Det är i hög grad producentens beslut som styr verksamheten. Ett finansieringssystem som bygger på prestationsersättningar och som saknar en övre gräns för antalet prestationer tenderar därför att gynna en expansion av verksamheten framför en effektivisering. Antalet prestationer kommer i ett prestationsrelaterat ersättningssystem att bli fler än i ett behovsorienterat utan att ha ett direkt samband med de medicinska behoven.

Hälso- och sjukvården utgör självfallet i ett finansiellt perspektiv en kostnad. Samhällets kostnader för hälso- och sjukvården är omkring 65 miljarder kr., dvs. närmare 10 procent av BNP. Drygt 35 procent av de direkta skatterna på hushållen går till hälso- och sjukvård. År 1970 var motsvarande andel 25 procent. Den senaste långtidsutredningen (LU 84) beräknar, under förutsättning av kraftigt dämpade pris- och löneökningar, låg inflation och väsentligt reducerat statligt budgetunderskott så att finansiell balans uppnås, att den totala tillväxten under resten av 1980-talet kan bli 2–2,5 procent årligen. Den kommunala konsumtionen kalkyleras enligt två alternativ med 1 resp. 2 procent årlig ökning.

Jag vill således peka på hälso- och sjukvårdssektorns stora samhällsekonomiska betydelse och dess roll för sysselsättningen och de regionalpolitiska målen.

Den fortsatta reformeringen av hälso- och sjukvården måste rymmas inom de samhällsekonomiska ramar som den långsiktiga ekonomiska politiken förutsätter. Ekonomisk tillväxt och balans i samhälls ekonomin med låg inflation och full sysselsättning och återbetalning av utlandsskulder, som regeringens ekonomiska politik syftar till, är av avgörande betydelse för vilka resurser som kan avsättas för hälso- och sjukvården. Riksdagen har antagit prop. 1984/85:40 (FiU 6, rskr 58) och därmed givit riktlinjerna för den ekonomiska politiken till 1980-talets slut.

De ekonomiska ramarna för landstingens verksamheter förutsätter jag kommer att i vanlig ordning behandlas vid överläggningar mellan regeringen och Landstingsförbundet.

2.5 Samspelet mellan stat och landsting i hälso- och sjukvården

Den ansvarsfördelning mellan stat och landsting som fastställdes vid riksdagens behandling av propositionen om hälso- och sjukvårdslag m.m. (1981/82:97, SoU 51, rskr 381) innebär – som jag tidigare redovisat – att staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning. Detta ansvar förutsätter att riksdag och regering på olika områden anger mål och riktlinjer för den landstingskommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten på sätt som anges i kapitel 8. 5 § i regeringsformen. Samtidigt har landstingen genom kommunallagen och HSL det demokratiska ansvaret för att en god hälso- och sjukvård skall erbjudas åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Planeringen skall därvid även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen. Landstingen ges stor frihet att utforma hälso- och sjukvårdens insatser utifrån lokala och regionala förutsättningar och behov. Många uppgifter har decentraliserats och den kommunala självstyrelsen stärkts.

Medborgarna utkräver politiskt ansvar när det gäller rätten till en god hälso- och sjukvård av sina förtroendevalda i första hand i landstingen men även i riksdagen.

Medborgarna har också befogade krav på att man inom de politiska partierna redovisar och står för en sammanhållen hälso- och sjukvårdspolitik. Det är viktigt för den demokratiska processen att medborgarna får klarhet i ansvarsfördelning och samverkansformer mellan olika beslutsnivåer.

Mot denna bakgrund redovisar jag i det följande några instrument som är viktiga i samspelet mellan staten och landstingen när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling.

Lagar och andra författningar

Den statliga regleringen av landstingskommunernas verksamhet sker genom lagar, förordningar och statliga myndigheters föreskrifter m.m. Regleringen kan uppdelas på bestämmelser i regeringsformen, i kommunallagen samt olika specialförfattningar såsom hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen och den s.k. tillsynslagen.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller i huvudsak allmänna bestämmelser om mål och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Denna ramlag kompletteras enligt bemyndigande i lagen av bestämmelser meddelade av regeringen eller socialstyrelsen. Vidare kan den statliga tillsynsmyndigheten utfärda allmänna råd till ledning för tillämpningen.

Mot bakgrund av de allmänt hållna bestämmelserna i HSL och begränsningarna i de statliga myndigheternas normgivning m.m. finner jag det angeläget att riksdagen regelbundet informeras om utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn. Detta arbetssätt utgör ett viktigt inslag i det demokratiska samspelet mellan riksdagen och landstingen.

Överläggningar på politisk nivå mellan företrädare för stat och landsting

Överläggningar om hälso- och sjukvårdens utvecklingstakt sker återkommande med syftet att anpassa volymförändringen till de ramar samhälls-ekonomingen. När det gäller hälso- och sjukvårdens innehåll, utveckling och arbetsätt ger arbetet i hälso- och sjukvårdsberedningen möjligheter till övergripande politiska diskussioner. Jag anser att dessa överläggningar är ett instrument som ger en god bas för att skapa en gemensam politisk grundsyn på hälso- och sjukvårdens utveckling.

Statsbidrag och ersättningar

Statsbidragen och ersättningarna till landstingskommunerna är sedan lång tid tillbaka ett instrument för att finansiera och påverka landstingskommunala verksamheter. Bidragen, som totalt inom landstingen uppgår till närmare 25 procent, har under senare år genomgått väsentliga förändringar.

Riksdagen beslöt utifrån förslag i propositionen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m (1983/84:190) att huvuddelen av dessa bidrag och ersättningar till de offentliga sjukvårdshuvudmännen skall utgå som en samlad ersättning per invånare.

En utveckling mot ett förenklat ersättningssystem av detta slag ställer krav på lämplig uppföljning och analys av utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Mot denna bakgrund har – i enlighet med riksdagens beslut – regeringen uppdragit åt socialstyrelsen att i samarbete med Landstingsförbundet och Spru klarlägga planerad och faktisk utveckling vad avser primärvårdens utveckling, de individ- och samhällsinriktade förebyggande insatsernas omfattning och inriktning samt den psykiatriska vårdens utveckling mot öppnare vårdformer.

Jag anser att denna form av uppföljning av centrala delar inom hälso- och sjukvården är av stor betydelse för regeringens och riksdagens överväganden vad avser den nationella hälso- och sjukvårdspolitik.

Det nya ersättningssystem som fastlades vid riksdagens behandling av propositionen (1983/84:190) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m. innebär också en övergång från ett prestationsrelaterat till ett mer behovsbaserat ersättningssystem. Socialförsäkringsutskottet och socialutskottet angav därvid att ett fortsatt utvecklingsarbete i denna riktning borde ske inför 1986 års överläggningar. Detta arbete pågår inom regeringskansliet i nära samverkan med den översyn som f.n. görs av det kommunalekonomiska skatteutjämnningssystemet.

Utöver denna typ av allmänna bidrag och ersättningar till mycket breda verksamhetsområden kan statligt stöd ges som bidrag för att förändra och utveckla olika verksamheter.

Jag pekar i denna proposition på flera områden där ett fortsatt och intensifierat utvecklingsarbete är angeläget. Det gäller vissa förebyggande insatser, förändringar inom långtidssjukvården och den psykiatriska vården samt samverkansformer mellan landstingskommuner, primärkommuner och folkrörelser.

Det fortsatta behovet och utformningen av bidrag och ersättningar till hälso- och sjukvårdshuvudmännen får prövas i kommande överläggningar mellan staten och huvudmännen.

Hälso- och sjukvårdsplanering

Landstingen har en lagstadgad skyldighet att planera hälso- och sjukvården utifrån de mål och intentioner som anges i hälso- och sjukvårdslagen. Däremot finns ingen lagreglering av vilka typer av planer som skall utarbetas.

Utgångspunkt för denna planering är i första hand förutsättningar och behov inom de enskilda landstingen. Samtidigt måste dock beaktas statsmakernas behov av underlag för att bedöma hur de övergripande målen uppfylls samt de underlag som krävs för bl.a. utbildningsplanering och samhällsekonomiska överväganden. Jag kommer att aktualisera vissa av dessa planeringsfrågor i avsnitt 6.1 i denna proposition.

Tillsyn

Socialstyrelsen utövar den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården och dess personal. I tillsynen ligger främst att följa och stödja verksamheten.

Styrelsen skall se till att gällande bestämmelser bl.a. om säkerheten i medicinskt, socialt och rättsligt hänseende följs. I dessa syften kan styrelsen också vid behov inspektera verksamheten.

Tillsynsansvaret omfattar såväl planering som genomförande av förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser.

Frågor om hälso- och sjukvårdsverksamhetens målpuppfyllelse bör också ingå i socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Det kan finnas anledning att utveckla tillsynsinstrumentets innehåll, form och inriktning. Av särskild vikt är att finna samarbetsformer med huvudmännen så att den statliga myndighetens arbete blir ett konkret och konstruktivt bidrag till huvudmännens demokratiska beslutsfattande.

För att i hela landet säkerställa en god och effektiv hälso- och sjukvård har socialstyrelsen en viktig roll att biträda huvudmännen när det gäller värdering av medicinsk diagnostik och behandling.

Påverkan genom kunskapsunderlag m.m.

Staten stödjer landstingskommunernas arbete genom att ta fram kunskapsunderlag, förmedla erfarenheter och sprida information om utred-

ningsresultat m.m. Samverkan sker i de flesta fall med huvudmännen. Exempel på kunskapsunderlag av denna karaktär är de fakta och erfarenheter som redovisas i de HS 90-rapporter och i cancerkommitténs betänkanden som utgör underlag för denna min redovisning.

Gemensamt med huvudmännen driver staten också Spri, som svarar för olika utvecklingsinsatser för hälso- och sjukvårdens planering, organisation och arbetsformer.

Jag ser sådana insatser som mycket viktiga som stöd till landstingens långsiktiga planering och som underlag för överväganden på nationell nivå.

Utbildning och forskning

Staten har ett ansvar för läkarutbildningen och en del av utbildningen av andra personalkategorier inom hälso- och sjukvården.

Omfattningen av och innehållet i utbildningen har avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdshuvudmännens möjligheter att förverkliga de mål och intentioner som anges i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen.

Det är därför mycket angeläget att personal- och utbildningsplaneringen på nationell nivå inom hälso- och sjukvården står i god samklang med de hälso- och sjukvårdspolitiska målen. Jag kommer i ett senare avsnitt att utveckla detta närmare.

Staten har på motsvarande sätt ett ansvar för medicinsk forskning och annat forsknings- och utvecklingsarbete av betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling. Jag anser – som vidareutvecklas närmare i ett senare avsnitt – att det är angeläget att löpande följa utvecklingen vad avser forsknings- och utvecklingsarbetet.

Värdering av medicinsk teknologi m.m.

Inom hälso- och sjukvården sker en snabb utveckling av olika medicinska teknologier för prevention, diagnostik och behandling. Den teknologi som tillämpas har inte bara stor betydelse för behandlingen av patienten utan har också långtgående ekonomiska och sociala konsekvenser. För att få en rationell användning av hälso- och sjukvårdens resurser krävs ökade kunskaper och mer allmänt tillgänglig information om de medicinska teknologiernas samlade betydelse för människors hälsa och livskvalitet i förhållande till anspråken på resurser för sådan teknologi.

Det finns mot denna bakgrund ett behov av prövningar eller bedömningar på nationell nivå som kan tjäna som underlag för de enskilda huvudmännens beslut i dessa frågor.

Olika insatser har redan initierats av staten och huvudmännen i samverkan bl.a. genom Spri. Inom socialdepartementet har vidare initierats ett utvecklingsarbete som syftar till att belysa metoder för utvärdering av olika typer av medicinska teknologier.

Medicinskt-etiska frågor

Etiska frågeställningar har fått en alltmer framskjuten plats i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten. Det gäller t.ex. frågor kring fosterdiagnostik, genforskning, dödsbegrepp och befruktning utanför människokroppen.

Inom detta område är det ofta nödvändigt med en enhetlig bedömning på nationell nivå. Det är samtidigt angeläget att såväl landsting som regering och riksdag på ett tidigt stadium är väl informerade om utvecklingen och den pågående forskningen.

Som framgår av riksdagsskrivelse den 22 november 1984 (rskr 1984/85:23) har riksdagen också bifallit socialutskottets hemställan i betänkandet SoU 1984/85:4 att regeringen skyndsamt bör överväga lämplig form för kontinuerligt informations- och åsiktsutbyte i fråga om sådan medicinsk forskning och behandling som kan anses känslig för den mänskliga integriteten eller påverka respekten för människovärdet.

Regeringen har mot denna bakgrund beslutat att inrätta ett särskilt organ knutet till socialdepartementet för medicinskt-etiska frågor med företrädare för parlamentariker, sjukvårdsansvariga och forskare.

Översyn av formerna för samspelet mellan staten och sjukvårdshuvudmännen vad avser hälso- och sjukvården

Det har under de senaste åren skett stora förändringar i förutsättningarna för statens samverkan med hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Det räcker med att nämna ramlagstiftningen inom hälso- och sjukvårdens område, ändrade regler för statliga bidrag och ersättningar, förändringarna i socialstyrelsens roll och inrättandet av hälso- och sjukvårdsberedningen. Samtidigt pågår ett fortsatt arbete som syftar till ytterligare decentralisering och minskad detaljstyrning bl.a. inom ramen för försöken med ökad kommunal självstyrelse.

Det finns mot denna bakgrund ett behov av att analysera de nya förutsättningarna för statens samverkan med hälso- och sjukvårdens huvudmän i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens mål och intentioner.

Jag har därför samrått med chefen för civildepartementet som informerat mig om att han avser att efter samråd med Landstingsförbundet föreslå regeringen en komplettering av direktiven till stat- och kommunberedningen. Härigenom skapas en särskild arbetsgrupp inom beredningen för överväganden om samspelet mellan staten och landstingen när det gäller hälso- och sjukvården.

3 Det förebyggande arbetet

3.1 Inledning

Det förebyggande arbetet är såväl individ- som samhällsinriktat. Utgångspunkter bör vara å ena sidan olika befolkningsgruppers livsvillkor och livsstil samt å den andra deras hälsotillstånd. Perspektivet omfattar såväl kemiska, fysikaliska och biologiska som ekonomiska och sociala riskfaktorerens betydelse för folkhälsan. Det ankommer på de verksamma inom hälso- och sjukvården att aktivt medverka till att uppspåra sådana hälsorisker samt att informera såväl patienter, allmänhet som ansvariga inom andra samhällssektorer om de samhälls- och miljöförhållanden som orsakar hälsoproblem.

I ett internationellt perspektiv har inom världshälsoorganisationen (WHO) utarbetats en hälsopolitisk strategi för Europaregionen som antogs av medlemsstaterna – och således även Sverige – år 1984. Denna har redan i flera andra länder presenterats för landets parlament.

WHO:s strategi "Hälsa för alla år 2000" utgår från följande huvudelement:

- jämlikhet i hälsa och levnadsvillkor,
- hälsofrämjande och förebyggande arbete,
- aktivt engagemang hos medborgarna,
- tvärssektoriellt samarbete,
- hälso- och sjukvård med inriktning mot primärvård och
- internationellt samarbete.

Grundläggande för WHO:s strategi är:

- att uppnå jämlikhet i hälsa mellan och inom länderna genom att minska skillnader i hälsotillstånd mellan länder och mellan befolkningsgrupper i länderna med minst 25 procent till år 2000,
- att lägga liv till åren genom att människor fullt ut skall kunna utnyttja sina egna fysiska och psykiska resurser för att hantera den egna livssituationen på ett hälsosamt sätt.
- att lägga hälsa till livet genom att öka antalet år som människor lever fria från sjukdom och handikapp med minst 10 procent till år 2000 och
- att lägga år till livet, bl.a. genom fortsatt minskning av spädbarns- och mödradödlighet och för tidig död till följd av hjärt- och kärlsjukdomar, olycksfallsskador och cancer m.m.

Vissa stora folkhälsoproblem i Europa bedöms kunna reduceras under den närmaste 15-årsperioden. Dödsfall till följd av olyckor bedöms t.ex. kunna minskas med minst 25 procent under den aktuella perioden. Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer bland barn, ungdomar och personer i yrkesverksam ålder anges under samma period kunna minskas med 15 procent.

Ett av de hälsopolitiska målen är att tobakskonsumtionen bör kunna

minskas med 50 procent och alkoholkonsumtionen med 25 procent till år 2000.

Insatser för att förbättra livsvillkor, miljö och påverkan av olika livsstilsfaktorer krävs för att dessa mål skall kunna förverkligas. Mot denna bakgrund betonas starkt behovet av en tvärssektoriell hälsopolitik på såväl nationell, regional som lokal nivå.

Viktiga instrument för att främja och genomföra denna hälsopolitik är hälsouppllysning, skärpt kontroll av hälsorisker i t.ex. arbets-, trafik- och boendemiljöer samt utveckling av former för ett aktivt engagemang hos medborgarna.

Såväl HS 90 som cancerkommittén framhåller att förbättringar av folkhälsan i hög grad förutsätter att man kan påvisa och reducera orsakerna till ohälsa. Man framhåller att det i regel inte är möjligt att begränsa sig till en s.k. högriskstrategi, dvs. åtgärder riktade till en mindre grupp med särskilt stora hälsorisker. När det gäller hälsorisker som har stor utbredning i befolkningen är det nödvändigt att arbeta med en befolkningsstrategi. Mera betydande framtida folkhälsovinster genom senareläggning av sjukdomar, höjning av den allmänna livslängden och minskad dödlighet och sjuklighet, i första hand bland barn och vuxna i yrkesverksam ålder, är starkt beroende av att vi lyckas få genomslag för det förebyggande arbetet. I likhet med flertalet remissinstanser anser jag att vi måste lägga stor vikt vid att utveckla innhållet i och formerna för de förebyggande insatserna.

Det förebyggande arbetet för en god hälsa och mot ohälsa måste bedrivas på många fronter. Det är en uppgift för hela samhället, och måste engagera dels de enskilda medborgarna, dels folkrörelser och andra ideella organisationer liksom myndigheter som på olika sätt kan medverka till att minska hälsorisker och främja goda livsvillkor.

Grunden för det förebyggande arbetet är den allmänna välfärds-, miljö- och socialpolitikens inriktning. Det konkreta förebyggande arbetet inriktas på att motverka mera specifika hälsorisker i den sociala, psykiska och fysiska miljön, t.ex. genom kontroll av hälsoskadliga faktorer i arbetsmiljön och i den yttre miljön.

Regeringens miljöpolitik är ett exempel på det senare. Kampen mot försurningen, där Sverige internationellt intar en ledande position, är inte endast en kamp för ett fortsatt liv för våra skogar och sjöar, utan ytterst också ett målmedvetet arbete till skydd för vår hälsa. Ett annat exempel där hälsoskyddsintresset står i centrum för miljöpolitiken är regeringens förslag för att eliminera utsläppen av bly från bensin. Kemikalieanvändningen är ytterligare ett exempel. Kemikommisionen har lämnat förslag till en utvidgad och effektivare samhällskontroll av kemikalieanvändningen. Chefen för jordbruksdepartementet kommer senare denna dag föreslå regeringen att lägga fram en proposition med utgångspunkt i kommissionens förslag.

Hälso- och sjukvårdssektorn svarar för vissa förebyggande insatser, t.ex. genom vaccinationer och riktade hälsokontroller. En annan mycket viktig

uppgift för hälso- och sjukvården är att ta fram kunskapsunderlag om sjukdomars fördelning i befolkningen. Detta kan ligga till grund för mer ingående analyser av olika sjukdomsorsaker och utnyttjas som underlag i samhällsplaneringen och för konkreta åtgärder. Till stora delar verkställs hälsopolitiken genom insatser från andra samhällssektorer än hälso- och sjukvården, t.ex. inom ramen för utbildningspolitiken, miljöpolitiken, trafikpolitiken, alkohol- och drogpolitiken, jordbruks- och livsmedelspolitiken samt arbetsmiljö- och bostadspolitiken. Jag har inte för avsikt att här i sak redovisa åtgärder från statsmakternas sida på dessa olika områden.

Det förebyggande arbetet har hittills i huvudsak varit framgångsrikt. Livslängden har ökat, mödra- och spädbarnsdödligheten är mycket låg liksom dödligheten i infektionssjukdomar. Dödsfallen relaterade till arbetslivet och trafiken har minskat. Det finns många andra belägg för att det förebyggande arbetet gett goda resultat och gett människor en ökad trygghet och välfärd genom frihet från många hälsorisker, som tidigare tedde sig hotfulla.

Som jag något redovisat i det föregående finns det dock allttjämt påfallande stora skillnader i hälsoförhållandena mellan olika befolkningsgrupper och deras möjligheter att leva ett hälsosamt liv. Skillnaderna kan inte till någon större del förklaras av ärftliga olikheter eller att personer med särskilt stora hälsoproblem erhåller arbete i vissa branscher. De hänförs till stor del till de ojämlika livsvillkoren i socialt och ekonomiskt hänseende som präglar olika social- och yrkesgruppers situation och, för några sjukdomsgrupper, till olikheter i livsstil. Det är i hög grad fysiskt och socialt påfrestande arbetsförhållanden, missbruk av alkohol, konsumtion av tobak och narkotika, psykiska och sociala påfrestningar vid långvarig arbetslöshet samt olämpliga kostvanor som ligger bakom många av våra folkhälsoproblem. Dessa kunskaper och insikter ställer krav på praktisk handling inom ramen för en nationell hälsopolitik.

I *appendix I* redovisas HS 90:s beskrivning av hälsoproblem och hälsorisker i befolkningen.

3.2 Underlag för hälsopolitiska program

3.2.1 Fortsatt arbete med programunderlag

Min bedömning: Underlag till hälsopolitiska program för förebyggande insatser mot olika hälsoproblem bör regelbundet tas fram och revideras. HS 90:s och cancerkommitténs arbetsätt bör föras vidare. Underlag till hälsopolitiska program bör utarbetas på central nivå i nära samverkan mellan berörda myndigheter. Programunderlagen bör förankras i den rådgivande hälsopolitiska expertgrupp under hälso- och sjukvårdsberedningen som jag senare kommer att föreslå (avsnitt 3.6.2.). Underlag för program mot psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar bör tas fram med förtur.

Utredningarnas (HS 90 och cancerkommittén) förslag: HS 90 använder två ansatser som grund för att sammanställa underlag för det förebyggande arbetet.

Den ena ansatsen är att utgå från en viss samhällssektor, t.ex. bostadssektorn eller arbetsmiljösektorn, och att beskriva och analysera de hälsorisker och hälsoproblem som är relaterade till denna samhällssektor. Denna typ av hälsopolitiska sektorsprogram syftar till att man inom den aktuella sektorn i ökad utsträckning skall kunna medverka till hälsofrämjande och hälso-skyddande insatser.

Den andra ansatsen innebär att man utgår från en viss sjukdom eller grupp av sjukdomar etc. och beskriver förekomsten och fördelningen härav i befolkningen och försöker identifiera de bakomliggande uppkomstmekanismerna och anger möjligheter att reducera eller eliminera orsaker till den aktuella sjukdomen. På det förebyggande planet är denna ansats en parallell till s.k. vårdprogram för utredning och behandling av sjukdomar. HS 90 benämner denna ansats hälsopolitiskt handlingsprogram.

HS 90 har redovisat underlag till hälsopolitiska program avseende dels skador genom olycksfall (SOU 1984:42), dels hjärt- och kärlsjukdomar (SOU 1984:43), samt vissa hälsopolitiska aspekter på samhällsplaneringen vad avser boendemiljön, arbetsmiljön, arbetsmarknadspolitiken och livsmedelspolitiken (SOU 1984:44).

Cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande m.m. kan ses som ett synnerligen omfattande underlag till hälsopolitiskt handlingsprogram mot cancersjukdomarna.

HS 90 föreslår att denna typ av underlag till hälsopolitiska program på sikt tas fram så att de täcker flertalet folkhälsoproblem och samhällssektorer. Därvid betonas vikten av att hälsopolitiska handlingsprogram för psykisk ohälsa inklusive självmord och rörelseorganens sjukdomar färdigställs med förtur.

De underlag till hälsopolitiska handlings- resp. sektorsprogram, som på detta sätt bör tas fram av socialstyrelsen i nära samverkan med berörda organ, utgör ett underlag för hälsopolitiska åtgärder på såväl nationell nivå som för lokala program inriktade mot att reducera hälsorisker och olika sjukdomar.

Remissinstanserna: Dessa är genomgående positiva till de program som HS 90 och cancerkommittén lagt fram och tillstyrker i regel att detta arbetssätt vidareutvecklas.

Skälen för min bedömning: Tillvägagångssättet att utarbeta underlag för hälsopolitiska handlingsprogram för de stora hälsoproblemen inom befolkningen och sektoriella programunderlag för de hälsomässiga utgångspunkterna för samhällsplaneringen inom skilda samhällssektorer har, som jag nämnt, vunnit allmän anslutning i remissbehandlingen av HS 90:s huvudrapport och cancerkommitténs betänkande. Jag ansluter mig helt till bedöm-

ningen att detta tillvägagångssätt är mycket värdefullt för den fortsatta utvecklingen av det förebyggande arbetet i samhället.

Självfallet måste detta arbete bedrivas i bred samverkan mellan berörda myndigheter m.m. och de ideella organisationer som är verksamma inom det förebyggande området och som utför ett mycket betydelsefullt arbete.

Nya och reviderade programunderlag bör, med hänsyn till deras tvärsektoriella natur, redovisas och diskuteras i den rådgivande hälsopolitiska expertgrupp som jag senare föreslår skall inrättas. Därmed kan underlagen få en god förankring innan de sprids för mera allmän användning i det lokala, regionala och nationella hälsoarbetet. På sikt bör, i enlighet med HS 90-utredningens förslag, program tas fram som täcker flertalet folksjukdomar och samhällssektorer.

Jag delar också HS 90:s uppfattning att hälsopolitiska program för psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar bör tas fram med förtur. Detta har redan påbörjats genom det arbete som på mitt uppdrag bedrivs vid Nordiska hälsovårdshögskolan och socialstyrelsen för att belysa möjligheter och begränsningar att förebygga psykisk ohälsa inklusive självmord resp. olika sjukdomar i rörelseorganen. Jag finner det vidare angeläget att de underlag till hälsopolitiska program som utarbetats inom HS 90-utredningen (Hälsopolitiken i samhällsplaneringen, SOU 1984:44) vidareutvecklas i nära samverkan mellan ansvariga myndigheter. Hälso- och sjukvården kan på detta sätt medverka till att förbättra förutsättningarna för ansvariga beslutsfattare inom respektive samhällssektor att utveckla och konkretisera hälsopolitiska mål och hälsomässiga konsekvenser för verksamheten.

I cancerkommitténs program för cancerprevention ingår även en rad bedömningar och förslag rörande den lagstadgade riskkontrollen av olika kemiska och fysikaliska faktorer. Efter samråd med cheferna för jordbruks- och arbetsmarknadsdepartementen vill jag särskilt fästa myndigheternas uppmärksamhet på dessa. Det bör här nämnas att chefen för jordbruksdepartementet senare denna dag kommer att föreslå regeringen att lägga fram en proposition om kemikaliekontroll (prop. 1984/85:118). I propositionen föreslås bl. a. att ett toxikologiskt råd inrättas med uppgift att verka för en hög vetenskaplig standard i myndigheternas riskanalyser och för en samordning av dessa.

Att hälsopolitiska program tas fram innebär inte någon omfördelning av ansvar mellan olika samhällssektorer. Jag vill betona att de hälsomässiga aspekterna givetvis måste vägas samman med andra aspekter på verksamheten innan man kan tala om hälsopolitiska mål och föreslå konkreta åtgärder för en viss verksamhet. Samtidigt bör uppmärksammas de svårigheter som ofta finns när man önskat klarlägga effekterna av ett visst beslut i termer av minskad sjuklighet och dödlighet. Detta gäller ofta såväl förebyggande som vårdande insatserns betydelse i ett folkhälsoperspektiv. På detta område är en metodutveckling nödvändig. Det är dock – vad avser de förebyggande insatserna – ofta tillräckligt för att motivera ett visst beslut att

man har kunskap om i vilken utsträckning olika hälsorisker kan reduceras eller elimineras. Det är därför angeläget att i dessa fall i hög grad uttrycka de hälsopolitiska målen också i termer av minskade risker. Jag vill framhålla att detta arbetssätt är i god överensstämmelse med de rekommendationer WHO gett till medlemsländerna och som Sverige i världshälsoförsamlingen och regionkommittén för Europa ställt sig bakom.

3.3 Hjärt- kärlsjukdomar och cancer

De underlag till hälsopolitiska handlingsprogram som utarbetats inom HS 90 resp. cancerkommittén analyserar bl.a. följande fakta.

När det gäller hjärt- och kärlsjukdomar redovisar HS 90 att rökning, brister i kostens sammansättning, förhöjt blodtryck och otillfredsställande psykosociala förhållanden i t.ex. arbetslivet är de mest betydelsefulla yttre faktorerna som ligger bakom utvecklingen av denna sjukdomsgrupp. Man har också funnit att i varje fall rökning, högt blodtryck samt jäktigt och enformigt arbete och arbetslöshet alla tenderar att vara vanligare bland människor med låg utbildning.

Cancersjukdomar blir i regel vanligare med stigande ålder. Cancerkommittén bedömer att kostfaktorer och tobaksrökning är de två största yttre orsaksfaktorerna. Därtill kommer faktorer relaterade till exempelvis infektioner, ultraviolett strålning i samband med främst utlandsresor och i någon utsträckning specifika arbetsmiljöfaktorer och den allmänna luftföroreningen. I fråga om betydelsen av radon i bostäder uttrycker kommittén stor osäkerhet i riskuppskattningen. Kommittén föreslår fördjupade epidemiologiska studier för att närmare klargöra cancerriskernas storlek i detta sammanhang. Jag återkommer till detta i det följande.

Tobaksrökningen och kostens sammansättning framstår som särskilt betydelsefulla faktorer för utveckling av hjärt- och kärlsjukdomar och cancer, vilka svarar för en mycket stor del av sjukligheten och dödligheten i den svenska befolkningen. Jag kommer därför i senare avsnitt att lägga fram mina bedömningar om vissa åtgärder som på sikt kan bidra till att minska dessa hälsorisker för befolkningen. Jag vill dock betona att det här handlar om svåra bedömningar och avvägningar och att det inte finns enkla och okontroversiella vägar att snabbt och drastiskt förändra förhållandena vad avser befolkningens kost och kostvanor och tobaksbruk.

I fråga om hjärt- och kärlsjukdomar är förhöjt blodtryck en viktig riskfaktor för uppkomsten av slaganfall och hjärtinfarkt. Även måttligt förhöjt blodtryck innebär en riskökning. HS 90 förordar därför en strategi som inte enbart tar sikte på den begränsade grupp som har mycket kraftigt förhöjt blodtryck och därför löper mycket hög individuell risk att drabbas av sådana dramatiska sjukdomsytttringar som slaganfall och hjärtinfarkt, utan även en bredare befolkningsinriktad strategi. Man anser emellertid inte att speciella hälsokontroller bör organiseras för att erbjuda blodtrycksmätning

och eventuella behandlingsåtgärder till alla i befolkningen, i analogi med t.ex. allmän skärmbildsundersökning för att spåra tuberkulos. Däremot anser man att det är viktigt att blodtryckskontroll erbjuds i anslutning till flertalet reguljära patientkontakter i det löpande hälso- och sjukvårdsarbetet.

En samverkan mellan primärvård och företagshälsovård är viktig för att nå de yrkesgrupper där kombinationen av arbetsmiljö och levnadsvanor skapar hög risk för hjärt- och kärlsjukdom. Man förordar viss restriktivitet med användning av läkemedelsbehandling och pekar på angelägenheten av att genom hälsouppläsning paverka kostvanor, motion, övervikt och rökning.

De remissinstanser som kommenterat åtgärder mot högt blodtryck i det förebyggande arbetet mot hjärt- och kärlsjukdomar anser denna inriktning lämplig. Jag vill framhålla värdet av att man erbjuder de enskilda personer som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården blodtrycksmätning och eventuella behandlingsåtgärder med syfte att därigenom förebygga eller senarelägga utvecklingen av mera svårartade konsekvenser av ett förhöjt blodtryck.

WHO framhåller i sin Europastrategi att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar i regionen för människor under 65 år skall reduceras med minst 15 procent till år 2000. Detta mål skulle kunna uppnås genom en kombination av förebyggande åtgärder och förbättrade behandlingsmetoder. Härmed bör man, anser WHO, kunna vända utvecklingen i länder där dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar av åderförkalkningsnatur ökar eller har stagnerat och påskynda förbättringen i länder där dödligheten minskar. På detta sätt skulle man uppnå en nedgång av dödligheten i sådana sjukdomar i alla länder. Utifrån de fakta och antaganden som redovisas i HS 90 framstår det som helt realistiskt att uppnå en minskning av dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar även i Sverige under den närmaste 15-årsperioden.

3.4 Olycksfallsskador

HS 90 redovisar att olycksfallsskadorna är ett problem av folkhälsonatur. Särskilt i yngre åldrar svarar dödsfall genom skador för en mycket stor andel av den samlade dödligheten. Trafik- och arbetsskadorna svarar för många skadehändelser. Mer än 75 procent av de skador som leder till kontakt med sjukvården bedöms dock hänförliga till vistelse och verksamhet i hemmet, skolan och fritidslivet utomhus och inomhus, t.ex. i samband med motion och idrott. Även de flesta av de dödliga skadorna – ca 2 500 per år – inträffar under sådana förhållanden utan samband med trafiken eller arbetet. Flertalet härav är fallolyckor bland äldre med t.ex. lårbenshalsfraktur som följd. Svåra olycksfall är nästan dubbelt så vanliga bland arbetare som hos högre tjänstemän. HS 90 anser att förstärkta förebyggande insatser avsevärt skulle kunna minska risken för skador inte minst i arbets-, hem- och närmiljö.

I HS 90:s huvudrapport och inom ramen för det hälsopolitiska handlingsprogram mot skador som HS 90 presenterat (SOU 1984:42), föreslås dels ett förbättrat system för skadestatistiken i vissa hänseenden, dels ett klarläggande av myndighets- och tillsynsansvaret för skadeförebyggande åtgärder på den lokala nivån. Jag tar i det följande upp dessa förslag till behandling.

3.4.1 Förbättrad skadestatistik

Min bedömning: För att förbättra underlaget för de skadeförebyggande insatserna i samhället bör en länsvis registrering av samtliga olycksfall (skadefall) som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården genomföras. För att begränsa resursinsatserna bör ett rullande registreringsförfarande tillämpas. Varje år bör registrering ske i två-tre län under några månader. På sikt täcks därmed hela landet. Ansvaret för denna registrering bör ligga på hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsen skall, i erforderlig samverkan med andra myndigheter och organisationer, ges ansvaret för den centrala statistik, som skall baseras på denna registrering.

Utredningens (HS 90) förslag: Överensstämmer med min bedömning. HS 90 föreslår ett system med en intensiv registrering av diagnoser och omständigheterna kring skadan för alla de patienter som söker sjukvården till följd av en olycksfallsskada under begränsade perioder, t.ex. några månader, och i ett par-tre landstingsområden samtidigt. Samtliga grenar av hälso- och sjukvården, således t.ex. även skolhälsovården och företagshälsovården, måste medverka för att erhålla en korrekt bild av skadeförekomsten i befolkningen. På sikt erhålles med detta rullande system en fullständig täckning av landet, årstider etc. till begränsade kostnader jämfört med en kontinuerlig statistik. Förslaget bygger på goda erfarenheter från det s.k. Falköpingsprojektet i Skaraborgs läns landsting och från av konsumentverket i samarbete med statistiska centralbyrån bedrivna projekt. HS 90 föreslår att socialstyrelsen får ansvaret för att initiera och centralt administrera en sådan förbättrad skadestatistik. Den är betydelsefull såväl för att få ett underlag för inriktningen av de skadeförebyggande insatserna som för uppföljningen av effekterna av vidtagna åtgärder.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser som kommenterat detta förslag ställer sig positiva.

Skälen för min bedömning: Jag anser att HS 90:s förslag om en förbättrad skadestatistik är ett viktigt led i utvecklingen av det skadeförebyggande arbetet. Inte minst kan det verksamt bidra till att stärka underlaget för insatser mot olycksfall och andra skador bland barnen. Även när det gäller de

äldres olycksfallsskador kan detta system för skaderegistrering också ge viktig information. Jag avser därför att föreslå regeringen att uppdra åt socialstyrelsen att svara för en skadestatistik i enlighet med HS 90:s förslag. Socialstyrelsens kostnader härför får bestridas genom omprioriteringar inom socialdepartementets verksamhetsområde. Självfallet får det av mig föreslagna skadestatistiksystemet inte innebära dubbelarbete i förhållande till befintliga informationskällor. Jag tänker därvid i första hand på informationssystemet om arbetsskador (ISA), som administreras av arbetarskyddsstyrelsen. Arbetsskadornas förekomst torde genom just ISA redan nu vara relativt väl känd. Socialstyrelsen och arbetarskyddsstyrelsen bör således överenskomma om i vilken utsträckning det av mig förordade statistiksystemet skall komplettera ISA.

En ökad samverkan mellan myndigheter med ansvar för skadeförebyggande åtgärder inom olika skadecområden är också angelägen. Jag förutsätter att socialstyrelsen i sitt skadeförebyggande arbete tar nödvändiga initiativ för att få till stånd ett sådant utvecklingsarbete.

3.4.2 Utredning av miljö- och hälsoskyddsnämndens uppgifter i det skadeförebyggande arbetet inom kommunen

Min bedömning: Med utgångspunkt i HS 90:s förslag om ett lagreglerat tillsynsansvar för miljö- och hälsoskyddsnämnden i fråga om skadeförebyggande åtgärder bör närmare utredas vilka uppgifter som kan och bör ankomma på nämnderna i syfte att förstärka de skadeförebyggande insatserna på den lokala nivån och hur den rättsliga regleringen härav bör ske. Därvid bör belysas möjligheter att utveckla en aktiv medborgarmedverkan och ökad samverkan mellan berörda samhällsorgan och folkrörelserna för ett samordnat skadeförebyggande arbete.

Utredningens (HS 90) förslag: HS 90 framhåller att risk att drabbas av en olycksfallsskada finns i praktiskt taget alla de miljöer där människor vistas – i arbetslivet, i hemmen, i institutioner och i den allmänna utomhusmiljön samt under transporter och rekreation. Skaderiskerna är så utbredda i människans miljö att kontrollen av dessa risker med nödvändighet måste fördelas på många olika lokala, regionala och centrala organ.

Denna ordning, med många samhällssektorer delansvariga för skadeförebyggande åtgärder, är nödvändig för att nå ut i alla de miljöer där det finns risk för skador. HS 90 anser inte att det finns anledning att föreslå några ändringar när det gäller tillsyns- och åtgärdsansvar i vad avser skaderisker i arbetslivet och inom transportsektorn. När det däremot gäller åtgärder mot skaderisker i bostäder, i bostadens närmiljö och under fritidsverksamhet anser HS 90 att det finns ett behov av ett klarare lokalt tillsyns- och åtgärdsansvar. HS 90 finner det naturligt att kommunens miljö- och

hälsoskyddsnämnd, som sedan länge svarar för bl.a. den bostadshygieniska tillsynen i kommunen. åläggs att utöva tillsyn beträffande skaderisker i sådana sammanhang. Nämnden bör också få befogenheter att ge föreläggande om åtgärder mot skaderisker. Skaderisker bör jämföras med sanitär olägenhet till följd av fysikaliska och kemiska miljöfaktorer och bör tydligt omfattas av bestämmelserna i hälsoskyddslagen. Ett sådant klarläggande av det lokala tillsynsansvaret skulle, menar HS 90, underlätta kontakterna mellan primärvården och den primärkommunala organisationen i det skadeförebyggande arbetet och i det gemensamma ansvaret för lokalbefolkningens hälsa överhuvudtaget.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är delade i fråga om förslaget att vidga miljö- och hälsoskyddsnämndernas myndighetsansvar för skadeförebyggande åtgärder och att låta detta komma till uttryck i hälsoskyddslagstiftningen. Förslaget tillstyrks av bl.a. att socialstyrelsen och konsumentverket. Landstingsförbundet tillstyrker en vidare utredning. Styrelsen för Svenska kommunförbundet anför bl.a. att "styrelsen kan väl förstå de bakomliggande motiven till förslaget och ansluta sig till uppfattningen att samhällsorganen bör ägna ökad uppmärksamhet åt det skadeförebyggande arbetet men kan inte tillstyrka de former härför som utredningen anvisar. Man rör vid mycket känsliga och svårhanterliga problem när man vill ge samhällsorgan vidgade befogenheter att ingripa mot skaderisker i hemmet, i bostadens närmiljö och under fritidsverksamhet. Styrelsen motsätter sig bestämt att utredningens förslag i denna del läggs till grund för lagstiftning. En eventuell klarare reglering av tillsyns- och åtgärdsansvar beträffande denna typ av skaderisker måste föregås av grundlig analys". Även några landsting framhåller att ett tillsynsansvar för miljö- och hälsoskyddsnämnden i detta hänseende är tveksamt med hänsyn till privatlivets helgd.

Skälen för min bedömning: WHO framhåller i sin Europastrategi att antalet dödsfall i olyckor i regionen skall reduceras med minst 25 procent fram till år 2000 genom intensifierade ansträngningar att reducera trafikolyckor och olyckor i hemmet och på arbetet. Detta mål skulle kunna uppnås om inget land har en dödlighet i trafikolyckor på mer än 20 per 100 000 år 2000 och om länder under denna nivå sänker den till mindre än 15 (Sverige har f. n. ca 12 döda genom trafikolycksfall per år), samt om dödligheten i arbetslivsolyckor i regionen sänks med minst 50 procent och om dödligheten i olyckor i hemmet reduceras markant.

För svenskt vidkommande torde just hemolycksfallen i vid mening böra reduceras för att kunna uppnå de av WHO angivna målen.

Jag ansluter mig helt till HS 90:s syn på den stora betydelse olycksfalls-skadorna fortfarande har som hälsoproblem, inte minst skador i hem- och närmiljö bland barn, ungdom och äldre och behovet av ytterligare insatser för att minska skadornas omfattning. Det är ett område där det finns jämförelsevis goda kunskaper som grund för det förebyggande arbetet. Det

finns uppenbara olycksfallsrisker i form av t.ex. dåligt inhägnade grustäckter, dammar etc. eller mindre väl skötta lekplatser och annat i bostadens närmiljöer som borde kunna vara åtkomliga för förebyggande åtgärder så att tragiska olyckor undviks. Barnmiljörådet bedriver en mycket aktiv verksamhet för att sprida information i dessa frågor.

Jag förstår emellertid också vissa remissinstansers bedömning att regleringen härav kan innebära svårigheter som kräver ingående analyser och överväganden. Insatserna får inte ha en sådan karaktär att de uppfattas som integritetskränkande och som ett intrång i privatlivets helgd. Med utgångspunkt i HS 90:s förslag avser jag därför att föreslå regeringen att förutsättningarna för att utvidga kommunernas ansvar vad avser skadeförebyggande insatser utreds ytterligare. Därvid bör även belysas möjligheter att utveckla en aktiv medborgarmedverkan för ett samordnat skadeförebyggande arbete.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att genom primärvårdens, särskilt barnhälsovårdens och distriktsköterskornas, försorg ett viktigt skadeförebyggande arbete utförs i samband med föräldrautbildningen och i samband med hembesök inom barnhälsovården och hos äldre som får hemsjukvård. Det är angeläget att det skadeförebyggande arbetet i denna form vidareutvecklas. Jag återkommer till detta i ett senare avsnitt i anslutning till mina överväganden om primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Även skolhälsovården utför ett viktigt arbete inom det skadeförebyggande området i skolan.

Det skadeförebyggande arbetet kräver ett direkt engagemang av medborgarna, folkrörelser och ansvariga samhällsorgan för att bli framgångsrikt. Ett exempel på denna typ av hälsoarbete i lokalsamhället är det s.k. Falköpingsprojektet där man under en tvåårsperiod lyckats uppnå en 30-procentig skadereduktion. Hälso- och sjukvården kan spela en viktig roll dels genom att registrera och analysera skadehändelser och skaderisker, dels genom att aktivt medverka i information och utbildning till allmänheten samt initiera en tvärsektoriell samverkan med t.ex. trafikansvariga, lekplatsansvariga, miljö- och hälsoskyddsförvaltningen och skolhälsovården. Det är därför viktigt att möjligheterna att utveckla ett direkt medborgarengagemang och förstärkta samverkansformer mellan landsting, primärkommuner och folkrörelser blir väl belysta i det utredningsarbete som jag föreslagit i det föregående.

3.5 Hälsopolitiska aspekter i samhällsplaneringen

3.5.1 Boendemiljön

Det underlag till hälsopolitiskt sektorsprogram för boendemiljön som utarbetats inom HS 90 omfattar fakta och vissa utgångspunkter för att vidareutveckla såväl den sociala som den fysiska boendemiljön.

Speciellt betonas den hälsopolitiska betydelsen av goda sociala boendemiljöer där det finns bra förutsättningar för samspel och gemenskap mellan

människor liksom goda möjligheter att påverka den egna livsmiljön. Förutsättningar för en social gemenskap kan förbättras bl.a. genom en fysisk planering som underlättar kontakter mellan boende, som ger ett allsidigt lägenhetsutbud och därmed en allsidig befolkningssammansättning samt former för kollektiv verksamhet bland de boende med t.ex. barnomsorg, idrott och äldreomsorg.

Insatser i boendemiljön av detta slag kan erfarenhetsmässigt vara av betydelse för att bryta isolering och ensamhet. De är därmed viktiga också i ett hälsopolitiskt perspektiv.

Hälsorisker i den fysiska boendemiljön är bl.a. relaterade till inomhusklimat, strålning, buller och luftföroreningar.

Cancerkommittén har i detta sammanhang speciellt uppmärksammat samband mellan radon från mark eller byggnadsmaterial och cancer. Kommittén betonar den stora osäkerheten i riskuppskattningarna. Den har genom egna överväganden kommit till att den nedre gränsen i strålskydds-institutets riskuppskattning, dvs. ca 300 lungcancerfall per år i framtiden vid nuvarande radonhalt i bostadsluft, ter sig mera sannolik än institutets övre gräns och att värdet skulle kunna vara så lågt som 100 fall per år. Riskuppskattningen är dock, enligt cancerkommittén, så vanskelig att den inte kan göras på ett tillfredsställande sätt utan ny kunskap. Cancerkommittén föreslår därför att en epidemiologisk undersökning genomförs under en tid av 4–7 år för att närmare klarlägga cancerriskernas storlek med hänsyn till förekomsten av radon i bostäder. Kostnaderna för en sådan undersökning uppskattas grovt till 10 milj. kr. I avvaktan på resultatet av en sådan undersökning bör, enligt cancerkommittén, radonutredningens förslag i betänkandet (SOU 1983:6) Radon i bostäder genomföras såsom en minimiåtgärd. Det innebär att i befintlig bebyggelse bostäder med en radonhalt över 400 Bq/m³ bör åtgärdas. Vid nybyggen av bostäder bör, enligt cancerkommittén, målsättningen vara att eftersträva en radonhalterhalt under det nuvarande svenska medelvärdet.

Av de remissinstanser som tagit upp radonfrågan ansluter sig flertalet till cancerkommitténs bedömning och tillstyrker förslaget om en radonepidemiologisk studie. De olika forskningsorganen förutsätter i sina yttranden att särskilda medel anvisas för undersökningen.

Jag anser för egen del – efter samråd med cheferna för jordbruks- och bostadsdepartementen – att förekomsten av radon i bostäder är ett angeläget hälsoproblem som bör åtgärdas. Radonutredningens förslag innebär bl.a. att kommunerna skall identifiera hus med radonhalter över 400 Bq/m³.

Allmänna råd till kommunerna om spåringsarbetet har meddelats av socialstyrelsen. Jag förutsätter att miljö- och hälsoskyddsnämnderna beaktar dessa råd i sin verksamhet. Enligt en undersökning som socialstyrelsen gjort nyligen har de flesta kommuner också redan vidtagit åtgärder för att spåra riskhus. Ytterligare åtgärder planeras av kommunerna. Vad gäller cancerkommitténs förslag om en radonepidemiologisk studie förutsätter jag, mot

bakgrund av de positiva remissyttrandena, att de berörda forskningsorganen beaktar denna fråga vid sin planering av forskningsverksamheten och på sedvanligt sätt aktualiserar de resursbehov som de bedömer föreligga.

Vissa frågor om radon bereds för närvarande inom regeringskansliet av en särskild samrådsgrupp mellan de närmast berörda departementen.

HS 90 och cancerkommittén aktualiserar även hälsoproblem som kan vara förknippade med nya byggnadsmaterial och förändrade tekniker, t.ex. för ventilationssystem. Det är t.ex. känt att vissa byggnadsmaterial avger formaldehyd, som irriterar ögon och luftvägar och som misstänkts vara cancerframkallande. Vidare utgör bilavgaser – speciellt i de större städerna – en hälsorisk såväl utomhus som inomhus. Bilavgaskommittén redovisar i sitt betänkande (SOU 1983:27) att hälften av befolkningen i de tre största städerna ansåg sig störda av bilavgaser. Bilavgaskommitténs betänkande har behandlats av regeringen. Ett förslag (prop. 1984/85:127) om införande av blyfri bensin och skärpta avgasreningskrav har nyligen förelagts riksdagen.

Från hälsopolitiska utgångspunkter är det angeläget att öka kunskaperna om samband mellan inomhusmiljön och ohälsa. Samtidigt är det väsentligt att byggnadsmaterial och byggnadstekniker i ökad utsträckning förhandsprövas även med avseende på dess eventuella hälsoeffekter innan de används i produktionen. Enligt vad jag har erfarit pågår f.n. ett samarbete mellan planverket, socialstyrelsen och arbetarskyddsstyrelsen för att ta fram ett handlingsprogram mot hälsorisker i inomhusmiljön.

3.5.2 Arbetsmiljön

Historiska och aktuella fakta visar entydigt vilken stor betydelse arbetsmiljöns utformning och arbetets innehåll har för folkhälsan. Detta återspeglas bl.a. i de stora skillnader som finns mellan olika yrkesgruppers möjligheter att leva ett hälsosamt liv.

Ansvar för arbetsmiljön åvilar primärt den enskilde arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen. Även arbetstagarna har emellertid ålagts en skyldighet att samverka med arbetsgivaren för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Sedan lång tid har också arbetsmarknadens parter intimt samarbetat för att nå målet en god arbetsmiljö. Genom arbetsmiljöavtal och avtal om företagshälsovård m.m. har parterna tagit ett direkt praktiskt ansvar för verksamhetens utveckling.

De till arbetslivet relaterade hälsoproblemen måste emellertid också ses i ett samlat hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Hälso- och sjukvårdslagen ålägger landstingen ett ansvar för att tillgodose hela befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Landstingen skall därvid samverka med andra samhällsorgan, organisationer och enskilda i sin planering av hälso- och sjukvården. Företagshälsovården berörs därmed av landstingens planerings- och samrådsskyldighet, även om företagshälsovår-

den till sin funktion är en del av arbetarskyddet.

Primärvården förväntas ha kunskaper om den lokala befolkningens samlade hälsoproblem och hälsorisker. De arbetsrelaterade problemen och riskerna väger därvid tungt. Det finns därför ett starkt behov av nära kontakter mellan den landstingskommunala hälso- och sjukvården och i första hand företagshälsovården och den statliga yrkesinspektionen.

Företagshälsovårdens innehåll, utbyggnad och finansiering har nyligen ingående redovisats för riksdagen i propositionen (prop. 1984/85:89) om företagshälsovård och arbetsanpassning. Jag begränsar i detta sammanhang perspektivet till vissa fakta om hälsoproblem i arbetslivet samt landstingens roll och insatser vad avser arbetsrelaterade hälsoproblem.

Dödsfallen genom olycksfall i arbete har kontinuerligt minskat från ca 500 per år under 1950-talet till ca 300 i början av 1960-talet och ca 130 i början av 1980-talet. Under år 1982 inträffade 106 olycksfall med dödlig utgång bland anställda. Denna relativt gynnsamma utveckling kan förklaras såväl av den allmänna omstruktureringen av arbetslivet som av målmedvetna och aktiva skadeförebyggande insatser.

Antalet arbetsolycksfall som inte lett till dödsfall men som föranlett sjukskrivning och ibland bestående men har dock inte minskat i samma takt. Uttryckt i antalet arbetsolycksfall per miljon arbetstimmar kan konstateras att antalet olyckor var 22,2 under år 1968 och 20,7 under år 1980. Svårhetstalet, dvs. antal sjukdagar per 1 000 arbetstimmar, sjönk dock under samma period från 1,35 till 0,52. De branscher som hade den högsta olycksfallsfrekvensen var slakterier, skeppsvarv, gruvor, järn- och stålgljuterier och sågverk.

Trots minskningen av antalet arbetsolycksfall utgör de fortfarande inom flera branscher, t.ex. slakterierna, ett av de största hälsoproblemen i arbetsmiljön.

Även de fysikaliska arbetsmiljöfaktorerna – buller, vibrationer, strålning, klimat och belysning – är allttjämt ett stort problem och har visat sig ge upphov till allvarliga besvär och sjukdomar. Bland arbetare uppger 50 procent att man besväras av buller på arbetsplatsen. Särskilt utsatta branscher är verkstadsindustrin, massa- och pappersindustrin, grafisk verksamhet, trävaru-, textil- och beklädnadsindustrin.

Fysisk belastning med tunga lyft och upprepade och ensidiga arbetsrörelser utgör uppenbara hälsorisker som ofta ger upphov till långa sjukskrivningar och är en vanlig orsak till förtidspensionering, omplacering och omskolning. Sådana problem återfinns i flera branscher bl.a. skogsbruk, byggnadsindustri, vårdsektorn och olika grenar av tillverkningsindustrin. Ca hälften av de anmälda arbetssjukdomarna år 1980 eller ca 9 000 fall hänfördes till denna kategori.

Kemiska hälsorisker i arbetsmiljön – t.ex. asbest och lösningsmedel – utgör fortfarande allvarliga hälsoproblem. Problemen omfattar bl.a. risker för cancersjukdomar och för skador på arvsmassan, allergier m.m. Chefen för

arbetsmarknadsdepartementet kommer senare denna dag att föreslå regeringen tillsättande av en särskild asbestkommission för att skyndsamt lägga fram ett samlat handlingsprogram för åtgärder mot asbest. Efter samråd med chefen för arbetsmarknadsdepartementet anser jag att alla som så önskar det och som i sitt arbete har varit exponerade för asbest skall erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning.

De psykosociala påfästningarna i arbetslivet har under senare år mera systematiskt börjat uppmärksammas. Viktiga forskningsinsatser har gjorts inom detta område vid bl.a. statens institut för psykosocial miljömedicin. Samband mellan psykosociala förhållanden i arbetsmiljön och uppkomsten av hjärt-kärlsjukdom har analyserats. Dessa studier visar bl.a. att risken för hjärtinfarkt ökar inom yrken präglade av stress och små möjligheter för individen att påverka sin egen arbetssituation. Det har t.ex. visats att äldre betongarbetare, som har svårt att följa ett högt arbetstempo och som känner pressen att inte försämra gruppavtalet, har en ökad risk för hjärtinfarkt.

På motsvarande sätt kan konstateras att en god och stimulerande arbetsmiljö befrämjar hälsan.

Det är mot denna bakgrund väsentligt att arbetsmiljön ses i ett helhetsperspektiv. Detta synsätt präglar också 1977 års arbetsmiljölagstiftning. Med 1976 års arbetsskadslagstiftning vidgades det tidigare ganska snäva begreppet yrkessjukdomar till att med termen arbetsskada omfatta all ohälsa som har ett orsakssamband med förhållanden i arbetsmiljön.

Vissa arbetsmiljöavtal mellan arbetsmarknadens parter understryker också denna helhetssyn på arbetsmiljön från hälsosynpunkt, bl.a. genom att föra in en psykosocial funktion i företagshälsovården vid sidan av de tekniska och medicinska funktionerna.

Denna perspektivförskjutning förutsätter ett nära samarbete mellan arbetarskyddet och hälso- och sjukvården.

Företagshälsovården bör därvid – som anges i prop. 1984/85:89 – i första hand koncentrera sina insatser till det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet. En viss andel sjukvård i företagshälsovården är dock klart berättigad. Dess sjukvårdande insatser bör i första hand bör avse akuta olycksfall och andra akuta insjuknanden samt arbetsrelaterad rehabilitering och anpassning.

Primärvården bör ta initiativ till en systematisk och regelbunden samverkan med företagshälsovården inom primärvårdsområdet. En sådan samverkan krävs också för att klarlägga samverkansområden och uppgiftsfördelning.

Företagshälsovården bör vidare – i enlighet med var som anförts i prop. 1984/85:89 – byggas ut så att den omfattar hela den yrkesverksamma befolkningen. Idag saknar ca 40 procent av de anställda tillgång till företagshälsovård. Dessa är ofta anställda inom små företag. Mycket talar för att det finns betydande hälsorisker vid många av dessa små arbetsplatser.

Därutöver står drygt 270 000 ensamföretagare och deras medhjälpare utan tillgång till företagshälsovård.

För att tillgodose HSL:s krav på en "god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" har landstingen, enligt den tidigare nämnda propositionen, förklarat sig villiga att mot ersättning erbjuda s.k. extern företagshälsovårdsservice till mindre företag och ensamföretagare, som inte kan organisera företagshälsovård på annat sätt.

3.5.3 Arbetsmarknad och sysselsättning

Arbetslöshet som en hälsorisk

Ett ökat antal forskningsrapporter – såväl internationellt som i Sverige – pekar relativt entydigt på att det finns ett samband mellan arbetslöshet och ohälsa.

Detta samband gäller – som utförligt redovisas i HS 90-studierna, Hälsopolitik i samhällsplaneringen (SOU 1984:44) och i förstudien Hälsorisker (SOU 1981:1) – i första hand hjärt-kärlsjukdomar samt psykiska sjukdomar.

Inom ramen för HS 90-arbetet har vidare analyserats vilka grupper som drabbas mest ogynnsamt vid arbetslöshet. Riskgrupperna utgörs i första hand av dem som har en mycket svag position på arbetsmarknaden såsom korttidsutbildade, arbetshandikappade, invandrare från utomnordiska länder och personer med alkoholproblem. Samtidigt har konstaterats att de negativa hälsoeffekterna är tydligast bland de människor som tvingas gå arbetslösa under en lång tid. Arbetslöshet är alltså en hälsorisk som medverkar till utveckling av sjukdom. Samtidigt får sjuka och handikappade svårigheter på arbetsmarknaden.

Det är således även i ett hälsopolitiskt perspektiv ytterst angeläget att hålla arbetslösheten på en låg nivå. Detta förutsätter en fortsatt aktiv arbetsmarknads- och näringspolitik.

Jag vill i detta sammanhang betona att hälsorisken arbetslöshet aldrig kan "vårdas bort". Däremot bör givetvis arbetslöshetens negativa hälsoeffekter beaktas vid utformningen av den framtida närings- och arbetsmarknadspolitiken. I ett hälsopolitiskt perspektiv är det därvid – förutom generellt sett en låg arbetslöshet – särskilt viktigt att beakta insatser som ökar möjligheterna att erhålla arbete för de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa p.g.a. arbetslöshet. Vidare är säkerheten i en anställning av stor betydelse för hälsotillståndet. Hot om arbetslöshet och en osäker framtid på arbetsmarknaden är sannolikt från hälsosynpunkt lika ogynnsamt som öppen arbetslöshet.

En stor grupp arbetslösa är de som ännu inte är etablerade på arbetsmarknaden, t.ex. ungdomar och kvinnor som åter vill förvärvsarbeta efter en tids arbete i det egna hemmet.

Hälsoeffekter av arbetslöshet bland ungdomar är mycket litet studerade.

Sannolikheten är dock stor för en socialt ogynnsam utveckling. Det är därför angeläget att även ur ett hälsopolitiskt perspektiv rikta speciell uppmärksamhet mot dessa grupper.

En viktig uppgift för forskningen och hälso- och sjukvården är således att vidareutveckla kunskapen om arbetslöshetens hälsoeffekter på samma sätt som man klarlägger andra hälsorisker, t.ex. den sociala arbetsmiljöns, tobakens och kostens betydelse för hälsan.

Socialstyrelsen har även i detta sammanhang en viktig uppgift att hålla sig välinformerad om aktuell forskning, sammanställa resultat och göra dem tillgängliga för ansvariga organ på arbetsmarknadsområdet liksom för fackliga organisationer och allmänheten.

På landstingsnivå är det angeläget att även arbetslösheten som hälsorisk ytterligare klarläggs och analyseras, t.ex. inom ramen för landstingens samhällsmedicinskt inriktade arbete.

Hälso- och sjukvården besitter också – exempelvis inom primärvården – en viss kunskap om arbetslöshetens hälsoeffekter som kan vara av värde för t.ex. arbetsförmedlingens verksamhet. Det kan därför vara motiverat med en nära kontakt speciellt vad avser enskilda personer med en svag ställning på arbetsmarknaden. Samtidigt finns i detta hälsopolitiska perspektiv anledning att aktualisera och intensifiera möjligheterna till rehabilitering snarare än en ofrivillig förtidspensionering av arbetsmarknadspolitiska skäl.

Samtidigt måste beaktas att de grupper som har den största risken att fara illa vid arbetslöshet ofta är de som hälso- och sjukvården har dålig kontakt med. De utgör en vårdpolitisk riskgrupp. För att kunna erbjuda dem den vård de behöver krävs därför en särskild uppmärksamhet från den offentliga hälso- och sjukvårdens sida vad avser dessa gruppers situation och vårdbehov. Detta är speciellt väsentligt när de anställda i samband med företagsnedläggningar inte längre har tillgång till företagshälsovård.

I en god hälso- och sjukvård ingår som en naturlig del att den som drabbas av ohälsa får tillgång till adekvata rehabiliteringsinsatser. Rehabilitering i vid mening omfattar medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering. Medicinsk rehabilitering avser närmast att häva sjukdomstillstånd och återställa funktionsförmågan. Till social rehabilitering kan man räkna åtgärder som service, råd, upplysningar och bistånd i personliga angelägenheter som socialtjänsten svarar för. Den yrkesinriktade rehabiliteringen syftar till att stärka den enskildes ställning på arbetsmarknaden.

Den allmänna försäkringen spelar en viktig roll i rehabiliteringsarbetet i och med att den ger den enskilde en ekonomisk grundtrygghet under rehabiliteringstiden. Som jag tidigare nämnt avser chefen för socialdepartementet att tillsätta en särskild utredning som bl.a. skall ha till uppgift att ge sjukförsäkringen en mera aktiv roll i samband med rehabilitering. I detta sammanhang är också avsikten att utredningen skall ta initiativ till en breddad och fördjupad försöksverksamhet på rehabiliteringsområdet med forskare och praktiskt verksamma.

3.5.4 Kost och kostvanor

Behovet av en samordnad hälsopolitik för att genom såväl samhälls- som individinriktade insatser skapa förutsättningar för förbättrade kostvanor har med ökad intensitet aktualiserats bl.a. av WHO. I de nordiska länderna kan också noteras ett ökande intresse för kostfrågorna.

I direktiven till den kommitté som regeringen tillsatte 1982 för utformningen av livsmedelspolitiken anfördes således bl.a. följande (Dir 1982:103):

”Till en samlad översyn av livsmedelsförsörjningen hör, som jag tidigare angett, givetvis frågor om åtgärder för att förbättra folkhälsan. Utvecklingen inom de olika leden av livsmedelskedjan bör därför analyseras med hänsyn till effekter på livsmedlens kvalitet och näringsinnehåll. Kommittén bör redovisa om förändringar är önskvärda av konsumtionen med hänsyn till folkhälsosynpunkter och i så fall vilka möjligheter som finns att påverka konsumtionen och därmed produktionsinriktningen”.

Kommittén har avgett huvudbetänkandet (SOU 1984:86) Jordbruks- och livsmedelspolitiken. Regeringen har nyligen beslutat att förelägga riksdagen en proposition (1984/85:166) med anledning av livsmedelskommitténs betänkande.

Jag kommer i det följande att ta upp kostfrågorna med utgångspunkt i de frågeställningar som aktualiserats i cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) och HS 90-rapporten Hälsopolitik i samhällsplaneringen (SOU 1984:44).

Hälsopolitiska mål

Det stora kost-hälsoproblemet i Sverige var långt in på 1900-talet brist på mat och undernäring hos stora befolkningsgrupper, dvs. samma problem som de flesta utvecklingsländer har i dag. Renodlade bristsjukdomar orsakade av undernäring är numera ovanliga hos den svenska befolkningen, även om detta kan förekomma inom speciella grupper. Användningen av livsmedelsberikning med t.ex. vitaminer och järn motverkar uppkomsten av sådan undernäring.

Problemen i dag är de motsatta, för högt energiintag i förhållande till behov och ofta fel sammansättning av kosten.

I en inom HS 90-arbetet utarbetad expertrapport (SOU 1984:43) Att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar konstateras att det finns ett samband mellan hög fettkonsumtion och utveckling av s.k. ischemisk hjärtsjukdom. Därmed föreligger också, konstateras det, en förhöjd risk för hjärtinfarkt.

I en annan expertrapport (Ds Jo 1984:9) om kost- och hälsofrågor, som utarbetats av livsmedelskommittén lämnas en ingående redogörelse för kostvanornas samband med olika sjukdomstillstånd. Av rapporten framgår bl.a. att högt blodtryck kan ha ett samband med hur mycket salt som tillförs kroppen. Uppkomsten av förstoppning beror delvis på för låg halt av fibrer i

kosten. Övervikt beror i regel på att man äter för mycket, speciellt av energirika näringsämnen som fett och socker. Kraftig övervikt är en riskfaktor för många typer av ohälsa som högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, sockersjuka, sjukdomar i rörelseorganen m.m.

Cancerkommittén hävdar att epidemiologiska och experimentella undersökningsresultat sammantagna övertygande visar att kosten har stor betydelse i fråga om den totala cancerförekomsten men att man saknar sådan detaljkunskap som medger en noggrann kvantifiering. Omkring en tredjedel av den totala cancerförekomsten i Sverige skulle, enligt kommittén, kunna betingas av kostfaktorer. Detta motsvarar drygt 10 000 fall per år. Cancerkommittén understryker att detta är en siffra som har ett betydande osäkerhetsintervall. Det betyder inte heller att kosten härvid varit den enda orsaksfaktorn; oftast torde även en eller flera andra faktorer ha inverkat eller varit en nödvändig förutsättning för utvecklingen av cancersjukdomen. Kommittén betonar osäkerheten beträffande enskilda kostkomponenters betydelse men anser att en sänkning av fettkonsumtionen skulle kunna få en gynnsam effekt på åtminstone vissa cancersjukdomar.

Rekommendationer om önskvärda förändringar av kostvanorna formulerades år 1971 i socialstyrelsens skrift *Kost och motion* som utarbetats av en särskild expertgrupp (den s.k. MEK-gruppen). Rekommendationerna, som senast reviderades år 1978, går i huvudsak ut på att man skall

- öka konsumtionen av bröd och andra spannmålsprodukter, rotfrukter och grönsaker
- minska konsumtionen av fett och
- minska konsumtionen av socker.

Det kan konstateras att dessa kostrekommendationer i huvudsak stått sig genom åren. Forskningen har fortlöpande givit ett säkrare sakunderlag för desamma. En översyn av MEK-gruppens rapport pågår f.n. Resultatet härav väntas kunna redovisas under våren 1985. Expertrekommendationer om önskvärt dagligt intag av vissa näringsämnen har publicerats av statens livsmedelsverk och dess föregångare sedan mer än 30 år. De nu gällande rekommendationerna är från 1981 (M 4/1981). Rekommendationerna används bl.a. som underlag för beslut i kost- och näringsfrågor.

Cancerkommittén och livsmedelskommitténs experter föreslår att det långsiktiga målet för samhällets åtgärder för att nedbringa den totala fettkonsumtionen i landet bör vara att nå en nivå som ligger genomsnittligt vid ca 30 procent av energiintaget. Ett första delmål bör därvid vara en minskning av konsumtionen från nuvarande närmare 40 procent av energiintaget till under 35 procent.

Samverkan på nationell nivå

Hälsouppllysning är ett viktigt medel för att förbättra kostvanorna. Det krävs dock även andra åtgärder för att motivera konsumenterna till ett

näringsriktigare kosthåll och hälsoyttigare livsmedelsval. Utbudet av livsmedel, tillgänglighet, bekvämlighet och livsmedelspris är exempel på faktorer som påverkar konsumtionen. Från hälsopolitiska utgångspunkter bör även de hälsomässiga konsekvenserna av olika livsmedelspolitiska åtgärder beaktas. Jag vill därvid nämna att i propositionen (1984/85:166) om livsmedelspolitiken framhåller chefen för jordbruksdepartementet att de av livsmedelskommitténs expertgrupp för kost- och hälsofrågor förordade kostförändringarna, dvs. främst minskad konsumtion av fett och socker och ökad konsumtion av spannmålsprodukter och potatis, bör beaktas inom den framtida livsmedelspolitiken. I propositionen redovisas också vissa åtgärder som kommer att vidtagas för att få till stånd en rationell och effektiv kostinformation.

Inom regeringskansliet inrättades 1978 beredningen för livsmedels- och näringsfrågor, den s.k. livsmedelsberedningen. Den är ett samrådsorgan och forum för överläggningar och diskussioner mellan regeringen och experter på livsmedelsområdet. I livsmedelsberedningen har bl.a. frågan om hur hälsoaspekter skall beaktas i livsmedelspolitiken diskuterats vid olika tillfällen.

Socialstyrelsen och livsmedelsverket bör gemensamt följa kunskapsutvecklingen inom området kost och hälsa. Särskild uppmärksamhet bör ägnas ändrade konsumtionsvanor hos riskgrupper som äldre ensamstående personer med kraftig övervikt, diabetiker m.fl. Uppmärksamhet bör även ägnas ekonomiskt svaga konsumenters möjligheter att köpa en hälsomässigt tillfredsställande kost. Det är särskilt angeläget att följa huruvida beslutade ändringar i kostrekommendationerna får genomslag i faktiska förändringar i kostvanorna. Undersökningar bör också göras för att studera eventuella hälsoeffekter.

Nya medel och metoder för produktion och förädling av livsmedel införs inte sällan utan att de hälsomässiga konsekvenserna utretts tillräckligt. Från hälsosynpunkt är det angeläget med en effektiv kontroll av livsmedel och av efterlevnaden av olika föreskrifter i livsmedelslagstiftningen. Det kan nämnas att en särskild utredning, den s.k. livsmedelskontrollutredningen, har i uppdrag att se över livsmedelskontrollens inriktning och omfattning.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar att främja goda kostvanor

Min bedömning: Hälsoupplýsning ingår som en viktig del i hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen för förebyggande åtgärder. Ökade kunskaper inom befolkningen om kostvanor som befrämjar en god hälsa bör vara ett centralt mål för hälsoupplýsningen.

Utredningarnas (HS 90 och cancerkommittén) förslag: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna instämmer allmänt i förslagen.

Skälen för min bedömning: Kostupplysning ingår som ett integrerat led i hälso- och sjukvårdens kontakter med de vård sökande.

Primärvården har här en viktig uppgift. Kostupplysning har länge varit ett naturligt inslag inom barnhälsovården där barnavårdscentralerna rutinmässigt följer barnens näringsstatus och ger råd om kost- och uppfödningfrågor. Det är angeläget att nå även andra målgrupper än spädbarn med sådan information. Ohälsosamma kostvanor förekommer ofta bland äldre, vissa grupper av ensamstående m.fl.

Inom landstingens olika institutioner är kosten en viktig del av omvårdnaden. Det är viktigt att kosten är såväl näringsanpassad som smakfullt tillagad och serverad samt lämpligt fördelad över dygnet. Kostrekommendationer har utarbetats av livsmedelsverket i samråd med socialstyrelsen. Kostfrågor inom vården har diskuterats och utretts under en följd av år bl.a. av Spri.

Det är också av grundläggande betydelse att skolmåltiderna har en lämplig näringsmässig sammansättning och en utformning i övrigt så att de bidrar till att grundlägga goda kostvanor hos barn och ungdomar.

Även inom barnomsorgen och vid hem för vård och boende bör mathållningen bidra till att goda kostvanor utvecklas. Genom hemtjänsten bör också kostsituationen för olika målgrupper kunna förbättras.

Kostupplysning genom centrala kampanjer, studieorganisationer och i övrigt genom upplysning från landstingens hälsoenheter kan vara ett viktigt komplement till den ordinarie mera långsiktiga verksamheten. I t.ex. Stockholms läns landsting bedrivs ett projekt som syftar till att förbättra befolkningens kostvanor. Detta projekt innefattar bl. a. en dialog med storkök exempelvis vid personalmatsalar och skolor samt olika livsmedelskedjor för att förbättra möjligheterna att er hålla en väl avvägd och sammansatt kost.

Ökade insatser för kostforskning

Mot bakgrund av det nya underlag i fråga om kost- och näringsfrågornas stora betydelse för hälsan som framkommit genom cancer- och livsmedelskommittéernas arbete är det enligt min mening angeläget att öka insatserna för kostforskning. Jag vill därvid särskilt peka på att cancerkommittén i sitt betänkande framhåller att epidemiologiska och experimentella undersökningsresultat övertygande visar att kosten har stor betydelse i fråga om den totala cancerförekomsten men att sådan detaljkunskap ännu ej finns som medger en noggrann kvantifiering. Kommittén har därför föreslagit att en intensifierad forskning inom detta område kommer till stånd.

I detta sammanhang vill jag erinra om att regeringen, på förslag av chefen för jordbruksdepartementet, tidigare i vår har lagt fram propositionen

(1984/85:121) om livsmedelsforskning. I propositionen uppmärksammas särskilt behovet av ökade insatser inom näringsforskningens område.

Jag förutsätter att berörda forskningsorgan, vid planeringen av sin verksamhet, beaktar de utredningsförslag som föreligger om behovet av en intensifierad kostforskning. De ökade resursbehov som forskningsråden kan bedöma föreligga bör aktualiseras på sedvanligt sätt.

3.6 Ökad tvärssektoriell samverkan

Min bedömning: Jag vill betona betydelsen av ett tvärssektoriellt samarbete kring hälsofrågorna. Hälso- och sjukvårdens uppgift i detta sammanhang bör främst vara att ta fram och förmedla kunskaper om ohälsans orsaker och fördelning i befolkningen som underlag för insatser inom andra samhällssektorer.

Utredningarnas (HS 90 och cancerkommittén) förslag: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: De bedömningar som HS 90 och cancerkommittén gjort om det tvärssektoriella samarbetets betydelse för den hälsopolitiska utvecklingen har vunnit bred anslutning bland remissinstanserna.

Skälen för min bedömning: Jag har i det föregående framhållit att de hälsofrämjande insatser som är av betydelse för befolkningens hälsa till mycket stora delar måste genomföras av andra organ i samhället än hälso- och sjukvården. Staten har ett övergripande ansvar för kunskapsuppbyggnaden vad avser denna samhällsinriktade förebyggande verksamhet. I detta arbete måste de sektorsansvariga dock ofta ta del av de kunskaper och erfarenheter om ohälsans fördelning och orsaker som kommer fram inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården har i detta kunskapsavseende en unik roll. Den bör enligt min bedömning kunna öka sina insatser i denna tvärssektoriella samverkan. Hälso- och sjukvården måste ta fram kunskaper om ohälsans förekomst och fördelning i befolkningen genom sammanställningar av erfarenheterna från det löpande hälso- och sjukvårdsarbetet. Med utgångspunkt i resultatet från systematiska epidemiologiska studier bör man ge de ansvariga samhällsorganen fakta och förslag till åtgärder så att erfarenheterna och kunskaperna på bästa sätt nyttiggörs i samhällsplaneringen.

Det bör vara en självklar skyldighet för varje samhällssektor, vars beslut kan få hälsomässiga konsekvenser, att i beslutsunderlaget väga in även hälsoaspekter.

Jag vill erinra om den stora vikt WHO lägger vid en förstärkt tvärssektoriell samverkan i hälsoarbetet. WHO förordar en nationell policy som säkerstäl-

ler att lagstiftande, administrativa och ekonomiska organ ger ett brett tvärsektorieellt stöd och avsätter resurser för att främja sunda levnadsvanor och garantera människors aktiva deltagande på alla nivåer i planering och utveckling av en sådan politik. Medlemsländerna tillråds av organisationen att ha multisektoriella handlingsprogram som effektivt skyddar den mänskliga miljön mot hälsorisker och stärker samhällets medvetenhet och engagemang i detta arbete samt effektivt stöder internationella ansträngningar för att begränsa sådana risker som påverkar mer än ett land. Detta är en inriktning som den svenska regeringen fullt ut stöder, bl.a. genom vårt arbete i kampen mot spridning av narkotika och mot försurning av naturen.

Några remissinstanser pekar på risken för oklara och därmed handlingsförlamande ansvarsförhållanden vid ett sådant tvärsektorieellt samarbete. Jag vill därför klargöra att det inte är fråga om att förändra de rådande ansvarsförhållandena för att åtgärder vidtas. Det är alltid den närmast berörda samhällssektorn – myndigheten etc. – som svarar för sammanvägningen av de olika intressen som skall beaktas i sammanhanget. Men det innebär att hälso- och sjukvården har att vidareutveckla och förmedla kunskaper om olika hälsorisker för att därigenom underlätta för dessa sektorer att väga in de hälsomässigt betingade kraven i sina ställningstaganden.

Det förebyggande arbetet kräver en tvärsektorieell samverkan på alla nivåer. I det lokala hälsoarbetet är det angeläget att primärvården går in i en sådan samverkan. Jag återkommer till detta i det följande.

3.6.1 Landstingens samhällsmedicinska verksamhet

De hälsopolitiska målen som anges i HSL förutsätter en uppbyggnad av samhällsmedicinsk kompetens hos landstingen. Landstingens ansvar att förebygga ohälsa avser såväl individinriktade som samhällsinriktade insatser.

Landstingens ansvar när det gäller samhällsinriktade åtgärder innefattar insatser i syfte att fastlägga hur faktorer i den yttre miljön samt levnadsvillkor inverkar på befolkningens hälsotillstånd. En viktig del av landstingens arbete härmed är att kartlägga och analysera hälsoproblem och därvid beakta både sociala och fysiska hälsorisker. Detta arbete förutsätter en tvärsektorieell samverkan med andra samhällssektorer. Socialstyrelsen och statens miljömedicinska laboratorium har att stödja utvecklingen av landstingens samhällsmedicinska arbete.

Landstingen bör i sitt samhällsmedicinska arbete stimulera utvecklingen av hälsopolitiska handlingsprogram och sektorsprogram samt metoder för behovsbaserad planering och resursfördelning.

Allt detta arbete kräver kompetens inom miljömedicin, socialmedicin, samhälls- och beteendevetenskap, ekonomi samt epidemiologisk metodik. I

likhet med den praxis som växt fram i de nordiska länderna och i Sverige inom medicinska forskningsrådet, universitets- och högskoleämbetet och i HS 90-utredningen benämner jag detta tvärvetenskapliga kunskapsområde samhällsmedicin.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att propositionen 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m., som bl.a. behandlade avvecklingen av de statliga länsläkarorganisationerna, utgick från att landstingen i framtiden skulle svara för vissa uppgifter inom epidemiologi, miljömedicin och smittskydd. Jag vill också erinra om den förhandlingsöverenskommelse med landstingen som slöts i anslutning härtill. Flera landsting arbetar nu inom ett brett samhällsmedicinskt arbetsfält. Jag anser det mycket angeläget att denna verksamhet vidareutvecklas.

Jag återkommer senare till de krav på utbildning m.m. som en vidgad samhällsmedicinsk verksamhet förutsätter.

3.6.2 Hälso- och sjukvårdsberedningen förstärks med en tvärsektoriell expertgrupp

Min bedömning: I syfte att stärka det förebyggande arbetet, särskilt det tvärsektoriella samarbetet, bör en rådgivande hälsopolitisk expertgrupp med representanter från berörda samhällssektorer knytas till hälso- och sjukvårdsberedningen.

Utredningarnas (HS 90 och cancerkommittén) förslag: HS 90 föreslår att uppgifterna för socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning vidgas så att den blir ett forum för tvärsektoriell samverkan kring hälsofrågorna. Lämpligt sammansatt kunde beredningen fullgöra funktionen av ett nationellt hälsopolitiskt råd enligt de allmänna rekommendationer som WHO gett ut i anslutning till HFA 2000-strategien.

Cancerkommittén föreslår, från sina utgångspunkter, att en rådgivande grupp för hälsofrågor knyts till regeringen, lämpligen till socialdepartementet, som kan benämnas socialdepartementets hälsodelegation. Cancerkommittén anser att delegationen bör behandla även andra hälsofrågor än sådana som direkt berör cancersjukdomarna. I fråga om cancer skulle delegationen vara ett instrument för regeringen att fortlöpande följa utvecklingen i stort inom cancerområdet, inte minst i fråga om vetenskapligt grundade möjligheter till förebyggande arbete, och att även i övrigt följa upp cancerkommitténs förslag. Kommittén anser att delegationen bör vara sammansatt av representanter för vetenskapssamhället, hälso- och sjukvårdshuvudmännen, primärkommunerna samt de departement och statliga myndigheter vars ansvarsområden är av strategisk betydelse för hälsopolitiken och därmed för folkhälsan.

Remissinstanserna: De remissinstanser som berör detta förslag är i regel positiva till förslaget. Några remissinstanser är tveksamma. UHÅ avstyrker efter hörande av de medicinska fakulteterna förslaget.

Skälen för min bedömning: Jag anser utredningarnas förslag välgrundade och kommer därför att inrätta en rådgivande expertgrupp knuten till den nuvarande hälso- och sjukvårdsberedningen med uppgift att i första hand behandla tvärssektoriella hälsopolitiska frågor.

Uppmärksamhet bör därvid ägnas bl.a. den typ av hälsopolitiska handlingsprogram och sektorsprogram samt folkhälsorapport som redovisas i denna proposition liksom frågor rörande hälsopolitiskt forsknings- och utvecklingsarbete av tvärssektoriell karaktär.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att i direktiven till den nuvarande hälso- och sjukvårdsberedningen har skrivits in följande (Dir 1983:37):

”Hälso- och sjukvårdslagens hälsopolitiska inriktning förutsätter ett tvärssektoriellt samarbete mellan olika verksamheter i samhället för att minska hälsorisker och förebygga ohälsa. Det innebär bl.a. att kunskaper om hälsorisker och ohälsa i ökad utsträckning måste beaktas vid planeringen av exempelvis arbets- och boendemiljö samt vid utformningen av livsmedelspolitik och vid utarbetandet av arbetsmarknads- och näringspolitiska åtgärder.

I syfte att åstadkomma en övergripande samordning av hälso- och sjukvården samt mellan denna och de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik bör ett nytt organ för samråd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen inrättas. Det nya samrådsorganet bör kallas socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning. En sådan samordning och samverkan är i linje med vad som beslutats i världshälsoorganisationen (WHO). Sverige har där ställt sig bakom målsättningen att det i varje land skall finnas en fortlöpande samverkan mellan olika departement och fackområden som sysslar med bl.a. föda, vatten, boende, utbildning, kommunikationer och miljö”.

För att öka hälso- och sjukvårdsberedningens möjligheter att fylla denna tvärssektoriella samrådsfunktion avser jag således att knyta en rådgivande hälsopolitisk expertgrupp till hälso- och sjukvårdsberedningen. Expertgruppen bör bestå av företrädare för bl.a. berörda departement, socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet samt vissa forskare eller andra experter.

3.7 Hälsouppllysning

Hälsouppllysning ingår som en av flera verksamheter i samhällets strategi för en förbättrad folkhälsa. Det är en service till medborgarna som kan öka deras möjligheter att främja hälsa och förebygga ohälsa. Det går självfallet inte att dra någon skarp gräns till sådan information som inte uttryckligen har detta syfte, t.ex. ren kunskapsförmedling, nyhetsinformation m.m. Inte sällan torde nyhetsinslag i massmedia om någon hälsorisk få stora återverkningar på människors attityder och värderingar – oberoende av om informationen varit ”riktig” eller ”felaktig”.

Många myndigheter och organisationer i vårt land lämnar information om frågor som berör vår hälsa. Ibland utgör informationen ren kunskapsförmedling om olika hälsorisker som regleras i speciallagstiftning eller på annat sätt och berör då endast i begränsad utsträckning individens levnadsvanor.

Hälsouppllysning ingår – eller bör åtminstone ingå – som ett integrerat led i utbildningen i skola och förskola, i högskolans värdeyrkesutbildning m.m. Ett särskilt program för hälsofostran har utarbetats av skolöverstyrelsen.

I arbetet med att föra ut hälsofrågorna till befolkningen spelar ideella organisationer en stor roll. Denna verksamhet möjliggörs ofta med bidrag från stat och kommun.

Socialstyrelsens roll

Socialstyrelsens uppgift inom hälsouppllysningen är att på grundval av styrelsens verksamhet samt nationella och internationella rön om hälsorisker och hälsofrämjande åtgärder prioritera viktiga områden och utveckla metoder för hälsouppllysningens arbete och förse hälso- och sjukvårdshuvudmännen med underlag för deras hälsouppllysning.

Styrelsen svarar för en samlad uppföljning av hälsouppllysningens omfattning och inriktning samt medverkar till en fortlöpande utvärdering.

Socialstyrelsens insatser för hälsouppllysning koncentreras för närvarande främst till information om tobakens skadeverkningar, om sexual- och samlevnadsfrågor samt om kost- och näringsfrågor. Anslaget till hälsouppllysning uppgår för budgetåret 1985/86 till ca 5,3 milj. kr. Härav utgör ca 2,6 milj. kr. bidrag till olika organisationer som bedriver hälsouppllysning.

Landstingens roll

Hälso- och sjukvårdslagen har ålagt landstingen ett ansvar även för förebyggande vård. Hälsouppllysning till enskilda individer och bestämda målgrupper i samhället utgör en del av det individinriktade förebyggande arbetet.

I många landsting finns numera en hälsoenhet med särskilda resurser avdelade för hälsouppllysning. Landstingens totala insatser för hälsouppllysning är svåra att beräkna, då dessa bl.a. ges inom ramen för mödra- och barnhälsovården och i den löpande kontakten med patienter i hälso- och sjukvården i övrigt.

Såväl HS 90 som cancerkommittén har ingående analyserat hälsouppllysningens roll i det förebyggande arbetet. Hälsouppllysning som syftar till ändrade levnadsvanor är enligt cancerkommittén ett centralt instrument i cancerpreventionen.

3.7.1 Hälsoupplysningens mål

Min bedömning: Hälsoupplysningen har en central roll i arbetet med att förebygga ohälsa och främja en god hälsa.

Mål för hälsoupplysningen bör vara att

- öka enskilda individers och hela gruppers faktiska kunskaper om hälsorisker och möjligheter att utveckla hälsosammare levnadsvanor.
- ge vägledning för den enskilde individens handlande.
- skapa ett ökat hälsomedvetande och
- klargöra hälsofrågornas direkta samband med samhälls- och miljöförhållanden.

Utredningarnas (HS 90:s och cancerkommittén) förslag: Överensstämmer med min bedömning. Cancerkommittén konstaterar att de stora yttre orsakerna till cancer har samband med våra levnadsvanor samt att ett flertal av de stora folksjukdomarna har vissa gemensamma orsakssamband. De stora riskfaktorerna är därvid tobaksrökning, alkoholmissbruk och ohälsosamma kostvanor. Cancerkommittén pekar också på att bristande sexualhygien och olämpliga solbadsvanor kan bidra till utvecklingen av cancer.

Remissinstanserna: De remissinstanser som särskilt yttrat sig instämmer i den bedömning och målbeskrivning som HS 90 och cancerkommittén gjort angående hälsoupplysningens roll i det förebyggande arbetet.

Skälen för min bedömning: En utgångspunkt för den allmänna hälsoupplysningen bör vara att alla behöver och har rätt till kunskaper som kan gagna hälsan. Hälsoupplysarens viktigaste strävan bör vara att hjälpa människor till en fördjupad förståelse för hälsofrågorna och deras samband med samhälls- och miljöförhållandena. En sådan kunskap skall hjälpa den enskilde individen att självständigt ta ställning till sina levnadsvanor. Det är viktigt att hälsoupplysningen ges med respekt för människors integritet och rätt till individuella ställningstaganden. Som cancerkommittén har betonat får hälsoupplysning inte ges på sådant sätt att den kan skapa ångest hos den som inte förmår följa råden om ändrade levnadsvanor.

Det är samtidigt viktigt att hälsoupplysningen inte begränsas till livsstilsfaktorer som den enskilde individen ensam kan påverka. En viktig del av hälsoupplysningen är att informera såväl enskilda och speciella grupper inom befolkningen som allmänheten i stort om hälsorisker i t.ex. arbetslivet, trafiken och närmiljön. Denna typ av hälsoupplysning inriktad mot samhällsförhållanden av betydelse för vår hälsa ökar – som jag tidigare betonat – medborgarnas möjligheter att inom ramen för den demokratiska processen och lokalt hälsoarbete förbättra möjligheterna att leva ett hälsosamt liv. Den förstärker därmed också de enskilda medborgarnas frihet att välja sina egna handlanden även utifrån hälsomässiga utgångspunkter.

3.7.2 Delat ansvar för hälsoupplýsning

Min bedömning: Varje landsting har inom sitt landstingsområde ansvaret för hälsoupplýsningen. Landstingen bör i dessa frågor samverka med berörda instanser inom kommuner, myndigheter och organisationer. Folkrörelser och organisationer har en viktig uppgift i hälsoupplýsningen. Socialstyrelsens ansvar för hälsoupplýsning bör vara att utveckla viktiga områden för hälsoupplýsning och förmedla kunskaper och erfarenheter till landstingen på dessa områden, att stödja utvecklingen i landstingen och att initiera insatser för att i högre grad nå de hälsopolitiska riskgrupperna.

Utredningarnas (HS 90:s och cancerkommittén) förslag: Överensstämmer med min bedömning. Cancerkommittén föreslår att ansvariga myndigheter i ökad utsträckning bör få utnyttja TV och radio för hälsoupplýsning.

Remissinstanserna instämmer allmänt i den beskrivna ansvarsfördelningen mellan berörda myndigheter för hälsoupplýsning. Cancerkommitténs förslag om ökat utnyttjande av radio och TV har vunnit bred anslutning bland remissinstanserna. De båda organen kommenterar dock inte själva förslaget.

Skälen för min bedömning: Det direkta ansvaret för hälsoupplýsning ligger enligt hälso- och sjukvårdslagen på landstingen. Socialstyrelsen har dock en viktig uppgift när det gäller förmedling av kunskaper och erfarenheter på olika områden för hälsoupplýsning.

En annan viktig uppgift för socialstyrelsen är att initiera insatser för särskilda målgrupper. Styrelsen har under flera år arbetat med insatser till invandrare. Arbetet härmed bör fortsätta. Jag finner det särskilt angeläget att fortsatta ansträngningar görs för att nå de grupper som löper den största risken att drabbas av ohälsa och tidig död. Erfarenhetsmässigt är det dessutom just dessa grupper som är svårast att nå i hälsoupplýsningsarbetet. Detta ställer särskilda krav på metodutveckling och praktiska utvecklingsinsatser.

Med anledning av det utredningsmaterial som överlämnats av cancerkommittén och HS 90 om våra levnadsvanors stora betydelse för hälsan har jag bedömt det angeläget att socialstyrelsen får ökade resurser för hälsoupplýsning. Enligt regeringens förslag i budgetpropositionen för budgetår 1984/85 (prop. 1984/85:100) får socialstyrelsen därför en uppräknig av anslaget med 1 milj. kr. Vidare kommer en viss ökning att ske av bidraget till olika organisationer för hälsoupplýsning.

Jag kommer i det följande, under det särskilda avsnitt som behandlar tobaksbruket, att föreslå att informationsinsatserna på detta område intensifieras. I det föregående har jag också framhållit vikten av information om kostens betydelse för hälsan.

I propositionen (1984/85:48) om familjeplanering och abortvård, som nyligen har behandlats av riksdagen, framhåller jag bl.a. vikten av en fortsatt satsning på upplysning om födelsekontroll, sexualitet och samlevnad för att ytterligare minska antalet aborter.

Det är väsentligt att landstingens arbete med hälsoupplysning sker i nära samarbete med berörda organ inom kommuner, myndigheter och organisationer. Jag vill i det sammanhanget, liksom cancerkommittén, peka på att regionala onkologiska centra mot bakgrund av sitt ansvar för regionala cancerregister m.m. har en viktig roll i hälsoupplysningen kring förebyggande åtgärder mot cancersjukdomar.

Det är på landstingen det ankommer att föra hälsoupplysningen ut på fältet genom hälso- och sjukvårdspersonal i olika funktioner. Det är naturligt att hälsoupplysning och annan individinriktad förebyggande vård i första hand är en uppgift för primärvården. Primärvårdens hälso- och sjukvårdspersonal möter en stor del av befolkningen och når människor i många olika livssituationer. Hälsoupplysning bör dock i ökad utsträckning integreras även i det löpande hälso- och sjukvårdsarbetet på läns- och regionsjukvårdsnivå.

Ett sätt att sprida hälsoupplysning är att personalen inom primärvården liksom företagshälsovården medverkar i utbildningen i skolor, bildningsförbund m.m. Hälsoupplysning kan också spridas genom utställningar, broschyrer och massmedia. Det är enligt min mening viktigt att se hälsoupplysningen som en del av ett folkbildningsarbete som syftar till att fördjupa befolkningens kunskaper om hälsorisker och bredda intresset för hälsofrämjande verksamhet. Det är därför av avgörande betydelse att arbetet med hälsoupplysningen bedrivs i samarbete med folkrörelser och organisationer, t.ex. idrottsrörelsen.

Häri genom ökar förutsättningarna för en mera nyanserad debatt och opinionsbildning i hälsopolitiska frågor, som kan bli en viktig motvikt till den ur ett hälsopolitiskt perspektiv ofta ofullständiga och förenklade människosyn som präglar vissa delar av t.ex. den kommersiella reklamen och massmediautbudet vars genomslagskraft är stor hos bl.a. barn och ungdomar.

Det är därför viktigt att garantera tillräcklig kapacitet för utbildning av personer med särskilt ansvar för utveckling och samordning av hälsoupplysningsarbetet. Den utbildning i hälsoupplysningens metoder som bedrivs vid Nordiska hälsovårdshögskolan utgör en viktig resurs i detta sammanhang.

3.8 Åtgärder mot tobaksbruket

3.8.1 Allmänna utgångspunkter

Tobaksbrukets negativa effekter på hälsan har ingående beskrivits av cancerkommittén och tidigare av tobakskommittén i betänkandet (SOU

1981:18) Minskat tobaksbruk samt i HS 90-rapporten (SOU 1981:1) Hälsorisker.

Av uppgifter i betänkandena framgår att rökare har en större mottaglighet än icke-rökare för många sjukdomar och att de har en förhöjd sjukfrånvaro från arbetet. Påtaglig är också den ökade dödlighet i olika sjukdomar som karakteriserar rökare. Den högre dödligheten bland rökare gäller framför allt tre sjukdomsgrupper, nämligen hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och lungskador (bronkit, emfysem).

Antalet dödsfall i Sverige där rökning är en starkt bidragande orsak har beräknats till mellan 7 000–13 000 per år. Minst hälften är hjärtinfarkter. Cancerkommittén konstaterar att tobaksrökning är den största säkerställda, enskilda orsaken till cancer i vårt land. Kommittén uppskattar att vart 6:e cancerfall eller ca 5 500 fall har tobaksrökning som orsak, delvis i samspel med andra faktorer.

Luftföroreningar från cigaretrökning har även visats ge negativa hälsoeffekter. Undersökningar har visat att barn till rökande föräldrar oftare än andra drabbas av infektionssjukdomar i luftvägarna. Cancerkommittén har också bedömt att passiv rökning innebär en viss cancerrisk. Den individuella risken varierar och torde enligt kommittén vara låg, men det kan inte uteslutas att den i extrema fall är påtaglig i lokaler där många personer röker under lång tid.

Andelen vuxna som röker dagligen är ca 30 procent. Under de senaste 15 åren har en påtaglig förändring skett i rökvanemönstret, där männens konsumtion genomsnittligt sjunkit och kvinnornas stigit. I fråga om männen är rökningen mer utbredd bland de äldre medan det bland kvinnorna framför allt är de yngre som röker. Om rökvanorna inte ändras kan man därför vänta sig ett växande antal fall av röningsbetingade sjukdomar och ökad dödlighet bland kvinnor när dessa når åldrar där tobaksskadorna vanligen visar sig. Viktigt är härvid att komma ihåg att risken för t.ex. lungcancer sjunker väsentligt redan inom några få år om man slutar röka.

Cancerkommittén konstaterar att även användning av snus och tuggtobak medför en viss cancerrisk. Storleken härav kan inte närmare uppskattas. För den cancerform, som i första hand förknippats med dessa varor – munhålecancer – rör det sig dock endast om några få fall per år.

Tidigare åtgärder

Världshälsoorganisationen (WHO) har under senare år vid flera tillfällen rekommenderat sina medlemsländer att ta initiativ i syfte att bekämpa tobaksrökningen. I den av WHO år 1975 publicerade expertrapporten *Smoking and its Effects on Health* har rekommendationerna vidareutvecklats och konkretiserats. WHO har fastslagit att ingen annan enskild förebyggande åtgärd kan bidra mera till ökad hälsa än förhindrande av tobaksrökning.

En rad åtgärder för att begränsa tobakens skadeverkningar har successivt genomförts i vårt land under den senaste tioårsperioden. Ett flertal av de åtgärder WHO rekommenderat i nämnda rapport har genomförts.

År 1973 överlämnade socialstyrelsen till regeringen den s.k. tobaksutredningen som utarbetats av en av styrelsen särskilt tillkallad expertgrupp. En omedelbar följd av tobaksutredningens förslag blev att kraftigt ökade resurser ställdes till förfogande för socialstyrelsen och Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar (NTS) samt föreningen Vi som inte röker (Visir) från anslaget Hälsoupplýsning.

Den 1 juli 1977 infördes en särskild lag om varningstext och innehållsdeklaration på tobaksvaror. Marknadsföringen av tobaksvaror begränsades genom en särskild lagstiftning som trädde i kraft den 1 juli 1979.

År 1977 tillsatte regeringen en parlamentarisk kommitté – tobakskommittén – som fick i uppdrag att utarbeta ett program för att nedbringa tobakskonsumtionen och motverka dess skadeverkningar. Tobakskommittén överlämnade våren 1981 sitt slutbetänkande (SOU 1981:18) Minskat tobaksbruk. Dessförinnan hade ett särskilt delbetänkande (Ds S 1978:7) benämnt Rökfria miljöer överlämnats.

Efter remissbehandling av tobakskommitténs förslag beslöt regeringen att uppdraga åt socialstyrelsen och arbetarskyddsstyrelsen att utfärda rekommendationer för att begränsa tobaksrökningen i lokaler av gemensamhetskaraktär. Särskilda medel ställdes också till socialstyrelsens förfogande för information om rökfria miljöer.

Regeringen beslöt vidare att uppdraga åt socialstyrelsen att verka för att frågor som rör tobakens skadeverkningar ägnas ökad uppmärksamhet i utbildningen av läkare och annan vårdpersonal.

Allmänna råd från arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen om begränsning av tobaksrökning i lokaler av gemensamhetskaraktär utfärdades i april 1983 (AFS 1983:10). Råden omfattar arbetslokaler och personalrum samt offentliga lokaler och andra utrymmen dit allmänheten har tillträde. De allmänna råden har som mål att ingen mot sin vilja skall behöva utsättas för obehag eller hälsorisker på grund av tobaksrökning i gemensamhetslokaler där både rökare och icke-rökare har rätt eller skyldighet att vistas. Råden vill främja ett synsätt där en rökfri miljö betraktas som det normala. Utgångspunkten är att en rökares önskan att röka bör vika för andras önskemål om rökfri miljö.

Förslag om fortsatta åtgärder

Socialstyrelsen och NTS har i skilda skrivelser uppmärksammat regeringen på behovet av ytterligare åtgärder för att begränsa tobakens skadeverkningar.

Socialstyrelsen framhåller bl.a. följande. Genom hälso- och sjukvårdslagen åläggs landstingen ett ansvar för hälsoupplýsning om bl.a. rökning. Inom

primärvården och företagshälsovården efterfrågas rökavvänjningshjälp i allt större utsträckning. Om arbetet för minskad rökning skall kunna ha fortsatt framgång behövs härutöver samhällsåtgärder som har ett tydligt tobakspolitiskt syfte.

Motioner om åtgärder mot tobaksbruket har också behandlats av riksdagen vid flera tillfällen. Riksdagen har därvid bl.a. uttalat att regeringen bör följa upp de åtgärder som hittills har vidtagits för att få underlag för en fortsatt systematisk satsning mot tobakskonsumtionen.

Cancerkommittén konstaterar att flera utredningar under senare år redan har utpekat tobaksrökningens hälsorisker men att de åtgärder som därefter vidtagits varit otillräckliga. Fortsatta kraftfulla ansträngningar måste därför göras med inriktning på att tobakskonsumtionen drastiskt begränsas. Detta är enligt kommittén inte bara en resursfråga utan det behövs något av ett uppvaknande hos oss alla – vare sig vi själva röker eller ej. Det behövs en genomgripande attitydförändring till rökningen som samhällsproblem. En intensifierad hälsouppllysning och andra åtgärder, som kan stimulera och hjälpa människor till att sluta röka, är enligt cancerkommittén den bästa vägen för att åstadkomma ett minskat tobaksbruk.

Effekter av vidtagna åtgärder

En nedgång i den tobaksrelaterade sjukligheten och dödligheten är den effekt som ytterst eftersträvas. Möjligheterna att bedöma hälsoeffekter avseende t.ex. cancer försvåras av den långa latenstiden för uppkomst av cancersjukdomar. Under de allra senaste åren synes dock den minskade rökningen bland männen ha gett resultat i form av en minskad förekomst av lungcancer.

Den allmänna rökvaneutvecklingen torde endast undantagsvis kunna relateras till specifika åtgärder mot tobaksbruket. Det finns emellertid mycket som tyder på att rökvanorna i en befolkning verkligen är påverkbara. Under slutet av 1970-talet och början av 1980-talet noterades en nedgång i rökvanorna bland skolbarn. Under senare hälften av 1970-talet intensifierades informationen om tobakens skadeverkningar i skolorna. Det var också vid denna tidpunkt som stiftelsen En rökfri generation inledde sitt kampanjarbete i skolorna. Andelen rökare i grundskolan är dock fortfarande oroväckande hög.

Trots vissa positiva förändringar i rökvanorna är nästan en tredjedel av den vuxna befolkningen dagligrökare. Rökvanemönstret har dock förändrats så att människans konsumtion genomsnittligt sjunkit och kvinnornas stigit. Bland yngre kvinnor röker ungefär dubbelt så många som bland yngre män. De senare har dock påtagligt ökat sin konsumtion av snus.

Olikheterna i rökvanor mellan olika samhällsskikt har förändrats från 1960-talet. Rökvanorna vad gäller cigaretter har avtagit bland högutbildade, såväl män som kvinnor, men förändrats i mindre utsträckning bland

lågutbildade, särskilt kvinnor. En allmän attitydförändring under senare år till rökningen har haft till följd att såväl rökare som icke-rökare i stor utsträckning verkar föredra rökfria miljöer då det gäller gemensamhetslokaler, transportmedel m.m.

Enkätundersökning

Med syfte att utröna de hittillsvarande effekterna av de allmänna råden om rökfria miljöer tillställde socialstyrelsen och arbetarskyddsstyrelsen samtliga statliga myndigheter på central och regional nivå en enkät under hösten 1984.

Enkäten skickades ut till drygt 2 300 arbetsplatser. Ca 70 procent av dessa har besvarat enkäten. Av resultaten framgår att ca 90 procent av arbetsplatserna hade infört eller höll på (6 procent) att införa någon form av rökbegränsning.

Sammanfattningsvis visar enkäten att rökfria sammanträden tycks vara en regel på statliga arbetsplatser. Vanligt är också att man begränsat rökningen ytterligare t.ex. i lunchrum eller andra pausutrymmen. Det är däremot mindre vanligt med rökfria toalettutrymmen, entréer och korridorer. Socialstyrelsen bedömer att var femte arbetsplats följer rådets målsättning fullt ut.

Hur utvecklingen har varit på andra arbetsplatser, särskilt de privata, är ovisst. Socialstyrelsen bedömer dock att trenden kan vara densamma, även om man troligen inte har kommit lika långt i arbetet. De offentliga arbetsplatserna omfattar ofta lokaler dit allmänheten kan eller måste ha tillträde. Det är ofta i sådana lokaler man börjat arbetet med att sanera rökningen.

Drygt 90 000 exemplar av de allmänna råden har sålts och distribuerats ut till enskilda arbetsplatser. Enligt arbetarskyddsstyrelsen är efterfrågan den näst största hittills vad gäller deras kungörelser.

Pågående verksamheter

Hälso- och sjukvården har en strategisk betydelse för att förändra attityderna till rökning. Metoder behöver dock utvecklas för att integrera tobaksupplysningen i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. Ett omfattande arbete med att göra hälso- och sjukvårdsmiljön rökfri pågår ute i landet. Flera undersökningar bland vårdpersonalen har emellertid visat att många fortfarande är tveksamma till att bedriva tobaksupplysning bland patienterna. Grund- och vidareutbildningen samt fortbildningen spelar sannolikt en avgörande roll när det gäller möjligheten att förändra denna inställning.

Regeringens behandling av tobakskommitténs betänkande ledde bl.a. till att socialstyrelsen fick i uppdrag att verka för att frågor som rör tobakens skadeverkningar ägnas ökad uppmärksamhet i utbildningen av läkare och

annan vårdpersonal.

Med syfte att utveckla metoder för att integrera tobaksupplysning i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet och i den löpande grund- och introduktionsutbildningen liksom i den utbildning som förekommer inom t.ex. ett sjukvårdsdistrikt genomförde socialstyrelsen under åren 1980–1983 en försöksverksamhet i Trelleborg. Försöksverksamheten har lett till att många landsting därefter startat egna liknande verksamheter och att ett utvecklingsarbete nu pågår inom hälso- och sjukvården för att förbättra patientinformationen om rökningens skadeverkningar.

För att stimulera till att hälsofostran och tobaksfrågan behandlas i lärarnas grundutbildning och fortbildning har styrelsen tillsammans med skolöverstyrelsen genomfört konferenser inom de olika högskoleregionerna.

Styrelsen har också i samråd med skolöverstyrelsen, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet vidtagit vissa informationsåtgärder inom grund-, fort- och vidareutbildningarna av hälso- och sjukvårdspersonal.

På uppdrag av regeringen har socialstyrelsen vidare utarbetat en plan för beteendevetenskaplig forskning om tobaksbruk. Planen har utarbetats i samråd med berörda forskningsorgan och innehåller förslag till olika forskningsuppgifter.

Med detta har jag avslutat min redogörelse för vilka allmänna utgångspunkter som enligt min mening bör gälla för en bedömning av behovet av fortsatta åtgärder mot tobaksbruket. I det följande avser jag att närmare behandla frågor om

- informationsinsatser för att hindra rökdebut,
- beskattningen av tobaksvaror,
- marknadsföringen av tobaksvaror och
- uppföljningsåtgärder.

3.8.2 Informationsinsatser för att hindra rökdebut

Min bedömning: En intensifierad informationsverksamhet om tobakens skadeverkningar bör genomföras. Huvudsyftet med verksamheten bör vara att hindra rökdebut hos barn och ungdom. Arbetet bör bedrivas i nära samverkan med berörda myndigheter och organisationer.

Cancerkommitténs förslag: Överensstämmer i stora delar med min bedömning.

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som särskilt yttrat sig härom tillstyrker skolöverstyrelsen förslaget. Även statskontoret uttrycker en positiv inställning och tror att mer kan vinnas genom kraftiga insatser som syftar till att hindra rökdebut hos barn och ungdom. Socialstyrelsen förutsätter att informationsverksamheten tillförs särskilda resurser. NTS och

Visir avstyrker cancerkommitténs förslag och föreslar att ökade medel ställs till de befintliga organisationernas förfogande för att i samråd utarbeta förslag till konkreta åtgärder att via skolorna förhindra rökdebut. Riksföreningen mot cancer är positiv till förslaget om en intensifierad information till skolungdomar och vill gärna medverka till att föreningens informationsverksamhet koordineras med en mer allmänt inriktad hälsouppläsning i samarbete med landstingen och socialstyrelsen.

Skälen för min bedömning: En viktig åtgärd för att den totala rökningen i ett långt tidsperspektiv skall gå ned är att minska antalet rökdebuter. En sådan åtgärdsstrategi ligger också väl i linje med de rekommendationer om åtgärder för att minska rökningen som WHO fastställt i rapporten *Smoking and its Effects on Health*.

Vissa åtgärder i denna riktning har redan vidtagits bl.a. för att förstärka skolans möjligheter att inom s.k. hälsofostran verka mot tobaksbruket. Tillfälliga insatser eller mera kontinuerliga verksamheter inriktade på de unga har genomförts eller pågår på olika håll. Stiftelsen En rökfri generation, som började sin verksamhet år 1978, kan nämnas i detta sammanhang. Stiftelsen bedrev under de första åren av sin verksamhet med hjälp av bl.a. visst statligt stöd en intensiv kampanj i skolorna. Ungefär vid samma tidpunkt inträffade en markant nedgång i ungdomarnas rökvanor.

En informationsverksamhet med det syfte som jag nu avser att initiera bör komplettera – inte ersätta – andra pågående eller planerade långsiktiga åtgärder mot tobaksbruket. Verksamheten bör stödja och komplettera lokala aktiviteter och initiativ. Dess huvudsakliga syfte blir att söka hindra rökdebut hos barn och ungdom. Några skarpa gränser bör emellertid inte föreligga mellan åtgärder som främst syftar till att förhindra rökdebut hos barn och ungdom och åtgärder inriktade mot vuxnas tobaksbruk. De vuxnas rökvanor påverkar i hög grad barnens rökvanor och möjligheter till en rökfri miljö. Mer eller mindre integrerade informationsaktiviteter kan därför erfordras. Det kan t.ex. prövas att inom ramen för verksamheten lägga in en uppföljning av insatserna för rökfria miljöer. Den som är rökare och inte kan eller själv vill sluta röka kan i alla fall försöka skapa en rökfri miljö för barn och ungdom i hemmet, på arbetsplatsen och i föreningslivet.

Formerna för denna informationsverksamhet bör övervägas närmare. Möjligheterna till utvärdering av de beslutade åtgärderna kommer därvid bl.a. att noggrant prövas. Verksamheten bör bedrivas i nära samverkan med berörda myndigheter och organisationer.

3.8.3 Beskattningen av tobaksvaror

Min bedömning: Beskattningen bör användas i konsumtionsbegränsande syfte i enlighet med vad som redan gäller för alkoholvaror. Priset på tobaksvaror bör i vart fall följa den allmänna prisutvecklingen.

Cancerkommitténs förslag: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser som särskilt yttrat sig i denna fråga tillstyrker cancerkommitténs förslag. Några remissinstanser, bl.a. statskontoret, finner det tveksamt om prissättningen har så stor betydelse när det gäller att dämpa tobakskonsumtionen. Svenska Tobaks AB avstyrker förslaget. Socialstyrelsen föreslår att en omedelbar höjning av tobaksskatten sker så att priset på tobaksvaror under år 1985 anpassas till 1970 års relativa prisnivå.

Skälen för min bedömning: Ett genomförande av förslaget innebär att ytterligare ett steg tas från svensk sida för att genomföra det åtgärdsprogram WHO rekommenderat sina medlemsländer i syfte att begränsa tobakens skadeverkningar.

Vid en jämförelse med vad som gäller i fråga om beskattning och prissättning på alkoholdrycker kan konstateras att i propositionen (1976/77:108) om alkoholpolitiska åtgärder har fastslagits att beskattningen av alkoholdrycker bör användas som ett instrument i konsumtionsbegränsande syfte. Priset på alkoholdrycker anpassas fortlöpande till den allmänna prisutvecklingen. Med hänsyn till de skadliga effekter som tobaksbruket konstaterats ge upphov till är det, enligt min mening, angeläget att även i fråga om tobaksvaror se beskattningen som ett instrument för att nedbringa tobakskonsumtionen. Priset på tobaksvaror bör i vart fall följa den allmänna prisutvecklingen.

Priset på tobaksvaror, särskilt cigaretter, har under 1970-talet inte utvecklats i samma takt som priserna på andra konsumtionsvaror. Fr.o.m. år 1980 ändrades dock detta förhållande och prisutvecklingen på ett cigarettpaket har därefter t.o.m. varit något snabbare än den allmänna prisutvecklingen.

Tobakskommittén konstaterade att brytpunkten i den svenska rökvaneutvecklingen åren 1969–1970 mot ett minskat antal rökare inföll under en period då priset på cigaretter var reellt högre än under de senaste 25 åren i övrigt. Någon säker slutsats av detta kan man dock inte dra eftersom rökvanorna påverkas av många faktorer bl.a. ökad hälsouppllysning.

Ett genomförande av socialstyrelsens förslag skulle innebära en prishöjning med mellan 2–3 kr. för ett paket cigaretter. Det kan nämnas att en jämförelse med de nordiska länderna visar att cigarettpriset ligger betydligt lägre i Sverige.

Jag instämmer i den bedömning som cancerkommittén gjort och som innebär att prisutvecklingen på tobaksvaror fortsättningsvis i vart fall inte understiger den allmänna prisutvecklingen. Jag är inte nu beredd att föreslå att socialstyrelsens förslag genomförs. Samråd har skett med chefen för finansdepartementet.

3.8.4 Marknadsföringen av tobaksvaror

Annonsering och annan reklam för alkoholdrycker och tobaksvaror regleras genom lagen (1978:763) med vissa bestämmelser om marknadsföring av alkoholdrycker och lagen (1978:764) med vissa bestämmelser om marknadsföring av tobaksvaror. De båda lagarna, som trädde i kraft den 1 juli 1979, har som grundregel att särskild måttfullhet skall iakttagas vid marknadsföringen. Reklamåtgärder och andra marknadsföringsåtgärder får inte vara påträngande eller uppsökande och får inte uppmana till bruk av varorna. Tidningsannonsering för spritdrycker är förbjuden, medan den är tillåten för tobaksvaror. I tidningsannonserna för tobaksvaror skall dock varningstext och innehållsdeklaration återges.

Flera länder, bl.a. Finland, Norge och Island har som ett led i arbetet mot tobaksbruket infört bestämmelser som innebär förbud mot tobaksannonsering. Det kan även nämnas att WHO:s expertkommitté i tobaksfrågor år 1978 utfärdade en officiell rekommendation om "ett totalt förbud mot alla former av tobaksreklam".

Frågan om marknadsföringsreglerna bör skärpas så att direkt förbud mot annonsering för tobaksvaror införs har prövats av riksdagen vid ett flertal tillfällen, senast våren 1984. Näringsutskottet uttalade 1983 i sitt betänkande (NU 1982/83:23) bl.a. att det får ankomma på berörda myndigheter att följa hur marknadsföringen av tobaksvaror utvecklas och, om de så finner erforderligt, ta initiativ till ytterligare åtgärder från statens sida.

Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen i januari 1984 efter samråd med företrädare för ett antal berörda myndigheter och organisationer, bl.a. konsumentverket, hemställt att förbud införs mot tobaksannonsering. Styrelsen anser att omfattningen och utformningen av tobaksreklamen är sådan att en skärpning av lagstiftningen på området är nödvändig. Socialstyrelsen uppger att varje år används ca 30 milj. kr. på reklam och andra säljfrämjande insatser för tobaksvaror.

1978 års lagstiftning har enligt socialstyrelsen inte inneburit någon egentlig förbättring av konsumentombudsmannens möjligheter att ingripa mot tobaksreklamen. Den främsta effekten är att varningstexter och innehållsdeklaration har blivit obligatoriska i annonserna. Men det kommersiella budskapet, färg-, bild- och texturval i annonserna har lagen inte haft något inflytande på, anför socialstyrelsen.

Efter samråd med chefen för finansdepartementet vill jag framhålla följande.

Till grund för den av riksdagen år 1978 antagna lagen med vissa bestämmelser om marknadsföring av tobaksvaror ligger två huvudprinciper. Den ena är att de stora grupper av befolkningen som använder tobak måste i ändamålsenliga former få tillgång till relevant produktinformation. Den andra är att man med hänsyn till hälsoriskerna bör kräva stark begränsning och stark återhållsamhet. Ställningstagandet innebar att reklam måste i viss omfattning få förekomma på förpackningar samt i butiksmiljö och i

annonser. Därvid skall de kommersiella budskapen begränsas till relevanta fakta rörande varan och dess egenskaper, presenterade i så saklig form som möjligt och utan ovidkommande inslag. Bildmässigt skall reklamen inskränkas till att visa själva varan och vad som på ett naturligt sätt kan hänga samman med denna. Också frågor som rör budskapens utförlighet, färg, typografi, lay-out o.d. samt storlek får prövas mot bakgrund av den regel om särskild måttfullhet vid marknadsföringen som lagstiftningen innehåller.

Mot denna bakgrund har konsumentverket år 1979 utfärdat riktlinjer med närmare krav i fråga om marknadsföringen av tobaksvaror. Riktlinjerna ersatte en tidigare överenskommelse mellan konsumentombudsmannen och branschen samt innebar en viss skärpning i konkreta avseenden, bl.a. rörande annonsformaten. Fyra ärenden enligt den nya lagen har prövats av marknadsdomstolen (MD 1980:4 och 23, 1983:9 och 1984:23). Två av dessa har gällt annonsutformning. Ännu ett ärende om annonsering väntar nu på domstolens bedömning.

I förarbetena till den lagstiftning som riksdagen beslöt år 1978 anförs att dåvarande branschöverenskommelse drivit utvecklingen ett gott steg framåt i riktning mot en sådan stark återhållsamhet som den då aktuella. Regeln om särskild måttfullhet fick, uttalade föredraganden, redan från början en rätt hög grad av konkretion genom att den kunde grundas på dåvarande branschavtal som ett slags minimistandard. Föredraganden fann det emellertid uppenbart att man också kunde gå längre i begränsningshänseende. Detta gällde, sades det, såväl den tillåtna reklamens spridningsområde som reklamens innehåll, volym och frekvens.

Jag vill vidare framhålla att regeln om särskild måttfullhet inte fått sitt innehåll statistiskt låst. Tvärtom uttalades år 1978 i förarbetena att vid bedömningen av vad som är särskilt måttfullt nya kunskaper om hälsorisker och ändrade värderingar i samhället alltid kan beaktas. Detta gäller även beträffande kunskaper om marknadsföringens verkningar.

Av det anförda framgår att lagens möjligheter alls inte kan anses uttömda. Tvärtom är den uppbyggd för att inom sina yttersta ramar medge en sakligt grundad restriktivare inställning. Den är alltså anpassbar till utvecklingen. Detta bekräftas av att konsumentverket under hand upplyst att verket, i överläggningar med berörda intressenter, kommer att arbeta för skärpta riktlinjer. Jag anser detta vara ett angeläget initiativ som bör kunna leda till att annonseringen får ändrad karaktär. Jag vill också erinra om att det är påtagliga problem förenade med ett annonsförbud beträffande en vara som produceras och distribueras fritt. Eftersom man alltså bör kunna nå längre med 1978 års lag och då konsumentverket nu tar upp arbete med en skärpning av riktlinjerna, finner jag inte anledning att i detta läge gå in närmare på frågan om förbud mot tobaksannonser.

Jag förordar alltså att tobaksreklamen så långt som möjligt begränsas med stöd av nuvarande lagstiftning. Jag erinrar om att denna, av hänsyn till hälsoriskerna, ställer krav på stark begränsning och stark återhållsamhet vid marknadsföringen.

3.8.5 Uppföljningsåtgärder

Min bedömning: Det får anses åvila socialstyrelsen att kontinuerligt följa förändringar i rökvanor samt till dessa relaterade eventuellt registrerbara hälsoeffekter. Detta är ett naturligt led i den fortlöpande epidemiologiska bevakning av olika riskfaktorers effekter på befolkningens hälsa som socialstyrelsen har ett övergripande ansvar för. Arbetet bör bedrivas i samarbete med bl.a. statens miljömedicinska laboratorium.

Cancerkommitténs förslag: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrat sig i denna fråga tillstyrker kommitténs förslag. Socialstyrelsen framhåller starkt behovet av kontinuerliga studier av rökvanor och attityder till tobaksbruket. Situationen kännetecknas nu av provisorier och brist på samordning. Skolöverstyrelsen påpekar att de s.k. ANT-undersökningarna som genomförs av SÖ bör ses som en viktig resurs i det fortsatta uppföljningsarbetet.

Skälen för min bedömning: Möjligheterna att bedöma såväl hälsoeffekter som andra resultat av vidtagna åtgärder är, som jag tidigare framhållit, ännu så länge relativt begränsade. Den allmänna rökvaneutvecklingen torde endast undantagsvis kunna relateras till specifika, tidigare insatta åtgärder mot tobaksbruket. Allmänna trender som framkommer för rökvanor och hälsoeffekter bör dock utgöra viss vägledning för utformning av olika samhällsåtgärder.

För att få ett underlag för en fortsatt systematisk satsning mot tobakskonsumtionen erfordras särskilda uppföljningsåtgärder inriktade på att bedöma effekten på rökvanor, attityder m.m. av hela eller delar av ett åtgärdsprogram. Olika socio-ekonomiska grupper och speciella riskgrupper bör därvid bl.a. följas.

Jag anser det naturligt att en uppföljning av rökvanorna och därtill relaterade hälsorisker sker inom ramen för en löpande epidemiologisk bevakning med dokumentation och analys av data som bedöms vara av intresse vad gäller olika hälsorisker relaterade till tobaksbruk. Det övergripande ansvaret för bevakningen av olika riskfaktorers, bl.a. tobaksbrukets, effekter på befolkningens hälsa åvilar socialstyrelsen.

Statens miljömedicinska laboratorium är en viktig resurs för socialstyrelsen och styrelsens möjligheter att genomföra den föreslagna uppföljningen. Laboratoriet har på uppdrag av HS 90 redovisat ett förslag till riktlinjer för en successiv utveckling av epidemiologiska bevakningssystem i Sverige.

De rökvanundersökningar som sedan år 1976 genomförs av NTS bör ingå som en betydelsefull del i en löpande dokumentation av rökvanor och hälsoeffekter. Socialstyrelsen bör i samråd med NTS och statens miljömedicinska laboratorium undersöka möjligheterna att anpassa dessa rökvanun-

dersökningar till ett epidemiologiskt bevakningssystem. Även skolöverstyrelsens ANT-undersökningar bör ses som en viktig resurs i det fortsatta uppföljningsarbetet.

3.9 Alkohol- och narkotikafrågor m.m.

3.9.1 Alkohol- och narkotikamissbruk

Bruk och missbruk av alkohol och andra droger medför mycket stora hälsorisker. Alkoholproblemet utgör, som redovisas i HS 90-rapporten (SOU 1981:1) Hälsorisker samt i HS 90-skriften Alkohol och ohälsa, ett av vårt lands största medicinska och sociala problem. Missbruket av narkotika, som till sin omfattning är betydligt mindre än alkoholmissbruket, för också med sig stora problem såväl för samhället som för missbrukarna själva och deras anhöriga. Narkotikamissbrukets omfattning och hälsomässiga effekter redovisas i HS 90-rapporten Narkotika och ohälsa. Här kan också nämnas sniffningsproblem.

För att begränsa alkoholens skadeverkningar har riksdagen genom 1977 års alkoholpolitiska beslut lagt fast grunderna för den svenska alkoholpolitiken. Målet är att minska den totala alkoholkonsumtionen och därigenom minimera alkoholens skadliga verkningar. Förutom allmänt förebyggande åtgärder består samhällets insatser för att åstadkomma detta av aktiv prispolitik, ett omfattande opinionsbildande arbete och av en rad bestämmelser som reglerar alkoholkonsumtionen. Omfattande vård- och behandlingsinsatser hör också till de åtgärder som behövs för att bl.a. minimera skadeverkningarna.

Målet för narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle. All icke-medicinsk användning av narkotika betraktas som missbruk. Samhällets insatser mot narkotikamissbruket spänner över många verksamhetsområden och riktar sig mot alla nivåer av den illegala narkotikahandlingen. Genom riksdagens beslut med anledning av propositionen (prop. 1984/85:19, SoU 8, rskr 104) om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik kommer insatserna mot narkotikan ytterligare att förstärkas.

3.9.2 Hälsorisker vid bruk och missbruk av droger

Alkoholens skadeverkningar på olika organ i människokroppen är väl dokumenterade. Ju oftare man dricker och ju högre alkoholintaget är desto större blir riskerna för skador på lever, bukspottkörtel, mag-tarmkanal osv. Cancerkommittén har bl.a. pekat på ökade risker för vissa cancerformer i samband med alkoholkonsumtion. Vid sidan härav finns en uppenbart ökad risk för skador som uppstår indirekt till följd av alkoholkonsumtion, t.ex. olyckor samt infektioner och sjukdomar som mera är resultatet av ett levnadssätt än alkoholen i sig.

Narkotikabrukets medicinska och sociala skadeverkningar är till sin

karaktär väl kända. Däremot är kunskaperna om omfattningen av dessa skador mycket ofullständiga.

De hälsorisker som uppstår av akuta effekter av narkotika är relaterade till medel, dos, förväntningar och den miljö i vilken missbruket sker. Vid upprepad tillförsel under en längre period ökar riskerna såväl för organskador som för försämrade psykiska funktioner och psykiska sjukdomar.

Risken för uppkomst av olika kroppsliga skador hänger framför allt samman med intagningsättet. Infektioner, ibland av allvarlig art, förekommer hos majoriteten av de intravenösa missbrukarna. Vidare förekommer bl.a. muskelskador och skador på nervsystemet. Vid cannabismissbruk har framför allt risken för lungskador framhållits. Cannabiserökning leder sannolikt också till en ökad risk för lungcancer.

De narkotiska medlen har alla det gemensamt att de påverkar det centrala nervsystemet och därigenom människans psyke. Det är härigenom de av missbrukaren eftersträfvade effekterna uppkommer. Det är också härigenom som olika psykiska komplikationer uppkommer. När det gäller risken för sådana komplikationer spelar emellertid individens egenskaper, kunskapen om medlet, förväntningarna och den miljö i vilken medlet tas en stor roll.

De psykiska komplikationer som kan uppkomma innefattar bl.a. olika slag av psykoser, ångestreaktioner och personlighetsförändringar. Vid kroniskt cannabismissbruk förekommer enligt kliniska erfarenheter symtom som karaktäriseras av bl.a. sänkt ambitionsnivå, likgiltighet och koncentrations-svårigheter.

Även missbruk av sömnmedel och lugnande medel kan innebära betydande hälsorisker. Höga doser ger påtagliga förgiftningssymtom, som kan vara livshotande. Överdoser under en längre tid leder till ett beroende som karaktäriseras av symtom som liknar men som ofta är mer intensiva än de som förekommer vid akut alkoholpåverkan. Beroendet utmärks av ett starkt behov av att fortsätta att inta medlet och ett tillstånd som innebär svåra abstinenssymtom om tillförseln avbryts, med kramper, förvirring och hög feber.

3.9.3 Åtgärder mot missbruk

Alkoholskadorna är ett stort hälsoproblem i många länder. WHO har i sin Europastrategi, som jag allmänt har berört i det föregående, angett att konsumtionen av bl.a. alkohol bör reduceras med minst 25 procent fram till år 2000. För vårt vidkommande skulle det innebära en sänkning från nuvarande genomsnittliga ca 6 liter ren alkohol per invånare över 15 år till ca 4 liter. Jag anser att detta är en angelägen målsättning. Om vi lyckas sänka alkoholkonsumtionen till denna nivå skulle det innebära stora välfärds- och hälsomässiga vinster samtidigt som hälso- och sjukvården kunde minska de vårdinsatser man nu måste göra för dem som drabbas av alkoholrelaterade sjukdomar.

Efter andra världskriget har det skett en betydande ökning i alkoholkonsumtionen. Denna trend bröts omkring år 1976 och under det senaste decenniet har alkoholkonsumtionen minskat. Även en nedgång i alkoholskadorna har noterats. Detta tyder, enligt min mening, på att den alkoholpolitik som förts under senare år har varit riktig. Målsättningen skall vara att även fortsättningsvis minska den totala alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna. Även i fortsättningen bör prispolitiken och de regler som finns för att begränsa tillgängligheten till alkoholdrycker användas som aktiva instrument i en restriktiv alkoholpolitik. Först om det visar sig att dessa instrument inte räcker för att uppfylla målsättningen bör mera ingripande åtgärder övervägas.

Riksdagen har vid ett flertal tillfällen uttalat att de restriktioner som finns på alkoholområdet måste begränsas till sådana som allmänheten uppfattar som meningsfulla. Från flera håll har man påpekat att det finns behov av vissa förenklingar i regelsystemet. I syfte att åstadkomma vissa sådana förenklingar har jag efter regeringens bemyndigande tillkallat en särskild utredare. I direktiven (Dir 1984:30) för det översynsarbete som skall genomföras har jag betonat att grunderna för alkoholpolitiken måste ligga fast enligt 1977 års beslut.

Inom narkotikaområdet har en lång rad åtgärder vidtagits under budgetåret 1983/84 och hittills under innevarande budgetår efter förslag från narkotikakommissionen och en särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet. På förslag av regeringen har riksdagen anvisat sammanlagt 30 milj. kr. för att under dessa båda budgetår möjliggöra en intensifierad kamp mot narkotikamissbruket. Genom riksdagens beslut med anledning av den tidigare nämnda narkotikapropositionen kommer insatserna att förstärkas ytterligare fr.o.m. budgetåret 1985/86.

Förstärkningarna i kampen mot narkotikamissbruket har skett bl.a. inom polisen, kriminalvården, åklagarväsendet, skolan, försvaret och narkotikavården. Vidare kommer Sveriges insatser i det internationella arbetet mot narkotikan att intensifieras. För att förbättra samordningen av narkotikabekämpningen har regeringen inrättat ett nytt samordningsorgan inom regeringskansliet.

I sammanhanget bör också nämnas problem vid konsumtion av sömn- och rogivande läkemedel. En alltför okritisk inställning till sådana preparat kan innebära att kampen mot det illegala drogmissbruket försvåras. Det är därför av stor vikt att komma till rätta med överkonsumtion och missbruk av psykofarmaka. I första hand bör en närmare kartläggning göras av omfattningen av problemen i detta avseende. Jag förutsätter att läkemedelskommittén (Dir 1983:59) kommer att ta upp dessa frågeställningar.

Opinionsbildningen mot alla former av droganvändning är givetvis av stor betydelse för att komma till rätta med alkohol- och narkotikaproblemen. Inte minst har informationen om drogernas hälsorisker en central plats i detta sammanhang. Dessa frågor har ingående behandlats i narkotikapropositio-

nen. Fr.o.m. nästa budgetår kommer vissa förändringar att genomföras beträffande den statliga droginformationen, vilket bl.a. medför att statens insatser kan effektiviseras.

Folkrörelsernas och organisationslivets engagemang i drogfrågorna är enligt min mening en förutsättning för att det skall bli möjligt att komma till rätta med drogproblemen. Såväl i det opinionsbildande arbetet och genom andra insatser av förebyggande karaktär som i fråga om stödjande insatser i samband med rehabilitering av missbrukare och i det direkta behandlingsarbetet spelar olika föreningar en ovärderlig roll. Organisationslivet behöver ett starkt stöd från samhällets sida för att kunna bedriva sin verksamhet. Det statliga stödet har stor betydelse i detta avseende.

För att skapa ett nära samarbete mellan regeringen och organisationslivet kommer ett alkohol- och narkotikapolitiskt råd att inrättas. I rådet skall ingå representanter för folkrörelser och organisationer som i sin verksamhet arbetar med drogfrågor. Rådet skall vara ett forum för ömsesidig information om pågående och planerad verksamhet samt för diskussion om behovet av åtgärder.

Ansvaret för vården av alkohol- och narkotikamissbrukare åvilar landstingen och kommunerna. Fr.o.m. år 1983 har dessa också övertagit ansvaret för de f.d. nykterhetsvårdsanstalterna. Särskilda statsbidrag utgår för institutionsvården. Statsbidrag utgår vidare för familjevård och öppen vård av missbrukare samt till vissa organisationer för stöd och hjälp åt missbrukare. Regeringen har nyligen förelagt riksdagen ett förslag (prop. (1984/85:151) om nytt statsbidragssystem till missbrukarvården m.m.

Rehabiliterande åtgärder för att missbrukarna skall kunna få den utbildning, arbetsträning m.m. som krävs är av stor betydelse. Frågor rörande samverkan mellan missbrukarvården och bl.a. arbetsförmedlingen har behandlats i prop. 1984/85:19 om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik. Vidare har riksdagen beslutat (prop. 1984/85:45, AU 7, rskr 100) om statsbidrag till offentligt skyddat arbete i syfte att rehabilitera och bereda varaktigt arbete åt arbetslösa med socialmedicinskt handikapp.

Stöd till försöksverksamhet och metodutveckling är av central betydelse för missbrukarvården. Under innevarande budgetår utgår bidrag till utvecklingsinsatser inom området socialt behandlingsarbete med tonvikt på missbrukarvården. Stöd har bl.a. lämnats för att utveckla vården av kvinnliga missbrukare. En särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet har vidare initierat och genomfört ett tiotal försöksprojekt med samverkan inom missbrukarvården. För att fördjupa de fackliga organisationernas medverkan i s.k. utslussningsarbete vid vårdinstitutioner har regeringen beviljat medel för ett flerårigt försöksprojekt. I anslutning till de intensifierade insatserna på narkotikaområdet har statliga bidrag utgått till en lång rad projekt i flera kommuner för att utveckla narkomanvården.

Alkohol- och narkotikaforskningen spänner över många olika forsknings-

områden. Det är enligt min mening angeläget att drogforskningen även i fortsättningen kan bedrivas med bredd och mångsidighet. Jag vill särskilt peka på några områden som inför kommande beslut om drogpolitiken kommer att ha särskilt stor betydelse.

Det finns ett behov av forskning om sambanden mellan alkoholpolitiska åtgärder och effekterna på konsumtionen och om andra samband, t.ex. hur löne- och prisutvecklingen påverkar alkoholkonsumtionen. På liknande sätt behöver forskningen utvecklas om narkotikakontrollens olika effekter.

En viktig aspekt av effektforskningen gäller givetvis olika skadeverkningar till följd av alkoholkonsumtionen och drogmissbruket. På initiativ av Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning pågår ett samnordiskt projekt med syfte att studera sambandet mellan totalkonsumtionen av alkohol och olika skador.

Ett annat angeläget forskningsområde omfattar orsakerna till missbruk. Ökade kunskaper om vägarna in i missbruket utgör ett viktigt underlag för beslut om åtgärder i riskgrupper och riskmiljöer. Samtidigt kan resultat av sådan forskning leda fram till ökade kunskaper om behovet av rehabiliteringsinsatser.

Forskning om behandlingens effekter är också av central betydelse. Denna forskning har under senare år kunnat fördjupas inom narkomanvårdsområdet genom medel från delegationen för social forskning till ett omfattande projekt om behandlingen vid behandlingshemmen. Det är enligt min mening angeläget att behandlingsforskningen kan fortsätta med den bredd som den nu har fått.

Forskningsinsatser krävs vidare för att följa alkoholkonsumtionens och drogmissbrukets förändringar. Genom riksdagens beslut med anledning av den tidigare nämnda narkotikapropositionen kommer sådana insatser att kunna samordnas genom Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Studier av drogmissbrukets förändringar måste av flera skäl omfatta hela drogområdet, dvs. alkohol, narkotika, snifvingspreparat och sömn- och rogivande läkemedel. Det är angeläget att CAN, som nu har det centrala ansvaret att följa utvecklingen, och andra myndigheter kan verka för att våra kunskaper om drogproblemets förändringar kan fördjupas.

4 Vårdens tillgänglighet och kvalitet

4.1 Inledning

Grundläggande krav på en god hälso- och sjukvård är – enligt HSL – bl.a. att den skall vara lätt tillgänglig och av god kvalitet, såväl när det gäller det mänskliga och psykologiska omhändertagandet som i materiellt och tekniskt hänseende.

Jag har i avsnittet 2 utvecklat min grundsyn på vårdens tillgänglighet och kvalitet. Vården måste ges på så lika villkor som möjligt. Geografiska,

demografiska, sociala, språkliga, religiösa, ekonomiska, etniska och kulturella förhållanden får inte onödigtvis inverka på den enskildes möjligheter att erhålla vård. Avgifterna för vården får inte sättas så att de hindrar den enskilde att erhålla behövlig vård. För att successivt förverkliga dessa mål är det nödvändigt att alla med ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling fortsätter arbetet att utjämna villkoren så att alla kan få del av vården på lika villkor.

Jag tar i det följande upp ett antal frågor om vårdens tillgänglighet och kvalitet för några befolkningsgrupper som är särskilt beroende av insatser från hälso- och sjukvården. Det gäller äldre och särskilt deras ställning i långtidssjukvården. Det gäller vidare handikappade och de psykiskt sjuka och deras särskilda behov i vården. Jag tar också upp invandrarnas och barnens situation och behov i vårdsammanhang. Vidare berör jag samverkansfrågorna i vården. En god samverkan kring patientvården är av största betydelse för vårdens kvalitet och tillgänglighet.

4.2 De äldre inom hälso- och sjukvården och vissa frågor om patientens ställning i långtidssjukvården

Den övervägande delen av alla sjukdomar inträffar bland de äldre. Det gäller t.ex. cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i rörelseorganen, nedsättning av syn och hörsel samt s.k. demenstillstånd med starkt försämrat minne och tendens till förvirring. Det gäller även olycksfallsskador. Åldern är också den faktor som är starkast relaterad till efterfrågan och utnyttjande av sjukvård. År 1980 föll ca 70 procent av vårddagarna inom den slutna vården på den åldersgrupp som fyllt 65 år. Särskilt inom långtidssjukvården är åldern avgörande för vårdutnyttjandet. Ungefär 60 procent av vårddagarna inom långtidssjukvården gäller personer som fyllt 80 år och en tredjedel personer som fyllt 85 år. Även i den öppna vården är det de äldre som svarar för en mycket stor del av besöken vid vårdcentraler m.m.

Samtidigt kan konstateras att många äldre idag bibehåller en god hälsa långt upp i åldrarna. De mer omfattande vårdbehoven uppstår vanligen först efter 75-årsåldern. Karakteristiskt är även att variationerna i hälsotillstånd och funktionsförmåga blir större ju högre upp i åldrarna man kommer.

Förändringar i antalet äldre i befolkningen har således en avgörande inverkan på behovet av hälso- och sjukvårdsservice. Fram till år 2000 beräknas antalet personer som är 80 år och däröver öka med närmare 30 procent eller med ca 85 000 personer. Vi har alltså att se fram emot en fortsatt ökning av behovet av sjukvårdsservice för äldre under de närmaste decennierna.

Utöver en medicinskt inriktad behandling och rehabilitering har de äldre inom vården även behov av allmänna sociala insatser. Ett omfattande utvecklingsarbete inom detta område pågår i många landsting. Hemsjukvård och dagvård byggs ut. Samverkan med den primärkommunala äldreomsor-

gen förbättras och vidare sker en förnyelse och förbättringar av boendemiljöer i första hand vid de lokala sjukhemmen. Spri bedriver också ett omfattande utvecklingsarbete bl.a. i Sundsvall, Vetlanda och Olofström inom detta område.

Jag vill mot denna bakgrund kortfattat något redovisa det arbete som bedrivs i regeringkansliet inom detta område.

Inom äldreberedningen (S 1981:01) pågår f.n. arbetet med ett idéprogram om livet som äldre. Utifrån socialtjänstens allmänna mål och delmålen för äldreomsorgen kommer där att behandlas frågor om prioritering och samordning av samhällets insatser för de äldre. Utöver den offentliga omsorgen kommer också den informella omsorgen eller "vardagsomsorgen" att belysas. I idéprogrammet har hittills utgivits rapporterna Vi vet själva bäst (Ds C 1983:3) (i samarbete med demokratiberedningen) och (SOU 1985:3) Leva som äldre. Avsikten med dessa rapporter är att stimulera och vitalisera en allsidig diskussion kring äldre människors situation samt att fästa uppmärksamheten på att de - när de blir i behov av service och vård - fortfarande skall tillerkännas rätten till integritet och självbestämmande. Senare under våren 1985 avser beredningen att publicera ett omfattande faktamaterial om äldres villkor i samhället samt ett huvudbetänkande i vilket kommer att visas på framtida utvecklingsvägar för äldreomsorgen.

Äldres och handikappades behov av god vård och omsorg har vidare uppmärksammats i ett utredningsarbete som bedrivits gemensamt mellan bl.a. bostadsdepartementet och socialdepartementet. I betänkandet (SOU 1984:78) Bo på egna villkor redovisas dels vissa gemensamma målsättningar för social- och bostadspolitiken vad avser äldres, handikappades och långvarigt sjukas krav på en god boendemiljö, dels lämnas förslag till olika bostadspolitiska åtgärder för att förbättra boendemiljön och serviceutbudet för dessa grupper. Betänkandet har remissbehandlats. Regeringens förslag har redovisats i propositionen (1984/85:142) om förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka.

Som övergripande mål för utvidgade bostadspolitiska insatser gentemot äldre och handikappade slås i propositionen fast att alla människor har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad. Den s.k. bostadsförsörjningslagen (1947:523) kompletteras med en bestämmelse som slår fast kommunernas ansvar för att alla i kommunen får en egen bostad av god kvalitet.

Jag vill här avisera att det tvärdepartementala arbete som legat till grund för betänkandet Bo på egna villkor kommer att fortsätta. Utredningsarbetet skall bedrivas under ledning av en tvärdepartemental arbetsgrupp och syftar till att förbättra möjligheterna för äldre och handikappade att vid behov få en god vård och omsorg utan onödiga inskränkningar av den enskildes möjligheter att bo och leva på egna villkor. Särskilt skall uppmärksammas boendeförhållanden och livsvillkor för dem som under en längre tid vistas inom den slutna långtidssjukvården samt möjligheter och begränsningar vad

avser utbyggnad av hemsjukvård och samverkan mellan landsting och primärkommuner.

I sammanhanget vill jag vidare nämna att Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet beslutat om ett gemensamt samarbetsprojekt för att studera konsekvenserna av strukturförändringen mot ett minskat institutionsboende vad gäller äldre långtidssjuka, missbrukare, psykiskt sjuka och psykiskt utvecklingsstörda. Förbunden skall bl.a. studera den faktiska resursutvecklingen och dess konsekvenser för olika intressenter. Med utgångspunkt från detta skall alternativa utvecklingslinjer analyseras och de ekonomiska konsekvenserna för huvudmännen belysas.

De äldre och handikappades behov kommer att få ett stort utrymme i kommunförbundens arbete. Liksom varit fallet i det hittillsvarande utredningsarbetet förutsätter jag att också det fortsatta tvärdepartementala arbetet med dessa frågor kommer att bedrivas i nära samarbete med bl.a. Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Vård och stöd i öppna och lokala vårdformer

Utvecklingen går således mot att en allt större del av vården skall förmedlas i patientens eget hem, i olika former av stödbostäder eller vid lokala sjukhem. En vård med denna inriktning som beaktar patientens egna behov och önskemål ger förutsättningar för avsevärt förbättrade livsvillkor för stora grupper av långtidssjuka.

Jag vill emellertid peka på att det i vissa fall kan finnas risker för att patienten kan komma att uppleva en social isolering vid sjukvård i hemmet. Hemvårdspersonal kan knappast tillgodose hemmavårdade patienters samlade behov av social och kulturell stimulans. Har patienterna inte daglig kontakt med anhöriga, vänner eller andra är det därför nödvändigt att särskilda insatser vidtas för att garantera att de får en tillfredsställande situation också i dessa avseenden.

Till stor del kommer hemsjukvårdens patienter att vårdas med stöd av anhöriga. Detta kan från flera synpunkter upplevas positivt av både den sjuka och de anhöriga. Samtidigt måste dock uppmärksammas att anhöriga har behov av regelbunden avlastning. Detta sker genom att hemtjänsten kompletterar den anhöriges insatser eller genom att patienten temporärt tas in på institution, exempelvis sjukhem. För hemsjukvården har också dagsjukvården en viktig funktion som en avlastning och framför allt för rehabilitering och behandling av hemmavårdade patienter. Likaså får anhöriga stöd i olika former, t.ex. genom utbildning och genom att få tillgång till sjukvårdsmateriel som underlättar den dagliga vården.

Vad gäller planeringen av hemsjukvården och den institutionsbundna långtidssjukvården vill jag vidare betona vikten av att valfrihet mellan olika former av service och vård garanteras för den enskilde. Härvid ser jag det som mycket angeläget att de äldre själva ges en framträdande roll i det

pågående utvecklingsarbetet. Samverkan med folkrörelser, pensionärsorganisationer och andra föreningar i planeringen är också en viktig utgångspunkt för detta arbete.

En förutsättning för valfrihet torde vara en långt gående lokal samplanering av resurserna för äldreomsorg. En sådan utveckling har inletts, där lokala sjukhem och hemsjukvård tillsammans med servicehus, ålderdomshem etc. ses som en samlad resurs för äldreomsorgen.

Ett problem som bör uppmärksammas i detta sammanhang är att äldreomsorgens olika boendeformer vanligen utformats för att svara för ett relativt avgränsat behov av service eller vård. I samband med att behovet av medicinsk vård ökar respektive minskar tvingas patienterna ofta flytta. För äldre och långtidssjuka kan byte av vistelsemiljö vara mycket påfrestande. Jag vill därför framhålla att ett mål för samplaneringen mellan huvudmännen måste vara att flyttningar av dessa orsaker minimeras.

Med ökade och samordnade sociala och medicinska insatser kan ett kvarboende i den egna bostaden bli en realitet för allt fler långtidssjuka. Den grundläggande förutsättningen för detta är att väl utbyggda alternativ finns tillgängliga vid den enskildes ställningstagande samt att hans önskemål och åsikter respekteras. Utan sådana alternativ stannar de långtidssjukas valfrihet vid en formell och inte reell möjlighet.

Alternativen måste anpassas till den enskildes önskemål och kan omfatta olika kombinationer av bostadsanpassning, hemsjukvård, hemtjänst, färdtjänst, handikaphjälpmiddel, serviceboende etc. Risken är annars stor att kraven ökar och alternativen krymper.

Det är viktigt att alternativen formas tillsammans med patienten och dennes anhöriga. Självklart skall också anhörigas vilja att ställa upp och hjälpa till respekteras och tas till vara. Däremot strider det mot grundläggande solidaritets- och kvalitetskrav att i någon form påtvinga anhöriga betungande vårdinsatser.

I takt med att en mer differentierad vård av långtidssjuka växer fram får också den medicinska rehabiliteringen en allt viktigare funktion. Under senare år har visats att en aktiv och engagerad rehabilitering baserad på ett nytänkande där både patientens och samhällets resurser utnyttjas flexibelt kan ge drastiskt minskade omvårdnadsbehov.

Anläggs ett statistiskt matematiskt synsätt på vården av äldre och långtidssjuka skulle befolkningsförändringarna mot ett ökat antal äldre innebära ett behov av 1 000–1 500 tillkommande vårdplatser per år under åren 1982–1992. Med en ökad satsning på rehabilitering, hemsjukvård och socialhjemtjänst bör en sådan utveckling kunna undvikas. Platsantalet kan i stället successivt minska. Motivet för en sådan utveckling är humanitärt och inte ekonomiskt. En successivt förbättrad hälsa bland de äldre, bättre boendeförhållanden och en starkt ekonomi utgör förutsättningar för en sådan utveckling.

Patientens livsmiljö inom långtidssjukvårdens institutioner

Parallellt med satsningar på hemsjukvård är det angeläget med en utveckling även av vårdinnehåll och livsmiljö för långtidssjuka vid institutioner.

Mot denna bakgrund skall jag i det följande beröra vissa frågor om patientens ställning i den slutna långtidssjukvården.

Långtidssjukvården har en prägel av "lagstatusområde" inom hälso- och sjukvården. Detta har i sin tur påverkat värderingarna av de insatser som görs i vården liksom de kunskapsmässiga krav som reses i utbildning och forskning. Patienter med svåra och sammansatta sjukdomar ställer många gånger mycket stora krav på personalen. Långtidssjukvården förutsätter en välutbildad och engagerad personal som kan arbeta samman i vårdlag med mindre patientgrupper.

När patienter vistas längre perioder inom långtidssjukvården förändras gamla invanda vardagsrutiner för den sjuke. Av tradition har vi också byggt upp långtidssjukvården med akutsjukhusen som förebild. Den mänskliga omsorgen har inte givits tillräcklig uppmärksamhet. För den som skall vistas många år i en sjukhusmiljö kan förändringen bli ett problem av betydligt större dimension än en ren omställningsfråga. Människor som vistas långa tider i en sjukhusmiljö präglas av den. Saknaden efter små enkla ting, som i årtal varit självklarheter, blir stor och hemkänslan vill inte infinna sig i rutiner som är främmande för de flesta av oss.

Under senare år har det här problemet uppmärksammats på flera håll i landet och vi är på väg in i en förnyelse när det gäller vård av och omsorg om långvarigt sjuka. Förutom den högt kvalificerade medicinska vården tas numera betydligt större hänsyn till patienternas personliga integritet och önskemål. Eftersom vi är inne i ett brytningsskede har olika landsting kommit olika långt i sina strävanden att ge en mer individuell omsorg och vård, men många förändringar som redan genomförts visar att det är möjligt att bryta sjukhusrutiner, öka flexibiliteten, göra sjukhusmiljön mera hemlik och uppfylla många av patienternas önskemål.

Långvarig vistelse på ett sjukhem eller en långtidsvårdsklinik är en form av boende. Det är en faktor som måste vägas in i planeringen av vården av gamla, långtidssjuka och handikappade.

Utifrån de erfarenheter – och problem – som finns inom dagens långtidssjukvård vill jag särskilt lyfta fram följande aspekter på detta förnyelsearbete.

Stimulerande miljö

Bakgrunden till kravet på utveckling av omvårdnaden är ökad medvetenhet om att en trivsamt och stimulerande vårdmiljö ofta är lika viktig för patientens välbefinnande som medicinska insatser. Sjukvården har i hög grad

varit inriktad enbart mot det sjuka hos patienterna. I de hårt inrutade sjukhusrutinerna har det funnits alltför liten plats för upplevelser och fantasi liksom för gemenskap och meningsfull aktivitet.

Betonandet av omvårdnaden innebär att man nu också försöker hitta sätt att arbeta där man ser till alla behov och till det friska hos patienten. Långvårdspatienten har ofta resurser kvar och kan få livsinnehåll och nya livsmönster trots svår sjukdom. Arbetet utgår alltså från att utveckla de resurser som finns hos patienterna. Omvårdnadsarbetet ska också inriktas på att stimulera patientens egen initiativförmåga och hans vilja att klara sig själv. Patientens medverkan i vården uppmuntras.

Kravet på en god miljö gäller också för personalens arbetsmiljö. En viss målkonflikt mellan patienternas krav och arbetsmiljökraven kan uppkomma inte minst inom långtidssjukvården där t.ex. tunga lyft är nödvändiga. Jag vill här erinra om att arbetarskyddsstyrelsen nyligen gett ut allmänna råd (ASF 1984:11) om arbetsmiljökraven i hemsjukvården och den sociala hemtjänsten.

Gruppvård

Den delvis nya synen på vården av långtidssjuka har lett till krav på förändring av vårdarbetets organisation. Vårdpersonalens arbetsuppgifter omfördelas mot mer lagarbete. Vårdlag och gruppvård håller på att införas i långtidssjukvården.

Gruppvård är ett sätt att organisera vårdarbetet där en mindre personalgrupp – ett vårdlag – tar hand om och ansvarar för ett mindre antal patienter. Idén är att det skall vara färre vårdande kring patienten och att patienten skall kunna ingå som en aktiv del i gruppen. Inom ramen för den gruppinriktade organisationen eftersträvas även att vårdpersonalen skall vidga sina arbetsuppgifter, bl.a. till ökad medverkan i rehabilitering och aktivering av patienterna.

Ett led i utvecklingen är också att ett ökat planeringsansvar för vården läggs på grupperna i direkt samverkan med patienterna.

Individuell vårdplanering

En form av planering som utvecklats i anslutning till vårdlagsorganisationen är s.k. individuell vårdplanering. Denna innebär att mål formuleras för vården av varje enskild patient.

I den vårdplan som upprättas för patienten anges inriktning och mål för vården. Vårdplanen bygger på ankomstsamtal, eventuellt redovisade i s.k. identitetsjournaler. Stor vikt läggs vid patientens önskemål utifrån sociala, kulturella och psykiska behov, vilket förutsätter kunskaper om patientens bakgrundsförhållanden och situation i stort. I anslutning till vårdplaneringen hålls regelbundna vardkonferenser för diskussion och samordning av vårdens

inriktning. Konferenserna kan vara gemensamma för samtliga personalgrupper som kommer i kontakt med patienten.

Synen på vården av de långtidssjuka utvecklas således på många håll i landet. Betonandet av omvårdnad, gruppvård och individuell vårdplanering markerar steg i en utveckling som jag finner utomordentligt positiv. Samtidigt måste jag dock konstatera att de som vårdas vid institutioner i dag till stora delar saknar möjlighet att påverka sådant som annars är ett självklart ansvarsområde för den enskilde.

Ökat patientinflytande

I enlighet med att vistelse inom långtidssjukvården skall ses som ett boende, vilket i så liten utsträckning som möjligt bör avvika från vad som kan karakteriseras som ett normalt boende, bör patienternas medverkan och inflytande inom institutionerna ökas ytterligare. Detta bör kunna komma till stånd inom ramen för den nämnda vårdplaneringen, där bl. a. frågor om det dagliga livet inom vårdinstitutionerna behandlas så som exempelvis allmänna aktiviteter, besökstider och miljöutformning.

Ett vidgat medinflytande innebär vidare att organisation och rutiner inom de enskilda vårdinstitutionerna i ökad omfattning anpassas till krav och önskemål som framförs av de boende. Utvecklingen går således mot att många av besluten om vårdens inriktning fattas lokalt inom kliniker, sjukhem eller avdelningar.

En långtidssjukvård där patientens ställning stärks medför således att också vårdpersonalen får vidgade möjligheter att påverka det egna arbetets inriktning. Härigenom skapas förutsättningar för att personalen utnyttjar sin kreativitet och ökar sitt engagemang i arbetet med patienterna. Jag vill härvid särskilt peka på att vårdpersonalens kompetens ökat genom den reformerade vårdutbildningen och att personalen därför idag bör ha goda förutsättningar att på ett annat sätt än tidigare ta ett vidgat ansvar.

Kontakt med anhöriga och folkrörelser, kulturliv m.m.

De kanske viktigaste kontakterna för patienterna är med de anhöriga. Trots detta är det ofta svårt för anhöriga att länkas in i vården. Ett led i att öppna vårdinstitutionerna är därför att stimulera anhöriga och vänner till den långtidssjuka att aktivt delta i de dagliga verksamheterna inom institutionerna. Detta bör kunna bidra inte enbart till patientens välbefinnande utan även till den anhöriges.

Andra vilka också bör kunna ha en viktig roll i att öka kontakterna mellan institutioner och samhälle är folkrörelser, lokalt föreningsliv, kulturinstitutioner, ideella organisationer m.fl. Många av dessa bedriver redan verksamhet riktad mot institutioner och genom en breddning av dessa bör långtidsvårdade kunna garanteras en mer normaliserad situation, där de kan

bibehålla sina intressen och sin personliga livsstil.

Särskilt vill jag här peka på folkrörelsernas och folkbildningens roll. Dessa har en lång tradition i att arbeta med eftersatta grupper och med anpassning efter deltagarnas behov och förutsättningar. Folkbildningen bygger på demokratiska arbetsformer och deltagarnas självbestämmanderätt. Vidare har folkrörelserna en bred förankring i samhället och ett lokalt kontaktnät. Folkrörelserna bör därför ha särskilt goda förutsättningar att bidra till att långtidssjukvårdens institutioner tillförs impulser från det allmänna samhällslivet. Utöver cirklar och andra verksamheter inom institutionerna bör man härvid också kunna skapa en plattform för att ge patienterna förutsättningar att delta i verksamheter i samhället.

I sammanhanget vill jag även framhålla den betydelse trossamfunden och sjukhusprästerna redan i dag har för många patienter med långa sjukhusvistelser. Förutom gudstjänster erbjuder samfunden personlig andlig vård och sjukhusprästerna utgör en viktig länk till samhällslivet utanför vårdinstitutionerna.

En annan sektor, som i likhet med folkrörelserna och trossamfunden bör kunna ha en viktig roll i sammanhanget, är kultursektorn. Att vara intagen på en institution får inte betyda att man utestängs från alla möjligheter att ta del av eller delta i kulturlivet. Biblioteksservice finns idag vid flertalet av långtidssjukvårdens institutioner. Även andra kulturinstitutioner såsom museer och teatrar bör ha ett ansvar att vända sig till långtidssjuka. Olika verksamheter bör därför inriktas, utformas och genomföras så att de också kommer patienter inom vårdinstitutioner till del.

Landstingens kulturförvaltningar bedriver en s.k. kultur i vården – verksamhet som till stor del riktar sig till långtidssjukvårdens institutioner. Kulturrådet har behandlat denna verksamhet i rapporten (1983:7) Kultur i vården, Utgångspunkter, organisation och resurser. I rapporten konstateras att de långtidssjukas kulturella och sociala behov ofta är eftersatta och därför måste ges en ökad uppmärksamhet. Kulturrådet pekar på att kulturinsatser verksamt bör kunna bidra till förbättringar i vårdmiljön. En förutsättning för en fungerande kulturverksamhet är, enligt kulturrådet, att rutiner etc. inom vårdinstitutionerna präglas av en förståelse för patientens behov av kulturella upplevelser. Vidare framhålls att till kultur i vården hör både vardagliga aktiviteter som kan bedrivas av vårdpersonalen i samverkan med patienterna och mer traditionella kulturella upplevelser förmedlade av konstnärer och andra kulturarbetare. Jag finner att de av kulturrådet redovisade synpunkterna bör kunna utgöra ett underlag för landstingens fortsatta arbete.

Sammanfattningsvis kan jag således konstatera att en utveckling pågår för att ge långtidsvårdade ett ökat inflytande över sin livssituation och boendemiljö. Ett ökat inflytande från patienternas sida är kopplat till att vårdpersonalen ges vidgade möjligheter att inom den egna arbetsplatsen utforma organisation, rutiner, miljö m.m. efter önskemål från patienterna

och efter egna idéer. Långtidssjukvårdens institutioner öppnas vidare mot det omgivande samhället och särskilt har anhöriga, föreningsliv, folkrörelser och kulturella institutioner en viktig roll i detta arbete. Vidare kan framhållas att den beskrivna utvecklingen bygger på ett lokalt arbete och att skilda modeller tillämpas på olika platser i landet och vid olika typer av institutioner.

Avslutningsvis vill jag framhålla att dessa förändringar syftar till att de långtidssjuka skall få ökat inflytande över sin livssituation och boendemiljö och öka förutsättningarna för att erhålla vardagskvaliteter som är självklara för den som är frisk. Det pågår en utveckling som ökar patientens möjligheter att själv kunna påverka sin närmaste omgivning, att ostört träffa anhöriga, att ringa telefonsamtal, att välja aktiviteter och dygnsrytm etc. Det underlättar och stödjer också i hög grad respekten för den personliga integriteten.

4.3 Handikappade inom hälso- och sjukvården

Målen för hälso- och sjukvårdspolitiken omfattar hela befolkningen men får i praktisk verksamhet olika innebörd för skilda grupper i samhället.

Både i samband med utarbetandet av den nya hälso- och sjukvårdslagen och i beredningsarbetet kring HS 90-rapporten har handikappades situation, problem och behov markerats.

Insatserna inom hälso- och sjukvård spelar en viktig roll i arbetet på att förverkliga de handikappolitiska målen. Handikappades möjligheter att bo i egen bostad, få eller kunna behålla ett arbete och att delta i kultur- och nöjesliv har i många fall ett starkt samband med de hälso- och sjukvårdande insatserna. Detta gäller exempelvis blödarsjuka, diabetiker, reumatiker, hjärt- och lungsjuka, människor med cystisk fibros och neurologisk sjukdom, stomiopererade, njursjuka, psoriatiker m.fl.

I detta sammanhang vill jag erinra om att sjukdom och handikapp inte är samma sak. Sjukdomar drabbar alla människor och i de flesta fall botas sjukdomen. Ibland leder den dock till en skada eller bestående funktionsnedsättning. Handikapp betingas också av brister i samhällsmiljö och i verksamheter som försvårar för eller utestänger en människa med funktionsnedsättningar.

Handikappades omfattande behov av sjukvårdsservice är väl dokumenterat. Handikappade har täta kontakter med läkare, många sjukhusbesök och en betydande konsumtion av olika läkemedel. Dessa förhållanden har belysts i statistiska centralbyråns (SCB) Levnadsnivåundersökningar (ULF), senast i rapport nr 41 år 1984. I rapporten dokumenteras att många handikappade är starkt beroende av hälso- och sjukvårdens tjänster.

Handikappade har således naturligt ett högt värdeutnyttjande. Samtidigt kan emellertid konstateras att andra inslag i handikappades hälso- och sjukvårdskonsumtion inte har samma självklara ursprung i och samband med

skador eller sjukdomar. Av SCB:s rapport framgår exempelvis att konsumtionen av lugnande medel och av sömnmedel är betydligt större bland handikappade än bland andra grupper av befolkningen.

Handikappades behov av sjukvård är dubbelt: dels har de samma sjukvårdsbehov som andra människor, dels har de behov av hälso- och sjukvårdens resurser till följd av den skada eller sjukdom som orsakat deras funktionsnedsättning. I båda avseendena behöver handikappades situation särskilt uppmärksammas.

Det är här synnerligen viktigt att patienten har en aktiv roll i vården och själv blir delaktig i vårdarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste vara lyhörd för patientens önskemål och han skall få information om sina rättigheter, sitt sjukdomstillstånd, olika behandlingsalternativ osv. Det får inte vara den enskildes förmåga eller oförmåga att tala för sin sak som avgör om han skall bli delaktig i vårdarbetet eller ej.

Frågor om handikappades inflytande och möjligheter till påverkan ställer ökade anspråk på personal och organisation. Personalen inom hälso- och sjukvården behöver ökad kunskap om handikapp. Fler kunskapsmoment om handikapp och dess konsekvenser bör föras in i olika yrkesgruppers grundutbildning. Fort- och vidareutbildning för att öka personalens kompetens i handikappfrågor är också viktig.

För handikappade med långvariga sjukdomar och bestående skador är en lättillgänglig och god sjukvård avgörande för deras möjligheter att fungera i samhället. För dem är det av särskilt stor betydelse att vid behandling eller utredning få träffa samma läkare och övrig personal i vårdlaget. Det ger patienten den känsla av säkerhet som är en förutsättning för att han skall känna trygghet i vården.

Den pågående utvecklingen mot att primärvården skall utgöra basen i hälso- och sjukvården är i de flesta fall gynnsam även för handikappade. Detta gäller särskilt när handikappade konsulterar sjukvården av samma skäl som folk i allmänhet, men även i många fall där handikappades sjukvårdsbehov har samband med den skada eller sjukdom som orsakat funktionsnedsättningen.

Det finns goda exempel på hur t.ex. sjukvårdande behandlingsåtgärder flyttats ut från sjukhus till öppna vårdformer eller till patientens hem och därmed skapat nya möjligheter för patienten till ett aktivt liv i samhället. Som exempel kan här nämnas psoriatikervården och verksamheten med hemdialys för njursjuka.

För många handikappade krävs emellertid en mera specialiserad vård än den som allmänläkarvården kan erbjuda. I ökad omfattning har sådan specialiserad vård under senare tid förmedlats inom primärvården genom medverkan av andra specialitälkare i form av konsulter i primärvården. En fortsatt utveckling i denna riktning är önskvärd för att en god hälso- och sjukvård nära hemorten skall kunna erbjudas handikappade och långvarigt

svårt sjuka, som har ett kontinuerligt behov av en mer specialiserad vård.

Genom framstegen inom den medicinska forskningen och den tekniska utvecklingen kan många som tidigare inte överlevde svåra sjukdomstillstånd nu inte bara räddas till livet utan också erbjudas ett aktivt och innehållsrikt liv. Detta gäller t.ex. ungdomar med cystisk fibros, blödarsjuka barn och barn och ungdomar med svåra njursjukdomar. I dessa och liknande fall är det inte möjligt att i dag tillgodose högt specialiserade insatser inom primärvården. Det är därför viktigt att slå fast vikten av specialistinsatser gentemot handikappade inom läns- och regionvård.

De hälso- och sjukvårdspolitiska målen ställer stora krav på flexibilitet inom vårdorganisationen. Detta blir särskilt påtagligt för olika handikappgruppers del. Helhetssyn och samordning av insatser är viktiga utgångspunkter i allt arbete med människor. I synnerhet gäller detta patienter som är flerhandikappade eller eljest svårt handikappade och som är beroende av samtida insatser från flera håll.

Helhetssyn och samordning är i viss mening särskilt viktigt att försöka åstadkomma inom och mellan högt specialiserade verksamheter men kan många gånger också vara speciellt svårt att åstadkomma inom dessa. För handikappade är behoven av helhetssyn och samordning påtagliga. Skadan/sjukdomen kan ha omfattande verkningar och medför ofta ingrepp i patientens liv utöver de rent medicinska åtgärderna, t.ex. i arbetslivet, familjelivet och hela den sociala situationen. De berörda specialisterna har många gånger svårt att anlägga ett helhetsperspektiv på individen. För patientens del skulle insatserna många gånger bli bättre om helhetssyn och samordning vore mer utvecklade. Det är viktigt att här också poängtera nödvändigheten av samspel mellan hälso- och sjukvårdens resurser å den ena sidan och övriga stöd- och serviceinsatser å den andra. Ansvar för att åstadkomma helhetssyn och samordning åvilar alla berörda parter.

Rehabiliteringsinsatserna för handikappade har successivt byggts ut. I många landsting har medicinska rehabiliteringskliniker inrättats. Vidare har hörsel- och syncentraler tillkommit. Habiliteringen för främst rörelschindrade barn- och ungdomar har successivt byggts ut. Habiliterings- och rehabiliteringsinsatserna är viktiga – och ofta grundläggande – led i arbetet med att skapa delaktighet och jämlikhet för handikappade. Både mänskligt och samhällsekonomiskt är det välmotiverat att satsa på rehabilitering.

I den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården är det angeläget att handikappades egna kunskaper och erfarenheter tas till vara. Handikappprörelsen är väl organiserad. Handikapporganisationerna kompletterar i många avseenden den kunskap sjukvårdshuvudmännen behöver för att utveckla hälso- och sjukvården på bästa möjliga sätt.

4.4 Vården av psykiskt sjuka

Den psykiatriska vården befinner sig i ett mycket dynamiskt utvecklingskede. En snabb förändring pågår från stora mentalsjukhus till mindre,

decentraliserade enheter och en ökad satsning på öppna/halvöppna vårdformer. Antalet vårdplatser inom har minskat med ca 35 procent under det senaste decenniet och platserna beräknas under ytterligare ett antal år fortsätta att minska med ca 1 000 per år. Jag ser mycket positivt på denna utveckling. Jag vill därför beröra några viktiga förutsättningar för den fortsatta förändringsprocessen.

En genomgående strävan inom den psykiatriska vården är att verksamheten skall bedrivas i så öppna och hemliknande former som möjligt. Vården skall bedrivas decentraliserat – i anslutning till patientens normala boendemiljö och så att han i så liten utsträckning som möjligt rycks loss från sin invanda miljö och sitt sociala sammanhang. Helhetssynen är utgångspunkten för hur man skall betrakta individens totala situation och omgivning. Helhetssynen sätter in psykiatrin i ett sammanhang tillsammans med övriga samhällsinsatser som t.ex. övrig hälso- och sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa, skola, kyrka och föreningsliv.

Människan måste ses i sitt totala sammanhang som individ, som gruppmedlem och som samhällsmedlem. Allt fler studier visar t.ex. hur arbetslösheten påverkar vår psykiska hälsa och hur hot om arbetslöshet påverkar hela familjens psykiska välbefinnande. I såväl behandling som rehabilitering måste psykiatrin utgå från människans totala situation och i ett samspel söka påverka de faktorer i omgivningen och hos henne själv som orsakar de psykiska problemen. Psykiatrin måste därför, tillsammans med patienten, samarbeta med bl.a. familj, anhöriga, arbetskamrater. Behandlingsformerna måste anpassas till den enskilde patientens behov och hjälpa honom att mobilisera de egna och omgivningens resurser.

Klientorganisationerna har viktiga uppgifter i vården av psykiskt sjuka. Genom att patienten får kontakt med andra, som har eller har haft en liknande situation, kan den isolering och känsla av skam som kan drabba många psykiskt störda lindras. På samma sätt kan psykiska störningar och problem avdramatiseras om patienten och hans anhöriga träffar andra som kan berätta om hur de tagit sig ur sina problem. Många föreningar har lokaler, studieverksamhet och i något fall arbetskooperativ där människor som haft eller har psykiska störningar har möjlighet att vara verksamma utan att drabbas av omgivningens fördomar. Ett vanligt problem för psykiskt störda människor är att deras arbetsinsatser inte efterfrågas och att de därför både isoleras och lämnas i överksamhet.

Väl fungerande patientföreningar utgör ett stöd till samhällets vårdverksamhet genom att de kan erbjuda gemenskap, samhörighet, fullt självbestämmande och rättigheten att ha en viktig funktion för andra medmännikor.

Det är viktigt att notera att ett öppet samhällsanknutet arbetssätt förutsätter ett klart samtycke från patientens sida och att allt arbete sker i nära samverkan med honom. HSL:s krav på att behandlingen skall planeras och genomföras tillsammans med patienten är särskilt betydelsefullt i

psykiatrisk verksamhet.

Det finns numera en tämligen bred överensstämmelse i uppfattningen att flertalet psykiska störningar inte har något enkelt samband med biologiska faktorer. Snarare är det så att det finns flera samverkande orsaker som berör såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer, och att dessa i vissa situationer förstärker varandra så att människan känner vanmakt inför sin livssituation eller förlorar förmågan att på ett realistiskt sätt orientera sig i tillvaron.

Ett grundläggande kvalitetskrav på den psykiatriska vården är att den i så liten utsträckning som möjligt grundas på tvång utan istället utgår från ett förtroendefullt samarbete mellan patient och vårdansvariga och arbetar med en helhetssyn på patientens situation samt med vård i så öppna former som möjligt.

Under de närmare två decennier som den nuvarande lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall – LSPV – har tillämpats har sjukvården som helhet genomgått en omfattande förändring. Allt större vikt läggs, som jag har beskrivit tidigare, vid förebyggande insatser, vid vårdens lättillgänglighet och vid patientens inflytande över vården och sin egen situation i den. Dessa strävanden har avsatt tydliga spår.

Under den senaste 4-årsperioden har antalet inläggande patienter som vårdas med tvång minskat med hälften. Det är en snabb reduccering. Orsakerna kan vara flera: antalet nyintagningar har minskat, vårdtiderna har förkortats, regler om regelbunden omprövning av vårdbesluten har införts och – inte minst – hemsjukvård och hemtjänst har byggts ut.

Ambitionerna bakom tillkomsten av LSPV har alltså i många stycken förverkligats. Icke desto mindre är andelen psykiskt sjuka, som bereds vård tvångsvis, fortfarande hög internationellt sett. Det är mot bakgrund av de förändringar som redan har skett, de som pågår och de som bör komma till stånd, som behovet av en revision av LSPV får ses.

Socialberedningen överlämnade i slutet av augusti förra året betänkandet (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. I betänkandet har beredningen föreslagit att LSPV ersätts av tre nya lagar, som tar sikte på olika behov: behovet av akut, kortvarig vård vid allvarliga psykiska störningar, behovet av adekvata vårdformer för psykiskt störda lagöverträdare och behovet av skyddsregler för vissa patienter med nedsatt mental förmåga.

Socialberedningens förslag präglas starkt av frivillighet i vårdsynen. Den frivilliga vårdens företrädare, behovet av samverkan mellan psykiatrin, primärvården och socialtjänsten, korta vårdtider, vård på vanliga sjukhus samt intagningsprövning av domstol är några inslag som ges uttryck i den föreslagna lagen om tvångsvård vid akuta vårdbehov.

Uppdelningen på tre lagar motiverar beredningen med att den nuvarande lagen har fört samman grupper av människor till mentalsjukhusen, för vilka vården där inte har varit anpassad, främst då åldersdementa och psykiskt

störda lagöverträdare. När det gäller de psykiskt störda lagöverträdarna bör liksom hittills, menar beredningen, de egentliga påföljdsreglerna finnas i brottsbalken. Närmare bestämmelser om vården m.m. bör finnas i en särskild lag om rättspsykiatrisk vård. Beträffande åldersdementa och vissa psykiskt utvecklingsstörda begränsas behovet till regler som gör det tillåtet att vidta åtgärder för att skydda dem från att skada sig. Även dessa regler bör ges i form av en särskild lag, menar beredningen.

Betänkandet har remissbehandlats. Mer än 100 instanser har avgivit yttranden över förslaget. Någon samlad bedömning på grundval av remissutfallet är jag inte beredd att göra nu. Jag har dock kunnat konstatera att de grundtankar som bär upp beredningens förslag stöds av flertalet remissinstanser. Åtskilliga enskildheter i förslaget har dock fått ett blandat mottagande.

Regler om frihetsinskränkningar och andra tvångsåtgärder mot enskilda personer måste utformas med största omsorg och noggrannhet. Reglerna måste ge garantier för att tvångsingripanden görs endast när inga andra möjligheter erbjuder sig och ge en fullt betryggande rättssäkerhetsgaranti för den enskilde. Samtidigt får regelsystemet inte i sig motverka syftet med ett ingripande som är berättigat. Mot denna bakgrund finner jag det angeläget att noga analysera de synpunkter som remissinstanserna har lämnat. Först när denna analys är gjord är jag beredd att ta ställning till den fortsatta behandlingen av beredningens förslag.

4.5 Invandrarna i hälso- och sjukvården

I HS 90:s huvudrapport anges att invandrare – särskilt kvinnor – oftare än andra drabbas av ohälsa. Invandrare har också relativt sällan fast läkarkontakt.

HS 90 har låtit utarbeta en särskild underlagsstudie (SOU 1984:45) Invandrarna i hälso- och sjukvården. Det är i första hand en kunskapsöversikt och probleminventering. I rapporten ges också vissa förslag om insatser för att förbättra invandrarernas situation i hälso- och sjukvården.

HS 90 påpekar bl.a. att av SCB:s s.k. ULF-undersökningar framgår att långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga är betydligt vanligare bland utländska medborgare än bland svenskar. En jämförande undersökning mellan finländska invandrare och den infödda svenska befolkningen på basis av 1974 års levnadsnivåundersökning visar att finländska invandrare har ett klart sämre hälsotillstånd än svenskar av samma kön, ålder och yrkesgrupp.

Bland invandrare som sjukhusvårdats finns en överrepresentation av diagnoser som tuberkulos, rygg-, mag- och tarmbesvär. Flyktingar har i många fall ett ackumulerat behov av vård.

Det har visats att invandrarbarns hälsotillstånd ofta förbättras efter flyttningen till Sverige, men de löper ändå större risk att ådra sig sjukdomar

än vad infödda svenska barn gör.

När det gäller de psykiska hälsoproblemen bland invandrare har det visats att östeuropéer, italienare och jugoslaver i förhållande till sin andel i befolkningen söker vård i betydligt större utsträckning än nordiska och västeuropeiska invandrare. Det finns också undersökningar som visat att många latinamerikanska flyktingar har psykiska hälsoproblem. Även bland andra flyktingar förekommer sådana problem. Risken för en invandrare att få behov av psykiatrisk vård är relativt hög även i grupper som lever under socialt gynnsamma förhållanden.

I underlagsstudien anges åtgärder som skulle kunna förbättra invandrarernas situation i hälso- och sjukvården och deras hälsotillstånd. Med en utbyggd primärvård och öppen psykiatrisk vård torde goda förutsättningar finnas att i samverkan med kommunernas socialtjänst och invandrarbyråer samt med förskolan och skolan bedriva ett förebyggande arbete bland invandrare. Vårdcentralernas tillgänglighet för minoriteterna kan ökas genom särskilda informationsinsatser till invandrarna om den service som finns tillgänglig. Jourtolk via telefon är värdefullt. Flerspråkig personal kan vara särskilt motiverad inom psykiatri och barnsjukvård.

Flerspråkiga vårdlag i hemsjukvården kan behövas i invandrantäta områden liksom utbildningsinsatser för personalen så att omvårdnaden blir anpassad till patientens kulturella och etniska förutsättningar och traditioner. Landstingens ansvar för invandrarernas hälsofrågor i planeringen av hälso- och sjukvården betonas liksom att socialstyrelsen bör arbeta med att sprida kunskap och utveckla metoder inom detta område.

Jag noterar att statens invandrarverk vid remissbehandlingen ställt sig bakom underlagsstudiens beskrivningar och förslag i dessa hänseenden. Verket vill ge socialstyrelsen en aktiv roll när det gäller invandrarna i hälso- och sjukvården, bl.a. genom att socialstyrelsen bör svara för genrellt handlingsprogram som underlag för landstingens insatser.

Allmänt gäller att i Sverige bosatta utländska medborgare har samma rätt till hälso- och sjukvård som svenska medborgare. Jag anser för egen del att den utveckling vad avser det förebyggande arbetet, utbyggnaden av primärvården och utveckling av den psykiatriska vården mot öppnare former, som jag redovisat, kommer att också förbättra invandrarernas situation i hälsöförhållanden. Tillgång till flerspråkig och kulturkompetent personal är många gånger också en förutsättning för att invandrare med otillräckliga kunskaper i svenska skall få del av vården på samma villkor som andra. Jag anser att de synpunkter som förts fram i HS 90-arbetet är viktiga. Jag anser också att det bör ankomma på socialstyrelsen att ha huvudansvaret för den centrala bevakningen av invandrarernas hälsofrågor och därvid bl.a. ta fram kunskapsunderlag och handlingsprogram till vägledning för landstingens insatser till invandrare. Jag vill också framhålla behovet av forskning inom detta område och den viktiga roll som både delegationen för social forskning (DSF) och delegationen för invandrarforskning (EIFO) spelat och

bör kunna spela för att initiera sådan forskning. I EIFO:s forskningsprogram har hälso- och sjukvården en central plats.

I april 1983 gavs UHÄ i uppdrag från regeringen att utreda hur tillgången på tvåspråkig personal med högskoleutbildning skall kunna ökas. De utbildningar som enligt uppdraget i första hand skulle utredas är sådana som förbereder för yrkesverksamhet inom socialtjänsten, mödra- och barnhälsovården, långtidssjukvården samt den psykiatriska vården. UHÄ kommer att redovisa uppdraget under året.

4.6 Barnens hälso- och sjukvård

HS 90 behandlar barnens hälsofrågor särskilt i underlagsstudien (SOU 1984:46) Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet, men också i andra rapporter från IIS 90-arbetet.

Barns fysiska hälsa har fortlöpande förbättrats i åtskilliga hänseenden. Spädbarnsdödligheten har sedan år 1960 sjunkit från ca 17 promille till nu ca 7 promille. Behandlingsresultaten vid t.ex. vissa elakartade tumörsjukdomar har starkt förbättrats. Dödligheten i barnolycksfall har i det närmaste halverats sedan 1950-talets början. De systematiska vaccinationsprogrammen har starkt bidragit till att eliminera eller väsentligt reducera flera svåra infektionssjukdomars förekomst bland barn och dödligheten i infektionssjukdomar har minskat i alla åldersgrupper. Den slutna barnsjukvården har begränsats och ersatts av insatser i öppen vård. Där slutna vård är nödvändig har den öppnats för medverkan av föräldrar och andra anhöriga.

Trots de framsteg som gjorts för att förbättra barnens hälsoförhållanden återstår mer att göra. Ett viktigt led i detta utvecklingsarbete är att genom en ännu mer målmedveten hälsoövervakning och ytterligare forskningsinsatser klarlägga utvecklingstendenserna vad avser ohälsans omfattning och fördelning bland barn.

Ohälsan är alldeles klart ojämnt fördelad mellan barn. I mycket stor utsträckning drabbas barn till föräldrar med låg inkomst och låg utbildning som själva har sociala eller psykiska problem. Barns hälsa är därmed i stor utsträckning en återspeglning av föräldrarnas hälsa och välbefinnande och deras resurser och sociala villkor.

Jag vill starkt framhålla att det är genom den allmänna solidariska välfärds- och socialpolitiken samt familjepolitiken och den aktiva fördelningspolitiken som barnens livsvillkor och hälsoförhållanden långsiktigt kan utjämnas och förbättras. Insatserna måste också särskilt ta sikte på de barn som lever med de sämsta villkoren. För dessa hälso- och vårdpolitiska riskgrupper bland barn behövs ett aktivt och uppsökande arbete från bl.a. primärvårdens sida.

Jag vill också framhålla den betydelse den förebyggande hälsovården för mödrar och barn samt skolhälsovården har för barnens hälsoutveckling. Vi måste slå vakt om dessa funktioner och tillse att alla får del av dess insatser

med utgångspunkt i den enskildes behov.

Den allt mer etablerade föräldrautbildningen är ett viktigt led i arbetet att på sikt förbättra barnens förutsättningar för en positiv utveckling i hälsomässigt och socialt hänseende. Jag vill i detta sammanhang erinra om att det i anslutning till 1979 års avtal angående sjukvårdshuvudmännens ersättningar från sjukförsäkringen förutsattes att landstingen skall svara för föräldrautbildning i anslutning till barns födelse i enlighet med de förslag som lämnades i proposition 1978/79:168.

Hälsoupplýsningen, som jag behandlat i ett tidigare avsnitt, tar i särskilt hög grad sikte på den unga generationen, för att grundlägga från hälsosynpunkt goda vanor och motverka en destruktiv livsstil. Näringsriktiga och tilltalande skolmåltider är som jag tidigare betonat viktiga för att bidra till ett bra näringstillstånd bland barn och skapa sunda kostvanor.

Som jag nämnt är olycksfallen fortfarande en viktig orsak till dödsfall, sjukvårdskontakter och bestående invaliditet bland barn. Jag vill i detta sammanhang erinra om att barnmiljörådet har särskilt ansvar för barnmiljö- och barnsäkerhetsfrågor. För att samordna och sprida information om olika insatser på barnsäkerhetsområdet har rådet bildat en särskild referensgrupp bestående av representanter för ett 40-tal myndigheter och organisationer samt medicinsk expertis. Referensgruppen har bl.a. behandlat frågor som gäller åtgärder för att minska antalet barnolycksfall i skolor, på skolbarnens fritid och inom lantbruket samt tagit upp frågan om registrering av barnolycksfall i skolan. Barnmiljörådet har utarbetat ett särskilt informationsmaterial om barnsäkerhetsfrågor. Materialet, som sprids bl.a. genom barnvårdscentralerna, har översatts till ett stort antal olika språk. Rådet arbetar även med frågor om barns situation på sjukhus.

I sin anslagsframställning för budgetåret 1985/86 understryker rådet vikten av att en registrering av barnolycksfallen kommer till stånd och hänvisar till att det inom SCB pågår ett arbete med att undersöka hur en sådan registrering kan läggas upp. I ett tidigare avsnitt har jag redovisat att det krävs förbättrad skadestatistik för att förstärka underlaget för att genomföra intensifierade skadeförebyggande insatser för bl.a. barn och ungdom och för uppföljningen av effekterna av olika skadeförebyggande åtgärder. Barnmiljörådet har även arbetat aktivt för att få fram modeller för lokalt förebyggande arbete mot barnolycksfall och för en bättre barnmiljö. Jag avser vidare, som jag tidigare anmält, att föreslå regeringen att närmare låta utreda möjligheterna att ge miljö- och hälsoskyddsnämnderna i kommunerna vidgade uppgifter och befogenheter när det gäller att minska skaderisken i miljön, t.ex. i bostädernas närmiljöer.

Erfarenheter från "skyddsronder" i kommuner visar att man genom att systematiskt spåra upp sådant som kan vara allvarliga olycksfallsrisker – oskyddade grustäckor, riskfyllda lekplatser, trafikfällor etc. – skulle kunna förhindra åtskilliga olycksfall bland barn. Praktiska erfarenheter från t.ex. Falköping pekar på minskningar av olycksfallsskadorna med uppemot en

tredjedel sedan ett lokalt skadeförebyggande arbete med aktivt engagemang av befolkningen påbörjats.

Jag vill också framhålla att vi behöver bättre kunskaper, genom forskning och en lämpligt utformad hälsostatistik, om de hälsoriska barn utsätts för, de hälsoproblem som finns och hur de är fördelade. Det är viktigt att i analysen kunna relatera hälsoproblemen också till socioekonomiska och psykosociala förhållanden bland barn och få en bild av barns välfärdsutveckling. Dessa frågor behandlas inom ramen för det utvecklingsarbete med statistiksystem om barns levnadsförhållanden som pågår vid SCB med stöd av medel från delegationen för social forskning. Jag vill här också erinra om det utvecklingsarbete som pågår vid skolöverstyrelsen i syfte att inom skolhälsovården skapa underlag för bedömning av hälsa och välbefinnande hos barn.

Jag vill slutligen erinra om att regeringen genom den till statsrådsberedningen knutna barn- och ungdomsdelegationen (Ju 1983:01), under statsministerns ordförandeskap, löpande följer bl.a. hälsofrågor för barn och ungdom och därigenom får underlag för erforderliga initiativ och åtgärder.

4.7 Samverkan i vården

Samverkan i vården av den enskilde patienten och i planeringen och organisationen av de samlade vårdinsatserna är nödvändigt ur flera aspekter. Bl.a. är ofta flera huvudmän och flera organisatoriska enheter hos samma huvudman berörda.

Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, socialstyrelsen och Spri redovisade år 1978 ett antal gemensamma skrifter med stark inriktning på samverkansfrågorna när det gäller framför allt primärvård och äldreomsorger (Spri S 43, S 100-107). I dessa behandlas primärvård – innehåll och utveckling; sjukvård i hemmet – social hemtjänst; boende, service och vård för äldre; långtidssjukvård i samverkan; omhändertagande av åldersdementa samt dagsjukvård inom primärvården. Min bedömning är att den samverkanssyn som dessa skrifter ger uttryck för och de praktiska lösningar som förordas bör vara vägledande också i framtiden.

Samverkan behövs i första hand inom den egna arbetsenheten mellan de olika personalgrupper som kan ingå i det vårdlag som direkt svarar för vården av den enskilde patienten. Självfallet krävs kompetens från olika områden, såsom omvårdnad, medicinsk diagnostik och behandling, rehabilitering, social och psykologisk kompetens m.m. för att tillsammans skapa en "hel" vård, som tillgodoser de olika behov patienten har, såväl vid vård förlagd till det egna hemmet som vid institutionsvård.

Det behövs också en smidig samverkan mellan de olika grenarna inom hälso- och sjukvården, särskilt då mellan primärvården och länssjukvården i den vårdkedja som svarar för att patienten alltid blir rätt omhändertagen.

Genom att primärvården, som jag förordar, har ansvaret för hemsjukvård och lokala sjukhem, torde samverkan i vården av långtidssjuka underlätas.

Samverkan primärvård – socialtjänst

Av central betydelse är en väl fungerande samverkan mellan primärvården och socialtjänsten inom primärkommunerna. Detta gäller framför allt inom äldreomsorgen men också beträffande yngre människor med långvariga sjukdomar och handikapp, som kräver både sjukvårdande insatser och social omsorg. I så gott som samtliga län finns samverkansavtal mellan kommun/landsting om sjukvård i hemmet/social hemtjänst. Syftet är att öka möjligheterna till sjukvård i hemmet och att förbättra samverkan mellan huvudmännen. I samband med ett pågående arbete med att förnya avtalen i de län där avtal först träffades genomförs vissa utvärderingar och uppföljningar av avtalen.

Grunden för överenskommelserna mellan de bägge huvudmännen är en gemensam uttalad målsättning. Ansvarsfördelningen bygger i regel på principen att var och en tillhandahåller de resurser som ligger inom deras specifika kompetensområde. Detta innebär att primärkommunerna tillhandahåller socialt utbildad personal och landstingen resurser med bl.a. hälso- och sjukvårdsutbildad personal.

En sådan ansvarsfördelning torde underlätta det dagliga arbetet för dem som har att tillgodose den enskildes hjälpbehov, och för den enskilde minskar risken att hamna mellan två stolar. Inom de områden där man startade tidigt och med väl tilltagna resurser har man lyckats förverkliga syftet att göra det möjligt för allt flera och sjukare patienter att stanna kvar i eller återvända till det egna hemmet och där få den vård de behöver.

En viktig plattform för samarbetet i det dagliga arbetet är de s.k. vårdplaneringsgrupperna, där socialtjänstens och primärvårdens personal (t.ex. sjuksköterska, läkare, hemvårdsassistent) tillsammans bedömer patienternas behov och på detta sätt utgör ett "paraplyorgan" för de gemensamma insatserna. En snabb utveckling har ägt rum inom detta område. Hösten 1984 fanns ca 700 vårdplaneringsgrupper spridda över hela landet. Jag finner denna utveckling vara av stort värde.

Det är nödvändigt att olika personalkategorier har insikt i varandras kompetensområden och går varandra till mötes i vården och inte strikt avgränsar olika åtgärder från varandra. Åtskilligt av det praktiska omvårdnadsarbetet torde kunna utföras med fullgott resultat såväl av personal med grundläggande hälso- och sjukvårdsutbildning som av personal med social utbildning. Genom gymnasieskolans utbildning har kompetensen vidgats för olika grupper inom de sociala och medicinska vårdområdena. Förutsättningarna att utföra olika vårdande insatser har därigenom alltså förbättrats.

Samverkan primärvård – andra vårdgivare

Primärvården måste samverka med de andra vårdgivare som är verksamma inom det distrikt där primärvården har det lokala hälsoansvaret. Detta gäller i första hand skolhälsovården och företagshälsovården. När det gäller företagshälsovården är det särskilt angeläget med en aktiv samverkan i rehabiliteringsfrågorna.

Samverkan avser till viss del samarbete kring den enskilde patienten så att denne totalt får del av behövliga insatser, oavsett huvudmannskapet. Samverkan gäller i hög grad också det befolknings- och samhällsorienterade hälsoarbetet.

Ett viktigt medel att stärka samverkan i vårdarbetet och i det förebyggande hälsoarbetet är gemensamma utbildningsaktiviteter. Det är angeläget att personal från olika huvudmän och av olika kategorier samlas till gemensamma konferenser, studiedagar etc. där man söker former och praktiska lösningar för en samverkan som svarar mot patientens samlade vårdbehov.

Samverkan i frågor om psykiskt sjuka

Det är glädjande att kunna konstatera att samarbetet mellan landstingen och primärkommunerna när det gäller psykiskt sjukas vårdbehov har utvecklats positivt. Rapporten Psykiatri i samverkan, som gemensamt utarbetats av socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet på initiativ av socialdepartementet, är ett dokument som visar på enighet om de grundläggande principerna för en förnyelse av psykiatrin.

Ett annat viktigt dokument är den rekommendation som Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet gemensamt utfärdade till landsting och kommuner i januari 1984. Rekommendationen innebär

att, i den mån det inte redan skett, snarast påbörja ett mellan landsting och primärkommuner samordnat konkret och åtgärdsinriktat planeringsarbete om psykiatrins utveckling i varje enskild kommun och

att de ekonomiska konsekvenserna av en ändrad uppgiftsfördelning mellan huvudmännen bör beaktas i planeringen.

Till rekommendationen är fogat ett underlag om samarbete socialtjänst – psykiatri. Rekommendationen har bl.a. sitt ursprung i den överenskommelse som träffades i mars 1983 mellan Landstingsförbundet och staten (prop. 1982/83:174, Sfu 26, rskr 367) om att 200 milj.kr. – 24 kr. per invånare – för år 1984 skulle avsättas från den allmänna försäkringen för att underlätta en utveckling mot öppna vårdformer inom psykiatrin.

Under de senaste 20 åren har vårdplatserna vid mentalsjukhusen minskat med ca 14 000. Det innebär att en stor del av de tidigare långtidsvårdade har skrivits ut till ett liv utanför sjukhusen. Denna utveckling fortsätter. Flera kan leva ute i samhället med lämpligt stöd i bostad, dagverksamhet och fritid.

Uppgiften att hjälpa dessa människor med deras sociala behov när de kommer ut i samhället ligger på primärkommunerna och främst deras socialtjänst. Erfarenheterna från 70-talet och de utskrivningar från mental-sjukhusen, som då skedde, liksom erfarenheterna från andra länder visar dock att det krävs noggranna förberedelser för ett liv utanför sjukhusen. Ett nära samarbete mellan främst socialtjänsten och psykiatrin är nödvändigt för att den enskilde skall få ett meningsfullt liv utanför sjukhuset efter en långvarig sjukhusvård.

Kommunen har enligt socialtjänstlagen ansvaret för att ge dessa människor den hjälp de behöver. Den har också skyldighet att samarbeta med andra organ, exempelvis primärvård och psykiatri i en uppsökande verksamhet och planering av insatser. En väl planerad utflyttning genom samverkan mellan socialtjänst och psykiatri ger möjlighet att positivt påverka attityderna till personer med psykiska handikapp. Närstående och grannar kan lättare ta sitt sociala ansvar om de känner att de kan få stöd från de ansvariga samhällsorganen.

En grundläggande förutsättning för att människor med svåra psykiska problem skall kunna återanpassas till samhället är en förändring i attityden i befolkningen – att acceptera människors rätt att vara annorlunda och att bättre hjälpa varandra att klara de kriser och svårigheter som möter oss i det dagliga livet.

Försöksverksamhet med ökad samverkan mellan primär- och landstingskommuner inom hälso- och sjukvården

Samarbete mellan landstingskommunerna och kommunerna har utvecklats alltmer under senare år. Syftet med denna ökade samverkan är framför allt att åstadkomma bättre samhällsservice och resursutnyttjande. Samverkan förekommer i många olika former och inom olika verksamhetsområden.

Det har bl.a. tagit sig uttryck i olika typer av samarbetsavtal och ekonomiska överenskommelser som jag beskrivit i det föregående.

Riksdagen har beslutat om försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse (prop. 1983/84:152, KU 32, rskr 368) som innebär att sådan verksamhet får genomföras i högst nio kommuner och tre landstingskommuner. Regeringen har utsett Haninge, Tyresö, Gnosjö, Helsingborgs, Varbergs, Ale, Örebro, Sandvikens och Bräcke kommuner samt Göteborgs och Bohus läns. Örebro läns och Jämtlands läns landstingskommuner att delta i försöksverksamheten. Försöket är avsett att pågå under en fyraårsperiod. Efter utvärdering skall det ligga till grund för mera generella överväganden.

Lagen (1984:382) om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation trädde i kraft 1 juli 1984. Lagen ger försökskommunerna betydande frihet att efter lokala förhållanden ordna sin nämndorganisation.

Försökskommunerna skall också ges möjlighet att göra avsteg från statlig reglering och därigenom kunna pröva nya vägar i den kommunala verksamheten. Enligt riksdagsbeslutet får regeringen möjlighet att besluta om avsteg från vad riksdagen har beslutat i samband med anvisande av anslag, godkännande av riktlinjer för en viss verksamhet eller annan liknande åtgärd. Det skall vidare vara möjligt att pröva en närmare samverkan mellan en kommun och en landstingskommun samt mellan den statliga länsförvaltningen och kommunala organ.

I varje försökskommun har ett omfattande inventeringsarbete bedrivits vilket resulterat i förslag till förändringar av den statliga regleringen. Regeringen har i tilläggsdirektiv till stat-kommunberedningen beslutat att beredningen skall yttra sig över och bereda försökskommunernas framställningar (Dir 1984:28). Detta sker i nära samråd med berörda fackdepartement. Avsikten är att regeringen skall fatta beslut om dispenser från statliga bestämmelser under år 1985.

4.8 Förslag om vissa ändringar i hälso- och sjukvårdslagen

Mitt förslag: Kraven på hälso- och sjukvården, som f.n. är intagna i 3 § andra – fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och enbart gäller landstingskommunal vård, föreslås gälla all hälso- och sjukvård. Bestämmelserna föreslås därför flyttade till en ny paragraf, 2 a §. I den nya utformningen av bestämmelserna markeras särskilt att vården bör inriktas mot att förebygga ohälsa. Informationsskyldigheten föreslås också förtydligad på så sätt att den förutom uppgifter om patientens hälsotillstånd och behandlingsmetoder även anges omfatta metoder för att förebygga och utreda sjukdom och skada.

Skälen för mitt förslag: Den hälsopolitiska och vårdpolitiska inriktning och den utveckling av hälso- och sjukvården som jag förordat i det föregående är i linje med hälso- och sjukvårdslagen. På en punkt anser jag emellertid att lagen bör ändras. De i 3 § HSL angivna kraven på den landstingskommunala vården bör i fortsättningen gälla för all hälso- och sjukvård.

Enligt 3 § andra stycket i lagen skall varje landsting erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en god hälso- och sjukvård. En sådan vård skall särskilt vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den skall också vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall enligt tredje stycket så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall enligt fjärde stycket informeras om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Bestämmelser finns också om vissa begränsningar i

informationsskyldigheten och om information till anhöriga i vissa fall.

De nämnda bestämmelserna saknar motsvarighet i den tidigare gällande sjukvårdslagen. I huvudsak överensstämmer bestämmelserna med de kriterier som enligt hälso- och sjukvårdsutredningens förslag till målparagraf i lagen borde gälla för en god hälso- och sjukvård antingen den bedrivs av landstinget eller av någon annan vårdgivare.

Sedan år 1980 gäller för hälso- och sjukvårdspersonalen vissa allmänna åligganden enligt 5 § tillsynslagen som nära ansluter till de berörda bestämmelserna i HSL. Bestämmelser för personalen med liknande innehåll finns också i andra författningar. Med hänsyn till dessa bestämmelser och till landstingens dominerande ställning som vårdgivare bedömdes det vid HSL:s tillkomst inte finnas något behov av att låta kraven gälla även för övriga vårdgivare.

Jag föreslår nu – på motsvarande sätt som i den nyligen antagna tandvårdslagen (1985:125) – att de grundläggande kraven på vården skall gälla all hälso- och sjukvård, dvs. även företagshälsovården, skolhälsovården, studerandehälsovården, hälso- och sjukvården för värnpliktiga och den privata vården.

Den nya bestämmelsen innebär att inte endast landstingen utan också övriga vårdgivare blir skyldiga att inrätta och utforma verksamheten på ett sådant sätt att kraven på verksamheten iakttas.

Att samma krav bör ställas på all hälso- och sjukvård får väl i och för sig anses vara självklart. Denna inriktning på vården får naturligtvis ett helt annat genomslag om den blir obligatorisk. Härigenom skapas också bättre garantier för att all hälso- och sjukvård utvecklas mot det mål som uppställts i 2 § HSL. Även den privata vården bekostas till stor del med allmänna medel. Det är angeläget att dessa medel används på ett för samhället ekonomiskt tillfredsställande sätt. Att kraven gäller all vård underlättar också planeringen och samordningen av vården.

Det nu sagda föranleder att 3 § andra – fjärde styckena HSL bör brytas ut och med vissa redaktionella förändringar får utgöra en ny paragraf, 2 a §. Paragrafen bör föregås av en ny rubrik, nämligen "Krav på hälso- och sjukvården".

I *första punkten* bör i huvudsaklig överensstämmelse med 3 § första stycket 1. i den nya tandvårdslagen anges att vården skall inriktas mot att förebygga ohälsa. Motiven till att särskilt betona vikten av förebyggande insatser har utförligt utvecklats i avsnitt 3. Den nya bestämmelsen innebär en skyldighet även för t.ex. de privata vårdgivarna att lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder. Dessa blir naturligen begränsade till individinriktade förebyggande insatser, t.ex. information och hälsouppllysning. I samverkan med landstingen bör formerna för de privata vårdgivarnas medverkan i det förebyggande arbetet utvecklas.

Kravet i *andra punkten* att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen innebär krav på en

god personell och materiell standard, dvs. att vården ges av personer med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. En privat vårdgivare måste t.ex. för att kunna åta sig mera komplicerade eller allvarliga ingrepp säkerställa erforderliga resurser antingen i den egna verksamheten eller genom överenskommelse med annan vårdgivare för att möta eventuella komplikationer för patienten. Vården skall också vara individualiserad, dvs. anpassad till den enskilda människan. Vården måste också bygga på en helhetssyn på patienten. De bakomliggande orsakerna till vårdbehovet bör utrönas. Vården måste också utgå från patientens ansvar för sin egen hälsa och syfta till att förbättra den enskildes möjligheter att ta detta ansvar.

Kravet i *punkten 3* att vården skall vara lätt tillgänglig har närmare berörts bl.a. i avsnitt 2.2. Förutom närhet till vården innebär kravet också att mottagningarna skall vara tillgängliga även för människor med handikapp och att öppettiderna skall vara rimliga. Privata yrkesutövare kan bidra till en lätt tillgänglig vård bl.a. genom att i samråd med landstinget etablera sig på orter där det råder brist på hälso- och sjukvård och genom att delta i jourverksamheten.

Enligt *punkten 4* skall vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården skall ha en medmänsklig och förstående inriktning. I tillsynslagen har detta uttryckts så att hälso- och sjukvårdspersonalen skall visa patienten omtanke och respekt. Vården skall genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan patienten och den som ger vården. Vården är helt frivillig. Även om patienten samtyckt till vård kan han eller hon senare motsätta sig att en viss vårdåtgärd vidtas. Däremot kan patienten inte kräva att en viss form av vård ges. Avgörande för vilken vård som erbjuds måste vara personalens yrkesansvar.

Enligt *punkten 5* skall goda kontakter främjas mellan patienten och personalen. Detta innebär att vården skall organiseras så att patienten har möjlighet att få träffa och bli behandlad av samma personal vid varje vårdtillfälle. Inom den privata vården är det vanligt att patienten träffar samma personal. Kontinuiteten i kontakterna har däremot varit ett problem inom den offentliga vården. På flera håll pågår dock försök som syftar till en god kontinuitet i vården.

Andra och tredje styckena. I förhållande till 3 § fjärde stycket HSL har vissa tillägg måst göras i 2 a § tredje stycket. Bestämmelsen innehåller en informationsplikt i förhållande till patienten och i vissa fall dennes nära anhöriga i fråga om patientens hälsotillstånd och de behandlingsmetoder som står till buds. Till förtydligande av uppgiftsskyldigheten föreslås nu att skyldigheten förutom uppgifter om hälsotillståndet hos patienten också skall omfatta information om de metoder som står till buds för att förebygga, utreda och behandla sjukdom och skada.

Upplysningar får enligt 3 § fjärde stycket HSL inte lämnas om hinder föreligger enligt sekretesslagen (1980:100). Den lagen reglerar den offentliga

verksamheten. De aktuella bestämmelserna finns i 7 kap. 3 och 6 §§ sekretesslagen. För den privata vården finns motsvarande bestämmelser i 6 § andra stycket och 6 a § första stycket tillsynslagen. I 2 a § tredje stycket HSL bör anges att upplysningar inte får lämnas till patienten eller någon anhörig till denne om hinder mot detta föreligger enligt nämnda bestämmelser i sekretesslagen eller tillsynslagen.

När de berörda kraven görs tillämpliga på all hälso- och sjukvård måste också övervägas om inte socialstyrelsens tillsyn enligt HSL, som f.n. endast gäller den landstingskommunala vården, bör omfatta all hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdspersonalen står visserligen redan nu under socialstyrelsens tillsyn enligt tillsynslagen. Kraven i den föreslagna 2 a § HSL riktar sig dock i första hand till den som driver vården. Denne är, när det gäller den enskilda hälso- och sjukvården, oftast samme person som utför själva vården men det behöver inte vara så.

Jag är inte nu beredd att föreslå att tillsynen enligt HSL vidgas till att omfatta all hälso- och sjukvård men jag anser att denna fråga på lämpligt sätt bör övervägas ytterligare. Samtidigt bör övervägas reglerna för de privat drivna institutionerna för hälso- och sjukvård med syfte att samma säkerhetskrav skall gälla för dessa institutioner som nu gäller för landstingens motsvarande institutioner.

5 Vårdens struktur – några utvecklingslinjer

5.1 Inledning

De krav på vårdens tillgänglighet och kvalitet, som jag redogjort för i föregående avsnitt, leder till behov av en fortsatt förändring av vårdens strukturella uppbyggnad och innehåll.

HS 90:s huvudrapport behandlar behovet av en förändrad vårdstruktur och konstaterar att de nuvarande huvudlinjerna vad gäller vårdstrukturens utveckling bör ligga fast. Det innebär en fortsatt utbyggnad av primärvården och koncentration av länssjukvården. Vissa verksamheter, främst långtidssjukvård och psykiatri, överförs till lokala sjukhem och öppen vård utanför sjukhus. Det det är speciellt angeläget att hemsjukvården kan fortsätta att byggas ut i erforderlig omfattning.

Möjligheterna till förändringar inom länssjukvården har analyserats av HS 90 i en särskild underlagsstudie, SOU 1984:48.

Utvecklingsmöjligheterna för primärvårdens förebyggande insatser har behandlats i underlagsstudien SOU 1984:46.

Flertalet remissinstanser behandlar frågan om vårdstrukturens utveckling. De flesta, bl.a. samtliga landsting, tillstyrker huvuddragen i HS 90:s förslag i denna del. Många påpekar emellertid att resursberäkningar saknas och att förändringsarbetet kommer att ta lång tid.

Några remissinstanser, såsom Sveriges läkarförbund och Svenska läkarsällskapet, anser att utbyggnaden av primärvården, med betoning av de förebyggande insatserna, måste genomföras med hjälp av nya resurser. Den medicinska utvecklingen med nya avancerade diagnostiska metoder och terapeutiska möjligheter kommer med nödvändighet att kräva en hög grad av specialisering, som väsentligen måste vara förlagd till sjukhus med möjligheter till bred samverkan mellan olika specialister och serviceenheter. Man pekar också på att ökningen av andelen äldre i befolkningen och en sannolikt ytterligare ökad medellivslängd, bl.a. till följd av förebyggande insatser, leder till att behoven av resurser för sjukhusvård inte kan förväntas att minska.

Landstingsförbundet framhåller att det är olämpligt att alltför strikt lägga fast en enda strukturmodell för hälso- och sjukvården som likformigt skulle tillämpas i hela landet. Förutsättningarna för vårdens organisation varierar mycket mellan olika delar av landet. Problemen måste lösas på olika sätt i storstadsregioner och i glesbygdsområden.

Jag redovisar i det följande min bedömning av en önskvärd utveckling av hälso- och sjukvårdens struktur. Jag utgår därvid i första hand från HS 90:s huvudrapport och remissinstansernas synpunkter men också från andra utredningar som jag har anmält i inledningen till propositionen.

5.2 En förstärkt primärvård

Under det senaste decenniet har statsmakterna och huvudmännen prioriterat utbyggnaden av öppen vård utanför sjukhus, långtidssjukvård och psykiatri i öppna vårdformer. Betydelsen av ett hälsopolitiskt synsätt med betoning på olika slag av förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården har i olika sammanhang framhävts.

Huvudmännen har i sina långsiktiga planer uttalat en strävan att bygga upp hälso- och sjukvården enligt en struktur som i allt väsentligt överensstämmer med de principprogram som tagits fram centralt, i vilka primärvårdens roll kraftigt betonas.

Trots att strukturförändringarna inte gått så snabbt som planerat kan med tillfredsställelse konstateras att stora förändringar kommit till stånd. Utvecklingen inom såväl psykiatri som den somatiska vården har gått mot större andel öppen vård. Vårdplatsantalet inom både den somatiska korttidsvården och den psykiatriska vården har också kunnat reduceras. En fortsatt utveckling av primärvården ser jag som mycket angelägen och jag vill därför redovisa min syn på primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdens strukturella utveckling.

Primärvården är basen i hälso- och sjukvårdssystemet

Primärvård är den del av landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation som är förlagd utanför sjukhusen (till vårdcentraler och lokala sjukhem). I

propositionen om ny hälso- och sjukvårdslag (1981/82:97) framhölls att primärvården har ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område, i regel motsvarande en primärkommun eller del av sådan. Primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Den kan bäst tillgodose krav på närhet, lättillgänglighet och kontinuitet och kan arbeta såväl med ett patientperspektiv som ett befolknings- och folkhälsoperspektiv och med kännedom om lokalbefolkningens hälsovillkor och hälsoproblem.

Primärvården får därigenom särskilt goda förutsättningar att utgå från en helhetssyn både på den enskilde och på befolkningen.

Primärvårdens samordningsansvar

HSL lägger fast att landstingen har ett samordnande ansvar för all hälso- och sjukvård så att befolkningens behov härav blir väl tillgodosedda. Landstingens primärvårdsorganisation har en viktig uppgift i samordningen av de samlade vårdinsatserna från de olika vårdgivarna inom området. Genom en sådan samordning säkerställs att alla befolkningsgrupper erhåller nödvändig och kontinuerlig sjukvård vid mottagningar, genom hembesök och vid lokala sjukhem.

Primärvården bör genom egna resurser kunna tillhandahålla all sjukvårdsservice och all individuell hälsovård som inte av medicinska skäl bör vara förlagd till länssjukvården eller som tillhandahålls genom t.ex. företagshälsovård eller skolhälsovården. För att utvecklas till den bas för hela hälso- och sjukvården som HSL förutsätter att primärvården skall vara, är det nödvändigt att den kan tillhandahålla ett brett serviccutbud och ett till befolkningens behov väl anpassat öppethållande och en väl täckande jourverksamhet. Jag anser således att hembesök vid akut sjukdom är ett viktigt led i en god primärvårdsservice liksom en väl utbyggd hemsjukvård.

Hälsovård och andra förebyggande insatser inom primärvården

Den landstingskommunala primärvården har ett övergripande ansvar för det lokala hälsovårdsarbetet, såvida behovet inte tillgodoses i särskild ordning, t.ex. genom företagshälsovårdens försorg.

Mödra- och barnhälsovården har mycket stor betydelse för kvinnors och barns hälsa. Jag vill därför understryka det angelägna i att denna hälsovårdsservice även i fortsättningen bedrivs i oförminskad omfattning. Det förhållandet att denna är avgiftsfri har säkert spelat stor roll för att praktiskt taget alla mödrar och barn får del av verksamheten.

Primärvården deltar också i det födelsekontrollerande, abortförebyggande och abortrådgivande arbetet. Regeringen har nyligen redovisat sina bedömningar i dessa frågor genom propositionen 1984/85:48 om familjepla-

nering och abortvård, som antagits av riksdagen. Jag tar därför inte upp dessa frågor i det nu aktuella sammanhanget. Jag vill dock understryka angelägenheten av att denna verksamhet i ökande utsträckning blir ett ansvarsområde för primärvården.

Cancerkommittén har funnit att endast tre undersökningsmetoder f.n. kan övervägas för masshälsoundersökningar avseende cancer, nämligen gynekologisk hälsokontroll med cytologprov, mammografi och påvisande av blod i avföringen för tidig diagnostik av bröstkörtel- resp. tarmtumörer.

Cancerkommittén föreslår att den gynekologiska hälsokontrollen i hälso- och sjukvårdshuvudmännens regi fortsätter och utökas till att omfatta ytterligare åldersgrupper. Det kan här nämnas att socialstyrelsen avser att meddela allmänna råd om en sådan utvidgad gynekologisk hälsokontroll. Vad gäller de pågående försöken i Göteborg för tidig diagnostik av tarmtumörer föreslår cancerkommittén att socialstyrelsen noggrant följer dessa studier för att få underlag för ett ställningstagande till en utvidgad försöksverksamhet. Cancerkommittén finner det vidare angeläget att försöksverksamheten med allmänna mammografiundersökningar fortlöpande utvärderas och att, så snart tillräckligt underlag föreligger, ställning tas till en allmän uppsökande hälsokontroll. Jag återkommer i det följande till försöksverksamheten med mammografiundersökningar.

HS 90 har betonat betydelsen av att man inom primärvårdens förebyggande arbete särskilt söker nå riskgrupper bl.a. långvarigt arbetslösa, olika invandrargrupper och personer som ej har någon företagshälsovård och vars arbetsmiljö är särskilt fysiskt eller psykiskt påfrestande.

Jag anser detta vara ett angeläget utvecklingsområde, där det är viktigt att försöksverksamheter erhåller stöd för att finna former för och ett praktiskt innehåll i sådana insatser från primärvårdens sida. Genom att riksdagen (SoU 1984/85:13) har godtagit propositionen (1984/85:89) om företagshälsovård och arbetsanpassning har lagts fast att en arbetsgivare kan åläggas att föranstalta om företagshälsovård enligt arbetsmiljölagen om arbetsförhållandena så påkallar och i den omfattning som verksamheten kräver.

Regeringen har i den nämnda propositionen gett uttryck för den stora betydelse företagshälsovården har som ett led i ett aktivt arbetarskydd och därigenom för en förbättrad folkhälsa. Principen att företagshälsovården är ett ansvarsområde för arbetsmarknadens parter ligger fast. Under överskådlig tid kommer det emellertid att vara svårt för en del arbetsgivare att själva organisera erforderlig företagshälsovård. HS 90 har, liksom Landstingsförbundet i yttrande över företagshälsovårdsutredningens slutbetänkande (SOU 1983:32) Företagshälsovård för alla, föreslagit att primärvården, mot ersättning, bör kunna tillhandahålla företagshälsovårdsservice vid de arbetsplatser där sådan inte kan organiseras på annat sätt. I vissa landsting finns erfarenheter av att tillhandahålla sådan s.k. extern företagshälsovård. De remissinstanser som kommenterat detta förslag instämmer i regel i HS 90:s bedömningar. Frågan har, som jag tidigare nämnt, behandlats i prop.

1984/85:89 om företagshälsovård och arbetsanpassning. Landstingen har genom riksdagens bifall till regeringens förslag fått egen representation i yrkesinspektionsnämnden, som svarar för samordningen och prövningen av statsbidrag till företagshälsovården i regionen. Landstingen får därigenom bättre möjligheter att följa behoven av sådana insatser från landstingens sida.

Ett annat viktigt område för den landstingskommunala primärvården är att svara för en stor del av de samhällsinriktade och allmänna förebyggande insatser som lokalt kan understödjas genom hälso- och sjukvårdens försorg. Jag har i det föregående pekat på den stora betydelsen av hälsoupplysningsarbetet för att försöka komma tillrätta med livsstilsrelaterade hälsorisker och hälsoproblem. Primärvården måste här aktivt samverka på lokal nivå med föreningar, massmedia och framför allt primärkommunernas olika organ.

Primärvården har en betydelsefull roll när det gäller att utveckla det lokala epidemiologiska arbetet bl.a. som grund för den behovsbaserade hälso- och sjukvårdsplaneringen inom landstinget. Lokala hälsobeskrivningar bör tas fram som systematiskt visar vilka hälsorisker och vårdbehov som finns i befolkningen och sätter in dessa i det sociala sammanhanget. Med sådana lokala hälsobeskrivningar som grund kan sjukvården gå in i en aktiv samverkan med andra lokala intressenter i hälsoarbetet. Ett sådant arbetssätt har påbörjats men kräver ytterligare utvecklingsarbete.

För att miljö- och hälsoskyddsnämndernas hälsoskyddande insatser skall kunna planeras och genomföras med utgångspunkt från befolkningens behov av hälsoskydd krävs omfattande samverkan mellan hälso- och sjukvården och hälsoskyddet. På ett övergripande plan kan miljö- och hälsoskyddsnämnderna få information från bl.a. socialstyrelsen om förekomsten av olika miljöbetingade sjukdomar samt miljöns sannolika betydelse för utvecklingen av dessa. På det lokala planet krävs det att miljö- och hälsoskyddsnämnden får information om lokala variationer, som kan ha betydelse för inriktningen av hälsoskyddet. På motsvarande sätt kan exempelvis primärvården ha nytta av uppgifter från miljö- och hälsoskyddsnämnderna rörande hälsorisksituationen inom kommunen.

Hälsovård för äldre

Mot bakgrund av de stora vårdbehoven och de särskilda hälsorisker som finns i högre åldrar föreslår HS 90 att landstingen på sikt bör inrätta en hälsovård för äldre inom ramen för primärvårdens verksamhet enligt samma grundläggande ideer som sedan länge tillämpats inom barn- och mödrhälsovården och med samma goda täckning.

De remissinstanser som kommenterat förslaget, t.ex. Pensionärernas riksorganisation (PRO), Sveriges pensionärs riksförbund, socialdemokratiska kvinnoförbundet och Svenska kommunalarbetsareförbundet samt landstingen, har en positiv inställning. Svenska läkaresällskapet anser att

detta är en ambitiös satsning som dock inte bör genomföras innan ytterligare noggranna analyser av nytta och kostnader och försöksverksamheter genomförts.

Även jag anser att en sådan hälsovårdsservice för äldre är ett angeläget led i utvecklingen av det förebyggande arbetet och omvårdnadsinsatserna för de äldre genom primärvårdens försorg och att förslaget är väl ägnat att öka möjligheterna för pensionärer att bo kvar i det egna hemmet. Jag ser denna verksamhet som en fortsatt utveckling av den goda service som många distriktssköterskor ger till de äldre. Forsknings- och utvecklingsarbetet kring de äldres hälsofrågor, bl.a. systematiska hälsoundersökningar inom ramen för det s.k. H 70-projektet i Göteborg, pekar i riktningen att livskvaliteten kan stärkas genom en sådan aktiv hälsovård för de äldre.

Det är angeläget att socialstyrelsen i samverkan med Sprä närmare utvärderar de försöksverksamheter som hittills bedrivits. Om det bedöms väl motiverat bör socialstyrelsen utarbeta ett program för innehållet i en sådan äldrehälsovårdsservice till ledning för huvudmännen och den personal som skall svara för denna service.

Allmänmedicinaren – en specialist på primärvård

Flera remissinstanser redovisar sin syn på hur efterfrågan på vård genom andra läkarspecialister i primärvården än allmänmedicinare skall tillgodoses och då bl.a. frågan om remisstväng. HS 90 framhåller att allmänmedicin är det kunskaps- och färdighetsområde som utgör grunden för att primärt handlägga oselektade medicinska problem och för att ansvara för hälsotillståndet för befolkningen i ett visst avgränsat område. Primärvårdens kompetens vidgas också genom olika specialistkunskaper. Den organisatoriska anknypningen för andra specialistläkare än allmänmedicinare i primärvården bör avgöras med hänsyn till lokala förhållanden, anser HS 90.

Jag ansluter mig till HS 90:s allmänna syn i dessa frågor. Huvuddelen av primärvårdens insatser kommer att ske genom vårdlag där allmänläkaren, distriktssjuksköterskan och undersköterskan, i kontakt med åtskilliga andra personalkategorier, svarar för insatserna och förmedling av kontakt med andra specialister. Jag bedömer att det framför allt i vissa tätbefolkade områden kan vara en praktisk lösning att specialister i t.ex. gynekologi och pediatrik arbetar på heltid vid en vårdcentral. I andra fall kan tjänstgöring enstaka dagar, men med organisatorisk knytning till länssjukvården, vara en bättre lösning. Ibland kan remittering till sjukhusanknuten mottagning vara den bästa modellen. Jag anser dock att den enskilde bör ha möjlighet att utan administrativa hinder få söka specialist om önskemål därom finns.

Olika modeller förekommer i dag inom hälso- och sjukvården och de kan var och en fungera på ett tillfredsställande sätt. För att åstadkomma en ändamålsenlig vård finns samarbetsavtal och överenskommelser t.ex. om vårdprogram.

Jag vill i detta sammanhang erinra om den tidigare nämnda försöksverksamhet med ökade möjligheter till val av vårdenhet och vårdpersonal som regeringen stöder. Denna utveckling mot ökad flexibilitet och valfrihet inom hälso- och sjukvården är viktig att föra vidare.

Primärvårdens ansvar för långtidssjuka

Det är viktigt att vårdbehoven för främst de långtidssjuka så långt som möjligt kan tillgodoses genom vårdinsatser i det egna hemmet eller, då detta till följd av vårdbehovens natur inte är möjligt, vid lokala sjukhem i nära anslutning till den långtidssjukenes boendemiljö. På sikt måste de stora vårdenheterna för långtidssjukvård inom länssjukvården i betydande utsträckning förändras. Jag har tidigare i avsnittet 4.2 utvecklat min syn på långtidssjukvårdens innehåll. En större del av vårdbehoven bör tas om hand inom primärvården för att de eftersträvade kvalitetsmålen skall kunna tillgodoses. Behovet av vård och omsorg om äldre kommer att öka i och med att antalet personer över 80 år stiger kraftigt. Det ökade behovet bör dock kunna mötas i första hand genom en utbyggnad av hemsjukvården och lokala sjukhem. Det bör därför finnas möjligheter att minska vårdplatsantalet för långtidssjukvård inom länssjukvården.

En central fråga för primärvårdens verksamhet, och då särskilt dess arbete med hemsjukvård och annan långtidssjukvård, är samverkan med de primärkommunala instanserna, särskilt socialtjänstens äldreomsorg. Åtskilliga remissinstanser har pekat på gränsdragningsvårigheterna mellan det medicinska och det sociala vårdansvaret, även om socialtjänstlagen alltid lägger det yttersta ansvaret på primärkommunen.

För min egen del vill jag först och främst slå fast att dessa gränsdragningsproblem aldrig får gå ut över den vårdbehövande patienten. De avtal om samarbete i den medicinska och den sociala äldreomsorgen som upprättats på några håll i landet, är ett exempel på hur man kan komma till rätta med de problem som finns.

Lokalt ansvar för psykiskt sjuka

Den utveckling av psykiatri som pågår mot öppen vård och mer hemliknande institutionsvård är mycket positiv och bör fortsätta. Psykiatri organiseras med ett geografiskt och befolkningsmässigt avgränsat område och med ansvar för psykiatriens totala utbud av behandling och rehabilitering inom sitt område. Detta kallas vanligen sektorisering.

De remissinstanser som har gett synpunkter på socialberedningens överväganden om den allmänna psykiatriens framtida inriktning har alla varit positiva till förslagen. En strävan är att psykiatrisk verksamhet skall bedrivas i så öppna och hemliknande former som möjligt bl.a. med stöd i boendemiljön. Helhetssynen är utgångspunkten för hur man skall betrakta

individens totala situation och omgivning. Detta kräver en organisation som möjliggör närhet och kontinuitet.

Psykiatrisk länsjukvård sker allt mer i anslutning till övrig hälso- och sjukvård. Samtidigt vill jag peka på möjligheten att anordna vård i en liten grupp ute i samhället med psykiatriskt utbildad personal. Detta kan vara aktuellt t.ex. för personer med psykiska problem. Socialberedningen pekar på att korttidsvård under sådana former, liksom utnyttjandet av akutplatser där sådana finns vid lokala sjukhem i nära samarbete med primärvården, ger möjligheter till en betydligt högre grad av decentralisering än man tidigare räknat med.

Sammanfattningsvis ser jag en fortsatt utveckling av primärvården som mycket angelägen. Den är en förutsättning för att befolkningens behov av grundläggande sjukvårdsservice skall kunna tillgodoses. Primärvård bör ges vid mottagningar (vård- eller hälsocentraler), genom sjukvård i hemmet och vid lokala sjukhem inkl. dagsjukvård. Den bör vara lättillgänglig och även under jourtid ta emot flertalet akut vårdsökande. Primärvården bör också svara för sådan omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl, ge medicinsk rehabilitering, eftervård efter sjukhusvistelse och omvårdnad i livets slutskede.

Primärvården har viktiga uppgifter när det gäller att svara för hälsovård för mödrar och barn före skolåldern samt för sådana riskgrupper som behöver särskilda insatser. Primärvården bör kunna erbjuda företagshälsovårdsservice åt arbetsplatser där denna inte kan tillgodoses på annat sätt.

Primärvården har ansvaret för hälsouppllysning på lokal nivå och bör i detta arbete samverka med organisationer och primärkommunala instanser.

Primärvården svarar för utarbetande av lokala hälsobeskrivningar som grund för landstingets behovsbaserade planering av hälso- och sjukvården och för samverkan med andra samhällssektorer i det lokala tvärsektoriella hälsoarbetet.

Primärvården samordnar de olika vårdgivarnas insatser inom den samlade lokala primära hälso- och sjukvårdsfunktionen.

Möjligheterna att i nuvarande samhällsekonomiska läge realisera den utbyggnad av primärvården som jag har förordat hänger i inte obetydligt utsträckning samman med främst vilken utveckling av länsjukvården som kan uppnås. Jag tar upp utvecklingen inom länsjukvården i det följande.

5.3 Förändrad läns- och regionsjukvård

Läns- och regionsjukvårdens kvantitativa utveckling

Efter hand som primärvården får ett allt större ansvar för att möta befolkningens vårdbehov och dess resurser byggs ut kommer länsjukvårdens roll att förändras. Länsjukvården påverkas också av förändringar i

regionsjukvårdens innehåll och organisation. Inom HS 90-arbetet har särskilt analyserats utvecklingen av länsjukvården mätt i termer av vårdplatser och vårdutnyttjande.

Länssjukhuset skall tillhandahålla den mest specialiserade och resurskrävande sjukvården på länsplanet. Beroende på geografiska förhållanden och krav på närhet krävs ibland länsdelssjukhus. Nuvarande länsdelssjukhus har dock mycket varierande utformning. Vissa av dessa har funktioner identiska med länssjukhusens.

Antalet vårdtillfällen har ökat med 30 procent inom den medicinska korttidsvården och inom den kirurgiska har en ökning skett med sju procent från 1970 till början av 1980-talet. Genom att vårdtiderna på sjukhusen har blivit allt kortare och primärvården har tagit över viss vård från länsjukvården har vårdplatsantalet ändå kunnat minska under de senaste åren.

För egen del menar jag att länssjukvårdens vårdplatsantal kan minska ytterligare på många ställen i landet i takt med att primärvården inklusive de lokala sjukhemmen byggs ut. Jag vill dock understryka att en omstrukturering av vården måste utgå från mycket ingående överväganden som berör flera vårdnivåer. Hit hör t.ex. en utbyggd primärvård och krav på koncentration av arbetsuppgifter, vilket jag tar upp i det följande. Vissa vårdplatser kan utnyttjas på andra sätt än f.n. Samverkan mellan olika nivåer och geografiska områden kan innebära effektivitetsvinster. Jag vill därför inte förespråka någon enhetlig organisationsmodell. Tvärtom anser jag att det kan finnas tungt vägande skäl för olika modeller. HS 90-materialet beskriver ingående olika modeller för verksamhetsformerna vid mindre sjukhus i såväl storstads- som glesbygdsbetonade områden.

Inom länsjukvården vårdas i dag patienter som med fördel skulle kunna överföras till andra vårdformer. Jag tänker särskilt på äldre patienter som fått erforderlig specialistvård men som fortfarande har stora behov av professionell vård och omsorg. Sådana patienter belägger i dag en stor del av vårdplatserna inom länsjukvården enbart för att få sitt behov av omvårdnad tillfredställt. De skulle ofta kunna överföras till långtidssjukvård vid t.ex. lokalt sjukhem om det fanns plats. Andra patienter skulle kunna vistas hemma med hjälp av hemsjukvård.

För patienter, som inte längre har behov av den specialiserade vårdens specifika resurser, är det en vårdmässig vinst att få komma till en vårdform där omvårdnadsaspekten är den dominerande.

Andelen färdigbehandlade "klinikfärdiga" patienter varierar i hög grad mellan olika kliniker. Utredningar har visat att ca tio procent av alla vårdplatser inom den somatiska korttidsvården är belagda med patienter som borde vårdats i andra vårdformer, främst inom långtidssjukvården. Det har vidare i olika sammanhang påtalats att 20-30 procent av medicinklinikernas platser är belagda med patienter som anmälts för långtidssjukvård eller som skulle kunna vårdas med hjälp av hemsjukvård eller primärkommunal service. Eftersom medicinklinikerna utgör en så stor andel av den somatiska korttidsvården skulle sannolikt ett betydande antal vårdplatser

kunna friställas bara inom denna specialitet om bättre alternativ fanns. Beräkningar har gjorts som pekar på att 4 000 – 5 000 vårdplatser i början av 1980-talet var belagda med "klinikfärdiga" patienter.

Behovet av vårdplatser kan också förväntas minska genom att utredningar och behandlingar i allt större omfattning kan göras i öppen vård. För en utveckling i samma riktning talar också senare års fortgående sänkning av medelvårdtiden.

Det bör också finnas andra möjligheter att minska vårdplatsantalet för den slutna korttidsvården med tanke på de stora variationer i resursutbud och vårdutnyttjande som finns idag. Lokala variationer i hälsotillståndet liksom i befolkningens ålderssammansättning kan naturligtvis vara en anledning till sådana skillnader. Sådana faktorer har dock i gjorda studier inte kunnat ses som förklaringar till i många fall stora variationer. Således varierar vårdplatstillgången för den somatiska korttidsvården som helhet mellan olika sjukvårdsområden med upp till 50 procent räknat i relation till befolkningsunderlaget och upp till 100 procent för enskilda specialiteter. Detta speglar utan tvekan historiska traditioner och varierande lokala bedömningar mera än behov av vård.

Enligt HSL skall landstingens planering för hälso- och sjukvården utgå från befolkningens behov av vård. Den nuvarande resursfördelningen såväl mellan som inom landsting tyder på att ytterligare omfördelningar av resurser kan och bör göras för att uppnå en mera behovsrelaterad fördelning av tillgängliga vårdresurser.

Krav på hög kvalitet

Det ökande antalet personer i högre åldrar, framför allt i åldrarna över 75 år, kommer att ställa ökade krav på åtgärder genom länssjukvårdens försorg. Efter hand som alltfler personer når allt högre åldrar får vi ett ökat antal patienter med sammansatta och svårbemästrade sjukdomar som kräver sjukhusvård. En del av de resurser som jag bedömer kan frigöras inom delar av den slutna länssjukvården bör därför reserveras för att möta de vårdbehov som det ökade antalet äldre ger. Likaså måste utrymme finnas för att ta till vara medicinska och tekniska landvinningar.

När det gäller länssjukvårdens kvalitativa utveckling vill jag framhålla att det inom det medicinska och medicintekniska området pågår en ständig utveckling mot nya och förbättrade metoder för diagnostik och behandling. Därigenom sker fortlöpande en förändring av vårdens innehåll. Nya patientgrupper tillkommer genom att sjukdomar som tidigare inte kunde behandlas nu kan botas eller lindras på ett effektivt sätt. Ny teknik kan medföra stora vinster i fråga om livskvalitet. Ett exempel är den rekonstruktiva ledkirurgin där förslitna höfter och knäleder kan bytas ut och patienterna kan återfå sin rörelseförmåga och slippa smärtor. Ett annat exempel är s.k. glaskroppskirurgi som innebär möjlighet att återge synen och social

funktion. Den största patientgruppen denna operationsmetod kan ge bot för är diabetiker som haft sin grundsjukdom i många år. En annan operationsmetod inom ögonsjukvården som fått stor betydelse för ökad livskvalitet är inopererande av en konstgjord lins vid grå starr.

Förutom att den forskning och utveckling som pågår ger möjlighet att behandla "nya" sjukdomar ger den även möjlighet att förbättra tidigare använda undersöknings- och behandlingsmetoder. Datortomografen som bl.a. används för undersökning av hjärnan är ett känt exempel. Denna gör det möjligt att på ett enkelt och smärtfritt sätt genomföra undersökningar som tidigare krävde synnerligen komplicerade och smärtsamma metoder. Ett annat exempel är en metod för prostataoperation (s.k. TUR) som är betydligt mera skonsam för patienten än den tidigare använda.

Behov av koncentration och flexibilitet

Inom sjukvården liksom inom många andra områden fordras viss omfattning av verksamheten för att hög kvalitet baserad på stor erfarenhet skall kunna upprätthållas. Detta i sin tur kräver ibland ett stort befolkningsunderlag. Ju mindre vanlig en åtgärd är, desto större befolkningsunderlag är naturligtvis nödvändigt. För att tillfredsställa medicinska säkerhetskrav bedömer jag det nödvändigt att i viss utsträckning koncentrera länssjukvården. Detta gäller i första hand sällan förekommande kirurgiska åtgärder. En koncentration är också i många fall en förutsättning för att nya verksamheter och metoder skall kunna överföras från regionsjukhusen. Jag vill framhålla att det även inom mera basala vårdområden kan finnas inslag av lågfrekventa och komplicerade åtgärder som bör betraktas på samma sätt som övrig specialiserad vård. I socialstyrelsens roll ingår att ta fram underlag för den lokala planeringen. Som ett led däri har genomförts en rad vårdkonsumtionsstudier. Ett annat viktigt led är att belysa vilka medicinska och tekniska krav på kunskaper och färdigheter som bör uppfyllas för att hög medicinsk kvalitet skall kunna garanteras.

När det gäller mycket lågfrekvent verksamhet blir samarbete över länsgränserna nödvändigt för att upprätthålla kvaliteten och därmed också säkerheten för den enskilde inom länssjukvården. Detta skäl för en koncentration av specialistvården finner jag vara det tyngst vägande. Men självfallet är det också av stor ekonomisk betydelse att kunna begränsa spridningen av resurskrävande funktioner. Behovet av samarbete över specialitetsgränserna ökar. Av den anledningen bör olika modeller prövas för att öka effektiviteten i resursutnyttjandet och för att ge patienter bästa möjliga vård.

I avsnittet 5.2 har jag bl.a. behandlat primärvårdens ansvar för långtidsjuka. Jag har där uttalat att det på sikt bör finnas möjligheter att minska vårdplatsantalet för långtidsvård inom länssjukvården.

Med en decentraliserad långtidsjukvård vid huvudsakligen små, "nära"

sjukhem måste vissa gemensamma utvecklingsfunktioner säkerställas. Det är troligen också nödvändigt att bibehålla mindre långvårdskliniker vid vissa akutsjukhus. Den uppbyggnad av forsknings- och utvecklingsarbete som skett måste fortsätta.

Jag anser det ytterst angeläget att socialstyrelsen även i fortsättningen nära följer och analyserar behovet av strukturförändringar betingade av kvalitativa krav på vården.

Länssjukvårdens roll i det förebyggande arbetet

Det är angeläget att länssjukvårdens kunskaper och resurser tas till vara i det hälsopolitiska arbetet.

Kunskaperna om olika sjukdomars uppkomst och förlopp finns till stor del inom länssjukvården. Där bedrivs också forsknings- och utvecklingsarbete som ständigt tillför nya kunskaper och som i högre grad än f.n. skulle kunna användas i förebyggande syfte. Jag anser också att man ännu mer än som nu är fallet bör arbeta för att spåra de orsaker som finns till skador och sjukdomar och aktivt förmedla dessa kunskaper till såväl ansvariga inom andra samhällssektorer, som till enskilda patienter och allmänheten.

Det är naturligtvis också viktigt att sjukvårdens insatser vid redan inträffad sjukdom, förutom för att återställa hälsan, inriktas på att förhindra återfall eller dämpa sjukdomens utvecklingstakt. För vissa sjukdomar, t.ex. diabetes, är en noggrann behandling och för patienten en kontrollerad livsföring en förutsättning för att följsjukdomar skall kunna undvikas eller skjutas upp. I dessa och liknande fall är det viktigt att sprida kunskapen därom både till patienterna och deras anhöriga.

I detta sammanhang vill jag också nämna att socialstyrelsen helt nyligen presenterat resultat från den pågående försöksverksamheten med mammografiundersökningar i Kopparbergs och Östergötlands läns landsting. Styrelsen konstaterar att det nu står klart att en allmän hälsokontroll med mammografi kan minska dödligheten i bröstcancer. Utvärderingen av undersökningarna kommer att fortsätta en tid för att ge mera detaljerade resultat.

Landstingen har ställt sig positiva till att snabbt erbjuda allmänna mammografiundersökningar. Socialstyrelsen förbereder nu allmänna råd med riktlinjer för en allmän hälsokontroll med mammografi. Ett viktigt kvalitetskrav är att det finns utbildad personal för mammografi. Utbildningen säkerställer att mammografiundersökningarna upprätthåller en hög kvalitet. Socialstyrelsen har övervägt behovet av efterutbildning för läkare och röntgenassistenter. Åtgärder har vidtagits för att en första utbildning av röntgenläkare och röntgenassistenter skall kunna påbörjas under 1985.

Utvecklingsarbete

Jag finner det synnerligen angeläget att det även fortsättningsvis ges möjligheter att genom forskning och utvecklingsarbete tillföra sjukvården förbättrade metoder för diagnostik och behandling. Detta har, som jag ovan framhållit, stor betydelse för bot och lindring för stora patientgrupper, samt för att öka den medicinska säkerheten. För att nyvinna erfarenheter skall komma alla till del är det väsentligt att spridningen av nya metoder sker snabbt.

I detta sammanhang vill jag också nämna att jag är beredd att stödja insatser för att följa och värdera den medicinska teknologin (åtgärder för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering) samt sprida kunskap därom. Jag avser att inom kort föreslå regeringen att bemyndiga mig att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över frågor kring den medicin-tekniska säkerheten.

Regionsjukvården

Regionsjukvården behandlas inte särskilt av HS 90 eftersom den relativt nyligen varit föremål för utredning och beslut (SOU 1978:70 och prop. 1980/81:9 om regionsjukvården. SoU 6, rskr 123). En ny regionsjukvårdsindelning gäller från den 1 januari 1984.

Jag vill peka på att regionsjukvården har ökat inom vissa specialiteter under det senaste decenniet. Detta gäller inom t.ex. allmänkirurgi, neurologi och kvinnosjukvård. Det är svårt att förutsäga vad den högspecialiserade medicinska och tekniska utvecklingen kan medföra i fråga om förändringar av innehåll och omfattning. Jag bedömer dock att regionsjukvårdens omfattning inte kommer att förändras i någon avsevärd grad under de närmaste åren. Däremot är jag övertygad om att nya landvinningar kommer att göras och att en fortsatt kompetensöverföring till länssjukvården kommer att ske.

Onkologiska centra har en specialfunktion inom regionsjukvården, bl.a. för samordning av sjukvårdsregionens resurser för cancervård. Jag instämmer i cancerkommitténs bedömning att uppbyggnaden av regionala onkologiska centra bör fullföljas enligt socialstyrelsens allmänna råd (1974:32) Planering av onkologisk sjukvård och jag förutsätter att socialstyrelsen följer denna utveckling.

Samverkan med primärvård m.m.

I min redovisning har jag gjort en uppdelning mellan å ena sidan primärvård och å andra sidan läns- och regionsjukvård. Detta är en vanlig uppdelning som fyller en viss begreppsmässig funktion. Jag vill dock starkt framhålla att man måste se hälso- och sjukvården som en vårdkedja som måste fungera som en helhet. Detta fordrar ett utvecklat samarbete och

samordning mellan de olika delarna i systemet. En god vård i HSL:s anda förutsätter att alla delar fyller sin funktion så att det samlade resultatet blir att befolkningen får en god hälso- och sjukvård på lika villkor.

6 Hälso- och sjukvårdens planering m.m.

6.1 Former för planeringen

HS 90 har inte haft i uppdrag att utarbeta några förslag om hur den nationella samordningen av hälso- och sjukvårdsplaneringen bör ske i framtiden. Åtskilliga landsting har dock i sina remissvar framhållit att man inte önskar några gemensamma planeringsomgångar av den typ som förekom under 1970-talet. Statskontoret och riksrevisionsverket liksom LO betonar däremot i sina remissvar statens samlade ansvar för hälso- och sjukvårdspolitiken liksom för avvägningen av hälso- och sjukvården mot andra samhällssektors intressen och med hänsyn till samhällsekonomin. De finner därför en på riksnivå sammanhållen hälso- och sjukvårdsplanering och en uppföljning härav nödvändig. Svenska kommunalarbetsförbundet betonar att statsbidragen och andra statliga styrmedel bör ges en sådan utformning att de direkt kan relateras till de mål som HS 90 ger uttryck för vad avser hälso- och sjukvårdens inriktning och dimensionering.

Mot bakgrund av bl.a. dessa remissynpunkter finner jag anledning att i det följande beröra några planeringsfrågor. Vad jag här anför innebär inte någon principiell förändring i den fördelning av ansvar mellan staten och landstingskommunerna, som kommit till uttryck i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen (1981/82:97).

Enligt HSL har varje landstingskommun skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov.

Planeringen skall även avse den hälso- och sjukvård, som bedrivs av andra vårdgivare än landstinget. Vid planeringen förutsätts samverkan ske med andra samhällsorgan såväl inom som utom länet, främst primärkommuner och statliga myndigheter, men även med andra organisationer, såsom arbetsmarknadsorganisationer och handikapp-, äldre- och patientföreningar, samt med enskilda. Till de sistnämnda hör i huvudsak privata vårdgivare av olika slag såsom privata sjukhem och läkare men även företagshälsovårdscentraler m.fl.

Landstingens planeringsskyldighet är enligt HSL i princip begränsad till det egna landstingsområdet. Beträffande viss hälso- och sjukvård, s.k. regionsjukvård, måste planeringen dock omfatta två eller flera landstingsområden. De regionala samverkansnämnderna har ansvar för samordningen av planeringen inom sjukvårdsregionerna. När det gäller s.k. flerregional vård och vård av rikskaraktär har Landstingsförbundet åtagit sig att ta ett ansvar för samordningen, i samråd med socialstyrelsen och berörda landsting. Underlag har tagits fram för öppen hjärtkirurgi och njurtransplanterationer. Enighet har nåtts om upptagningsområden för dessa specialiteter

med utgångspunkt från totalt fyra kliniker i landet. Besluten grundas på en sammanvägning av medicinska, organisatoriska och ekonomiska förutsättningar. Detta överensstämmer med de överväganden som låg till grund för riksdagens beslut om regionsjukvården.

Landstingen planerar hälso- och sjukvården enligt ett relativt enhetligt system med femåriga verksamhetsplaner och årsbudgetar. Årsbudgeten har traditionellt varit det medel varmed de politiskt ansvariga styrt landstingens verksamhet. Dess betydelse har dock minskat i samband med att femårsplaneringen givits ett djupare verksamhetsinnehåll. En utveckling pågår också mot en ökad samordning femårsplanering/årsbudget.

Bland annat som ett underlag för det centrala arbetet görs i samarbete mellan Landstingsförbundet och socialstyrelsen årliga sammanställningar av landstingens årsbudgetar/femårsplaner (LKELP). De belyser den planerade utvecklingen inom landstingen såväl när det gäller verksamhet som personal och ekonomi.

Den förändring av hälso- och sjukvårdens struktur som jag tidigare beskrivit innebär en successiv anpassning till förändrade behov hos befolkningen och i samhället. En utbyggnad av primärvården och det hälsoinriktade arbetet samt förändringen mot öppna vårdformer inom äldreomsorg och psykiatri är exempel på områden där det behövs mer långsiktiga överväganden än vad en femårsplan erbjuder. Många landsting har lagt ner ett stort arbete på att ta fram strategiska planer för utvecklingen på lång sikt. Vissa långsiktiga planer har omfattat landstingens totala verksamhet. Exempel på detta utgör planarbetet i Norrbottens, Gävleborgs, Hallands och Södermanlands läns landsting. På andra håll har man infört ett förändringsarbete koncentrerat och inriktat det långsiktiga arbetet till utvecklingen inom vissa delområden, exempelvis psykiatri.

Det arbete som läggs ner på sådana långsiktiga överväganden anser jag vara av mycket stor betydelse och det är angeläget att denna typ av långsiktig planering vidareutvecklas.

En viktig uppgift på central nivå är att aktivt stödja och stimulera landstingen i detta utvecklingsarbete. Underlag av den typ som HS 90-utredningen redovisat, som anger vissa övergripande utvecklingslinjer för framtiden, är därvid ett viktigt instrument.

Socialstyrelsen har också en viktig uppgift när det gäller att ta fram kunskapsöversikter och sprida erfarenheter av betydelse för landstingens planering i form av t.ex. underlag till hälsopolitiska handlingsprogram och sektorsprogram samt underlag för vårdprogram.

Socialstyrelsen har vidare som en viktig uppgift att klarlägga och analysera de medicinska aspekterna på vårdens kvalitet och säkerhet.

När det gäller underlag för organisation och arbetsformer har Spri en viktig uppgift.

På riksnivå har riksdag och regering det övergripande ansvaret för planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Ett sådant ansvar förutsätter att statsmakterna har ett underlag för att bedöma hur de

övergripande målen uppfylls och hur verksamheten förändras.

En bas för dessa bedömningar är det underlag som LKELP ger. LKELP kan successivt anpassas efter behoven av att bedöma utvecklingen vad avser olika verksamhetsområden.

Det finns vidare ett behov av mer långsiktiga och målinriktade bedömningar på riksnivå.

En naturlig utgångspunkt för dessa bedömningar är givetvis den långsiktiga planering som redan bedrivs inom olika landsting.

Från centralt håll finns också möjligheter att följa planeringsarbetet inte minst genom socialstyrelsens tillsyn där tyngdpunkten ligger på en kontinuerlig dialog med landstingen i planarbetet men där också uppgiften att ytta sig över planerna ger möjlighet till insyn.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att regeringen i anslutning till riksdagens beslut i anledning av propositionen 1983/84:190 givit socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Landstingsförbundet följa landstingens insatser avseende det förebyggande arbetet, primärvården och den psykiatriska vården. Jag ser detta som ett led i den övergripande uppföljningen av hälso- och sjukvårdslagets intentioner. Ett arbete pågår f.n. gemensamt mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet för att utveckla former för denna uppföljning.

Jag anser att det arbete som pågår för att utveckla stöd- och samordningsformer mellan den centrala nivån och landstingen bör vidareutvecklas utifrån i första hand de enskilda landstingens behov och förutsättningar. Samtidigt måste dock beaktas statsmakternas behov av underlag exempelvis för utbildningsplanering och för samhällsekonomiska överväganden.

6.2 Kunskaps- och metodutveckling för behovsbaserad resursfördelning

Hälso- och sjukvårdslagen anger som ett övergripande mål en vård på lika villkor för hela befolkningen. I linje härmed åläggs landstingen enligt 7 § HSL ansvaret för att planera all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. En konsekvens av detta är att vårdresurserna bör fördelas efter behoven.

I dag råder det betydande skillnader i utbyggnaden av hälso- och sjukvården mellan landstingen och inte minst inom landstingen mellan olika kommuner och kommundelar. Detta gäller i särskilt hög grad utbyggnaden av privatläkarvård och företagshälsovård men även inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. De prestationsrelaterade statliga ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen har bidragit till denna utveckling.

Riksdagen (prop. 1983/84:190, Sfu 31) har nyligen beslutat om en övergång från prestationsrelaterad ersättning till en samlad ersättning per invånare. Inom denna ram skall även ersättningar till privata vårdgivare utbetalas. Härigenom har ett första viktigt steg tagits i riktning mot en behovsbaserad resursfördelning.

Kartläggningar av sjuklighet och dödlighet som gjorts bl.a. inom ramen för HS 90-arbetet och av Spri har visat på betydande geografiska skillnader i fördelningen av sjukdomar och skador mellan länen och i ännu högre grad inom länen mellan olika kommuner eller primärvårdsdistrikt. Dessa variationer kan delvis förklaras med hänvisning till olikheter i befolkningens ålderssammansättning, civilstånd och socioekonomiska förhållanden och delvis av specifika geografiska skillnader beträffande hälsorisker. Detta har bl.a. föranlett socialutskottet att i sitt yttrande till socialförsäkringsutskottet i anledning av prop. 1983/84:190 (SfU 31 SoU 4y) betona vikten av att regeringen till riksdagen återkommer med en analys av sådana olikheter i hälsotillstånd och vårdbehov i olika delar av landet som bl.a. beror på olika socioekonomiska faktorer och som kan vara lämpliga att beakta vid fördelningen av statliga ersättningar.

Ett utredningsarbete som syftar till att ta fram erforderligt underlag pågår inom socialdepartementet. Detta arbete samordnas med den översyn av skatteutjämningsystemet (Dir 1983:46) i vilken man även har att belysa betydelsen av vissa behovsrelaterade faktorer såsom befolkningens ålder och sociala struktur.

HS 90 har som jag tidigare något redogjort för redovisat ett omfattande material om ohälsans sociala och geografiska fördelning. Utredningen har mot bakgrund av denna kunskap diskuterat en rad principer och alternativ som bör beaktas i ett fortsatt utvecklingsarbete vad avser metoder för behovsbaserad resursfördelning såväl på nationell nivå som inom enskilda landsting (SOU 1984:40).

Då befolkningens åldersmässiga sociala struktur uppvisar såväl regionala som inomregionala skillnader, blir syftet med en mera behovsrelaterad resursfördelning inte bara att skapa förutsättningar för en vård som är lika tillgänglig för alla oberoende av bostadsort utan även oberoende av ålder, civilstånd, yrke, sysselsättning, etnisk tillhörighet och medborgarskap. För att nå detta mål måste dock den behovsbaserade geografiska resursfördelningen kombineras med åtgärder som beaktar vårdens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och effekt på de hälso- och vårdpolitiska riskgrupperna i det geografiska området.

Kriterierna för fördelning av vårdresurserna till olika geografiska upptagningsområden bör bl.a. beakta befolkningens demografiska och socioekonomiska struktur samt specifika geografiska och sociala variationer för sjukfrånvaro, förtidspension och dödlighet m.m. Det kan vidare vara motiverat att uppskatta behov av vård med hänsyn till befolkningens hushållsstruktur.

I syfte att uppnå de vårdpolitiska jämlikhetsmålen är det särskilt viktigt att utveckla behovsbaserade resursfördelningskriterier inom landstingen, bl.a. därför att man till följd av bostadssegregationen har mycket större skillnader mellan olika sjukvårdsdistrikt än mellan landstingskommuner. Betydelsen

av en behovsbaserad resursfördelning blir i själva verket större ju mera uttalad segregationen är och desto mindre geografiska områden som berörs. Av dessa skäl pågår inom flera landsting ett utvecklingsarbete i enlighet med vad HS 90 förordar.

På den lokala nivån där befolkningsunderlaget är mindre blir vissa typer av ohälsomått, som exempelvis dödlighet och sjukfrånvaro, mindre tillförlitliga till följd av slumpvariationer, administrativa rutiner etc. Den mest tillförlitliga metoden vad anser mindre befolkningsgrupper (upptagningsområden för vårdlag och vårdcentraler) torde därför vara att väga samman befolkningsantalet med hänsyn till åldersstruktur, andel ensamboende, yrkes- och sysselsättningsstruktur samt invandring. Viktning av de olika befolkningskategorierna kan ske utifrån vad vi idag vet om sambandet mellan dessa befolkningsvariabler och vårdbehov. Det är viktigt att metoder för detta utvecklas som underlag för beslut i demokratisk ordning.

Det bör betonas att införandet av behovskriterier för den geografiska resursfördelningen är en av flera åtgärder för att nå de hälso- och vårdpolitiska jämlikhetsmålen. Det är samtidigt viktigt att utveckla instrument med vilka man löpande kan identifiera och följa hälso- och sjukvårdsverksamhetens kontakt med riskgrupper och effekt på hälsotillstånd och vårdbehov.

En löpande avstämmning bör också ske av verksamheten mot befolkningens behov och önskemål. Det bör ske i en dialog mellan den lokala hälso- och sjukvårdspersonalen och befolkningens representanter.

Jag har velat lämna denna redogörelse för förutsättningarna för en utveckling av den behovsbaserade hälso- och sjukvårdsplaneringen mot bakgrund av socialförsäkringsutskottets och socialutskottets uttalanden i dessa frågor vid behandlingen av propositionen (1983/84:190, SfU 31, SoU 4y) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m.

7 Personal, utbildning och forskning

I de frågor som jag tar upp i detta avsnitt har jag samrått med chefen för utbildningsdepartementet.

7.1 Personal- och utbildningsfrågor

Min bedömning: Det är väsentligt att i större utsträckning beakta de avgörande samband som finns mellan målen för hälso- och sjukvården och utbildningen av den personal som behövs för att förverkliga dessa mål. Socialstyrelsen har som en viktig uppgift att i samarbete med berörda utbildningsmyndigheter ge ett kvalitativt och kvantitativt inriktat underlag härför.

Utredningarnas (HS 90 och cancerkommittén) förslag: HS 90 redovisar s.k. trendprognoser beträffande tillgång och efterfrågan fram mot år 2000 av personal med lång vårdutbildning (läkare), med medellång vårdutbildning (sjuksköterskor, assistenter, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) och med kort vårdutbildning (undersköterskor, skötare och vårdbiträden). Vidare redovisas prognoser för personal med annan utbildning än vårdutbildning, såsom psykologer och kuratorer, teknisk och administrativ personal samt ekonomipersonal.

HS 90:s tillgångsprognoser bygger på vad som i dag gäller för utbildningsdimensionering, yrkesverksamhetsgrad etc. samt långtidsutredningens (LU 84:s) antaganden om sjunkande årsarbetstid per sysselsatt. HS 90:s kalkyler innebär att läkartillgången år 2000 skulle vara ca 28 000, tillgången på personal med medellång utbildning ca 136 000 och tillgången på personal med kort vårdutbildning ca 118 000 yrkesverksamma personer.

HS 90:s efterfrågeprognoser är trendprognoser som bygger på ett antal olika tillväxialternativ vad gäller volymutvecklingen inom hälso- och sjukvården: 0,5, 1 eller 2 procents årlig tillväxt fram till år 2 000 samt ett beräkningsalternativ som bygger på LU 84:s kalkyler. Dessa prognoser leder till att efterfrågan på läkare år 2 000 bedöms vara 25 000 – 38 000, på personal med medellång utbildning 101 000 – 142 000 och på personal med kort vårdutbildning 203 000 – 274 000. Efterfrågan på personal med annan utbildning än egentlig vårdutbildning bedöms bli 110 000 – 145 000.

HS 90 betonar starkt osäkerheten i dess trendmässiga bedömningar av den framtida efterfrågan på olika kategorier av personal inom hälso- och sjukvården. Ett bättre och kompletterande prognosinstrument skulle vara s.k. programmatiska efterfrågeprognoser, som utgår från en fastlagd hälso- och sjukvårdspolitik och väl underbyggda program för de olika delområdena av hälso- och sjukvården. HS 90 aviserar ett fortsatt arbete med ett fördjupat underlag för säkrare bedömningar av det framtida personalbehovet och personalefterfrågan inom hälso- och sjukvården.

HS 90 framhåller också att personalstatistikunderlaget på sikt behöver utvecklas. Inriktningen bör dock vara att den erforderliga statistiken inhämtas inom ramen för befintliga statistiksystem och att således inte helt nya system inrättas. För att förbättra underlaget för prognosverksamhet behöver personalstatistiken utvecklas i fråga om möjligheterna att beskriva yrkesverksamhet och aktivitet hos de olika personalkategorierna. Det behövs tillförlitligare uppgifter om utbildningsbakgrund, bortfall och genomströmningar i de olika utbildningarna. För vissa yrkesgrupper är personalstatistiken särskilt bristfällig. Det gäller främst de yrkesgrupper som inte har legitimations- eller motsvarande behörighetskrav och de med kort vårdutbildning. Även för yrkesgrupper verksamma inom privat hälso- och sjukvård är statistiken bristfällig. Det är angeläget att socialsektorns statistikdelegation uppmärksammar dessa problem och initierar ett utvecklingsarbete mellan de berörda centralt ansvariga – SCB, socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

Cancerkommittén redovisar inga synpunkter eller förslag beträffande de kvantitativa behoven av personal för det cancerförebyggande arbetet och i den onkologiska vården. Kommittén gör dock bedömningen att cancervårdens omfattning sannolikt kommer att öka ytterligare till följd av förbättrade behandlingsmöjligheter och ökade krav på psykosociala insatser i samband med cancersjukdomar.

Remissinstanserna: Åtskilliga remissinstanser berör personalförsörjningsfrågorna. De understryker i regel svårigheterna att bedöma den framtida personalefterfrågan och framhäver behoven av bättre prognosinstrument. Kritik riktas mot t.ex. de antaganden i fråga om grad av deltidarbete som gjorts i HS 90:s prognosmaterial. Man pekar t.ex. på tendensen till att öka arbetstiden per sysselsatt, dvs. minska graden av deltidarbete inom vården. HS 90:s kommande särskilda underlagsstudie motses med stort intresse.

Riksrevisionsverket (RRV) framhåller personalplaneringens strategiskt avgörande betydelse men konstaterar att den idag har stora brister. Verket aviserar i remissvaret att man inom kort skall redovisa ett revisionsprojekt om personal- och utbildningsplanering inom hälso- och sjukvården.

Skälen för min bedömning: Jag anser att det material beträffande tillgång och efterfrågan på personal för hälso- och sjukvården som HS 90 lagt fram är intressant som en orienterande belysning av möjliga utvecklingslinjer. I likhet med remissinstanserna anser jag dock att det i dag tillgängliga prognosmaterialet är otillräckligt och alltför osäkert som grund för att nu ta ställning till de långsiktiga behoven av utbildade för olika uppgifter i den framtida hälso- och sjukvården. I avvaktan på bl.a. att HS 90 slutför sin utredning av personalbehoven m.m. i den framtida hälso- och sjukvården får de bedömningar som redovisats i årets budgetproposition bör därför vara vägledande tills vidare.

Personal- och utbildningsplanering är av strategisk betydelse för att nå en förändring i hälso- och sjukvården. Utbildning är ett medel för att ge de anställda nya kunskaper men också för att ge förståelse för behovet av förändringar och inriktning av dessa. Tillgången på rätt utbildad personal bestämmer möjligheten att uppfylla vårdpolitiska prioriteringar. Personalens kunskaper, färdigheter och attityder är avgörande för vårdarbetets inriktning och kvalitet och därmed också för patienternas säkerhet och trygghet.

Fördelningen av personal har vidare avgörande betydelse för möjligheterna att erbjuda medborgarna rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor.

Jag vill med detta resonemang understryka sambandet mellan målen för hälso- och sjukvården och utbildningen av den personal som behövs för att förverkliga dessa mål. Socialstyrelsen har som en viktig uppgift att i samarbete med berörda utbildningsmyndigheter ge underlag härför.

För att uppnå en personal- och utbildningsplanering som är väl anpassad till den framtida hälso- och sjukvården är det nödvändigt att förbättra denna

både på central och lokal nivå. Personal- och utbildningsplaneringen måste utgå från verksamheten och bedrivas koordinerad med planeringen för hälso- och sjukvården.

Personalprognosarbetet på den nationella nivån måste förändras. Personalplanering, utbildningsplanering och planering av hälso- och sjukvårdens innehåll och struktur kan och får inte bedrivas fristående från varandra. De har ett nära samband och beroende. Grunden är planeringen av hälso- och sjukvårdens framtida innehåll och struktur som lokalt och regionalt enligt hälso- och sjukvårdslagen är ett ansvar för de enskilda landstingen. De samband som jag pekat på och kraven på att personalförsörjningen tryggas så att vårdbehoven tillgodoses och den utbildade personalen har en så trygg anställning som möjligt är avgörande skäl.

Som jag inledningsvis anmält har riksrevisionsverket (RRV) nyligen till regeringen överlämnat revisionsrapporten (Dnr 1984:235) Personal- och utbildningsplaneringen i hälso- och sjukvården. En granskning av socialstyrelsens ansvar och uppgifter. RRV framhåller att problem och förutsättningar då det gäller hälso- och sjukvårdens personal- och utbildningsfrågor förändrats kraftigt under senare tid. Utbyggnaden av vårdutbildningarna tillsammans med en kraftigt reducerad volymtillväxt i hälso- och sjukvården har inneburit en successivt förbättrad personaltillgång. Vissa brister på personal kvarstår emellertid då det gäller läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och vissa sjuksköterskekatégorier. Dessa brister förstärks genom en delvis ojämn geografisk fördelning av personal.

RRV framhåller att det är nödvändigt att socialstyrelsens kvalitativt inriktade arbete utvecklas när det gäller personal- och utbildningsplaneringen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens arbete bör här syfta till att åstadkomma en översättning av allmänna hälso- och sjukvårdspolitiska strävanden till konkreta krav på kompetensen hos personalen. Arbetet bör inriktas på att ge stöd för

- lokal hälso- och sjukvårdsplanering
- lokal och central utbildningsplanering (reguljära vårdutbildningar) och
- lokal fortbildning och påbyggnadsutbildning.

Jag ansluter mig till de RRV-bedömningar av den lämpliga framtida inriktningen av arbetet med den centrala personalplaneringen som jag redovisat och till att socialstyrelsen bör lägga stor vikt vid att ta fram ett kvalitativt underlag för utbildnings- och hälso- och sjukvårdshuvudmännens planering av personalförsörjningen. Beträffande formerna för de kvantitativa personalprognoserna – som också behandlas i RRV-rapporten – kommer jag att överväga dessa ytterligare efter behandling av frågan i hälso- och sjukvårdsberedningen.

7.2 Översyn av vårdutbildningar

Min bedömning: En på sikt ändrad inriktning av hälso- och sjukvården, med ökade inslag av samhällsinriktade och förebyggande arbetssätt och en större del av vårdinsatserna förlagda till primärvården, kräver motsvarande ändringar i utbildningens innehåll för den personal som skall vara verksam inom hälso- och sjukvården. Vårdpersonalens framtida arbetsuppgifter och kunskapskrav behöver emellertid ytterligare analyseras för att vårdutbildningarna skall kunna anpassas härtill. Därför bör underlag tas fram om bl.a. vilka personalgrupper som kommer att vara verksamma i den nya vårdstrukturen och vilka kunskaper, färdigheter och attityder dessa bör ha. I anslutning härtill bör en översyn göras av vilka förändringar som krävs för vårdyrkesutbildningarna och andra berörda utbildningsgrenar så att de kommer i samklang med de hälso- och sjukvårdspolitiska målen.

Med hänsyn till att ett förändrat innehåll i grundutbildningarna ger effekter först på längre sikt måste fort- och efterutbildning ges hög prioritet för att understödja förändringsprocesserna inom hälso- och sjukvården.

Utredningarnas (HS 90 och cancerkommittén) förslag: HS 90 framhåller att personalen är hälso- och sjukvårdens nyckelresurs. Personalens kunskaper och färdigheter och deras förhållningssätt till vårdarbetet är av avgörande betydelse för möjligheterna att förverkliga de hälso- och sjukvårdspolitiska intentionerna. Det behövs en bättre balans mellan utbildning för traditionella vårduppgifter och utbildning inriktad mot förebyggande arbete, omvårdnads- och grupparbete samt för samverkan med socialtjänsten och andra samhällssektorer.

HS 90 anser att konsekvenserna av den förändrade vårdstrukturen och de hälsopolitiska målsättningarna vad gäller vårdpersonalens arbetsuppgifter och kunskapskrav och anpassningen av vårdutbildningarna härtill behöver ytterligare analyseras. HS 90 föreslår därför ett fortsatt och tvärsektoriellt utredningsarbete med utgångspunkt i bl.a. HS 90-studierna. I utredningsarbetet är det angeläget att särskilt uppmärksamma hur personalen skall få en vidgad medvetenhet om de sociala och miljöbetingade faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom samt ökade kunskaper i fråga om hälsopolitiska uppgifter.

HS 90 föreslår vidare en särskild utredning för att se över läkarnas vidareutbildning i syfte att få till stånd sådana förändringar som gör det möjligt att på ett lättare och mer flexibelt sätt anpassa vidareutbildningen till hälso- och sjukvårdens utveckling.

HS 90 pekar på betydelsen av kraftfulla satsningar på fort- och efterutbildningen för att stärka personalens kompetens och öka beredskapen för

nya och förändrade arbetsuppgifter. Fortbildningsinsatser för att höja kompetensnivån för biträden till motsvarande undersköterske/sköterskekompetens måste initieras.

Cancerkommittén menar att de rekommendationer som finns om utbildning beträffande cancervård för olika kategorier av vårdpersonal hittills resulterat i mycket få och otillräckliga åtgärder. Ett betydande utbildningsbehov finns för personal verksam inom cancervård både vid regionsjukhusen och inom länssjukvården. Kommittén menar att frågan om sjuksköterskornas utbildning i cancervård kräver speciellt beaktande. Någon samlad undervisning i cancervård förekommer inte. Ökad användning av cytostatika och strålterapi ställer stora kunskapskrav på personalen liksom de psykiska reaktionerna i samband med cancersjukdomar. Kommittén anser att en möjlighet är att införa en särskild påbyggnadslinje avseende cancersjukvård för de sjuksköterskor som genomgått hälso- och sjukvårdslinjens utbildning med inriktning på allmän hälso- och sjukvård. Den linje som har inriktning mot onkologi, och som har en viktig funktion för strålbehandlingen vid cancer, har för få utbildningsmoment som behandlar omvårdnadsaspekter. Detta minskar möjligheterna att flexibelt använda denna yrkesgrupp i onkologivården. Kommittén anser att UHÅ bör få i uppdrag att särskilt utreda denna fråga. På kort sikt är det angeläget att öka antalet efterutbildningskurser för sjuksköterskor som nu är anställda i cancersjukvården.

Remissinstanserna: Dessa instämmer genomgående i utredningarnas bedömningar av den avgörande betydelsen av innehållet i personalens utbildning för att förverkliga de hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna och tillstyrker i regel en bred översyn av grundutbildningarna inom vårdsektorn. De instämmer också i bedömningarna av nödvändigheten av fortbildnings- och efterutbildningsinsatser på kort sikt. Förslaget att undersköterskekompetens skall vara baskompetensnivån i vårdarbetet mottas också positivt av dem som berör denna fråga.

Förslaget om en särskild översyn av läkarnas vidareutbildning tillstyrks i regel av remissinstanserna.

Skälen för min bedömning: Hälso- och sjukvård är, och kommer enligt min bedömning att förbli, en mycket personalintensiv verksamhet. Jag delar helt synsättet att personalen är hälso- och sjukvårdens nyckelresurs. Personalens kunskaper och färdigheter och – inte minst – dess förhållningssätt till vårdarbetet och patienten liksom dess syn på hälso- och sjukvårdens roll och uppgifter i samhället är av avgörande betydelse för att den inriktning av hälso- och sjukvården, som jag förordat i det föregående, skall kunna förverkligas.

Vårdarbetet – såväl de sjukvårdande åtgärderna som åtskilligt av det förebyggande arbetet – är en verksamhet för och i nära kontakt med medmänniskorna, ofta i en situation då den vårdsökande har ett särskilt

behov av medmänskligt stöd och ett förstående bemötande. Jag vill betona den utpräglade servicenaturen i vårdarbetet och de särskilda krav detta innebär på att personalen bemöter och behandlar den vårdsökande med förståelse och insikt i vilka särskilda behov den har som är sjuk eller är orolig inför t.ex. en hälsoundersökning och dess resultat. Detta måste vara den grundläggande utgångspunkten vid utformningen av innehållet i flertalet av de utbildningslinjer som finns för hälso- och sjukvårdsutbildning. Självfallet måste personalen också ha goda kunskaper och färdigheter i biologiska och tekniska frågor, t.ex. när det gäller hanteringen av all den tekniska utrustning och alla de metoder för diagnostik och behandling som är nödvändiga för en vård av hög medicinsk kvalitet.

Jag ansluter mig till HS 90:s bedömningar att ett förebyggande arbetssätt måste få ett ökat utrymme i framtidens värdeyrkesutbildningar. Alltfler av hälso- och sjukvårdspersonalen kommer att arbeta med arbetsuppgifter av hälsofrämjande och sjukdoms- eller skadeförebyggande natur. De måste därför ha goda kunskaper om hälsans villkor och om hälsoriskerna och deras fördelning i befolkningen. Personalen måste förstå hur man inom hälso- och sjukvården och ofta i en tvärspektoriell samverkan kan medverka till att reducera eller eliminera hälsorisker och till att utveckla de hälsofrämjande krafterna samt hur man kan påvisa eller öka kunskaperna om vilka hälsorisker som finns i samhället. Vid sidan av patient- och individperspektivet måste befolknings- och samhällsperspektiven också framhållas i värdeyrkesutbildningen. Jag vill i detta sammanhang erinra om de förslag till utveckling av Nordiska hälsovårdshögskolan och ett ökat samarbete mellan samhällsmedicinskt inriktade institutioner i Norden som f.n. bereds inom den nordiska socialpolitiska kommittén.

Jag delar helt HS 90:s och remissinstansernas uppfattning om nödvändigheten av att innehållet i grundutbildningarna för värdeyrkena kontinuerligt bringas i samklang med den vårdpolitiska och hälsopolitiska utvecklingen. Såväl läkarutbildningen som de s.k. medellånga vårdutbildningarna har nyligen reformerats. De nya utbildningsplanerna har en målsättning som väl stämmer överens med HS 90:s intentioner. Jag har även erfarit att universitets- och högskoleämnet avser att inom ramen för sitt reguljära arbete följa upp och utvärdera utbildningsreformerna mot bakgrund av HS 90:s underlag. Det ankommer på UHÄ att göra de förändringar av utbildningsplanerna som man därvid finner anledning till.

Enligt min mening behöver dock vårdpersonalens arbetsuppgifter och kunskapskrav ytterligare analyseras mot bakgrund av de hälsopolitiska målsättningarna och den nya vårdstrukturen. Utifrån ett sådant mer detaljerat underlag bör en översyn av innehållet i vårdutbildningarna göras. HS 90:s underlagsstudie om personal- och utbildningsfrågor beräknas att redovisas först under våren 1985. Detta underlag kommer att vara en utgångspunkt för en sådan översyn.

Vad avser de förslag beträffande utbildning av personal för cancervård

som cancerkommittén fört fram vill jag anföra följande. Jag har erfarit att UHÄ redan arbetar med att förändra innehållet i hälso- och sjukvårdslinjens inriktning mot onkologi för att tillgodose kravet på ökade kunskaper i omvårdnaden. Jag får också erinra om att regeringen har uppmärksammat problemen med att rekrytera studerande till denna utbildning och därför nyligen medgivit en försöksverksamhet i Malmöhus läns landsting med en ny utbildningsmodell och ändrade tillträdesbestämmelser. I anslutning härtill uppdrog regeringen åt UHÄ att inkomma med förslag till en påbyggnadslinje i onkologisk omvårdnad för bl.a. sjuksköterskor för att tillgodose de kunskapskrav den förändrade cancervården ställer. En sådan påbyggnadslinje avses kunna starta under år 1986.

HS 90 och cancerkommittén, liksom remissinstanserna, lägger stor vikt vid fortbildningen och efterutbildningen som instrument för att mera kortsiktigt förbättra personalens kompetens och möjligheter att arbeta i enlighet med de fastlagda hälso- och sjukvårdspolitiska målen. Jag instämmer i denna uppfattning.

Med fortbildning brukar avses den utbildning som den som har genomgått grundutbildning och eventuell vidareutbildning för viss specialitetsgren behöver för att vidmakthålla sin kompetens, dvs. tillägna sig nya kunskaper om utvecklingen inom sitt område så att man vidmakthåller sin förmåga att väl utöva sitt yrke. Med efterutbildning brukar avses en kompetenshöjande, i motsats till kompetensbevarande, utbildning som ger förutsättningar för att inneha högre tjänster. Någon fast gränslinje torde inte kunna anges mellan dessa begrepp. Jag behandlar i det följande väsentligen fortbildningen i kompetensbevarande syfte och i syfte att anpassa kompetensen till aktuell kunskap och inriktning av vården.

I huvudsak är det ett ansvar för berörd arbetsgivare att tillse att den anställda personalen erhåller den fortbildning som behövs för att tillägna sig de kunskaper och färdigheter som behövs med hänsyn till utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Huvudmännen själva organiserar och bedriver i egen regi en betydande fortbildningsverksamhet. Det är vidare vanligt att personalens fackliga och andra organisationer arrangerar fortbildningsaktiviteter. För läkarnas del och även för andra personalgrupper är detta en vanlig form av fortbildning. Även staten bedriver genom t.ex. arbetarskyddsstyrelsen och socialstyrelsen m.fl. fortbildningsverksamhet riktad till hälso- och sjukvårdspersonal. Nordiska hälsovårdshögskolan bedriver framför allt kompetenshöjande efterutbildning inom folkhälsoområdet, men erbjuder också kurser som har karaktär av fortbildning för bl.a. administrativ personal inom hälso- och sjukvården.

Omfattningen av och villkoren för fortbildningen är närmast en fråga för parterna på arbetsmarknaden att bestämma om. Efterutbildning är i regel mera en fråga för den enskilde att svara för. För min egen del vill jag understryka angelägenheten av att huvudmännen bedriver eller på annat sätt tillhandahåller och understödjer fortbildning för hälso- och sjukvårdsperso-

nalen så att denna får kompetens att arbeta i enlighet med de vårdpolitiska målsättningar som jag behandlat i det föregående. Staten bör stödja huvudmännens fortbildningsverksamhet genom att tillhandahålla underlag för det innehåll som fortbildningen avser. Den fortbildning som de statliga organen hittills erbjudit bör bestå och fortlöpande anpassas till de vårdpolitiska målsättningar som statsmakterna beslutar om.

HS 90 har aktualiserat frågan om att s.k. undersköterskekompetens skulle vara baskompetens i det egentliga sjukvårdarbetet. Jag har erfarit att flera landsting arbetar på att successivt omvandla sjukvårdsbiträdetjänster till undersköterskebefattningar främst med hänsyn till de kvalificerade och tunga uppgifter som finns företrädesvis inom långtidssjukvården. En övergång till mer hemsjukvård skärper också kraven på personalens utbildning och förmåga att arbeta självständigt. I framför allt långtidssjukvård och hemsjukvård utgör en höjning av baskompetensen en viktig grund för arbete i olika former av vårdlag. Denna utveckling förutsätter en kompletterande utbildning av redan anställda sjukvårdsbiträden. Jag anser att denna fråga bör övervägas i samband med den översyn av vårdpersonalens arbetsuppgifter och kunskapskrav som jag berört i det föregående.

Den översyn av läkarnas vidareutbildning till olika specialistområden, som HS 90 förordat och som remissinstanserna i regel tillstyrkt, har jag funnit väl motiverad. Jag vill erinra om att jag redan har erhållit regeringens bemyndigande att tillsätta en sådan utredning och att regeringen ställt sig bakom mitt förslag till direktiv (Dir 1985:2). Utredningens arbete skall vara avslutat under år 1986.

7.3 Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU)

Min bedömning: Inriktningen av FoU-arbetet mot prevention, allmänmedicin, epidemiologi, omvårdnad och rehabilitering behöver stärkas. Särskild uppmärksamhet bör ägnas forskning inriktad mot att belysa risker för och orsaker till ohälsa och dess fördelning mellan olika befolkningsgrupper. Forskning om arbetslöshetens hälsomässiga konsekvenser är mycket angelägen. Detta kräver ett tvärdisciplinärt angreppssätt och en ökad samverkan mellan medicin, samhälls- och beteendevetenskaper, teknik och andra vetenskapsområden.

Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning bör behandla forskningsfrågor i sitt arbete.

Utredningarnas (HS 90 och cancerkommittén) förslag: HS 90 framhåller att den svenska medicinska forskningen har en internationellt framstående ställning och att det är angeläget att denna ställning, även framledes kan hävdas.

HS 90 drar emellertid slutsatsen att det är nödvändigt att förändra och

anpassa FoU-arbetet till de utvecklingssträvanden som HS 90 ger uttryck för. Bl.a. hävdar utredningen att FoU-arbetet bör ske i anslutning till de problem som möter i det praktiska vårdarbetet inom primärvård och länssjukvård. En viss orientering mot denna typ av forskning har skett genom en ökad inriktning mot förebyggande insatser, allmänmedicin och psykiatri samt långvårdsmedicin. Detta FoU-arbete måste vidareutvecklas. Den socialt och ekonomiskt inriktade forskningen kring hälso- och sjukvårdens problem måste stärkas liksom omvårdnadsforskning relaterad till de medellånga vårdutbildningarna. Den epidemiologiska forskningen behöver också förstärkas. Särskild uppmärksamhet bör ägnas forskning inriktad mot att belysa orsaker till ohälsans omfattning och fördelning mellan olika befolkningsgrupper.

HS 90 anser vidare att landstingen själva måste fördjupa sitt engagemang i forskningsfrågorna och bygga upp kunskaper och kompetens. Hälso- och sjukvårdsberedningen bör ta upp forskningsfrågor i sitt arbete från hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkter.

Cancerkommittén framhåller att forskning spelar en avgörande roll för ansträngningarna att begränsa cancersjukdomarnas skadeverkningar. Svensk cancerforskning, såväl grundforskning som tillämpad forskning och cancerepidemiologisk forskning är internationellt starkt uppmärksammat. Kommittén föreslår inte några förändringar för cancerforskningens organisation och finansiering. Forskarsamhället och de forskningsfinansierande organen bör som hittills, med hänsyn till forskningsprojektens kvalitet, själva avgöra vad som bör prioriteras inom ramen för tillgängliga resurser. Kommittén anger dock att ökade forskningsinsatser är särskilt önskvärda inom epidemiologi, toxikologi i relation till verkningsmekanismer och genetik samt forskning beträffande risk- och åtgärdsproblematik.

Remissinstanserna: Åtskilliga remissinstanser ansluter sig till den forskningssyn som HS 90 ger uttryck för. Flera hävdar dock att någon omfördelning från grundforskningen till annan forskning, som HS 90 föreslagit, inte är lämplig. Svenska läkaresällskapet anser att en omfördelning av resurser från den etablerade och enligt HS 90 så framgångsrika medicinska forskningen enligt dess bestämda mening skulle kunna få allvarliga konsekvenser för den fortsatta medicinska utvecklingen i landet. För att de förebyggande åtgärderna inom hälso- och sjukvården skall bli framgångsrika krävs ytterligare kunskaper som enligt sällskapet endast kan uppnås genom fortsatt satsning på kvalificerad medicinsk grundforskning. Sveriges läkarförbund, medicinska forskningsrådet och UHÄ anför liknande synpunkter på utvecklingen av forskningen inom hälso- och sjukvården.

Skälen för min bedömning: Forsknings- och utvecklingsarbetet inom medicinen och angränsande vetenskaper och discipliner är av avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling. Det gäller för såväl sjukvårdsarbetet som det hälsofrämjande arbetet, t.ex. underlaget för att påvisa hälsorisker och orsaker till ohälsa. Jag delar uppfattningen att den

hittills så framgångsrika grundforskningen och tillämpade medicinska forskningen skall ges stöd och att dess arbetsmöjligheter inom hälso- och sjukvårdsorganisationen om möjligt förbättras.

Forskningen tillför emellertid inte endast ny kunskap som kan omsättas i bättre metoder för att påvisa och behandla skador och sjukdomar och underlätta livet för dem som är handikappade och långvarigt sjuka. Forskningen innebär också en kritisk prövning av metoderna inom hälso- och sjukvården. Detta kan leda till att mindre verksamma eller olämpliga metoder ersätts av mera verksamma och säkrare. Forskningen har också ett ansvar att påvisa orsakerna och riskfaktorerna bakom sjukdom och skada och därigenom ge grund för förebyggande insatser som eliminerar ohälsa eller fördröjer uppkomsten av sjukdomar och skador och därigenom förbättrar befolkningens hälsoförhållanden.

Jag vill därför understryka vikten av att vi slår vakt om forskningens ställning och utveckling inom hälso- och sjukvården och vill framhålla att den svenska medicinska forskningen och annan forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet har en internationellt framstående ställning.

HS 90 har föreslagit en viss omfördelning av forskningsresurser från grundforskning och klinisk forskning till områden som samhällsmedicin, epidemiologi, omvårdnadsforskning m.m. Flera remissinstanser varnar för negativa effekter – även inom de av HS 90 prioriterade områdena – av en nedskärning av resurserna för den grundläggande medicinska forskningen. De anser att ökade resurser måste tillföras för utvecklingen av dessa områden. Samtidigt framhålls att den av HS 90 förordade utvecklingen har påbörjats och att såväl delegationen för social forskning som medicinska forskningsrådet genom olika initiativ och anslag till forskningsprojekt prioriterar sådan forskning.

För egen del anser jag det nödvändigt att den hälsopolitiska markering som görs i HSL också får ett genomslag i forskningspolitiken, utan att därför eftersätta den medicinska grundforskningen och den tillämpade forskningen. Detta är i samklang med de forskningspolitiska ställningstaganden som statsmakterna gjort i anslutning till propositionen 1983/84:107 om forskning. Jag vill betona att de områden som HS 90 fört fram är angelägna. Jag anser att särskild uppmärksamhet måste ägnas forskning inriktad mot att belysa risker för och orsaker till ohälsa och dess fördelning mellan olika befolkningsgrupper, dvs. forskning som identifierar de hälsomässiga riskgrupperna i samhället. Chefen för socialdepartementet har i propositionen om forskning (prop. 1983/84:107 bil. 3) särskilt tagit upp dessa frågor. I likhet med flera remissinstanser vill jag också framhålla den stora angelägenheten av en intensifierad forskning om arbetslöshetens hälsomässiga konsekvenser. Jag vill här hänvisa till vad chefen för arbetsmarknadsdepartementet anförde i sin bilaga till nämnda proposition.

Detta kräver ett tvärdisciplinärt angreppssätt och en ökad samverkan mellan medicin, samhälls- och beteendevetenskaper, teknik och andra vetenskapsområden. HS 90 har föreslagit att hälso- och sjukvårdsberedningen behandlar forskningsfrågor i sitt arbete. Beredningens direktiv innefattar detta uppdrag. Jag räknar med att den expertgrupp som kommer att knytas till beredningen kan utnyttjas i detta sammanhang. I linje med vad jag anmält i det föregående kommer företrädare för forskningens intressen att knytas till beredningen.

Inom sitt verksamhetsområde har medicinska forskningsrådet till uppgift att främja och stödja vetenskapligt betydelsefull forskning. Enligt riksdagens beslut år 1982 och 1984 i anledning av propositionerna om forskning (prop. 1981/82:106 och 1983/84:107) har medicinska forskningsrådet tilldelats ett huvudansvar för forskning inom följande prioriterade områden: medicinskt inriktad hälso- och sjukvårdsforskning, epidemiologi, forskning om primärvård, forskning om missbruksfrågor samt miljömedicinsk forskning. Jag vill i det sammanhanget erinra om att det vid universiteten har inrättats professurer i bl.a. allmänmedicin och långvårdsmedicin.

Jag har också erfarit att landstingen på senare tid ökat och fördjupat sitt engagemang i forskningsfrågor. Landstingsförbundet har bl.a. rekommenderat landstingen att inrätta s.k. utvecklingsenheter för FoU-arbete i primärvården där t.ex. nya metoder i vårdarbetet kan prövas och utvärderas. Jag anser att denna pågående utveckling är värdefull och bör fortsätta.

8 Hälso- och sjukvårdsstatistiken m.m.

8.1 Inledning

HS 90 framhåller att den starka markeringen i HSL av att planeringen och genomförandet av hälso- och sjukvårdens insatser skall utgå från befolkningens behov och leda till en vård på lika villkor ökar kraven på den statistik och övrigt informationsunderlag som hälso- och sjukvården förfogar över. Det är därför angeläget att på sikt utveckla denna statistik. Det gäller den egentliga hälsostatistiken över de sjukdomar, skador och hälsorisker som finns i befolkningen och hur de är fördelade och förändras. Det gäller också statistiken över de resurser som hälso- och sjukvården disponerar och över de prestationer som utförs. HS 90 pekar på vissa utvecklingsbehov i dessa hänseenden.

Cancerkommittén framhåller allmänt att för att få kunskap om en sjukdoms förekomst, orsaker och effekter i en befolkning behövs informationssystem med data såväl om de av sjukdomen drabbade grupperna (t.ex. s.k. incidens- och mortalitetsregister) som övriga individer i befolkningen (t.ex. demografiska basdata). För den särskilda cancerstatistiken (regionala och centralt cancerregister) föreslås inga principiella förändringar men vissa förbättringar beträffande tillgänglighet m.m.

Remissinstanserna ansluter sig i regel till HS 90:s och cancerkommitténs

allmänna syn på hälso- och sjukvårdsstatistikens stora betydelse för att utveckla en bättre hälso- och sjukvård och få underlag för förebyggande åtgärder. Bl.a. LO anför att en förutsättning för att ett miljöinriktat synsätt skall kunna etableras är att i hela vården få tillgång till aktuella data om ohälsans fördelning på olika socioekonomiska bakgrundsvariabler. Överhuvudtaget är det mycket viktigt att ett orsaksoorienterat och miljöinriktat statistiksystem när det gäller ohälsa finns tillgängligt. Medicinska forskningsrådet finner HS 90:s förslag om utveckling av hälsostatistiken värdefulla, inte minst för den epidemiologiska forskningen. Landstingen konstaterar genomgående att en förbättrad och utbyggd statistik är en förutsättning för såväl hälsopolitiskt som vårdstrukturellt utvecklingsarbete.

Jag ansluter mig till utredningarnas allmänna syn på hälso- och sjukvårdsstatistikens stora betydelse. Statistiken är nödvändig för att vi skall lyckas utveckla en behovsbaserad planering av hälso- och sjukvården. Statistiken behövs bl.a. för att kunna genomföra hälsoekonomiska analyser och utvärdering av hälso- och sjukvårdens produktivitet och effektivitet. Den är också viktig i arbetet med att spåra hälsorisker som kan bli föremål för förebyggande insatser. Självfallet skall statistikproduktionen ske så rationellt som möjligt och när det är möjligt baseras på urval i stället för på löpande insamling av data.

Jag vill starkt understryka hälsostatistikens stora betydelse som underlag för den epidemiologiska forskningen. Jag vill också allmänt framhålla att HS 90:s och cancerkommitténs förslag till bättre utnyttjande av befintlig statistik och att öka dess tillgänglighet måste tas till vara av berörda myndigheter m.fl.

8.2 Regelbunden folkhälsorapport

HS 90 föreslår att en sammanställning och analys redovisas t.ex. vart tredje år av innehållet i de grundläggande hälso- och sjukvårdsstatistiska informationskällorna t.ex. om levnadsnivå, sjukfrånvaro, vårdutnyttjande, dödsorsaker och cancerfrekvens. Den bör kunna utgöra ett värdefullt underlag för överväganden om inriktningen av den framtida hälso- och sjukvårdspolitik.

Flertalet remissinstanser har inte kommenterat förslaget, men bl.a. LO och Svenska kommunalarbetsförbundet ställer sig i allmänna ordalag bakom det. Även SCB ställer sig positiv till tanken på en samlad publicering av statistik över hälsoförhållanden samt hälso- och sjukvården. Den bör enligt SCB i likhet med årsböckerna över t.ex. miljön publiceras i serien Sveriges Officiella Statistik och SCB bör delta i framställningen.

Det hälso- och sjukvårdstatistiska området är omfattande och delvis svåravgränsbart. Det har starka samband med andra statistikområden. Hälsoriskstatistik hör t.ex. också hemma på de miljöstatistiska och på arbetsmiljöstatistiska områdena.

Statistik av betydelse för hälso- och sjukvården och dess planering inhämtas, bearbetas och publiceras genom många olika kanaler och former. Även bland dem som professionellt arbetar med hälso- och sjukvårdsstatistik, t.ex. i samhällsmedicinskt arbete, kan statistiken te sig svåröverskådlig och svårhanterlig. För de politiskt ansvariga och andra som har att se till helheten och fördelningen av insatser och resurser mellan olika områden ter det sig närmast omöjligt att få en helhetsbild.

Jag ser det som utomordentligt angeläget att söka skapa en sådan helhetsbild av hälsoutvecklingen inom befolkningen – en folkhälsorapport. Detta är nödvändigt för att statsmakterna skall kunna följa hur intentionerna i HSL blir förverkligade och för att problem skall kunna övervägas av dem som har det yttersta demokratiska ansvaret. Jag ställer mig därför helt bakom HS 90:s förslag om en periodisk sammanställning i detta syfte.

Denna folkhälsorapport bör lämpligen publiceras vart tredje år. Därutöver kan årliga statistiska sammanställningar redovisas. Folkhälsorapporten bör innehålla beskrivningar av de resurser som läggs ned på hälso- och sjukvårdande insatser, vilka prestationer som utförs, levnadsvanor av betydelse för hälsan samt hälsorisker, sjuklighet och dödlighet som finns i befolkningen i olika hänseenden. Den skall utgå från de många källor som redan finns t.ex. LKELP, dödsorsaksstatistik, ULF, cancerstatistik, arbets-skadestatistiken (ISA) etc. samt den särskilda skadestatistik som jag lagt förslag om i det föregående och från andra källor. Avgörande är att presentationen görs lättillgänglig och överskådlig. Den får inte begränsas till endast tabellariska redovisningar utan skall belysa utvecklingen och innehålla en analys av förändringarnas innebörd och orsaker.

Detta är ett krävande och svårt arbete. Inte desto mindre är det nödvändigt att det blir utfört för att stödja och belysa utvecklingen av den hälso- och vårdpolitik som jag förordar i denna proposition. Socialstyrelsen bör ha huvudansvaret för att ta fram denna folkhälsorapport, i erforderligt samråd och i konkret samverkan med SCB, arbetarskyddsstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet. Möjligheterna till en samordning med den nuvarande statistiska årsboken för landstingen samt SCB:s hälso- och sjukvårdsrelaterade statistik bör prövas. Socialstyrelsens kostnader härför får bestridas genom omprioriteringar inom socialdepartementets verksamhetsområde. Jag har efter samråd med chefen för civildepartementet inget att erinra mot att denna folkhälsorapport, om det visar sig tekniskt lämpligt, publiceras i serien Sveriges Officiella Statistik. I preliminärt skick bör rapporten behandlas i den rådgivande expertgrupp vid socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning som jag tidigare föreslagit skall inrättas.

8.3 Vissa utvecklingsbehov m.m.

HS 90 föreslår att man inrättar ett enhetligt patientsstatistiksystem för den öppna vården avseende diagnoser, besöksorsaker, yrkesgrupper och andra

socioekonomiska uppgifter. Denna kan bl.a. vara underlag för epidemiologiska analyser av skilda slag.

De remissinstanser som kommenterar frågan om patientstatistiken i den öppna vården, främst då primärvården, ansluter sig i regel till HS 90:s bedömningar och förslag. Detta gäller de landsting som uttryckt sin mening i frågan. SCB anser med hänvisning till statistikutredningens förslag (SOU 1983:74, Ds C 1983:11) att patientstatistiken från den öppna vården skall utvecklas.

Det är enligt min mening en brist att vi inte har en klar och sammanhållen bild av befolkningens hälsoförhållanden som de avspeglas i kontakterna med primärvården och den öppna vården i övrigt. För den slutna vården finns patientdatabaser som ger oss rimligt tillfredsställande uppgifter om de sjukdomsgrupper som kräver sjukhusvård och vissa av de undersöknings- och behandlingsåtgärder som utförs där. Det är emellertid endast en begränsad del av hälsoproblemen i befolkningen som blir belysta den vägen, även om det till viss del handlar om den tyngre och mest behandlingskrävande sjukligheten.

Jag ansluter mig till HS 90 och statistikutredningen när det gäller önskvärdenheten av en väl täckande och enhetlig patientstatistik för den öppna vården. Den bör lämpligen genomföras på urvalsbas. Ett rullande datainsamlingsförfarande bör här kunna tillämpas motsvarande det system som jag föreslagit beträffande skadestatistiken. Inte minst viktig är sådan statistik för att kunna följa utvecklingen av den vårdpolitik jag förordat i det föregående, med en utveckling av primärvårdens insatser.

I anslutning till ett uppdrag från regeringen 1981-04-09 har socialstyrelsen, efter beredning i samarbetsorganet socialsektorns statistikdelegation, redovisat sin syn på värdet av att styrelsen har direkt tillgång till hälso- och sjukvårdshuvudmännens patientdatabaser och behovet av ett centralt sjukdomsregister baserat på dessa patientdatabaser. Styrelsen föreslår ett urvalsbaserat centralt diagnosregister för vårdtillfällen i slutna vård för patienter födda den 5:e, 15:e och 25:e i varje månad, dvs. ett 10-procentigt urval.

Med stöd av bl.a. uttalanden om dessa patientdatabaser i en överenskommelse mellan Landstingsförbundet och socialdepartementet avseende vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen (prop. 1982/83:174, Sfu 26, SoU 40, rskr 367, 368) har socialstyrelsen i allmänna råd (SOSFS 1983:45) lämnat rekommendationer om hur minimiinnehållet i patientdatabaserna bör vara utformat m.m. De variabler, bl.a. huvuddiagnos och upptill sju ytterligare diagnoser, som bör ingå är förtecknade i en bilaga. Enligt vad som under hand upplysts tillämpar fr.o.m. år 1984 samtliga landsting (motsv.) dessa rekommendationer på ett sådant sätt att enhetliga uppgifter ur patientdatabaserna utan större svårigheter med ADB-teknik kan sammanställas till ett nationellt täckande diagnosregister för den slutna vården för respektive år.

Den slutna vården vid sjukhusen är en tung och resurskrävande del av hälso- och sjukvården. Visserligen är det, som jag tidigare framhållit, endast en mindre del av hälsoproblemen i befolkningen som blir kända och behandlade inom den slutna vården. Men det handlar här om ofta svåra sjukdomstillstånd och tekniskt och på annat sätt särskilt krävande undersöknings- och behandlingsinsatser. Det är enligt min mening angeläget att vi har klarast möjliga bild av utvecklingen i olika hänseenden, bl.a. diagnosmönstret, inom den slutna vården. Detta är viktigt bl.a. för att följa hur decentraliseringssträvandena inom vården kan tillgodoses. Dessa uppgifter är också av mycket stor betydelse som underlag för epidemiologiska, hälsoekonomiska och andra forskningsprojekt inom hälso- och sjukvården. Jag vill efter samråd med chefen för socialdepartementet framhålla att det är angeläget att statistiken inom socialförsäkringsområdet kan samordnas med annan hälso- och sjukvårdsstatistik. Särskilt en utvecklad statistik över sjukskrivningsorsaker torde kunna vara av stort värde. Ett utvecklingsarbete bör bedrivas inom området.

Jag anser således att det är väsentligt att uppgifter om sjuklighet m.m. skall kunna bearbetas av socialstyrelsen och huvudmännen och i forskningssammanhang. Detta har också understrukits av bl.a. medicinska forskningsrådet. För att kunna bygga upp information och kunskap även om mindre vanliga sjukdomstillstånd och ohälsa som enbart drabbar vissa begränsade befolkningsgrupper kan uppgifter behövas ur samtliga patientdatabaser.

Journalutredningen har i sitt huvudbetänkande uppmärksammat att den rättsliga regleringen av tillgängligheten av uppgifter ur landstingens patientdatabaser är något oklar. Bl.a. datainspektionen och data- och offentlighetskommittén (DOK) har understrukit detta i sina remissvar. Socialstyrelsens och andra centrala myndigheters möjligheter att få del av uppgifter ur landstingens patientdatabaser behöver också regleras. Datainspektionen har framhållit att det är angeläget att regleringen sker genom beslut av riksdag och regering.

Jag avser att föreslå regeringen att dessa frågor överlämnas till data- och offentlighetskommittén (Ju 1984:06) (DOK) för ytterligare analys. I avvaktan på den vidare beredningen av denna fråga är det dock angeläget att socialstyrelsen fortsätter arbetet med uppbyggnaden av ett system för den centrala hanteringen av material ur landstingens patientdatabaser i enlighet med nuvarande planer. Därvid bör – med hänsyn till den enskildes integritet – uppgifter med relation till enskilda individer i möjligaste mån begränsas. Jag har för min del inte anledning att nu ta ställning till socialstyrelsens förslag om ett permanent tio-procentigt urvalsregister. Denna fråga bör ytterligare övervägas. Den blir bl.a. beroende av det förslag om en socialsektorns statistikdatabas (SSDB), som kan komma att läggas fram som följd av den kompletterande utredning som SCB har att genomföra efter anvisningar från chefen för civildepartementet i dennes anmälan till årets budgetproposition (prop. 1984/85:100, bil. 15, sid. 54 f).

HS 90 har pekat på att det vore värdefullt om SCB:s årliga intervjuundersökning av levnadsförhållanden (ULF) på ett urval av ca 8 000 individer i åldern 16–84 år kunde kompletteras med ytterligare frågor om sjukdomar och funktionsnedsättningar. Vidare borde undersökningen de år som utvidgade redovisningar görs av hälsofrågor inkludera även intervjuer av personer över 85 år. HS 90 stöder också statistikutredningens förslag om att ULF-frågornas medicinska tillförlitlighet värderas genom koppling till en medicinsk hälsoundersökning av de intervjuade med visst intervall.

De remissinstanser, som kommenterat dessa förslag, t.ex. SCB, instämmer i HS 90:s bedömningar.

ULF är en intervjuundersökning som belyser den enskilda individens upplevda hälsotillstånd. Det finns skäl att anta att dessa svar i stort avspeglar en professionell bedömning. Självfallet är det dock värdefullt om intervjupersonernas uppgifter om sitt hälsotillstånd stäms av mot vad som framkommer vid en medicinsk hälsoundersökning. Jag anser, i samråd med chefen för civildepartementet, att det skulle vara av värde om en sådan utvärdering kan komma till stånd. SCB och socialstyrelsen bör enligt vår mening pröva möjligheterna att en sådan utvärdering görs som ett led i forskningsprojekt med hälsoundersökningar och således kan finansieras genom anslag från berörda forskningsråd eller andra forskningsfinansiärer. En utvidgning av ULF:s innehåll enligt HS 90:s förslag vore mycket värdefullt från hälso- och vårdpolitisk synpunkt och det är önskvärt att SCB prövar möjligheterna att tillgodose dessa önskemål.

HS 90 föreslår att socialstyrelsen, Spri och statens miljömedicinska laboratorium systematiskt ställer samman och sprider epidemiologiska forskningsresultat. Jag anser att sådana sammanställningar är av stor betydelse som underlag för den aktiva hälsopolitik, inriktad mot att spåra hälsorisker och arbete på det förebyggande planet, som jag förordat, och som stöd för en reellt behovsbaserad hälso- och sjukvårdsplanering. Därför kan just sådana forskningsresultat behöva spridas även genom andra kanaler såsom vetenskapliga tidskrifter etc.

Enligt vad jag erfarit genomför socialstyrelsen för närvarande en översyn av vissa klassifikationsfrågor inom hälso- och sjukvårdsstatistiken. Syftet härmed är att anpassa bl.a. sjukdomsklassifikationen till den internationella utvecklingen och till rekommendationer från WHO, men också att modernisera sjukdomsbegreppen och så långt som möjligt ge dem svenska namn. Jag anser en sådan översyn angelägen. Den språkförenkling som därmed genomförs, står i klar överensstämmelse med HSL:s krav på att uppgifter och information från läkare och annan personal inom vården skall kunna förstås av patienterna.

Jag vill erinra om mina överväganden i avsnittet 3.4.1 om en förbättrad skadestatistik. Vissa personalstatistiska frågor har jag omnämnt i avsnittet 7.1.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att socialstyrelsens befattning med statistikfrågorna inom socialsektorn (hälso- och sjukvård och socialtjänst) behandlades i propositionen (1979/80:6) om socialstyrelsens uppgifter och organisation, m.m. Riksdagens beslut innebar bl.a. att socialstyrelsen skulle svara för att formulera behov av officiell statistik beträffande hälso- och sjukvården, analyser av det statistiska materialet och metodutveckling av sådan analys samt spridning av resultaten härav. Däremot skulle socialstyrelsen inte själv annat än i undantagsfall svara för själva statistikproduktionen. Riksdagen beslöt dock att det samlade ansvaret för cancerregistret, missbildningsregistret och den medicinska födelseregistreringen skulle kvarligga vid styrelsen.

Jag har för min del inte anledning att nu göra någon annan bedömning än den som gjordes vid den nämnda riksdagsbehandlingen. Tyngdpunkten i socialstyrelsens befattning med statistikfrågorna bör således ligga på att analysera och sammanställa information ur olika statistikällor och att sprida resultaten härav till huvudmännen m.fl., t.ex. i form av den folkhälso- och sjukvårdsrapport som jag föreslagit. Självfallet krävs ett nära samarbete med bl.a. SCB, Spridnings- och kommunförbunden i detta arbete. Jag vill framhålla att denna arbetsuppgift är ett mycket angeläget område för styrelsen som grund för dess planerings- och tillsynsroll och dess uppgift att initiera forsknings- och utvecklingsarbete av betydelse för hälso- och sjukvården.

8.4 Epidemiologisk bevakning

HS 90 har behandlat frågorna om den epidemiologiska bevakningen av befolkningens hälsoförhållanden. Utgångspunkten har varit bl.a. förslag från utredningen rörande miljöproblem i vissa industriområden i dess betänkande SOU 1978:25. Inom ramen för HS 90-arbetet har statens miljömedicinska laboratorium (SML) utarbetat rapporten (SML-rapport 13/1983) Epidemiologisk bevakning. Förslag till riktlinjer för en successiv utveckling av bevakningssystem i Sverige.

HS 90 framhåller att begreppet epidemiologisk bevakning är omfattande. En epidemiologisk bevakning innebär att man samlar in en eller flera hälsouppgifter – effektdata – och en eller flera uppgifter om miljöförhållanden – exponeringsdata – beträffande en bestämd befolkningsgrupp under en längre tid. I det epidemiologiska bevakningssystemet måste vara inbyggda mekanismer för en systematisk analys av sambanden mellan miljöexponeringen och det hälsomässiga utfallet så att t.ex. tidiga signaler på en ökad sjuklighet kan larmas.

HS 90 framhåller att de väl etablerade systemen för registrering av missbildningar och utvecklingsstörningar, de allmänfarliga och de veneriska smittsamma sjukdomarna och vissa arbetssjukdomar av förgiftningskaraktär är exempel på epidemiologisk bevakning. HS 90 menar dock att en mer omfattande epidemiologisk bevakning av många olika hälsorisker och

hälsoeffekter innebär betydande metodproblem där ännu mycket är oprövat eller inte utvärderat. Därför måste ett fortsatt utvecklingsarbete ske, där det är angeläget att landstingens samhällsmedicinska enheter engageras samtidigt som utvecklingsarbetet centralt bör hållas samman genom insatser från SML och socialstyrelsen m.fl. Det kan vara lämpligt att i första hand utveckla bearbetningen och samanalyser av de väletablerade hälsoregistren dödsorsaksregistret och det nationella cancerregistret. Det är angeläget att den epidemiologiska bevakningen inte begränsas till en bevakning av fysiska hälsorisker utan också beaktar socioekonomiska och yrkesmässiga förhållanden i sin analys. HS 90 föreslår också att journalerna i hälso- och sjukvården görs hälsoriskorienterade och systematiskt noterar även information om t.ex. yrke, tobaks- och kostvanor etc.

Cancerkommittén behandlar också frågor kring den epidemiologiska bevakningen i sitt kapitel om informationssystem avseende cancer och cancerrisker med hänsyn till bl.a. möjligheter till förvarning om cancerrisker. Kommittén erinrar om att Sverige genom befolkningsbaserade informationssystem har mycket goda förutsättningar för studier av såväl cancersjukdomarna som andra, speciellt kroniska sjukdomar och därigenom en förpliktelse att genom epidemiologiskt arbete bidra till den internationella kunskapen om olika sjukdomar och deras orsaker. Särskilt framhävs betydelsen av s.k. prospektiva studier, där bl.a. möjligheterna till ett nordiskt samarbete bör tas till vara. Epidemiologiska bevakningsprogram eller delsystem av sådana förutsätts vidareutvecklas under de närmaste åren. Systematisk insamling och analys av uppgifter om inträffade cancerfall och dödsorsaker bör ses som delar i ett större system för epidemiologisk bevakning. Rikstäckande uppgifter bedöms vara av grundläggande betydelse för cancerepidemiologien.

Cancerkommittén anser att underlaget för dödsorsaksregistreringen bör förbättras och att ansvaret för den medicinska delen i dödsorsaksregistreringen bör överföras från statistiska centralbyrån till socialstyrelsen. Ansvaret för utbyggnad av en epidemiologisk bevakning på nationell nivå bör ankomma på socialstyrelsen medan statens miljömedicinska laboratorium i allt väsentligt bör svara för den operativa delen av denna verksamhet. Kommittén anser att en god epidemiologisk bevakning kommer att successivt kräva avsevärd utbyggnad av resurserna som kostnadsmässigt kommer att belasta såväl hälso- och sjukvårdshuvudmännen som staten. Bättre epidemiologiska utbildningsmöjligheter, med tonvikt på s.k. postgradual utbildning, behöver utvecklas inom det svenska universitetsväsendet.

De remissinstanser som kommenterar förslagen understryker i regel behovet av utvecklingsarbete inom området. SML framhåller att bevakningens uppgift väsentligen bör vara att registrera incidens- (förekomst) och mortalitets (dödlighet) -trender och att slå larm vid avvikelser. Det torde enligt SML inte finnas skäl att knyta stora förhoppningar till möjligheterna att inom ramen för bevakningen genomföra en analys av samband mellan

miljöexponering och hälsoförhållanden.

Det är enligt min mening grundläggande för det förebyggande arbetet att man har tillgång till och utgår från kunskaper om sambanden mellan miljöförhållanden i bred bemärkelse och dess effekter på befolkningens hälsa. Sådan kunskap erhålles bl.a. genom vetenskapliga epidemiologiska undersökningar av skilda slag eller en mera löpande registrering av sjukdomarna i befolkningen på ett sådant sätt att man kan påvisa deras samband med t.ex. skadliga faktorer i miljön. Därigenom kan vi få tidiga signaler på behovet av motåtgärder med de påvisade hälsoriskerna.

En sådan epidemiologisk bevakning är också nödvändig för att kunna påvisa och mäta effekter av det förebyggande insatserna. Den epidemiologiska bevakningen har således ett dubbelt syfte: att påvisa hälsorisker som skulle kunna undanröjas eller begränsas och att belägga de förebyggande insatsernas hälsoeffekter. Jag vill därför betona vilken central betydelse som den epidemiologiska bevakningen har i hälsoarbetet. Jag vill också instämma i cancerkommitténs bedömning att vi av solidaritet med andra bör utnyttja våra goda möjligheter att genom en epidemiologisk bevakning skapa kunskaper som är till generell och internationell nytta även i andra länder.

Jag delar emellertid HS 90:s, cancerkommitténs och vissa remissinstansers uppfattning att det krävs ett betydande utvecklingsarbete innan vi når fram till en epidemiologisk bevakning av befolkningens hälsoförhållanden som kan göra anspråk på att täcka flertalet hälsorisker och hälsoproblem. Det ankommer på företrädare för forskning och myndigheter, framför allt socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, SML och SCB att svara för det behövliga utvecklingsarbetet. Jag vill också betona att en utbyggnad av samhällsmedicinsk verksamhet i landstingen och de yrkesmedicinska klinikererna är ett viktigt led i utvecklingen av den epidemiologiska bevakningen.

Jag vill också erinra om att den epidemiologiska bevakningen är ett viktigt led i kemikaliekontrollen och att därför frågor kring den epidemiologiska bevakningen också kommer att behandlas av kemikommisionen vars slutbetänkande väntas under våren 1985.

Jag delar cancerkommitténs uppfattning att underlaget för dödsorsaksstatistiken bör förbättras i kvalitetshänseende. Jag utgår från att socialstyrelsen i nära samarbete med SCB även fortsättningsvis ägnar stor uppmärksamhet åt åtgärder som kan förbättra kvaliteten hos uppgifterna i dödsorsaksstatistiken.

Jag vill erinra om att en förbättrad skadestatistik, som jag förordat i det föregående, kan ses som en epidemiologisk bevakning i vad avser olycksfallsskador och således är ett led i utvecklingen av den epidemiologiska bevakningen i samhället.

9 Vissa riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken – en sammanfattning

Riksdag och regering har – som tidigare angivits – ett övergripande ansvar för planering och samordning av hälso- och sjukvården.

Mot denna bakgrund har jag tidigare redovisat vissa riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken, dels i anslutning till min redovisning i avsnitt 2 av allmänna utgångspunkter, dels i samband med att jag i de övriga avsnitten redovisar vissa bedömningar och utvecklingslinjer.

Dessa riktlinjer redovisar jag nu i samlad och sammanfattad form.

Den fortsatta reformeringen av hälso- och sjukvården som jag förordar måste rymmas inom de samhällsekonomiska ramar som den långsiktiga ekonomiska politiken förutsätter. Riksdagen har därvid givit riktlinjer för den ekonomiska politiken till 1980-talets slut (prop. 1984/85:40, FiU 6, rskr 58). Överläggningar om hälso- och sjukvårdens utvecklingstakt sker återkommande med syftet att anpassa volymförändringen till de ramar samhällsekonomin ger.

9.1 Övergripande mål

- *Förbättrad folkhälsa förutsätter en fortsatt aktiv och samordnad hälsopolitik*

Folkhälsopolitiken måste i första hand inriktas mot att reducera och när så är möjligt eliminera olika hälsorisker. Hälsoriskerna i dagens samhälle finns i den vardagsverklighet som präglar våra liv t.ex. i arbets-, boende- och trafikmiljön, i hot om arbetslöshet och arbetslöshet. De är också förknippade med missbruk av alkohol och narkotika, konsumtion av tobak samt ur hälsosynpunkt olämpliga kostvanor. Många psykiska och somatiska sjukdomar är vidare förknippade med personliga kriser och påfrestningar i våra relationer till medmänniskor.

Speciell uppmärksamhet bör ägnas de grupper i samhället som är utsatta för de största hälsoriskerna. Dessa riskgrupper återfinns oftare bland arbetare och lägre tjänstemän, invandrare, långvarigt arbetslösa, ensamboende, fränskilda män och bland barn i familjer med låg inkomst samt sociala och psykiska problem.

Grunden för folkhälsoarbetet är den allmänna solidariska välfärds- och socialpolitiken. Det konkreta förebyggande arbetet inriktas på att motverka specifika hälsorisker och stödja hälsofrämjande verksamheter.

Folkhälsoarbetet måste omfatta såväl alla berörda samhällssektorer och folkrörelser som allmänheten. Aktuella hälsopolitiska insatser är t.ex. effektivare kontroll av kemikalieanvändningen, intensifierade insatser inom bl.a. polis, skola och narkomanvården mot narkotika samt min tidigare redovisade bedömning att beskattningen av tobaksvaror skall användas i konsumtionsbegränsande syfte så att priset på tobaksvaror i vart fall följer den allmänna prisutvecklingen. Fackföreningsrörelsen har vidare en stor

betydelse för utvecklingen av en förbättrad arbetsmiljö. Miljörörelsen spelar en viktig roll för att lyfta fram samspelet mellan miljö och människa och vikten av en god miljö från hälsosynpunkt. Folkrörelser och klientorganisationer utför också ett ur hälsosynpunkt mycket betydelsefullt socialt gemenskapsarbete i bred mening. Många organisationer gör viktiga insatser genom att informera om kost och motion samt verka för begränsningar av tobaks- och alkoholkonsumtion.

Inom hälso- och sjukvården görs också viktiga insatser för att förebygga ohälsa bl.a. inom primärvården, vid samhällsmedicinska enheter, inom socialmedicin, hygien och miljömedicin samt yrkesmedicin och företagshälsövård. Inom mödra- och barnhälsovården finns vidare en lång – och mycket framgångsrik tradition – vad avser insatser för att förebygga ohälsa och främja hälsa. Även inom läns- och regionsjukvården görs viktiga utvecklingsinsatser inriktade mot att identifiera och förebygga orsaker till ohälsa.

Drivkraften och basen för folkhälsoarbetet är befolkningens engagemang och prioriteringar som de kommer till uttryck i den demokratiska processen och i direkt lokalt samhällsarbete.

Denna form av hälsopolitik ökar medborgarnas möjligheter – och därmed friheten – att själva påverka livsvillkor och livstilsfaktorer av betydelse för den egna hälsan.

- *Vård på lika villkor för hela befolkningen måste säkerställas*

En vård på lika villkor innebär att alla vid sjukdom oberoende av ålder, kön, nationalitet, bostadsort, utbildning, betalningsförmåga, etnisk tillhörighet och kulturella olikheter, förmåga att ta initiativ, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet kan erhålla en god vård. Den hjälp och vård man får skall – inom givna finansiella ramar – enbart bero på behovet av vård.

Möjligheterna för hela befolkningen att få god vård på lika villkor har avsevärt förbättrats inte minst under de senaste årtiondena. Fortfarande finns dock relativt stora skillnader mellan olika befolkningsgruppers möjligheter att vid behov få god vård. De som oftare än andra har svårt få god vård återfinns särskilt bland glesbygdsbor, invandrare, ensamstående äldre, långvarigt arbetslösa och förtidspensionärer samt inom vissa handikappgrupper. Ett centralt vårdpolitiskt mål är att förbättra dessa gruppers möjligheter att erhålla en god vård.

Detta förutsätter en fördelning av tillgängliga finansiella och personella resurser som utgår från befolkningens behov av vård. Därvid är det speciellt viktigt att uppmärksamma den brist på fast sjukvårdspersonal, främst läkare, som finns i många glesbygdsområden och vissa förortsområden.

Tillgång till flerspråkig och kulturkompetent personal liksom särskilda informationsinsatser om hälso- och sjukvårdens service är ofta en förutsättning för att invandrare – speciellt med små kunskaper i svenska – skall kunna få del av vården på samma villkor som övriga medborgare.

9.2 Grundläggande krav och principer

- *Hälso- och sjukvården bör till helt övervägande del bedrivas inom den gemensamma sektorn och baseras på ett offentligt ansvar, solidarisk finansiering, närhet, tillgänglighet och valfrihet*

Fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser skall – i enlighet med § 7 i hälso- och sjukvårdslagen – ske enbart med hänsyn till behovet av vård. Hälso- och sjukvården kan därför inte styras efter marknadsekonomiska principer. Hälso- och sjukvården bör även i framtiden väsentligen finansieras genom skatter och obligatoriska försäkringar. Landstingen är bäst lämpade att svara för huvudmannaskapet för huvuddelen av denna offentligt finansierade hälso- och sjukvård. Detta hindrar inte att det är både lämpligt och önskvärt med andra huvudmän för t.ex. skolhälsovården och företagshälsovården.

Den privat bedrivna hälso- och sjukvården, främst genom heltidspraktiserande läkare och sjukgymnaster, är ett värdefullt komplement till den offentliga hälso- och sjukvården. Denna verksamhet bör även fortsättningsvis bedrivas med samhällsstöd via den allmänna sjukförsäkringen. Den bidrar liksom t.ex. psykologernas verksamhet till ökad valfrihet inom vården. Verksamheten måste dock underordnas kravet på en rättvis fördelning av vårdresurserna så att hela befolkningen får del av en vård på lika villkor.

En god hälso- och sjukvård förutsätter också att den som drabbas av ohälsa inte dessutom får ekonomiska problem till följd av sin sjukdom. Den allmänna sjukförsäkringen ingår därför som en viktig beståndsdel i hälso- och sjukvårdspolitiken genom att ge den enskilde en ekonomisk grundtrygghet i samband med sjukdom.

- *Den enskildes behov av vård och omsorg skall alltid stå i centrum*

Den helt övervägande delen av all hälso- och sjukvård görs genom att vi själva eller våra anhöriga och vänner ger den vård och omsorg som behövs.

Förutsättningarna för en god egenvård kan förbättras genom stöd från hälso- och sjukvården bl.a. genom hälsouppllysning, Folkrorelser t.ex. de fackliga organisationerna, folkbildningsförbunden samt handikapp- och pensionärsorganisationerna betyder också mycket för att stödja och vidareutveckla detta vård- och omsorgsarbete.

Egenvård skall inte ses som en ersättning för professionell vård. Tvärtom är det väsentligt att den professionella vården – när den behövs – ses som ett stöd och komplement till den vård och omsorg som bedrivs av oss själva, våra vänner och anhöriga. Denna helhetssyn är särskilt viktig vid en omstrukturering av den professionella vården mot öppnare vårdformer. Saknas den finns en uppenbar risk att anhöriga och vänner – exempelvis när det gäller

vården av äldre personer med stora omsorgsbehov – upplever att deras ansvar blir orimligt stort. Den professionella hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett stort ansvar när det gäller att säkerställa de erforderliga vård- och serviceinsatser som är en förutsättning för en god egenvård och anhörigvård.

Den professionella vården bör så långt möjligt anpassas till patientens behov och önskemål.

De ansträngningar som görs för att öka vårdens tillgänglighet genom t.ex. öppethållande under tider som passar människor bäst, ökade möjligheter till direkta telefonkontakter med ansvarig vårdpersonal och utbyggd jourservice i primärvården som inkluderar hembesök är därvid av mycket stor betydelse liksom det utvecklingsarbete som inriktas mot att skapa kontinuitet i kontakterna mellan vårdgivare och den enskilde patienten.

Ett oavvisligt krav är att man i vården visar respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården skall alltid så långt det är möjligt utformas i samråd med patienten.

- *Möjligheterna att bo kvar hemma vid långvarig sjukdom måste ökas och livsmiljön inom långtidssjukvården förbättras*

Utvecklingen mot att vården av långtidssjuka i allt större utsträckning ges i patientens eget hem, i olika former av stödbostäder eller vid lokala sjukhem bör drivas vidare. Som en grundläggande utgångspunkt bör gälla att den enskildes möjligheter att leva och bo på egna villkor – dvs. som vanligt – endast bör begränsas om detta är en förutsättning för att kunna ge en god medicinsk vård.

Vid planeringen av hemsjukvården och den institutionsbundna långtidssjukvården bör i möjligaste mån säkerställas att den enskilde kan ges valfrihet mellan olika former av service och vård. Vidare bör de långtidssjuka själva ges en central roll i det pågående utvecklingsarbetet liksom olika folkrörelser såsom pensionärs-, handikapp- och klientorganisationer.

En förutsättning för valfrihet torde vara en långt gående lokal samplanering av resurserna för äldreomsorg. En sådan utveckling har också inletts där lokala sjukhem och hemsjukvård tillsammans med social hemtjänst, servicehus, ålderdomshem etc. ses som en samlad resurs för äldreomsorgen.

Parallellt med satsningar på vård och omsorg i hemmet är det angeläget med en utveckling även av vårdinnehåll och livsmiljö för långtidssjuka vid institutioner.

Av tradition har långtidssjukvården ofta byggts upp med akutsjukhusen som förebild. Livsmiljön inom den institutionsbundna långtidsvården har därigenom präglats av sjukhusrutiner snarare än vård och omsorg i hemlika former.

Under senare år har detta problem uppmärksamrats på flera håll i landet och vi är på väg in i en förnyelse när det gäller vård och omsorg av långvarigt sjuka.

Utifrån de erfarenheter och problem som finns inom dagens långtidssjukvård bör särskilt beaktas att patienten skall kunna erbjudas en stimulerande miljö, ett ökat eget inflytande och en individuellt anpassad vård.

Vidare är det väsentligt att förutsättningar för en vardaglig kontakt med anhöriga förbättras.

Dessa förändringar syftar till att de långtidssjuka skall få ökat inflytande över sin livssituation och boendemiljö och att långtidssjukvårdens institutioner i ökad utsträckning öppnas mot det omgivande samhället för att på så sätt öka förutsättningarna för att erhålla vardagskvaliteter som är självklara för den som är frisk. Det pågår på olika håll i landet en utveckling som ökar patientens möjligheter att själv kunna påverka sin närmaste omgivning, att ostört träffa anhöriga, att ringa telefonsamtal, att välja aktiviteter och dygnsrytm etc. Det underlättar och stödjer också i hög grad respekten för den personliga integriteten.

- *De handikappades situation inom hälso- och sjukvården måste särskilt uppmärksammas*

Insatserna inom hälso- och sjukvård spelar en viktig roll i arbetet på att förverkliga de handikappolitiska målen. Handikappades möjligheter att bo i egen bostad, få eller kunna behålla ett arbete har i många fall ett starkt samband med de hälso- och sjukvårdande insatserna.

De handikappades behov av sjukvård är dubbelt: dels har de samma sjukvårdsbehov som andra människor, dels har de behov av hälso- och sjukvårdens resurser till följd av skada eller sjukdom som orsakat deras funktionsnedsättning.

För handikappade med långvariga sjukdomar och bestående skador är det därför av särskilt stor betydelse att vid behandling eller utredning få träffa samma läkare och övrig personal i vårdlaget.

Samtidigt krävs en helhetssyn och samordning av vårdinsatserna. I synnerhet gäller detta patienter som är flerhandikappade eller eljest svårt handikappade och som är beroende av samtidiga insatser från flera håll.

I den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården är det angeläget att handikappades kunskaper och erfarenheter tas till vara. Handikapporganisationerna har därvid en viktig uppgift och kompletterar i många avseenden den kunskap sjukvårdshuvudmännen behöver för att utveckla hälso- och sjukvården på bästa möjliga sätt.

- *En fortsatt snabb utveckling av öppnare vårdformer för psykiskt sjuka bör eftersträvas*

Den psykiatriska vården befinner sig i ett dynamiskt utvecklingsskede. En snabb förändring pågår från stora mentalsjukhus till mindre, decentraliserade enheter och öppnare vårdformer.

En viktig principiell utgångspunkt för denna förändringsprocess är att den psykiatriska vården skall bedrivas i så öppna och hemliknande former som möjligt i anslutning till patientens normala boendemiljö och sociala sammanhang. Människan måste ses i sitt totala sammanhang som individ, som gruppmedlem och som samhällsmedlem. I såväl behandling som rehabilitering måste psykiatrin utgå från människans totala situation och i ett samspel söka påverka de faktorer i omgivningen och hos henne själv som orsakar de psykiska problemen.

Frågan om en reformerad lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård bereds f.n. inom regeringskansliet.

Klientorganisationerna har viktiga uppgifter i vården av psykiskt sjuka. Genom att patienten får kontakt med andra som har eller har haft en liknande situation kan den isolering som kan drabba många psykiskt störda hindras.

Ett öppet samhällsanknutet arbetssätt förutsätter ett klart samtycke från patientens sida och att allt arbete sker i nära samverkan med honom. Hälso- och sjukvårdslagens krav på att behandlingen skall planeras och genomföras tillsammans med patienten är särskilt betydelsefullt i psykiatrisk verksamhet.

9.3 Hälso- och sjukvårdens samhälls- och individinriktade förebyggande arbete måste vidareutvecklas

Hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga ohälsa måste ses i ett perspektiv som omfattar såväl hälsorisker i det omgivande samhället som de risker som är relaterade till den enskilde individens livsstil. Perspektivet omfattar såväl kemiska, fysikaliska och biologiska som ekonomiska och sociala riskfaktorerens betydelse för hälsan. Vanligen finns ett starkt samband mellan samhälls- och individperspektivet. Även i det förebyggande arbetet krävs därför en helhetssyn för att öka och underlätta möjligheterna att leva ett hälsosamt liv.

Karakteristiskt för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete är att det ofta baseras på kartläggningar och analyser av hälsorisker och hälsoproblem. Det är angeläget att detta epidemiologiskt inriktade arbete vidareutvecklas så att de kunskaper om hälsorisker och sjukdomar som finns inom hälso- och sjukvården bättre kan utnyttjas i det samlade folkhälsoarbetet. Kunskaperna måste därvid aktivt förmedlas till andra samhällssektorer, arbetsmarknadens parter, folkrörelser, politiker och till enskilda, dvs. till dem som direkt har möjlighet att vidtaga åtgärder som minskar hälsorisker och befrämjar en god hälsa.

Formerna för denna kunskaps- och erfarenhetsredovisning bör utvecklas. Ett sätt är därvid att på central nivå utarbeta underlag för hälsopolitiska program inriktade mot vissa sjukdomar eller hälsorisker inom en viss sektor. De utgör underlag för hälsopolitiska åtgärder på såväl nationell nivå som för

lokala program inriktade mot att reducera hälsorisker och olika sjukdomar.

Detta tvärsektorielt inriktade förebyggande arbete innebär inte någon omfördelning av ansvar mellan olika samhällssektorer. De hälsomässiga aspekterna på en viss verksamhet måste givetvis också vägas samman med andra mål och begränsningar.

Hälsouppllysning utgör en central del i det individinriktade förebyggande arbetet. Det är en service till medborgarna som kan öka deras möjligheter att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Hälsouppllysning bör ingå som ett integrerat led i utbildningen i skola och förskola, i högskolans värdeyrkesutbildning m.m.

I arbetet med att föra ut hälsofrågorna till befolkningen spelar såväl myndigheter som ideella organisationer en stor roll. Folkrorelsernas och organisationslivets engagemang i t.ex. drogfrågorna är en förutsättning för att det skall bli möjligt att komma till rätta med problemen. Såväl i det opinionsbildande arbetet och genom andra insatser av förebyggande karaktär som i fråga om stödjande insatser i samband med rehabilitering av missbrukare och i det direkta behandlingsarbetet spelar olika föreningar en ovärderlig roll. Organisationslivet får ett starkt stöd från samhällets sida för att kunna bedriva sin verksamhet.

Mål för hälsouppllysningen bör vara att öka enskilda individers och hela gruppers kunskaper om hälsorisker och möjligheter att utveckla hälsosammare levnadsvanor. Det är därvid viktigt att hälsouppllysningen ges med respekt för människors integritet och rätt till individuella ställningstaganden. Hälsouppllysning får inte ges på ett sådant sätt att den kan skapa ångest hos den som inte förmår följa råden om ändrade levnadsvanor.

Hälsouppllysningen måste därvid givetvis anpassas till form och innehåll beroende på vilka målgrupper som man primärt önskar nå. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas de grupper i samhället som utsätts för de största hälsoriskerna och som erfarenhetsmässigt är svårast att nå fram till med gängse metoder för hälsouppllysning.

Det är samtidigt viktigt att hälsouppllysningen inte begränsas till livsstilsfaktorer som den enskilde individen ensam kan påverka. En viktig del av hälsouppllysningen är att också informera såväl enskilda och speciella grupper inom befolkningen som allmänheten i stort om hälsorisker i t.ex. arbetslivet, trafiken och närmiljön. Denna typ av hälsouppllysning om samhällsförhållanden av betydelse för vår hälsa ökar medborgarnas möjligheter att inom ramen för den demokratiska processen och lokalt hälsoarbete förbättra möjligheterna att leva ett hälsosamt liv.

9.4 Vårdens struktur – några utvecklingslinjer

- *Primärvården utgör basen i hälso- och sjukvårdssystemet*

Primärvård är den del av landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation som är förlagd utanför sjukhus. Primärvården har – enligt motiven till hälso- och sjukvårdslagen – ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område i regel motsvarande en kommun eller en kommundel. Den har goda förutsättningar att tillgodose krav på närhet, lättillgänglighet och kontinuitet och kan arbeta såväl med ett patientperspektiv som ett befolknings- och samhällsperspektiv och kan bygga upp en samlad kunskap om befolkningens hälsovillkor och hälsoproblem.

Landstingens primärvårdsorganisation har vidare en viktig uppgift i samordningen av de samlade vårdinsatserna från de olika vardgivarna inom området.

Primärvården bör genom egna resurser kunna tillhandahålla all sjukvårdsservice och all individuell hälsovård som inte av medicinska skäl bör vara förlagd till länsjukvården eller som tillhandahålls genom t.ex. företagshälsovård eller skolhälsovård. För att utvecklas till den bas för hela hälso- och sjukvården som förutsattes i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen är det nödvändigt att primärvården kan tillhandahålla ett brett serviceutbud anpassat till befolkningens behov. Viktiga delar av denna verksamhet är därvid en väl täckande jourverksamhet, hembesök vid akut sjukdom och en väl utbyggd hemsjukvård.

- *Läns- och regionsjukvården vidareutvecklas mot specialiserad sjukvård, vissa förebyggande insatser samt forsknings- och utvecklingsarbete*

Länssjukhuset skall tillhandahålla den mest specialiserade och resurskrävande sjukvården på länsplanet. Beroende på geografiska förhållanden och krav på närhet kan det finnas behov av länsdelssjukhus.

Länssjukvårdens roll förändras efter hand som primärvården utvecklas. Länssjukvårdens vårdplatsantal kan sannolikt även fortsättningsvis minska ytterligare på många ställen i landet i takt med att primärvården inkl. de lokala sjukhemmen byggs ut. Samverkan mellan olika nivåer och geografiska områden kan innebära effektivitetsvinster. Enligt HSL skall landstingens planering för hälso- och sjukvården utgå från befolkningens behov av vård. Den nuvarande resursfördelningen såväl mellan som inom landstingen tyder på att ytterligare omfördelningar av resurser kan och bör göras för att uppnå en mera behovsrelaterad fördelning av tillgängliga vårdresurser. Dessa omstruktureringar av vården måste utgå från analyser baserade på lokala förutsättningar och behov.

Därvid får även beaktas de konsekvenser för länssjukvårdens resurser som följer av ett ökande antal äldre liksom olika medicinska och tekniska landvinningar som ökar möjligheterna att behandla olika sjukdomar.

Inom sjukvården liksom inom många andra områden fordras en viss omfattning av verksamheten för att hög kvalitet baserad på stor erfarenhet skall kunna upprätthållas. Detta i sin tur kräver ibland ett stort befolkningsunderlag. Ju mindre vanlig en åtgärd är desto större befolkningsunderlag är naturligtvis nödvändigt. För att tillfredsställa medicinska säkerhetskrav kan det därför i vissa fall vara motiverat att koncentrera – i första hand kirurgiska – åtgärder till vissa sjukhus.

Läns- och regionsjukvården utgör en viktig resurs också i det förebyggande arbetet med sina kunskaper om olika sjukdomars uppkomst och förlopp. Ökade insatser är motiverade för att spåra orsaker till skador och sjukdomar liksom vad avser formerna för att aktivt förmedla dessa kunskaper till såväl ansvariga inom andra samhällssektorer som till enskilda och allmänheten.

Det är naturligtvis också viktigt att sjukvårdens insatser vid redan inträffad sjukdom, förutom att söka återställa hälsan, inriktas på att förhindra återfall eller dämpa sjukdomens utvecklingstakt.

Ett aktuellt exempel på ökade möjligheter till tidiga insatser är allmän hälsokontroll med mammografi som kan minska dödligheten i bröstcancer.

Det är synnerligen angeläget att läns- och regionsjukvården även fortsättningsvis ges goda möjligheter att genom forskning och utvecklingsarbete tillföra sjukvården förbättrade metoder för diagnostik och behandling.

9.5 Planering och statistik

- *Den långsiktiga planeringen bör vidareutvecklas liksom metoder för behovsbaserad resursfördelning*

Landstingen planerar hälso- och sjukvården enligt ett relativt enhetligt system med femåriga verksamhetsplaner och årsbudgetar.

Den planerade utvecklingen inom landstingen på fem ars sikt när det gäller verksamhet, personal och ekonomi sammanställs årligen av Landstingsförbundet och socialstyrelsen (LKELP).

Inom vissa områden behövs mer långsiktiga överväganden än vad en femårsplan erbjuder. Detta gäller exempelvis utbyggnaden av primärvården och det förebyggande arbetet samt förändringen mot öppna vårdformer inom äldreomsorg och psykiatri. Det är angeläget att denna typ av långsiktig planering – som redan bedrivs i många landsting – vidareutvecklas.

Detta utvecklingsarbete bör aktivt stödjas och stimuleras från central nivå.

Metoderna för behovsbaserad resursfördelning bör vidareutvecklas såväl vad avser fördelning av statliga medel mellan olika landsting som vid fördelning av resurser inom enskilda landsting.

På riksnivå har riksdag och regering det övergripande ansvaret för planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Ett sådant ansvar förutsätter att statsmakterna har ett underlag för att bedöma hur de

övergripande målen uppfylls och hur verksamheten förändras. Statsmakterna har vidare ett behov av denna typ av underlag för utbildningsplanering och olika samhällsekonomiska överväganden.

I första hand erhålls detta underlag från de planer som utarbetas inom olika landsting men även genom socialstyrelsens tillsyn av och dialog med landstingen i planarbetet.

Det är väsentligt att det arbete som pågår för att utveckla samordningen mellan den centrala nivån och landstingen vidareutvecklas.

• *Kunskapen om hälsorisker, hälsoförhållanden och vårdbehov inom olika befolkningsgrupper måste vidareutvecklas och i lättillgänglig form regelbundet redovisas i en folkhälsorapport*

En god hälso- och sjukvårdstatistik är av avgörande betydelse för att kunna utveckla den offensiva hälsopolitik som tidigare förordats liksom för att kunna följa och analysera hur hälso- och sjukvårdslagens mål och intentioner förverkligas.

Sverige har i ett internationellt perspektiv ett välutvecklat statistiksystem som både möter kraven på god användbarhet i olika sammanhang och säkerställer höga krav på den enskildes integritet.

Det finns emellertid fortfarande vissa mycket angelägna utvecklingsbehov. Den samlade patientstatistiken bör t.ex. omfatta all vård och inte som nu begränsas till den slutna vården. Vidare är det väsentligt att bättre kunna fånga upp de äldsta åldersgruppernas hälsoproblem och funktionsnedsättningar genom att inkludera också de äldsta i de levnadsnivåundersökningar som genomförs av statistiska centralbyrån. Den hälsostatistik som belyser hälsorisker och hälsoproblem bland barn och ungdom behöver också vidareutvecklas för att kunna bli ett tillfredsställande underlag för att t.ex. på tidigt stadium kunna identifiera olika riskfaktorer och riskgrupper.

I ett välfärdspolitiskt perspektiv är det mycket angeläget att i samlad och lättillgänglig form få en helhetsbild av hälsorisker, hälsoförhållanden och vårdbehov inom olika befolkningsgrupper.

Det är därför viktigt att man på central nivå regelbundet sammanställer en folkhälsorapport.

9.6 Personal, utbildning och forskning

• *Personal- och utbildningsplaneringen måste än starkare relateras till målen för hälso- och sjukvården*

Personalens kunskaper och färdigheter liksom deras förhållningssätt till vårdarbetet är av avgörande betydelse för möjligheterna att förverkliga de mål och riktlinjer som gäller för hälso- och sjukvården.

En ökad satsning på förebyggande arbete förutsätter därför att berörda personalgrupper inom vården får ökade kunskaper om metoder för såväl individ- som samhällsinriktat hälsopolitiskt arbete.

På motsvarande sätt krävs en utveckling och förändring av kunskapskraven för att intentionerna bakom en utbyggd primärvård skall kunna förverkligas.

Med hänsyn till att ett förändrat innehåll i grundutbildningarna ger effekter först på längre sikt måste fort- och efterutbildning ges hög prioritet.

Fortbildningsinsatser för att höja kompetensnivån för biträden till motsvarande undersköteske/skötarkompetens bör därvid särskilt beaktas.

Vårdarbetet – såväl de sjukvårdande som större delen av det förebyggande arbetet – sker i nära kontakt med medmänniskor och ofta i en situation då den vårdsökande har ett särskilt behov av medmänskligt stöd och ett förstående bemötande.

Denna medmänskliga och serviceinriktade dimension av vården måste vara en grundläggande utgångspunkt vid utformningen av innehållet i de utbildningslinjer som finns för hälso- och sjukvårdsutbildningen.

- *Den svenska medicinska forskningens erkänt framstående ställning skall bibehållas och vidareutvecklas bl.a. genom att i högre grad inriktas mot prevention, allmänmedicin, epidemiologi, omvårdnad och rehabilitering i ett tvärvetenskapligt perspektiv*

Den svenska medicinska forskningen har en internationellt framstående ställning som det är angeläget att bevara och utveckla.

Det är samtidigt väsentligt att den hälsopolitiska markering som görs bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen får ett ökat genomslag i forskningspolitiken. Forskning inriktad mot att belysa risker för och orsaker till ohälsans fördelning mellan olika befolkningsgrupper är därvid av särskilt intresse liksom forskning om arbetslöshetens hälsomässiga konsekvenser.

Detta kräver ett tvärvetenskapligt angreppssätt med en ökad samverkan mellan medicin, samhälls- och beteendevetenskaper, teknik och andra forskningsområden.

10 Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården

10.1 Försöksverksamheten med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården förlängs i ett år

Mitt förslag: Försöksverksamheten med förtroendenämnder förlängs i ett år. Lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården skall äga fortsatt giltighet till utgången av juni 1986.

Arbetsgruppens förslag: Arbetsgruppen har föreslagit att verksamheten med förtroendenämnder bör bestå sedan försöksperioden upphört och att hälso- och sjukvårdshuvudmännen fortsättningsvis bör vara skyldiga enligt lag att

inrätta en eller flera särskilda förtroendenämnder. Verksamheten bör enligt arbetsgruppens förslag utvidgas att omfatta även folktandvården.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är med något undantag positiva till en fortsatt verksamhet med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Majoriteten av remissinstanserna är positiva till en fortsatt lagreglering och till att verksamheten bör bedrivas av särskilda nämnder. Negativa till detta är stat- och kommunberedningen, demokratiberedningen, Landstingsförbundet och ett femtontal landsting (motsv.). Flertalet remissinstanser är positiva till förslaget om att folktandvården skall innefattas i nämndernas verksamhetsområde. Flera förordar att även omsorgsverksamheten inkluderas.

Några remissinstanser har påpekat att förslagen om förtroendenämnder och insynsnämnder för den psykiatriska tvångsvården bör beredas i ett sammanhang.

Skälen för mitt förslag: Den 1 juli 1980 inleddes en femårig försöksverksamhet med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Enligt lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården, som gäller till och med den 30 juni 1985, skall det inom varje landstingskommun eller landstingsfri kommun finnas en eller flera förtroendenämnder. Nämnderna skall främja kontakten mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt förmedla den hjälp till patienterna som förhållandena påkallar.

Den särskilda lagen tillkom mot bakgrund av de krav som under flera år ställts i olika sammanhang – bl.a. genom motioner i riksdagen – om insatser från samhällets sida för att framför allt förbättra möjligheterna till kontakt och information mellan patienterna å den ena sidan och hälso- och sjukvårdshuvudmännen och de anställda inom hälso- och sjukvården å den andra sidan.

Socialutskottet förutsatte i sin behandling av frågan om förtroendenämnder (prop. 1978/79:220, SoU 1979/80:16) att verksamheten skulle utvärderas innan slutlig ställning togs till hur verksamheten borde utformas på längre sikt.

Riksdagen beslöt i enlighet med utskottets hemställan (rskr 1979/80:130).

Under försöksperioden gäller enligt lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården att det skall finnas en eller flera förtroendenämnder i varje landsting. Hälso- och sjukvårdshuvudmannen får tillsätta en särskild förtroendenämnd eller uppdra åt någon annan nämnd att vara förtroendenämnd. Där flera nämnder finns skall varje nämnd fullgöra förtroendenämndsuppgifter för en viss del av kommunen eller för en viss vårdinrättning.

Bestämmelserna om kommunstyrelsens arbetsförutsättningar i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) har motsvarande tillämpning på förtroendenämnderna.

En utvärdering av verksamheten har genomförts av en särskild arbets-

grupp inom socialdepartementet. Utvärdering och förslag till fortsatt reglering av verksamheten har redovisats i rapporten (Ds S 1984:16) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

Under den femåriga försöksperioden har samtliga huvudmän inrättat en eller flera förtroendenämnder för de ändamål som anges i lagen eller lagt uppgifterna på redan befintliga nämnder. Till nämnderna har som regel knutits verkställande tjänstemän.

Flertalet huvudmän har valt att inrätta en särskild förtroendenämnd. Det förekommer att uppgiften lagts på förvaltningsutskott eller direktion.

Verksamheten har fått en betydande omfattning även om ärendena är förhållandevis ojämnt fördelade mellan landstingen.

Från hälso- och sjukvårdshuvudmännens sida råder med något undantag enighet om att förtroendenämndernas verksamhet behövs och att den även i fortsättningen bör vara knuten till landstingen. Även övriga intressenter är positiva till en fortsatt verksamhet med i huvudsak den nuvarande inriktningen.

Jag anser att förtroendenämnderna fyller en viktig funktion inom hälso- och sjukvården för att främja kontakten mellan patienten och personalen samt att svara för information och hjälpförmedling i patientärenden. Nämnderna utgör ett viktigt komplement till landstingens hälso- och sjukvård samt till socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Socialberedningen har i betänkandet (SOU 1984:64) Psykiatrin, rättssäkerheten och tvånget föreslagit särskilda insynsnämnder för den psykiatriska tvångsvården med uppgift att följa tvångsvården, utse stödpersoner och sköta viss rapportering till socialstyrelsen. Förtroendenämnderna anses inte vara lämpliga att även vara insynsnämnder med hänsyn till den nära kopplingen till hälso- och sjukvården. Frågan om förtroendenämnderna skall behövas jämsides med insynsnämnderna bör enligt beredningen övervägas i samband med att försöksverksamheten med förtroendenämnder upphör. I ett särskilt yttrande till betänkandet har förordats att förtroendenämnderna får till uppgift att också vara insynsnämnder.

Socialberedningens betänkande bereds f.n. inom regeringskansliet.

I några remissyttranden över rapporten om förtroendenämndernas verksamhet har förordats att frågan om huruvida förtroendenämnder och insynsnämnder skall kopplas samman bereds ytterligare. Jag instämmer häri och föreslår att förslaget om den framtida verksamheten med förtroendenämnder och förslaget om insynsnämnder inom den psykiatriska tvångsvården bereds i ett sammanhang. Ett ställningstagande till socialberedningens förslag kan inte ske i sådan tid att förslag kan föreläggas riksdagen under våren.

Med hänsyn till detta föreslår jag att nuvarande försöksverksamhet med förtroendenämnder förlängs i ett år.

Jag lägger i enlighet härmed fram förslag om fortsatt giltighet av nuvarande lag om förtroendenämnder till utgången av juni 1986.

11 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om fortsatt giltighet av lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

Lagförslaget under 1. är av så lagtekniskt enkel beskaffenhet att jag inte anser lagrådets prövning påkallad.

12 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att

dels anta förslagen till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om fortsatt giltighet av lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

dels godkänna de riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken som jag har angett i det föregående (avsnitt 9).

Jag hemställer vidare att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört om det förebyggande arbetet, vårdens inriktning, struktur och planering samt om personalutbildning, forskning och statistik.

13 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och det ändamål som föredraganden har hemställt om.

Utdrag ur HS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39) Hälsa- och sjukvård inför 90-talet

2 Hälsoproblem och hälsorisker

2.1 Inledning

En god hälsa för hela befolkningen är enligt HSL ett övergripande mål för hela hälso- och sjukvården. En god hälsa är även ett väsentligt mål för samhällets allmänna välfärdspolitik. Ett hälsopolitiskt handlande, som syftar mot detta mål, kräver bl a kunskaper om hälsoproblemens och hälsoriskernas utbredning. Sådana kunskaper kan utnyttjas för att

- formulera konkreta, hälsopolitiska mål
- ge underlag för resursfördelning som säkerställer att man når särskilt utsatta grupper eller så långt möjligt förhindrar uppkomst av särskilt allvarliga sjukdomskonsekvenser eller på annat sätt åstadkommer största möjliga hälsovinst för flest människor
- utvärdera i vilken utsträckning man når uppställda mål.

Begreppen hälsa och ohälsa innefattar så många dimensioner och enskildheter att det inte är möjligt att med några få mått eller indikatorer ge en rättvisande bild av dess förekomst och fördelning i befolkningen. För överskådlighetens skull tvingas man till långtgående förenklingar. I den praktiska hälso- och sjukvården arbetar man med en mångfald diagnoser för att beteckna hälsoproblem. De sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa kan också beskrivas på många olika sätt. Detsamma gäller hoten mot hälsan – yttre hälsorisker.

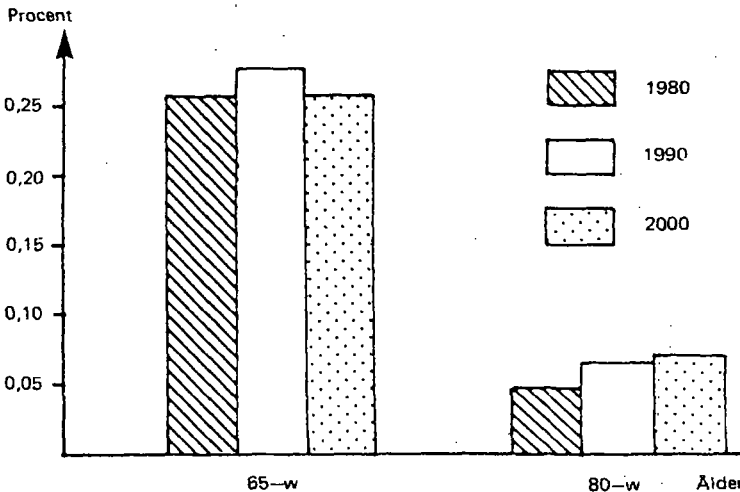
När i det följande hälsoproblem och hälsorisker i befolkningen redovisas, innebär det inte att alla de enskilda sjukdomar och hälsorisker som inte uttryckligt omnämns bedömts vara betydelselösa, utan endast att de ryms inom de mera övergripande beskrivningar som det här är nödvändigt att begränsa sig till. HSL:s intentioner är att befolkningens hälsoproblem skall uppmärksammas och att vårdbehoven tillgodoses, vare sig det handlar om vanliga eller ovanliga hälsoproblem.

Nedan behandlas följande sjukdomskonsekvenser

- dödlighet och särskilt död i tidiga år
- symtom och besvär
- funktionsnedsättningar
- handikapp
- vårdutnyttjande
- samhällsekonomiska konsekvenser.

Först görs en kort sammanfattning av den förväntade befolkningsutvecklingen, då denna har väsentlig betydelse för vårdbehovens och vårdmöjligheternas framtida utveckling.

Enligt SCB:s senaste prognoser beräknas Sveriges folkmängd öka högst marginellt fram till mitten av 1990-talet för att därefter minska. Antalet barn och ungdomar har redan minskat under några år. Denna minskning beräknas fortsätta. Antalet personer i yrkesverksam ålder beräknas fortsätta att öka något. Medellåldern inom denna grupp ökar samtidigt. Ökningstakten för antalet personer över 65 år kommer att bli lägre under 1980-talet än under de senaste decennierna. Under 1990-talet kommer denna åldersgrupp att minska för att ett tiotal år in på nästa sekel åter öka kraftigt. Under åren fram till sekelskiftet kommer ålderssammansättningen bland ålderspensionärerna att förändras kraftigt, genom att antalet personer över 80 år kommer att öka väsentligt. I åldern 65-79 år kommer antalet gifta personer att minska snabbare än antalet ogifta. I åldern över 80 år kommer framför allt ensamstående kvinnor att öka starkt.



Figur 2.1 Några befolkningsförändringar. Antal personer i åldrarna 65-w år respektive 80-w år per person i åldern 16-64 år

SCB antar att invandringen under resten av seklet kommer att fortsätta att öka. Den höga utvandringen under senare år förväntas dock minska.

SCB har beräknat att antalet förvärvsarbetande kan komma att öka med drygt 200 000 under 1980-talet. Kvinnornas förvärvsintensitet förväntas fortsätta att öka medan männens fortsätter att minska. Yrkesgrupper som beräknas öka i omfattning är i första hand tekniska, naturvetenskapliga och samhällsvetenskapliga yrken samt serviceyrken. Lant- och skogsbruk, transport och kommunikation samt tillverkningsarbete beräknas i framtiden komma att sysselsätta färre personer än idag.

2.2 Dödlighet

Sverige har idag en i ett internationellt och historiskt perspektiv exceptionellt låg dödlighet.

- Medellivslängden är bland de längsta i världen. Den har ökat med 20 år sedan sekelskiftet. Även då hade Sverige jämfört med övriga länder en låg dödlighet. Skillnaden mellan de rika nationerna har gradvis minskat, men avståndet till de fattiga länderna kvarstår närmast oförändrat.
- De nordiska länderna har den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. Spädbarnsdödligheten i Sverige är bara hälften av vad den är i England, Tyskland och USA och en tiondel av nivån i många u-länder. Före industrialismens genombrott hade städerna i Sverige en hög spädbarnsdödlighet till följd av bostadsnöd och dålig hygien. Industrialismen medförde en förbättrad levnadsstandard och städerna fick under 1930-talet en lägre spädbarnsdödlighet än landsbygden.
- Dödligheten bland barn och ungdom har minskat avsevärt under 1900-talet till följd av förbättrad kosthållning, bostadshygien, olycksfallsprevention och medicinska framsteg. Jämfört med övriga Europa har Sverige en låg dödlighet bland barn och ungdom under 20 år.
- Dödligheten bland yngre och medelålders vuxna har minskat under hela 1900-talet fram till mitten av 1960-talet, då minskningen för männens del övergick i en ökning. Denna ökning berodde i första hand på en högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom och alkoholskador. Denna trend har brutits de senaste åren. Sverige har en något högre dödlighet bland yngre medelålders män än vissa andra europeiska länder bl a England, Holland och Norge.
- Dödligheten bland äldre har minskat stadigt under 1900-talet i synnerhet för kvinnorna. Dödligheten är också bland äldre lägre i Sverige jämfört med flertalet andra länder. Ett undantag är Norge.

Orsakerna till förändringarna i dödligheten är ofullständigt kända. Grundläggande för den minskade dödligheten har givetvis varit den förbättrade levnadsstandarden med därav följande förbättrad kost, bostadshygien, bättre sanitära förhållanden m m.

Att dödligheten varierar med åldern är välbekant. Efter det första levnadsåret sjunker dödligheten och är som lägst bland barn i 5-14-årsåldern.

Dödligheten är högre för män än för kvinnor i alla åldersgrupper. Detta är särskilt markant i 20-30-årsåldern och om än i någon mindre mån i 60-70-årsåldern.

1974-1978 var risken för en fränskild man i 45-årsåldern att dö före 65 års ålder dubbelt så stor som för en gift man. För kvinnor var risken 50 procent högre bland fränskilda än bland gifta. Även de som aldrig varit gifta och änkor/änklingar har betydligt högre dödlighet än gifta.

Dödligheten bland förtidspensionärer, arbetslösa och andra som står utanför arbetsmarknaden är högre än bland förvärvsarbetande. Också bland de förvärvsarbetande finns stora skillnader mellan olika yrkesgrupper. Män anställda inom serviceyrken har en klart högre dödlighet än genomsnittet.

Också kvinnor anställda i serviceyrken har något högre dödlighet än genomsnittet av förvärvsarbete, men skillnaden är ej lika tydlig. Bland kvinnor som ej förvärvsarbetar men sammanbor med män i serviceyrken liksom bland barn i familjer, där försörjaren är anställd i servicebranschen är skillnaderna tydligare. Jordbrukare, anställda i tekniska, administrativa och kommersiella yrken samt militärer har, efter det att hänsyn tagits till åldersfördelning, en relativt låg dödlighet.

Dödligheten är högre i storstadskommunerna och i vissa glesbygdslän i norra och västra Sverige än i resten av landet.

Över hälften av alla dödsfall beror på hjärt- och kärlsjukdomar. Andra vanliga dödsorsaker är tumörer (cancer), andningsorganens sjukdomar samt skador.

Helt dominerande dödsorsaker under det första levnadsåret är medfödda missbildningar och komplikationer i samband med förlossning.

De tre dominerande dödsorsakerna i åldern 1-65 år är självmord, hjärtinfarkt och närbesläktade hjärtsjukdomar samt trafikolyckor.

Sättet att slå samman olika dödsorsaker till större grupper är väsentligt vid jämförelse av olika dödsorsakers betydelse. Betraktar man olika alkoholrelaterade sjukdomar och skador som en grupp hör dessa till de vanligaste dödsorsakerna.

Den manliga överdödligheten förklaras bland yngre framför allt av hög dödlighet i skador (främst trafikolyckor och självmord) och bland äldre av i första hand hjärt- och kärlsjukdomar, men även tumörer och skador spelar en betydelsefull roll. I åldern 45-55 år är dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar (hjärtinfarkt och närbesläktade sjukdomar) sex gånger så hög bland män som bland kvinnor.

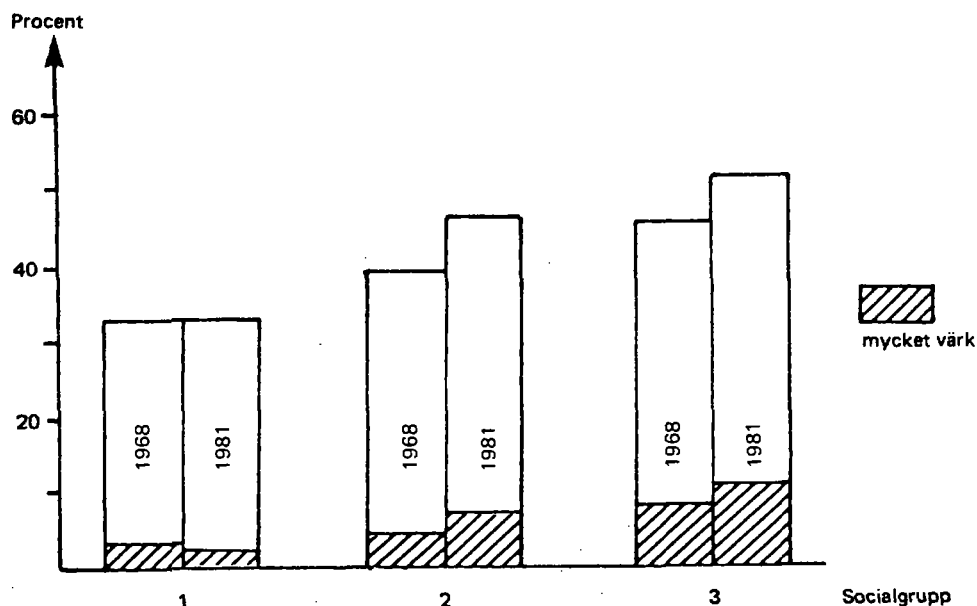
Överdödligheten bland fränskilda män jämfört med gifta är i 55-59-årsåldern för hjärt- och kärlsjukdomar 70 procent, för lungcancer 90 procent, för motorfordonsolyckor 200 procent, för självmord över 300 procent och för levercirros 800 procent.

Självmord, lungcancer och alkoholrelaterade dödsorsaker är särskilt vanliga i storstäderna. Hjärt- och kärlsjukdomar och trafikolyckor är överrepresenterade i glesbygdsläna i norra Sverige.

2.3 Symtom och besvär

Enligt institutets för social forskning (SOFI) levnadsnivåundersökning (LNU) och statistiska centralbyråns (SCB) undersökning om levnadsförhållandena (ULF) är psykiska problem, besvär från rörelseorganen samt långvariga hjärt- och kärlsjukdomar de vanligaste besvären i åldrarna 15-75 år.

LNU visar vidare att värk i rygg, höfter, skuldror, axlar eller leder är vanligare i socialgrupp 3 än i socialgrupp 1. Skillnaden är relativt sett kraftigare bland dem som angivit att de har mycket värk. Andelen med värk av denna typ har ökat mellan 1968 och 1981 i socialgrupp 2 och 3 medan läget för socialgrupp 1 är i stort sett oförändrat.



Motsvarande skillnader finns också beträffande psykiska besvär. Nära 30 procent i socialgrupp 3 hade 1981 nedsatt psykiskt välbefinnande enligt LNU jämfört med knappt 20 procent i socialgrupp 1. Fler kvinnor än män uppger sig ha psykiska besvär. Skillnaderna mellan socialgrupperna är också högst bland kvinnor. Betydligt färre intervju personer rapporterade sig ha psykiska problem 1981 än 1968. Skillnaderna mellan socialgrupperna har dock inte minskat.

Långvarig sjukdom oavsett sjukdomstyp rapporteras mellan 25 och 75 procent oftare bland arbetare än bland högre tjänstemän i alla de nordiska länderna.

2.4 Funktionsnedsättningar

Enligt LNU har andelen i den vuxna befolkningen med nedsatt rörelseförmåga minskat från 1968 till 1981. Det gäller också kraftigt nedsatt rörelseförmåga. Även enligt ULF förefaller rörelseförmågan ha förbättrats något från 1975 till 1981.

Nedsatt rörelseförmåga var 1981 2,4 gånger vanligare i socialgrupp 3 än i socialgrupp 1. Inga utjämningstendenser mellan socialgrupperna kan ses mellan 1968 och 1981. Enligt ULF är rörelsehinder i åldern 45-64 år vanligare bland arbetare utan yrkesutbildning, lägre tjänstemän och företagare (ej jordbrukare) än bland övriga förvärvsarbetande. Rörelsehinder är också vanligare bland dem som ej är sammanboende än bland de sammanboende.

Figur 2.2 Andelar med värk i olika socialgrupper 1968 och 1981 enligt levnadsnivåundersökningen

Källa: SOU 1984:40

Hörselnedsättningar är vanligare bland män än bland kvinnor. De förekommer oftare också i socialgrupp 3 än i socialgrupp 1. Andelen i den vuxna befolkningen med hörselnedsättning har ökat något mellan 1968 och 1981. Byggnadsarbetare, bönder, skogsarbetare och förmän är särskilt utsatta yrkesgrupper.

Mellan 1975 och 1981 har andelen med enbart egna tänder ökat klart. Däremot finns enligt ULF ingen säkerställd förändring i andelen med nedsatt tuggförmåga. Också enligt LNU har andelen med bra egna tänder ökat kraftigt från 1968 till 1981. Tandstatus har höjts genom att de yngsta grupperna nu har i stort sett problemfria tänder. Skillnaderna gentemot de äldsta framstår därmed som än större. Fortfarande är tandstatus sämre på landsbygden och i socialgrupp 3 jämfört med övriga grupper.

2.5 Handikapp

Sjukfrånvaron ökade från slutet av 1960-talet fram till mitten av 1970-talet. Detta förklaras delvis av förändringar i försäkringen, höjd sjukpenning, borttagande av karensdagar m m. Från och med 1979 har sjuktalet minskat. Ökningen av förtidspensionerna under 1970-talet har haft ett dämpande inflytande på sjukfrånvaron. De senaste åren har dock detta inflytande minskat.

Vanliga anledningar till förtidspension är sjukdomar i rörelseorganen, hjärt- och kärlsjukdomar och psykiska problem.

Beträffande sjukskrivningsorsaker saknas färsk statistik. 1970 dominerade förkylningar och influensa vad gäller antalet sjukfall. Om man tar hänsyn till frånvarotiden framstår rörelseorganens sjukdomar som den viktigaste orsaken.

Enligt ULF är nedsatt arbetsförmåga p g a långvarig sjukdom eller besvär vanligare bland ej sammanboende än bland sammanboende. Det är också vanligare bland arbetare än bland tjänstemän liksom det är vanligare i glesbygdsregionerna än i storstadsregionerna.

Enligt ULF bodde 1980/81 97 procent av befolkningen i moderna bostäder. Andelen, som inte bor modernt, är dubbelt så stor bland rörelsehindrade och bland pensionärer som bland totalbefolkningen. Bland rörelsehindrade pensionärer i åldern 65-84 år är det över tre gånger så vanligt med en omodern lägenhet som hos befolkningen som helhet.

Enligt ULF hade 1980/81 mellan 80 och 90 procent av de rörelsehindrade behov av hjälp med av- och påklädning och personlig hygien. Något färre behöver hjälp med matlagning och över hälften klarar sig utan hjälp med städning.

2.6 Vårdutnyttjande

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken till slutna vård. 1981 var ett vårdtillfälle av sju vid sjukhus för kroppssjukvård inom 19 sjukvårdsområden föranlett av sådana sjukdomar. Om även sjukhus för psykiatrisk vård inkluderas svarar ändå hjärt- och kärlsjukdomarna för 20-25 procent av vårddagarna. Psykiska besvär, som i allmänhet har betydligt längre

vårdtider, svarar för något fler procentenheter av vårddagarna. Tumörer, nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar samt skador genom yttre våld och förgiftning svarar också tillsammans för ytterligare 25-30 procent av antalet vårddagar i sluten vård.

Utnyttjandet av sluten vård är ojämnt fördelat mellan olika befolkningsgrupper. Välkänt är att det efter barnaåren ökar med åldern och också att denna ökning sker olika för män och kvinnor. I de fertila åldrarna liksom i de allra högsta åldersgrupperna är kvinnornas utnyttjande av sluten vård större än männens.

Sammanboende/gifta har ca 40 procent färre vårddagar än genomsnittet medan de som ej sammanbor och är frånskilda eller aldrig har varit gifta har ca 70 procent fler vårddagar än genomsnittet (efter det att hänsyn tagits till ålder). Också gifta/ej sammanboende har betydligt fler vårddagar än genomsnittet.

Skillnader mellan civilstånd och sammanboende/ej sammanboende är kraftigare för män än för kvinnor. Bland medelålders män är antalet vårddagar per invånare nästan fem och bland medelålders kvinnor tre gånger större bland ej sammanboende än bland sammanboende.

Vid en jämförelse av olika sysselsättningskategorier finner man lägst vårdutnyttjande bland studerande, värnpliktiga och förvärvsarbetande, medan förtidspensionärer och gruppen övriga har högst. Inom gruppen övriga återfinns bl a långvarigt arbetslösa och långvarigt sjukskrivna.

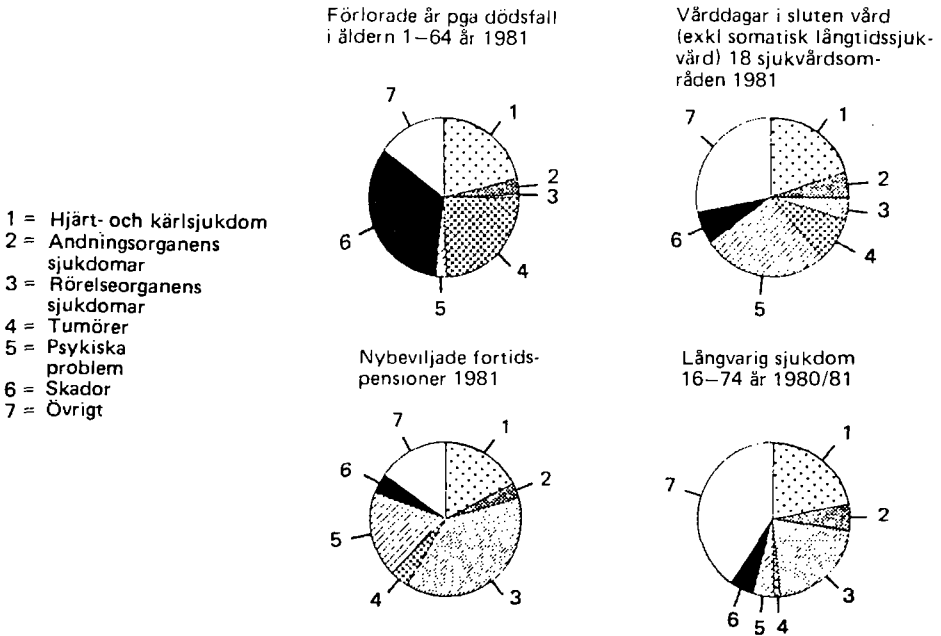
Också inom gruppen förvärvsarbetande finns klara skillnader mellan olika grupper. Arbetare har ett klart högre vårdutnyttjande. Framför allt jordbrukares och högre tjänstemäns vårdutnyttjande är lägre än genomsnittet. Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper blir för män tydligast från yngre medelåldern.

De som arbetar inom näringsgrenar som malmbrytning, restaurang- och hotellverksamhet och renhållning har ett mycket högt vårdutnyttjande.

Vårdutnyttjandet mätt i vårddagar sjunker med stigande disponibel inkomst i åldrarna upp till 75 år.

2.7 Några stora hälsoproblem

Om man försöker lägga samman direkta vårdkostnader och kostnader för produktionsbortfall förorsakat av sjukfrånvaro, förtidspension och dödsfall, kommer man fram till att hjärt- och kärlsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och psykiska problem är de tre mest betydelsefulla sjukdomsgrupperna. Därefter följer skador, sjukdomar i matsmältningsorgan, andningsorgan och tumörer.



En hälsopolitik som syftar till en bättre folkhälsa, d v s färre dödsfall i unga år, färre fall av nedsatt arbets- och funktionsförmåga, färre upplevda symtom och besvär och mindre behov av slutenvård, bör således sätta in särskilda insatser mot dessa hälsoproblem.

Som inledningsvis berördes kan hälsoproblem klassificeras på olika sätt. Man kan komma fram till, att andra hälsoproblem framstår som minst lika betydelsefulla som de sex i figur 2.3 angivna, genom att använda andra urvalskriterier eller genom att gruppera samman sjukdomar och skador till grupper på annat sätt än det som använts här. Man kan också sätta större vikt vid andra sjukdomskonsekvenser än de här valda. T ex allergier är ett mycket vanligt problem för människor idag. Av olika skäl framgår detta inte av befintlig statistik. Det beror dels på att relativt få fall leder till de allvarligaste konsekvenserna – för vilka statistiken är bäst – dels på att allergier inte är samlade under en huvudrubrik i sjukdomsklassifikationen och därför sällan redovisas som grupp. Det senare gäller även alkoholrelaterade hälsoproblem. Vissa sjukdomar och skador med ett odiskutabelt samband med alkoholförbrukning har dock på senare tid i en del undersökningar redovisats som grupp.

Om man avgränsade sjukdomsgrupper snävare än vad som gjorts här eller analyserade befolkningsgrupp för befolkningsgrupp skulle t ex diabetes, öröninflammationer bland barn, syn- eller hörselproblem bland äldre framstå som stora folkhälsoproblem.

Figur 2.3 Procentuell fördelning på de sex vanligaste sjukdomsgrupperna enligt fyra olika källor

2.7.1 Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdom är en dominerande orsak till de flesta allvarliga sjukdomskonsekvenser. Det är också ett problem som ökar p g a att dels befolkningens genomsnittsålder blir högre, att dels att dessa sjukdomar blir vanligare i vissa åldrar.

Hjärt- och kärlsjukdom drabbar i första hand män över 45 år och kvinnor över 65. Som dödsorsak svarar den för nästan hälften av männens dödsfall i åldern 45-64 år och för en fjärdedel av kvinnornas. Hjärtinfarkt och andra ischemiska hjärtsjukdomar är de vanligaste dödsorsakerna i gruppen.

Hjärtinfarkt är också den vanligaste diagnosen i slutenvård bland män i åldern 45-74 år. Bland kvinnor och äldre män dominerar däremot blodproppar och blödningar i hjärnan.

Slutenvård för hjärt- och kärlsjukdomar är bland medelålders män särskilt vanligt hos lägre tjänstemän, livsmedelsarbetare, paketerare, stuveri- och lagerarbetare samt verkstads- och byggnadsmetallarbetare, medan t ex relativt få skogsarbetare vårdas för sådana sjukdomar. Högt vårdutnyttjande för hjärtinfarkt och närbesläktade sjukdomar har personer i yrken som t ex är samtidigt jäktiga och enformiga eller jäktiga och med få möjligheter att lära nya saker. Detsamma gäller skiftarbetare och andra med arbetstider, som ligger utanför "normal" dagtid.

I primärvård och enligt intervjuundersökningar är högt blodtryck och t ex yrsel, bensvullnad, bröstsmärtor och andnöd, som ofta har samband med sjukdomar i cirkulationsorganen, vanliga åkommor. Hjärtinfarkt och kärlkramp är vanliga orsaker till förtidspensionering.

Under 1970-talet har dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar ökat bland medelålders män i Sverige. Svaga ökningarna har också förekommit i England, Frankrike och i en rad östeuropeiska länder. Tendensen har samtidigt varit sjunkande i vissa länder med en tidigare betydligt högre dödlighet än i Sverige, t ex USA och Finland.

2.7.2 Psykiska problem

Psykiska problem är den diagnosgrupp som förorsakar flest vård dagar i slutenvård. Om man definierar psykiska problem något vidare än sjukdomsklassifikationen och inkluderar självmord och en del alkoholskador, blir det också den vanligaste dödsorsaken i åldrarna under 45 år.

Inom den slutna vården är schizofreni och åldersbetingade psykoser som senil demens vanligast bland dem som ligger kvar under lång tid. De flesta vårdtillfällena orsakas av alkoholproblem och neuroser. Ofta leder dessa sjukdomstyper till återtagningar.

Slutenvård psykiatrisk är betydligt vanligare bland arbetare och lägre tjänstemän än bland högre tjänstemän och jordbrukare. Ej sammanboende som inte är eller tidigare varit gifta har betydligt fler vård dagar än de som tillhör andra samboende- civilståndsgrupper. Skillnaderna mellan olika civilstånd och mellan sammanboende och ej sammanboende är större inom psykiatrin än inom kroppssjukvården.

Enligt intervjuundersökningar tillhör trötthet, ångest, oro, sömnbesvär och andra psykiska symtom de vanligaste besvären. Såväl sådana symtom

som depression och djup nedstämdhet är vanligare bland kvinnor än bland män. Däremot är självmord och alkoholskador betydligt vanligare bland män.

Ärftliga faktorer spelar en viss roll inte minst när det gäller de svåra psykotiska tillstånden, schizofreni och mano-depressiv psykos men kanske även för alkoholism. Vissa psykiska tillstånd är resultat av infektioner i centrala nervsystemet under fosterstadiet eller senare i livet. Den ökande andelen äldre medför ett ökat antal med åldersdement beteende. I vissa fall är orsaken till dessa symtom åderförkalkning men ofta är den okänd. Sociala förhållanden exempelvis flyttning, liksom isolering och arbetslöshet kan förvärra symtomen.

Olycksfall med skador av hjärnan är en inte ovanlig orsak till psykiska symtom. Förlossningsskador är en orsak till psykisk utvecklingsstörning och vissa beteendeavvikelser.

Ett flertal kemiska ämnen i industrin t ex lösningsmedel är kända för att påverka det centrala nervsystemet. Symtom på kroniska skador är trötthet, sömnstörningar, minnesförlust, irritation, nedstämdhet m m. Alkoholmissbruk kan vara en orsak till psykiska symtom och skador dels genom direkt inverkan på hjärnan, dels genom de sociala effekterna missbruket får.

Människor ur olika sociala grupper lever under mycket olika förhållanden med avseende på arbete, boende, familjerelationer etc. Studier har visat att en kombination av stress och bristande möjligheter till kontroll över arbetsmiljön respektive boendemiljön, liten kontakt med andra människor eller arbeten med få stimulansmöjligheter ökar risken för psykiska symtom påtagligt.

Flyttning innebär en ökad risk för psykiska och psykosomatiska störningar bland arbetare som flyttat till städerna jämfört med kvarboende. Tjänstemän förefaller inte lika sårbara i det avseendet då de oftare flyttar som led i karriären. Uppbrutna sociala nätverk vid skilsmässa, dödsfall, flyttning och vissa boendemiljöer har tillmätts en central betydelse för människors ökade psykiska sårbarhet.

2.7.3 Rörelseorganens sjukdomar

Sjukdomar i rörelseorganen svarar för över 40 procent av de nybeviljade förtidspensionerna i åldrarna 45-64 år. Sjukdomsgruppen ligger också bakom en betydande andel av sjukfrånvaron. Enligt intervjuundersökningar hör besvär från rygg och leder till de vanligaste problemen.

Enligt LNU har andelen av befolkningen, som har svår värk i skuldror och axlar, ökat med 30 procent mellan åren 1968 och 1981. Också andelen med svåra ryggbesvär har ökat något. Redan 1968 var skillnaderna mellan socialgrupperna mycket stora vad avser andel med värk. Dessa skillnader har ökat genom att situationen förbättrats i socialgrupp 1 samtidigt som den försämrats för övriga socialgrupper. Beträffande rörelseförmågan har visserligen inte klasskillnaderna ökat, men de har heller inte minskat trots en allmän förbättring för alla socialgrupper.

Orsaksmekanismerna till rörelseorganens sjukdomar är i stora stycken

okända. Det är dock uppenbart att belastningar i arbetslivet spelar en stor roll för svårighetsgraden hos deras konsekvenser för individen.

Ryggbesvär är således vanligare inom yrken med många tunga lyft, plötsliga kraftiga arbetsmoment, framåtlutade arbetsställningar, ensidiga arbetsställningar och vibrerande arbetsredskap.

Andelen personer med stillasittande arbete och ensidiga arbetsställningar har ökat till följd av ökad automatisering, terminalarbete etc. Detta kan ha medverkat till att besvären från skuldror och nacke ökat. Däremot är det osäkert om kravet på tunga lyft har minskat. En ökad andel sysselsatta inom vården, där tunga lyft är vanliga, kan här spela en roll. De fysiska arbetskraven är mycket olika i olika yrkesgrupper.

Även i boende- och fritidsmiljön finns hälsorisker på detta område. Hemmafruarnas arbetsmiljö omfattar (liksom hemsamariternas) ofta olämpliga arbetsställningar i kök, vid bäddning m m. Dessutom ger motionsidrott ofta besvär från leder och muskler.

För flera av de mycket långvariga men mer sällsynta sjukdomarna inom exempelvis gruppen reumatism har vissa samband med kostfaktorer länge diskuterats.

2.7.4 Tumörer

Tumörer är en heterogen grupp av sjukdomar med olika uppkomstmekanismer vilka bara är delvis kända. Riskerna för olika cancersjukdomar varierar mellan befolkningsgrupper.

Antalet nyupptäckta fall per år ökar för bröstcancer och prostatacancer liksom för en del mindre vanliga cancertyper i lever, hud och lymfkörtlar. Ökningen i lungcancer bland män avstannade i mitten av 1970-talet, medan den har fortsatt bland kvinnor. Magcancerfrekvensen har minskat sedan början av 1960-talet och livmoderhalscancer sedan mitten av 1960-talet.

Tumörer är den näst vanligaste dödsorsaken. Trots att insjuknandefrekvensen är högre bland män är dödligheten högre bland kvinnor. Kvinnor drabbas också oftare i yngre åldrar. Även bland barn spelar cancer en betydande roll som dödsorsak. Leukemier svarar för drygt vart femte dödsfall hos barn.

Var tionde säng på våra kroppssjukhus upptas av en cancerpatient. I åldrarna 45-64 år är andelen större.

Frånskilda män har en viss överdödlighet i lungcancer och i alkoholrelaterade cancerformer. Dödligheten i livmoderhalscancer är högst bland frånskilda kvinnor, men dödligheten i äggstocks- och livmodercancer är högst bland dem som aldrig varit gifta. Ett tidigt havandeskap tycks här ha en förebyggande inverkan. Bröstcancer är vanligare bland kvinnor i högre socialgrupper, medan motsatsen gäller för lungcancer, magsäckscancer och livmoderhalscancer.

Många yrkesgrupper har hög frekvens av lungcancer bl a isolerare, typografer, tunnplåtslagare och sjömän. Arbetare inom möbelindustri har en kraftig överrisk för cancer i näsa och bihålor.

En lång rad av samband finns mellan cancerförekomst och våra levnadsvanor

- lungcancer med rökning och radon
- magcancer med nitrosaminer från kosten
- tjocktarmscancer med fiberfattig kost
- cancer i matstrupe och lever med alkoholkonsumtion
- cancer i bröstkörtel med fettinnehåll i kost
- hudcancer med exposition för ultraviolett ljus
- livmoderhalscancer med bristfällig genitalhygien.

För vissa yrkesgrupper med översjuklighet i tumörsjukdomar vet vi orsakerna. Att gruvarbetare har högre lungcancer risk är exempelvis ett resultat av radon och dieslavgaser i gruvan. För andra grupper är orsakerna mindre lättförklarade.

Allmänna socioekonomiska faktorer som bl a påverkar genital hygien och fertilitet kan ha med cancer i de kvinnliga könsorganen att göra. Viktigt är dock att understryka att variationen i cancerfrekvens mellan olika yrkesgrupper till stor del har med varierande rökfrekvens i olika yrken att göra. Vi vet att rökning är vanligare bland verkstadsarbetare, gruvarbetare och transportarbetare, bland hotell- och restauranganställda m fl, som ofta dessutom har andra cancer risker i arbetsmiljön.

Vad gäller lungcancer, torde det stå klart, att minst 70 procent av alla fall är betingade av rökning.

Den brettpublikerade cancerkommitténs rapport förväntas bli presenterad under 1984.

2.7.5 Andningsorganens sjukdomar

Övre luftvägsinfektioner är den absolut vanligaste orsaken till sjukfrånvaro. I genomsnitt torde den vuxna befolkningen drabbas av två till tre luftvägsinfektioner per år. Bland barn är det ännu vanligare. Spädbarn har i genomsnitt sex förkylningsperioder per år. Endast en bråkdel av dessa sjukdomsfall leder till sjukvårdskontakt. Däremot är de praktiska konsekvenserna för barnfamiljer betydande.

Symtom som astma och hösnuva är också mycket utbredda i befolkningen. Också här är barn särskilt utsatta. Bronkit är vanligare bland män än bland kvinnor. Sjukdomen ökar dessutom bland män. För de äldsta männen är bronkit tillsammans med emfysem och astma en lika vanlig dödsorsak som lungcancer. Den vanligaste dödsorsaken bland andningsorganens sjukdomar är lunginflammation som särskilt drabbar äldre människor och ofta som komplikation efter insjuknande i någon annan sjukdom.

Dödligheten i andningsorganens sjukdomar är betydligt lägre bland gifta än bland övriga civilstånd. Särskilt hög är risken bland medelålders fränskilda män.

Samstämmiga resultat från våra nordiska grannländer visar att dödsrisken i andningsorganens sjukdomar är högst bland icke yrkesutbildade arbetare och lägst bland akademiker och högre tjänstemän.

Den dagliga kontakten med andra människor är den faktor som har störst betydelse för spridning av förkylningar och influensa. Ju fler kontakter desto större är risken för smitta. Barn på daghem och i förskola har oftare infektioner än hemmavarande barn i samma ålder. Upprepade infektioner kan vara tecken på bakomliggande medicinska eller sociala belastningsfaktorer.

Allergier orsakas av ärftliga faktorer och miljöfaktorer. Risken att utveckla exempelvis astma eller allergisk snuva är särskilt stor för barn med ärftlig disposition, om de utsätts för allergener vid späda ålder. Luftburna allergier som pollen och pälsdjursepiter är de viktigaste när det gäller uppkomst av andningsorganens allergier hos barn. Också för tobaksrök, industriutsläpp och bilavgaser är både barn och vuxna med allergisk disposition särskilt känsliga.

En rad ämnen, som är vanliga i vissa arbetsmiljöer inom t ex stålindustri och gruvdrift, vid bl a gjutningsarbete och svetsning, är viktiga riskfaktorer för kronisk bronkit och andra problem i andningsorganen. Det rör sig om lösningsmedel, gaser och damm. Dessutom är tobaksröken en betydelsefull faktor – ensam och i än större utsträckning i kombination med andra riskfaktorer.

Särskilt stor risk för lunginflammation löper de, som p g a kroniska sjukdomar, alkohol- eller narkotikamissbruk har nedsatt motståndskraft.

2.7.6 Skador

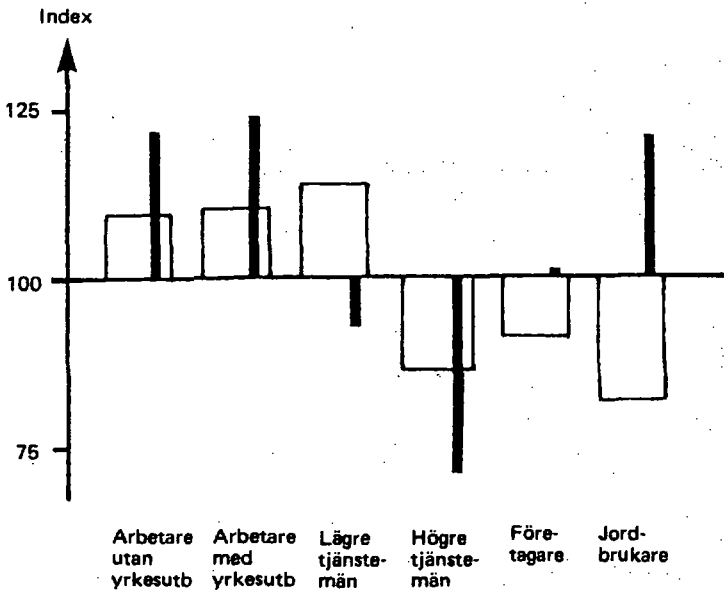
Efter hjärt- och kärlsjukdomar och cancer är skador tillsammans med andningsorganens sjukdomar vår vanligaste dödsorsak. I motsats till de senare är skador framför allt en frekvent dödsorsak bland unga människor. Skador svarar för flest förlorade år p g a död i åldern 1-64 år av alla dödsorsaker. Framför allt är dödsrisken stor för unga män.

Trafikolycksfall är den vanligaste dödsorsaken bland barn och unga. 1980 omkom knappt 300 ungdomar under 20 år i trafiken. Över hälften av alla trafikdödade är under 45 år. Från 25-årsåldern och till 45-årsåldern är självmord den vanligaste dödsorsaken.

Olycksfallen står för 15 procent av vårddagarna i slutet somatisk sjukvård i åldersgrupperna under 45 år. Motsvarande andel gäller för besök i primärvården i denna åldersgrupp.

Dödligheten är också i skador högst bland fränskilda män. Medelålders fränskilda män har en dödlighet i skador som är fem gånger högre än den som gäller för gifta män, vilka i sin tur har en ungefär dubbelt så hög dödlighet som gifta kvinnor.

Skillnaderna i olycksfallsrisk mellan olika grupper av förvärvsarbetande kan illustreras av figur 2.4 över antalet vårdtillfällen (sluten vård).



Figur 2.4 Vårdtillfällena i fem sjukvårdsområden 1976 för män i åldern 45-64 år med yrke. Breda staplar anger samtliga vårdanledningar, smala avser olycksfall. Åldersstandardiserade värden, index=100 för alla med yrke.

Källa: SOU 1984:40

Orsakerna till skador kan uppdelas i två huvudkategorier: uppsåtliga och icke uppsåtliga (olycksfall).

I Sverige är de vanligaste uppsåtliga fallen självmord och självtillfogad skada. De viktigaste hälsoriskerna för självmord torde i stort sett överensstämma med tidigare beskrivna hälsorisker för psykiska problem.

Trafikolyckor är den vanligaste typen av dödsolyckor. Äldre drabbas dock oftare av det som kallas fallolyckor, d v s snubbling, snävning och dylikt. När det gäller trafikolyckor är även riskerna för t ex olika typer av transportmedel väl kartlagda. Så vet man att risken per kilometer att råka ut för dödsfall i åldern 15-17 år är cirka fyra gånger större för motorcyklister än för cyklister. Motsvarande risker för cyklande barn i åldern 5-6 år och för pensionärer i åldern 65-74 år ligger dock nära de unga motorcyklisternas höga nivå. Bilister har jämfört med oskyddade trafikanter på vägar och gator den minsta risken för dödsfall.

När det gäller andra olyckor än dödsolyckor är kunskapen sämre. Studier har dock visat att fler inträffar både i hemmiljön och – i förvärvsarbete – på arbetsplatser än i trafiken. I synnerhet män har många arbetsskador. Anmärkningsvärt är att de flesta olyckor sker på andra platser än något av dessa tre områden. Det gäller då t ex fritidsolyckor i samband med idrott, motionsutövande och olika sysselsättningar i skog och mark.

2.8 Hälsopolitiska jämlikhetsmål

En god hälsa är – enligt de flestas bedömning – det viktigaste målet för vår totala välfärdspolitik. Mot denna bakgrund är det anmärkningsvärt att så lite uppmärksamhet ägnats åt skillnader i hälsoförhållanden mellan olika befolkningsgrupper.

Inom ramen för WHO:s hälsopolitiska strategi har de hälsopolitiska jämlikhetsmålen givits en central betydelse. En entydig hälsopolitisk jämlikhetssträvan finns också i den svenska hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och dess mål om "god hälsa för *hela* befolkningen".

Vårt lands – liksom WHO:s – hälsopolitiska strategi bör därför omfatta såväl förbättrad hälsa för alla som minskade klyftor mellan olika socioekonomiska grupper.

Den största positiva effekten på folkhälsan kan uppnås genom förbättringar för de grupper, som idag utsätts för de största hälsoriskerna och därmed har den högsta sjukligheten och dödligheten.

2.9 Hälsopolitiska riskgrupper

All kunskap visar att den enskilda faktor som mest påverkar hälsotillståndet är åldern. Vi vet att bland barn är riskerna allra störst i samband med födseln, varefter de minskar successivt under några år. Med stigande ålder ökar därefter hälsoriskerna åter igen.

Den tidigare redovisningen visar också att det är möjligt att urskilja ett antal grupper, som har annat än den opåverkbara åldersfaktorn gemensamt och som är utsatta för fler och mer frekventa hälsoproblem än andra grupper i samhället.

- Gruv- och stålverksarbetare, grovarbetare, stuveri- och lagerarbetare, hushålls- och servicearbetare är exempel på *riskyrlen*. Alla dessa finns bland manuella arbeten. Särskilt utsatta är ofta arbetare i yrken utan krav på yrkesutbildning. Även inom tjänstemannagrupperna finns stora skillnader. Högre tjänstemän och jordbrukare har enligt flertalet tillgängliga källor en mycket bättre hälsa.

Utöver dessa grundläggande skillnader kan man avgränsa följande riskgrupper

- *Arbetslösa* är utsatta för hälsorisker, som hör samman med att de är berövade den tillfredsställelse och utveckling som arbetet kan ge. De har därutöver en rad resursbrister av typ sämre ekonomisk standard och sämre boendemiljö. De är ofta socialt isolerade och passiverade.
- *Ensamboende* har betydligt sämre hälsa än samboende. Frånskilda medelålders män har en kraftig överdödlighet. Social isolering och missbruk spelar därvid en väsentlig roll. Ensamstående mödrar har oftare psykiska besvär och röker mer än andra. De har ofta tung försörjningsbörda med ekonomiska svårigheter. Liksom andra kvinnor har de dessutom ofta lågavlönade rutinarbeten med stor arbetslöshetsrisk.

- *Utländska medborgare* – särskilt kvinnor – har oftare värk och psykiska besvär. I synnerhet sydeuropeiska invandrare kommer ofta ur ekonomiskt extremt små omständigheter. De har jämfört med den svenska befolkningen i samma yrken oftare jäktiga och enformiga arbeten, låg inkomst och sämre bostad. De upplever också sitt hälsotillstånd som sämre.

Även om dessa riskgrupper i första hand gäller vuxna måste det betonas, att effekten av deras levnadsvillkor och levnadsvanor i minst lika hög grad påverkar barnens hälsa. Det är välkänt, att barnens levnadsvillkor inte kan skiljas från de vuxnas och att väsentliga sjukdomsorsaker hos barnen kan relateras till föräldrarnas situation.

- *Riskgrupper bland barn*. Barn i familjer där föräldrarna har låg inkomst, låg utbildning och mer eller mindre markerade sociala och psykiska problem har många gånger två till tre och ibland upp till tio gånger oftare olika typer av hälsoproblem och beteendestörningar. Denna sociala skiktning i hälsoproblem bland barn kan bero på att föräldrarna har arbetsförhållanden, som leder till brist på tid och krafter för föräldrarollen. Samtidigt är föräldrar med låg inkomst och låg utbildning – liksom ensamföräldrar – oftare hänvisade att bo i stimulansfattiga och barnovänliga bostadsområden, där dessutom barnomsorg och skola är sämre rustade än i mer gynnade områden.

2.10 Sammanfattande förslag

För att höja hälsostandarden hos hela befolkningen krävs ett målmedvetet arbete riktat mot i första hand de stora folkhälsoproblemen och de vanligaste och svåraste hälsoriskerna. I detta sammanhang måste de hälsopolitiska riskgruppernas situation särskilt beaktas. Mycket talar för att behovet av förbättrade arbetsförhållanden för främst arbetare och lägre tjänstemän är angelägna åtgärder för att minska hälsoproblemen.

I kapitel 4 redovisas underlag till förebyggande insatser bl a mot två av våra största hälsoproblem, hjärt- och kärlsjukdomar och olycksfall. Där redovisas även hälsopolitiska aspekter på boendemiljö, arbetsliv och kost- och livsmedelspolitik. Det är viktigt att liknande utvecklingsarbete, som det som ligger till grund för de i kapitel 4 redovisade underlagen för förebyggande och tvärssektoriella insatser kan bedrivas för ytterligare ett antal stora hälsoproblem och för andra samhällssektorer än de behandlade.

Kunskaperna om den ojämna fördelningen av hälsoproblemen måste även tas till vara i hälso- och sjukvårdsplaneringen.

I de planeringsmetoder som tillämpades under 1970-talet användes vanligtvis data om vårdutnyttjande och köer för att mäta vårdefterfrågan. Framtida vårdefterfrågan uppskattades därefter genom olika framskrivningsmetoder. En allvarlig svaghet i denna metod är att den tenderar att konservera rådande organisationsstruktur och att ytterligare öka skillnaderna mellan väl och mindre väl utbyggda vårdformer.

I underlagsstudien "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" (SOU 1984:40) redovisas en principmodell för en behovsbaserad planering, vilken kan ses som en utveckling av hittills tillämpade modeller. Denna behovsbaserade resursfördelningsmodell innehåller tre steg

- kartläggning av befolkningens hälsoförhållanden
- normering av vilka vårdåtgärder som krävs för att nå uppställda mål
- beräkning av vilka resurser dessa åtgärder kräver.

Innan en sådan modell kan tillämpas i praktiken krävs en hel del utvecklingsarbete såväl nationellt som landstingskommunalt.

Modellen bör dock kunna ha betydelse som referensram vid diskussion om resursfördelning mellan

- geografiska områden
- förebyggande, behandlande, rehabiliterande och omvårdande åtgärder
- primärvård och länssjukvård
- vårdgrenar/medicinska specialiteter.

Det "egentliga" vårdbehovet finns f n inga möjligheter att direkt mäta. I stället får en behovsbaserad planering tills vidare grundas på olika behovsindikatorer. Dessa kan antingen vara direkta eller indirekta. Med direkta indikatorer menas här data om t ex dödlighet, handikapp eller nedsatt funktionsförmåga hos befolkningen i vart och ett av de geografiska områden mellan vilka tillgängliga resurser skall fördelas. Indirekta indikatorer är data som beskriver befolkningssammansättning efter demografiska eller sociala indelningar med ett känt samband med exempelvis dödlighet, handikapp eller nedsatt funktionsförmåga.

I underlagsstudien diskuteras inte metoder att använda indikatorer för att uppskatta vårdbehov i absolut mening utan syftet är att ge ett instrument för att ta fram underlag för de politiska beslut som måste fattas om resursfördelning till olika områden.

Behovsindikatorer används vid resursfördelning i en del andra länder. I England utnyttjas t ex åldersstandardiserad dödlighet (direkt indikator) och civilstånd (indirekt). Också i Norge används dödlighet och dessutom andel förtidspensionärer (indirekt).

Innehåll	Sid.
Propositionen	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-21	6
1 Inledning	6
2 Allmänna utgångspunkter	10
2.1 En samlad folkhälsopolitik	10
2.2 Vård på lika villkor	13
2.3 Grundläggande krav på hälso- och sjukvården	13
2.3.1 Offentligt ansvar	14
2.3.2 Solidarisk finansiering	16
2.3.3 Egenvård, anhörigvård och professionell vård ..	17
2.3.4 Närhet, tillgänglighet, valfrihet	18
2.3.5 Patienten i centrum	18
2.3.6 Förtroende för hälso- och sjukvården	19
2.3.7 Integritetsskyddet i vården	20
2.3.8 En offensiv hälsopolitik	20
2.4 Hälso- och sjukvården och samhällsekonomin	22
2.5 Samspelet mellan stat och landsting i hälso- och sjukvården	24
3 Det förebyggande arbetet	29
3.1 Inledning	29
3.2 Underlag för hälsopolitiska program, m.m.	31
3.2.1 Fortsatt arbete med programunderlag	31
3.3 Hjärt-kärlsjukdomar och cancer	34
3.4 Olycksfallsskador	35
3.4.1 Förbättrad skadestatistik	36
3.4.2 Utredning av miljö- och hälsoskyddsnämndens uppgifter i det skadeförebyggande arbetet inom kommunen	37
3.5 Hälsopolitiska aspekter i samhällsplaneringen	39
3.5.1 Boendemiljön	39
3.5.2 Arbetsmiljön	41
3.5.3 Arbetsmarknad och sysselsättning	44
3.5.4 Kost och kostvanor	46
3.6 Ökad tvärsektoriell samverkan	50
3.6.1 Landstingens samhällsmedicinska verksamhet ..	51
3.6.2 Hälso- och sjukvårdsberedningen förstärks med en tvärsektoriell expertgrupp	52
3.7 Hälsoupplysning	53
3.7.1 Hälsoupplysningens mål	55
3.7.2 Delat ansvar för hälsoupplysning	56
3.8 Åtgärder mot tobaksbruket	57

3.8.1	Allmänna utgångspunkter	57
3.8.2	Informationsinsatser för att hindra rökdebut ..	62
3.8.3	Beskattningen av tobaksvaror	63
3.8.4	Marknadsföringen av tobaksvaror	65
3.8.5	Uppföljningsåtgärder	67
3.9	Alkohol- och narkotikafrågor, m.m.	68
3.9.1	Alkohol- och narkotikamissbruk	68
3.9.2	Hälsorisker vid bruk och missbruk av droger ..	68
3.9.3	Åtgärder mot missbruk	69
4	Vårdens tillgänglighet och kvalitet	72
4.1	Inledning	72
4.2	De äldre inom hälso- och sjukvården och vissa frågor om patientens ställning i långtidssjukvården	73
4.3	Handikappade inom hälso- och sjukvården	81
4.4	Vården av psykiskt sjuka	83
4.5	Invandrarna i hälso- och sjukvården	86
4.6	Barnens hälso- och sjukvård	88
4.7	Samverkan i vården	90
4.8	Förslag om vissa ändringar i hälso- och sjukvårdslagen	94
5	Vårdens struktur – några utvecklingslinjer	97
5.1	Inledning	97
5.2	En förstärkt primärvård	98
5.3	Förändrad läns- och regionsjukvård	104
6	Hälso- och sjukvårdens planering m.m.	110
6.1	Former för planeringen	110
6.2	Kunskaps- och metodutveckling för behovsbaserad resursfördelning	112
7	Personal, utbildning och forskning	114
7.1	Personal- och utbildningsfrågor	114
7.2	Översyn av vårdutbildningar	118
7.3	Forsknings- och utvecklingsarbete (FoU)	122
8	Hälso- och sjukvårdsstatistiken m.m.	125
8.1	Inledning	125
8.2	Regelbunden folkhälsorapport	126
8.3	Vissa utvecklingsbehov, m.m.	127
8.4	Epidemiologisk bevakning	131
9	Vissa riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken – en sammanfattning	134
9.1	Övergripande mål	134
9.2	Grundläggande krav och principer	136
9.3	Hälso- och sjukvårdens samhälls- och individriktade förebyggande arbete måste vidareutvecklas	139
9.4	Vårdens struktur – några utvecklingslinjer	141
9.5	Planering och statistik	142

Prop. 1984/85:181	167
9.6 Personal, utbildning och forskning	143
10 Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården	144
10.1 Försöksverksamheten med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården förlängs i ett år	144
11 Upprättade lagförslag	147
12 Hemställan	147
13 Beslut	147
<i>Appendix 1</i> Utdrag ur IIS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39)	
Hälso- och sjukvård inför 90-talet: Kap. 2 Hälsoproblem och hälsorisker	148
<i>Bilaga 1</i> Sammanfattning av HS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet. m.m.	
<i>Bilaga 2</i> Sammanställning av remissyttrandena över rapporten (SOU 1984:39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet.	
<i>Bilaga 3</i> Sammanfattning av cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande. m.m.	
<i>Bilaga 4</i> Sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande m.m.	
<i>Bilaga 5</i> Sammanfattning av rapporten (Ds 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. m.m.	
<i>Bilaga 6</i> Sammanställning av remissyttrandena över rapporten (Ds 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården	
Bilagorna 1–6 publiceras i separat volym	

Regeringens proposition
1984/85:181

**Utvecklingslinjer
för
hälso- och sjukvården, m.m.**

Sammanfattning av HS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet, m.m.

Rapporten sammanfattas i kapitlet 11 på följande sätt.

Inriktning, sammanfattning och förslag

Utgångspunkter

Att skapa gynnsamma häls villkor för hela befolkningen och att sörja för att alla kan få del av en god vård och omsorg på lika villkor vid inträffad ohälsa har varit och är centrala mål för välfärdspolitiken. Det råder bred enighet om att det krävs gemensamma demokratiskt styrda samhälleliga insatser för att uppnå dessa mål. En betydande del av våra gemensamma resurser har avsatts för att genom en målmedveten social- och hälsopolitik i bred bemärkelse skapa välfärd för alla och trygghet mot och vid ohälsa.

Vi har i ett internationellt perspektiv nått långt i förverkligandet av välfärdspolitikens hälsopolitiska del. Mätt med åtskilliga av de traditionella folkhälsomåtten har vi en till stora delar gynnsam hälsosituation. Grunden härför har först och främst varit den allmänna höjningen och utjämningen av de ekonomiska och de sociala förhållandena i samhället och en höjd materiell och hygienisk standard. En aktiv bostadspolitik har undanröjt hälsorisker genom trångboddhet och dåliga hygieniska förhållanden. En aktiv jordbruks- och livsmedelspolitik har möjliggjort en god näringsstandard för den svenska befolkningen. En aktiv miljöpolitik har bringat sanitära brister under kontroll. Genom en medveten arbetsmiljöpolitik har åtskilliga hälsorisker i arbetslivet undanröjts. Genom insatser förmedlade av många samhällssektorer och genom en samordnad samhällsplanering har således förutsättningarna för en gynnsam utveckling av folkhälsan kontinuerligt förbättrats. Samtidigt har viss sjuklighet ökat på grund av negativa livsstilsfaktorer som rökning, missbruk av alkohol och narkotika samt felaktiga kostvanor.

Den ekonomiska tillväxten har gett oss möjlighet att bygga upp en hälso- och sjukvård som för flertalet säkerställer en trygg och medicinskt högtstående vård vid sjukdomar och skador samt en aktiv medicinskt förebyggande vård under olika livsskeden. Att svara för försörjningen med den hälso- och sjukvård som behövs på det lokala och det regionala planet i enlighet med av statsmakterna fastställda mål har till största delen anförtratts åt landstingen.

Svensk medicinsk forskning har en internationellt framstående ställning

och hög kvalitet och det är angeläget att den även framledes kan hävda sig väl. Den ger oss nya kunskaper om hälsorisker och om metoder att förebygga, utreda, bota och lindra sjukdomar och skador.

Våra gemensamma ansträngningar har således lett oss långt på den hälsopolitiska vägen. Vi får dock inte därför slå oss till ro i förnöjsamhet med vad som hittills åstadkommits. Stora folkhälsoproblem kvarstår och möjligheterna för olika social- och yrkesgrupper att leva ett hälsosamt liv är fortfarande mycket olika. De sociala förändringarna och den tekniska utvecklingen i samhället innebär att hälsopolitiken och därmed också hälso- och sjukvårdspolitiken kan behöva förändras och anpassas så att den bättre svarar mot dagens och morgondagens förutsättningar och krav. Nya kunskaper, nya insikter och förändrade värderingar gör det nödvändigt att kontinuerligt pröva inriktning, fördelning, omfattning och organisation av hälso- och sjukvårdens insatser. Om en del av de resurser som nu är bundna i olika former av omhändertagande vid institutioner av traditionellt slag kan frigöras för uppbyggnad av andra resurser bör förutsättningarna vara goda att skapa former för vård och omsorg som både tar hänsyn till patienternas behov av integritet och till berättigade krav på fullgod service och vård. Insatserna måste också anpassas till förändrade samhällsekonomiska och arbetsmarknadsmässiga förhållanden m.m.

Denna rapport är, liksom underlagsstudierna, avsedd att ge underlag för sjukvårdshuvudmännens planering samt för hälso- och sjukvårdspolitiska överväganden inom landstingen och på nationell nivå. Huvuddragen i HS 90-projektet kommer att redovisas för riksdagen. Det ankommer på landstingskommunerna (motsvarande) att planera och driva hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov och utifrån de olika regionala och lokala krav och förutsättningar som i övrigt finns inom landstingen.

Hälsopolitiska riskgrupper

Ett hälsopolitiskt problem av stor betydelse i dagens Sverige är de skillnader som finns i ohälsa och tidig död mellan olika social- och yrkesgrupper. Hälsopolitiska riskgrupper – dvs. grupper som är utsatta för fler och mer frekventa hälsoproblem än befolkningen i övrigt – återfinns nästan uteslutande bland arbetare och lägre tjänstemän. Speciellt utsatta yrkesgrupper är bl.a. gruv- och stålverksarbetare, grovarbetare, stuveri- och lagerarbetare samt hushålls- och servicearbetare. Andra hälsopolitiska riskgrupper inom den vuxna befolkningen är arbetslösa, ensamstående och utländska medborgare.

De hälsopolitiska riskgrupperna bland barn återfinns i familjer där föräldrarna har låg inkomst, är lågutbildade och har mer eller mindre markerade sociala och psykiska problem.

En av de viktigaste hälsopolitiska uppgifterna på såväl nationell, regional

som lokal nivå är att förutom generella åtgärder för att förbättra folkhälsan också speciellt uppmärksamma dessa hälsopolitiska riskgruppers situation. Hälsopolitiska jämlikhetsstrategier inriktade på att öka möjligheterna till ett hälsosammare liv för de grupper som i dag utsätts för de största externa hälsoriskerna bör därför utgöra en integrerad del av folkhälsoarbetet. Detta är en förutsättning för att successivt kunna förverkliga hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa för hela befolkningen.

Vi finner det vidare angeläget att medicinskt forsknings- och utvecklingsarbete i ökad utsträckning inriktas mot att analysera och söka förklara orsaker till såväl ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning som andra faktorer bakom ohälsa.

Hälsopolitik i samhällsplaneringen

Hälsoutvecklingen i ett land kan i många avseenden jämföras med den ekonomiska utvecklingen. Båda är resultat av en nations samlade utvecklingspolitik och utgör fundament för befolkningens välfärd.

I ett historiskt och globalt perspektiv är den största hälsorisken fattigdom. Förbättringar av folkhälsan har i första hand åstadkommit genom att bekämpa fattigdom, arbetslöshet, hälsovådliga bostads-, trafik- och arbetsmiljöer samt brister vad avser möjligheterna för hela befolkningen att kunna få en fullgod kost.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är baserad på denna insikt att förbättringar av befolkningens hälsoförhållanden endast kan nås genom insatser som sträcker sig över vida områden och som berör praktiskt taget alla delar av samhället. Målet "hälsa för alla år 2000" enligt WHO:s formulering och "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" med HSL:s uttryckssätt förutsätter ett klart engagemang inom många samhällssektorer. Hälsotillståndet kan inte ensidigt lämnas enbart till en i och för sig resursstark hälso- och sjukvårdssektor. De måste beaktas i hela samhällsplaneringen och påverka hela samhällsutvecklingen.

De kunskaper, insikter och bedömningar, som kommer fram i hälso- och sjukvårdens löpande verksamhet och i forsknings- och utvecklingsarbetet om sambanden mellan befolkningens hälsoförhållanden och levnadsvillkor, är nödvändiga för att samhällsutvecklingen som helhet skall kunna påverkas av välfärds målet "en god hälsa för hela befolkningen". Detta innebär inte att hälso- och sjukvården skall överta andra samhällssektors ansvar. Men det innebär att hälso- och sjukvården aktivt och målmedvetet skall sträva efter att tillföra samhällsplaneringen sina kunskaper, insikter och bedömningar inom ramen för en klar ansvarsfördelning och en utvecklad tvärssektoriell samverkan. Hälsospekterna måste givetvis totalt sett vägas mot andra krav och begränsningar.

Flera underlagsstudier inom ramen för HS 90 tar upp aspekter på och lägger förslag om hur hälso- och sjukvården kan utveckla en tvärssektoriell

samverkan i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i samhället.

Ett sektorsövergripande hälsopolitiskt angreppssätt markerades i samband med att socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning inrättades 1983. I direktiven till beredningen framhölls bl.a. att den tillkommit "för samråd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i syfte att åstadkomma en övergripande samordning av hälso- och sjukvården samt en samordning av denna med de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik".

Vi anser att det finns behov av en utvidgad och mer systematisk tvärsektoriell samverkan på den centrala, regionala och lokala nivån mellan hälso- och sjukvårdssektorn och andra samhällssektorer med hälsopolitiskt ansvar och uppgifter. Den statliga hälso- och sjukvårdsberedningen, i vilken sjukvårdshuvudmännen också är företrädare, bör vara ett lämpligt forum för en sådan tvärsektoriell samverkan. Möjlighet finns också att till vissa överläggningar inom beredningen knyta företrädare för andra samhällssektorer med hälsopolitiskt ansvar, så att beredningen kan motsvara funktionen som ett "nationellt hälsopolitiskt råd" för utvecklingen av de sektorövergripande hälsopolitiska frågorna i enlighet med rekommendationer av WHO. I detta forum kan man diskutera och ta ställning till de underlag för hälsopolitiska handlingsprogram för olika hälsoproblem och sektorinriktade program för hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen som förordas i HS 90-arbetet. I beredningen bör därmed diskuteras inriktning av insatser och fördelning av resurser inom olika samhällssektorer utifrån en hälsopolitisk utgångspunkt. Vi föreslår således att hälso- och sjukvårdsberedningen utvecklas i riktning mot att kunna fullgöra funktionen som ett nationellt hälsopolitiskt råd. Även mellan de centrala statliga myndigheterna med ansvar inom det hälsopolitiska området finns ett behov av en förstärkt och mer systematisk tvärsektoriell samverkan.

I HS 90-arbetet har tagits fram underlag för hälsopolitiska handlingsprogram mot skador och mot hjärt- och kärlsjukdomar. Detta arbete bör utvecklas vidare så att det på sikt omfattar flertalet större hälsoproblem. I första hand bör underlag för hälsopolitiska handlingsprogram tas fram för rörelseorganens sjukdomar och psykisk ohälsa. Arbetet bör ingå som en del i socialstyrelsens reguljära arbetsuppgifter. Samverkan förutsätts ske med andra berörda organ.

Utveckling av landstingens förebyggande insatser

Kunskap om hälsorisker och hälsoförhållanden utgör en självklar bas för landstingens förebyggande arbete. Vi förordar att denna kunskapsbas förstärks och att man inom primärvården – med stöd från bl.a. de samhällsmedicinska enheterna – beskriver och analyserar hälsorisker och hälsoförhållanden inom sitt ansvarsområde.

En sådan lokal hälsobeskrivning kan omfatta dimensionerna samhällsprofil, hälsoriskprofil, hälsoprofil och vårdprofil. Samhällsprofilen kan beskriva lokalsamhällets demografiska och socioekonomiska struktur, arbetsmarknadssituation, näringsliv och historiska förutsättningar. Hälsoriskprofilen kan beskriva förekomsten av specifika hälsorisker i miljö och levnadsvanor. Hälsoprofilen syftar till att beskriva sjukdomsförekomsten i lokalbefolkningen med sjukdomskonsekvenser i form av symtom, funktionsnedsättning och handikapp. Vårdprofilen syftar till att beskriva hur hälso- och sjukvårdens resurser används för olika åtgärder och vårdnivåer. Den kan även omfatta en redovisning av sjukvårdens tillgänglighet, struktur, kvalitet och effekter för olika befolkningsgrupper. Ett betydande utvecklingsarbete krävs både på central nivå och landstingsnivå för att successivt bygga upp ett sådant kunskapsunderlag.

De ovan nämnda hälsopolitiska handlingsprogrammen realiserar till avgörande del i det lokala hälsoarbetet. Förebyggande åtgärder mot t.ex. skaderisker i hem- och närmiljö kräver en bred samverkan mellan de många myndigheter som har delansvar för och möjligheter att begränsa eller eliminera skaderiskerna och en systematisk registrering av skadehändelser. Hälso- och sjukvården bör – i samverkan med socialtjänsten – bedriva hälsoupplýsning kring skaderisker i sin hälsoövervakande verksamhet bland barn, föräldrar och äldre. Hälso- och sjukvården kan därvid initiera och medverka i kartläggningar av skadehändelser och skaderisker, delta i information, utbildning och insatser i en tvärsektoriell samverkan mellan t.ex. de trafikansvariga, lekplatsansvariga, miljö- och hälsoskyddsförvaltningen, skolhälsovården och andra intressenter.

Det förebyggande arbetet bör vidare – som tidigare betonats – särskilt inriktas mot de hälsopolitiska riskgrupper som har sämre hälsoförhållanden än andra delar av befolkningen – ensamboende, arbetslösa, vissa riskyrken, invandrare och riskgrupper bland barn. Det är vidare mycket angeläget att vidareutveckla de förebyggande insatserna för den växande gruppen äldre över 75 år. Primärvården bör därför inriktas på att svara för behoven av en systematisk hälsovård för denna grupp enligt samma principer som för barn och mödrar. Härigenom bör viktiga livskvaliteter för de äldre kunna bli tillgodosedda.

Till stöd för utvecklingen av det lokalt förebyggande arbetet bör socialstyrelsen genom t.ex. allmänna råd verka för att förebyggande insatser genom t.ex. hälsoupplýsning och en aktiv blodtryckskontroll blir ett led i den hälso- och sjukvårdande verksamheten i samband med flertalet kontakter mellan befolkningen och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör även föreskriva att information om olika riskfaktorer skall ingå i patientjournaler som grund för epidemiologiska analyser och en förstärkt samverkan med organ som behöver vidgade kunskaper i sitt hälsofrämjande och hälsoskyddande arbete.

Hälso- och sjukvårdens ökade engagemang i det förebyggande arbetet får

utbildningspolitiska konsekvenser så att utbildningen av personalen i högre grad måste präglas av ett förebyggande förhållningssätt och kunskaper i det förebyggande arbetets metodik. Samhällsvetenskaplig kompetens behöver tillföras hälso- och sjukvårdens planeringsfunktion och dess förebyggande arbete, även på lokal nivå.

Vård på lika villkor

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är enligt HSL § 2 vård på lika villkor för hela befolkningen. Denna lika-villkors-princip gäller såväl vårdens tillgänglighet som dess innehåll med avseende på t.ex. kvalitet. Geografiska, demografiska, sociala, språkliga, religiösa, ekonomiska och kulturella förhållanden får inte påverka den enskildes möjligheter att erhålla vård. Hälso- och sjukvården måste vidare eftersträva att jämna ut skillnader föranledda av olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning mellan olika patienter i den meningen att alla ges likvärdiga möjligheter att t.ex. förstå en diagnos eller sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd.

Detta gäller också invandrargrupperna. I förarbetena till HSL framhålls att vården skall utformas under hänsynstagande till inte endast de rent medicinska behoven utan också till bl.a. vårdsökandens allmänna sociala situation och kulturella bakgrund. För att ge en likvärdig vård, som uppfyller kvalitetskraven på medicinskt-tekniskt, psykosocialt och pedagogiskt vårdinnehåll krävs dels generella åtgärder, dels särskilda åtgärder för invandrare.

Bristande patientunderlag och bristande tillgång till språk- och kulturkompetens kan dock begränsa möjligheterna att bygga upp en vårdorganisation, som inom sig täcker alla minoritetsgruppers vårdbehov. Landstingen är emellertid skyldiga att arbeta mot lösningar, som så nära som möjligt uppfyller kraven på en likvärdig vård.

Behovsbaserad planering och resursfördelning

Landstingen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen – inom ramen för tillgängliga resurser – planera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård, som erbjuds av annan vårdgivare. I de planeringsmetoder som tillämpades under 1970-talet användes vanligtvis data om värduutnyttjande för att bedöma den framtida vårdefterfrågan. En allvarlig svaghet i denna metod är att den erfarenhetsmässigt är starkare relaterad till det existerande utbudet av vård än till varierande vårdbehov inom olika områden/befolkningsgrupper. Detta tenderar att konservera den rådande vårdstrukturen och minska möjligheterna att – i enlighet med HSL:s krav – fördela tillgängliga resurser med hänsyn till befolkningens behov av vård.

Vi förordar därför en successiv övergång till en mer behovsbaserad planering och resursfördelning som baseras på fakta om olika befolkningsgruppers hälsoförhållanden och sannolika vårdbehov.

I dessa underlag för de demokratiska beslutsorganen kan man använda såväl direkta behovsindikatorer som upplevd ohälsa och dödlighet och indirekta indikatorer som utgår från ett känt samband mellan exempelvis ålder respektive socio-ekonomiska bakgrundsfaktorer (t.ex. yrkesstruktur) och ohälsa/dödlighet. Dessa typer av behovsindikatorer används redan vid resursfördelning mellan olika geografiska områden i bl.a. England och Norge.

Vi förordar ett fortsatt och intensifierat utvecklingsarbete vad avser metoder för behovsbaserad planering och resursfördelning såväl på nationell nivå som inom enskilda landsting. Förutom fördelning av finansiella resurser bör därvid även uppmärksammas behovet av en – utifrån befolkningens behov – jämnare läkarförsörjning till olika delar av landet.

Förbättrad tillgänglighet

Vårdens tillgänglighet kan och bör även fortsättningsvis förbättras. Den geografiska tillgängligheten bör förbättras genom ökad läkartillgång i de områden som i dag präglas av brist på fast läkare samt genom en väl utbyggd primärvård.

Den ekonomiska tillgängligheten inom det offentliga svenska sjukvårdssystemet – olika befolkningsgruppers finansiella möjligheter att efterfråga den vård man behöver – är i ett internationellt perspektiv mycket god. Ökande patientavgifter vid sjunkande reallöner kan dock ånyo försvåra speciellt resurssvaga gruppers möjligheter att efterfråga den vård man behöver. Detta gäller inte enbart inom tandvård utan även inom hälso- och sjukvården i övrigt. Den samlade effekten av avgifter till läkarbesök, sjukvårdande behandlingar, läkemedel och sjuktransporter kan därvid bli mycket känbara. Problemen måste följas uppmärksamt.

Den kulturella och organisatoriska tillgängligheten inom hälso- och sjukvården bör vidare förbättras. Detta innebär bl.a. att den information som ges av läkare och annan personal måste vara begriplig för alla oberoende av patientens kulturella och utbildningsmässiga bakgrund.

Vidare återstår viktigt förändringsarbete för att underlätta kontakt med och kontinuitet inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det måste bli lättare att hitta rätt i det mycket differentierade och specialiserade systemet. I möjligaste mån måste man avveckla de hinder till kontakt som idag finns i form av begränsade telefontider och onödiga köer. Samtidigt bör man också i ökad utsträckning pröva möjligheterna till kvällsöppet och hembesök.

En fortsatt satsning på utbyggnad av primärvården är en grundläggande förutsättning för att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och

kontinuitet. Att tillgodose kontinuitetskravet är en mycket angelägen uppgift i synnerhet för primärvården.

I HS 90-materialet skisseras en långsiktig utveckling av vårdstruktur och vårdorganisation som ligger i linje med de senaste årens faktiska förändringar och innebär en strävan efter en organisation som är bättre anpassad efter människors vårdbehov och möjligheterna att ge en god och mänsklig vård. Visst generellt underlag ges i utredningen för utveckling och avvägning mellan olika former av hälso- och sjukvård liksom mellan små och stora sjukhus. Detta material måste givetvis kompletteras med successivt vunna erfarenheter och ställas mot starkt skiftande lokala förutsättningar. Den slutliga avvägningen måste därför ske i landstingens demokratiska beslutsprocess.

Vårdstrukturutvecklingen

De hälso- och sjukvårdspolitiska målen och kraven, såsom de framgår av hälso- och sjukvårdslagen, av andra uttalanden av statsmakterna och av sjukvårdshuvudmännens beslut, innebär som tidigare betonats bl.a. att befolkningens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser skall styra fördelningen av resurser för såväl sjukvårdande som förebyggande insatser. Vidare skall vårdinsatserna förläggas så nära befolkningen som möjligt i anslutning till boende och arbete. Insatserna skall ges på lika villkor för landets hela befolkning.

Behoven av förstahandskontakter med hälso- och sjukvård vid sjukdomar, skador och för förebyggande åtgärder för befolkningen tillgodoses genom flera olika vårdformer, som också kan vara fördelade på skilda huvudmän. Sjukhusen svarar t.ex. för närvarande för en mycket stor andel – mer än hälften – av det totala antalet läkarbesök i öppen sjukvård. Landstingen, som huvudansvariga för befolkningens behov av hälso- och sjukvård, har också att svara för samordningen inom primärvårdsområdet med övriga vårdgivare på den lokala nivån. Primärvården skall meddela sjukvård vid mottagningar, vårdcentraler, i hemmet och vid lokala sjukhem. Primärvården bör svara för behov av hembesök och kunna ha lämpligt öppenhållande och jourtjänst för flertalet vård sökande och svara för hälsovården för mödrar, barn och äldre samt särskilda hälsoriskgrupper. Samverkan med företagshälsovården, särskilt beträffande rehabiliteringen är angelägen. Man bör vidare svara för företagshälsovårdsservice vid arbetsplatser där denna inte kan tillgodoses på annat sätt. Man skall bedriva samhällsinriktade, allmänt inriktade och individinriktade förebyggande åtgärder inom sitt primärvårdsområde. Slutligen har man att svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl och tillgodose lokala resurser för rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede.

Den slutna vården är sedan länge väl utbyggd i Sverige. Målet för länssjukvården har varit att successivt höja kvaliteten. Denna utveckling bör

fortsätta. Samtidigt kan – i takt med primärvårdens utbyggnad – vissa resurser frigöras, bl.a. som en följd av den pågående utbyggnaden av resurser för sjukhemsvård och sjukvård i hemmet. En koncentration av länsjukvårdens resurser ger kvalitativa vinster när det gäller medicinsk kvalitet och säkerhet.

En viktig uppgift för huvudmännen är att pröva vägar för att förändra vårdstrukturen. Länsdelssjukhusen, som är av mycket varierande storlek, kommer i flera fall i den framtida vårdorganisationen att fylla en annan funktion än för närvarande.

Av vårdideologiska skäl bör en del av hälso- och sjukvårdens vårdutbud och vårdstruktur starkt förändras. Den påbörjade förändringen av den slutna psykiatriska sjukvården från en koncentration på mentalsjukhus till öppnare och lokala psykiatriska vårdinsatser måste fortsätta och fullföljas. Likaså måste utvecklingen av långtidssjukvården präglas av en i största möjliga utsträckning lokalt förankrad vård i hemlika boendeformer med primärvården som huvudansvarig. Den sjukhusanslutna långtidssjukvården bör begränsas till sådan vård som kräver särskilda utrednings- eller rehabiliteringsinsatser eller är starkt beroende av service från andra sjukhusenheter.

Med den tämligen långtgående reduktion av platserna vid medicin- och kirurgklinikerna som kommer att bli nödvändig, är det ofrånkomligt att länsdelssjukhusens uppgifter och arbetsformer prövas för att undvika avsevärda driftsekonomska nackdelar. Det finns också kvalitativa skäl som talar för att man bör ta upp de minsta akutsjukhusens roll till diskussion. Otillräckligt patientunderlag kan som påpekats i underlagsstudien leda till att personalens kunskaper och yrkesfärdighet inte kan upprätthållas.

Allmänheten har ett självklart krav på bästa möjliga medicinska omhändertagande nära hemorten och på en lokalt utbyggd omvårdnad av äldre. För att detta skall kunna genomföras måste sådant hälso- och sjukvårdsarbete, som kan utföras i en lokal primärvårdsorganisation, erhålla kraftiga resurstillskott, främst genom omfördelning. Redan i huvudmännens nuvarande femårsplaner markeras en betydande resursförstärkning för omvårdnaden av äldre och för den lokala öppna vården.

Vi bedömer det således nödvändigt att under 1990-talet fortsätta satsningen på en utbyggd lokal sjukhemsvård och utökad sjukvård i hemmet liksom en ökad andel öppen vård vid vårdcentraler, dagvård samt olika former av förebyggande verksamheter. För att kunna erbjuda en sådan lokal hälso- och sjukvårdsservice erfordras att primärvården på sikt kommer att disponera en stor andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser.

För att åstadkomma en förändring av hälso- och sjukvårdssystemet måste fortsatta åtgärder på riksnivå vidtas. Dessa bör bl.a. inriktas på att stödja huvudmännens långsiktiga arbete med att förverkliga den nya hälso- och sjukvårdslagens syften och att förändra vårdstrukturen. Med hänsyn till bland annat ansvarsuppdelningen inom hälso- och sjukvården måste ett

sådant arbete bedrivs väl samordnat.

Informations- och utbildningsarbetet bör inriktas mot att utforma och bedriva informationsåtgärder gällande HSL/HS 90, som innefattar informations- och utbildningsmaterial om innebörden av utvecklingen inom hälso- och sjukvården och behovet av förändringar i vårdstrukturen samt mot att initiera fortsatta åtgärder vad gäller personal- och sysselsättningsplanering samt grund- och vidareutbildningsinsatser.

Arbetet med vårdprogramunderlag bör inriktas mot att utforma system för medicinsk normering, bl.a. avseende vårdmässiga och ekonomiska aspekter på olika undersöknings- och behandlingsmetoders lämplighet samt för effektivisering av den befintliga verksamheten. Vidare bör de statliga ekonomiska/finansiella påverkansmedlen ges en utformning som svarar mot det hälsopolitiska innehåll, som här har skisserats för att ge en ram för verksamhetens innehåll, inriktning och dimensionering.

Uppföljning och utvärdering

Kunskaper om vårdbehov, vårdens tillgänglighet och vårdens effekter är av avgörande betydelse för att kunna erbjuda hela befolkningen en god vård på lika villkor.

Alltför ofta uttrycks redovisningar av hälso- och sjukvårdens verksamhet främst i termer av vårddagar och vårdtillfällen. Detta ger ett mycket begränsat perspektiv på verksamheten. I de fall bedömningar av produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvårdssystemet i huvudsak baseras på dessa mått finns dessutom en stor risk att förlora kopplingen till de reella målen för hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Det är – bl.a. mot denna bakgrund – angeläget att sjukvårdshuvudmännen som en integrerad del av sin verksamhet vidareutvecklar former och metoder för uppföljning och utvärdering. På motsvarande sätt bör en uppföljning av övergripande hälso- och sjukvårdspolitiska mål ske på nationell nivå.

Detta utvecklingsarbete – vars inriktning närmare beskrivs i underlagsstudien "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" – bör bl.a. omfatta

- Intensifierade ansträngningar att inom ramen för den reguljära verksamheten söka belysa effekter av preventiva, behandlande och rehabiliterande insatser i termer av minskade hälsorisker, förbättrad hälsa och ökad funktionsförmåga.
- Vidareutveckling av patientstatistiken så att den omfattar såväl slutna som öppna vård och kan relateras till ålder och socio-ekonomiska bakgrundsfaktorer (i första hand yrke).
- Löpande redovisningar av vårdstrukturens förändringar speciellt vad avser utbyggnaden av primärvården och länssjukvårdens omstrukturering.

- Beskrivningar som belyser avvägningen mellan förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas möjligheter att redovisa omfattning och inriktning av hälso- och sjukvårdens individ- och samhällsinriktade förebyggande insatser inklusive ansträngningar att aktivt identifiera hälsopolitiska riskgrupper.
- Bedömningar av vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Metodutveckling för att – speciellt inom primärvården – löpande kunna följa bl.a. vårdens geografiska, demografiska, socioekonomiska och kulturella tillgänglighet bör ges hög prioritet. Därvid bör speciell uppmärksamhet ägnas möjligheter att identifiera vardpolitiska riskgrupper, dvs. i vilken utsträckning olika befolkningsgrupper erhåller en vård på lika villkor.

Vårdstruktur och sysselsättning

De förslag till hälso- och sjukvårdspolitik inför 90-talet som utvecklas i denna rapport innebär en fortsatt omprioritering inom hälso- och sjukvården enligt de principer som drogs upp inför planeringen under 1970-talet. Den innebär en förändring av resursfördelningen från ett starkt beroende av sjukhus och andra institutioner till en uppbyggnad av vårdresurser i mer decentraliserade och öppna former.

Förslagen är i linje med de regionalpolitiska målen och konsekvenserna för en decentraliserad samhällsstruktur. Primärvården behöver byggas ut kraftigt på sjukhusorterna. Därmed skapas sysselsättning som kompenserar neddragningar inom länssjukvården. Särskilda sysselsättningskapande åtgärder kan dock behövas på ett mindre antal sjukhusorter. Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den lokala sysselsättningen. Vårdens fortsatta utbyggnad bör ske i organiserat samarbete mellan företrädare för sjukvårdshuvudmän samt vård-, regional- och arbetsmarknadspolitik. Strukturåtgärder som är angelägna ut vårdpolitisk synpunkt bör genomföras även om detta kan leda till övergående lokala sysselsättningsproblem. För att lösa lokala sysselsättningsproblem i samband med hälso- och sjukvårdens strukturomvandling bör i första hand samhället regional- och arbetsmarknadspolitiska medel utnyttjas. En del av dessa medel bör också kunna användas för att arbeta i riktning för en vårdstruktur som i ökad utsträckning baseras på primärvården.

Dessa olika typer av strukturförändringar förutsätter en nära samverkan mellan ansvariga organ inom hälso- och sjukvården respektive de organ som ansvarar för arbetsmarknads- och regionalpolitiska åtgärder på lokal, regional respektive nationell nivå.

Personal- och utbildningsplaneringen

Personalen är hälso- och sjukvårdens nyckelresurs. Den kvantitativa tillgången på erforderlig personal, kvaliteten i form av personalens

kunskaper och färdigheter och deras förhållningssätt till vårdarbetet är av stor betydelse för möjligheterna att förverkliga de hälso- och sjukvårdspolitiska intentionerna. Fördelningen av personal på olika geografiska områden och verksamhetsområden är grundläggande för att kunna erbjuda en vård på lika villkor för hela befolkningen. Personal- och utbildningsplaneringsfrågorna är därför av strategisk betydelse för att de hälso- och vårdpolitiska målen skall kunna förverkligas.

I redovisningen pekar vi på vissa möjligheter att förändra personalens kunskaper, färdigheter och attityder genom successiva anpassningar av utbildningarnas innehåll, bredd och form. Bl.a. betonas behovet av nya kunskapsområden, en bättre samordning av vissa olika utbildningsgrenar samt en mer primärvårdsförankrad praktik.

Vi anser det angeläget att i ökad utsträckning anpassa innehållet i all vårdutbildning till de hälsopolitiska utvecklingssträvandena. Det behövs en bättre balans mellan utbildning för traditionella vårduppgifter och utbildning inriktad mot förebyggande arbete, omvårdnads- och grupparbete och samverkan med socialtjänsten och andra samhällssektorer.

Vi vill peka på betydelsen av kraftfulla satsningar på fort- och efterutbildning för att stärka personalens kompetens och öka beredskapen för nya och förändrade arbetsuppgifter. Huvuddelen av den personal som kommer att arbeta inom hälso- och sjukvården vid sekelskiftet har redan i dag erhållit sin grund- och vidareutbildning. Särskilda fortbildningsinsatser för denna personal måste initieras liksom fortbildningsinsatser för att höja kompetensnivån för biträden till motsvarande undersköterske/skötarkompetens.

Vi anser att konsekvenserna av den förändrade vårdstrukturen och de hälsopolitiska målsättningarna vad gäller såväl vårdpersonalens arbetsuppgifter och kunskaper som vårdutbildningarnas anpassning härtill ytterligare behöver analyseras.

Av särskilt intresse för den här föreslagna utredningen är att konkretisera förändringarna i arbetsuppgifter för personal inom länssjukvården och primärvården mot bakgrund av den nya vårdstruktur som föreslagits. För personal inom primärvården är det därvid bl.a. fråga om nya uppgifter vad gäller exempelvis äldreomsorg, psykiatrisk vård och hemsjukvård liksom nya relationer till både länssjukvården och socialtjänsten. För länssjukvården måste kraven från den fortgående specialiseringen och medicinsk-tekniska utvecklingen tas i beaktande. Det gäller såväl relationer mellan olika personalgrupper som kompetensen hos varje yrkesgrupp. Mot denna bakgrund är det angeläget att arbetet med att utvärdera de nyligen reformerade vårdutbildningarna prioriteras i det fortsatta arbetet med utbildningsfrågorna.

Vi föreslår därför att ett fortsatt och tvärsektoriellt utredningsarbete genomförs inriktat på dessa frågeställningar och med utgångspunkt från HS 90-studierna. I ett sådant utredningsarbete är det angeläget att särskilt uppmärksamma hur personalen genom olika utbildningsinsatser såväl på

grund- och vidareutbildningsnivå som i fort- och efterutbildning skall kunna få en vidgad medvetenhet av de sociala och miljöbetingade faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom samt ökade kunskaper ifråga om hälsopolitiska uppgifter. Därutöver behöver behovet av pedagogisk förnyelse och påverkan av attityder och synsätt också ägnas uppmärksamhet liksom frågan om hur ökad samverkan mellan olika vårdutbildningar kan komma till stånd utan att för den skull ändra hela studieorganisationen.

Vi föreslår också en särskild utredning för att se över läkarnas vidareutbildning i syfte att få till stånd sådana förändringar som gör det möjligt att på ett lättare och mer flexibelt sätt anpassa vidareutbildningen till hälso- och sjukvårdens utveckling.

I HS 90-arbetet har genomförts beräkningar av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal fram mot år 2000. Tillgångsprognoserna, med utgångspunkt från nu beslutad intagningsnivå till vårdutbildningarna, har kunnat göras med ganska god säkerhet. Efterfrågebedömningarna har utförts i form av några olika trendmässiga framskrivningar, vilka är baserade på antaganden om årliga volymökningar, arbetstidsförhållanden m.m. Det avgörande för de olika alternativen som därvid valts är i grunden den samhällsekonomiska utvecklingen.

Vi har inte kunnat ta ställning till vilket av de angivna efterfrågealternativen, som idag kan bedömas vara mest realistiskt utifrån hälsopolitiska utgångspunkter. I den slutliga avvägningen av utbildningskapacitet m.m. måste härutöver även andra faktorer vägas in.

Vi går därför inte längre i våra överväganden än att redovisa angivna trendmässiga efterfrågealternativ. De beräkningar som framtagits bör dock enligt vår uppfattning kunna utgöra ett led i att ta fram underlag – tillsammans med annat material – för politiska ställningstaganden om den framtida dimensioneringen av vårdutbildningar m.m.

I enlighet härmed är det dock nödvändigt att fortsätta att följa upp personalutvecklingen och att analysera de förändringar i personalresursernas omfattning, fördelning och utnyttjande som sker. Dessa kunskaper bör läggas till grund för fortsatta efterfrågeberäkningar m.m. Våra personalprognoser förutsätts därför utgöra inledningen till ett fortsatt och rullande prognosarbete.

För närvarande pågår arbete med att ta fram en underlagsstudie om personal- och utbildningsplanering. I denna kommer de ovan redovisade tillgångs- och efterfrågeberäkningarna att ytterligare fördjupas och konkretiseras samt kompletteras utifrån en programmatisk ansats. Detta är inte minst angeläget i en situation där hälso- och sjukvårdens struktur förväntas komma att påtagligt förändras. Underlag för sådana programmatiska beräkningar för perioden fram mot år 2000 skall givetvis så långt som möjligt utgöras av material från de samlade HS 90-studierna.

Hälso- och sjukvårdsstatistiken

HSL:s starka markering av att planeringen av hälso- och sjukvården skall utgå från befolkningens behov och leda till en vård på lika villkor ställer stora krav på att hälso- och sjukvården förfogar över statistik och annan information om bl.a. riskfaktorer, hälsoförhållanden och vardutnyttjande.

Vi ansluter oss till statistikutredningens förslag att nya områden som är angelägna att utveckla är statistik som belyser befolkningens hälsorisker samt patientstatistik från offentlig öppen vård, från privat sjukvård och företagshälsovård samt en mer detaljerad redovisning av sjukvårdskostnader (resurs- och prestationsstatistik).

Vi anser att man så långt som möjligt bör basera statistiken på urval. I vårt förslag om en utvecklad registrering av olycksfallsskador och dess orsaker tillämpas urvalsprincipen. Detta utesluter givetvis inte behov av särskilda löpande patientregister på såväl central som regional bas.

I Sverige är förutsättningarna att följa hälsosituationen och dess utveckling m.m. särskilt goda tack var vår omfattande befolkningsstatistik och våra etablerade register över vissa sjukdomar och skador. Det är angeläget att tillgång även i fortsättningen kommer att finnas till dessa register, givetvis med de begränsningar i användning m.m. som personintegriteten kräver.

Det är angeläget att öka användningen och fördjupa analysen av befintlig hälsostatistik. SCB:s ULF-undersökningar behöver ur hälsopolitisk synvinkel kompletteras, utvidgas och vidmakthållas. Det behövs möjlighet att löpande kunna relatera såväl hälso- och vårdstatistik till socioekonomiska bakgrundsfaktorer och yrke såväl på lokal, regional som nationell nivå. Speciell uppmärksamhet bör ägnas möjligheter att beskriva konsekvenser av ohälsa uttryckt i t.ex. termer av funktionsförmåga.

Det är angeläget att vi får fram en bred och samlad periodisk redovisning med sammanställning och analyser av hälsoutvecklingen i Sverige. Man bör pröva möjligheterna till ett samarbete mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet för en gemensam publicering med den nuvarande statistiska årsboken för landstingen.

Den epidemiologiska bevakningen av befolkningens hälsorisker behöver fördjupas. Detta är en angelägen uppgift för de samhällsmedicinska enheterna att på sikt engagera sig i. Ytterligare utvecklingsarbete är dock nödvändigt för att finna former och innehåll för en mer omfattande epidemiologisk bevakning.

Det behövs en regelbunden sammanställning och analys av förändringar inom hälso- och sjukvården som underlag för regeringens ställningstaganden, som i huvudsak kan baseras på existerande planer och statistik och som årligen bör redovisas till hälso- och sjukvårdsberedningen av socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet. Innehållet i landstingens ekonomiska långtidsplaner behöver vidareutvecklas så att det i högre grad kan relateras till hälso- och sjukvårdspolitiska mål.

Forsknings- och utvecklingsarbetet

Den svenska medicinska forskningen har internationellt sett en hög ställning och det är angeläget att den även framledes kan hävda sig väl. Forsknings- och utvecklingsarbetet är vid sidan av personalutbildningen ett av de viktigaste medlen för att påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och innehåll på längre sikt.

En slutsats av HS 90-arbetet är att det är nödvändigt att förändra och anpassa forsknings- och utvecklingsarbetet och dess inriktning i enlighet med de utvecklingssträvanden som HS 90 ger uttryck för. Det krävs en omstrukturering och därmed omfördelning av FoU-verksamheten. Omstruktureringen måste följa den omstrukturering som sker inom hälso- och sjukvården. De nya kunskaper och den nya normbildning som dessa kunskaper kan frambringa måste i starkare utsträckning än hittills förankras i den basala hälso- och sjukvården, dvs. inom primärvården och länssjukvården. Normgivningen bör således inte enbart som för närvarande grunda sig på det FoU-arbete som sker inom universitetsinstitutioner och sjukhus.

Med primärvården som bas och med en kompletterande länssjukvård inom de enskilda landstingen bör FoU-arbetet ske i direkt anslutning till de problem som finns inom vården och det patientarbete som bedrivs på ovan nämnda vårdnivåer.

Den påbörjade förändringen av inriktningen av den medicinska forskningen mot mer förebyggande insatser, mot allmänmedicin och andra decentraliserade vårdformer och mot psykiatriska och långvariga sjukdomar måste fullföljas. Därutöver måste också utvecklas en socialt och ekonomiskt inriktad forskning kring hälso- och sjukvårdens problem. FoU-verksamheten bör relateras till hälso- och sjukvårdens praktiska problem med förankring av verksamheterna till primärvård och länssjukvård. En utveckling av forskning relaterad till de medellånga vårdutbildningarna bör utvecklas främst på omvårdnads- och rehabiliteringsområdena. Den epidemiologiskt präglade forskningen behöver förstärkas. Särskild uppmärksamhet bör ägnas forskning inriktad mot att belysa orsaker till ohälsans omfattning och fördelning mellan olika befolkningsgrupper.

Hälso- och sjukvårdsforskningen behöver en fastare bas inom universitetsorganisationen med en hälsopolitisk profilering. Samverkan mellan MRF, DSF och andra forskningsråd kring hälso- och sjukvårdsforskningen behöver utvecklas.

Landstingen själva måste fördjupa sitt engagemang i forskningsfrågorna och bygga upp kunskaper och kompetens inom området. Hälso- och sjukvårdsberedningen bör i sitt arbete ta upp också forskningsfrågorna från hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkter.

Hälsopolitik inför 90-talet – kontinuitet och förnyelse

Vägledande i HS 90-arbetet har varit kraven på ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, en behovsrelaterad hälso- och sjukvårdsplanering och en avvägning

mot samhällsekonomiska och arbetsmarknadspolitiska mål och restriktioner.

Ett offensivt hälsopolitiskt synsätt innebär att de hälsopolitiska utgångspunkterna och kraven bör ges en förstärkt plats i samhällsplaneringen. Därför måste vi utveckla mekanismer härför och förstärka den tvärsektorriella samverkan kring hälsofrågorna som en central del av välfärdsutvecklingen.

Vår analys av förutsättningar, krav och behov har lett oss fram till att föreslå en effektivisering av hälso- och sjukvården genom en kvantitativ och kvalitativ utveckling av primärvården så att den kan svara för befolkningens behov av bassjukvård och för den största delen av hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser. Vi föreslår att man satsar på en utveckling av den samhällsmedicinska verksamheten inom landstingen, till huvuddelen integrerad i primärvården och stödd av särskilda samhällsmedicinska enheter. Vi föreslår vidare att länsjukvården och regionsjukvården koncentrerar sin verksamhet till den vård där kontinuerlig övervakning, koncentrerade utrednings- och behandlingsinsatser samt tekniskt och kunskapsmässigt särskilt specialiserade åtgärder motiverar denna vårdnivå. Detta är en förutsättning för att bibehålla och utveckla specialistvården och överföra nya verksamheter och metoder från regionsjukvården.

Den samhällsekonomiska utvecklingen har en avgörande inverkan på vilka resurser som kan avdelas till hälso- och sjukvårdssektorn. En hög ekonomisk tillväxt ger större förutsättningar att tillföra hälso- och sjukvårdsverksamheten resurser än en låg tillväxt med kraftig inflation. Möjligheterna att åstadkomma en omstrukturering av vården är dels beroende av i vilken utsträckning nya resurskrav kan finansieras via omprövning och effektivisering av befintlig verksamhet, dels vilken ekonomisk tillväxt som är för handen och de ekonomiskt politiska och budgetpolitiska ställningstaganden statsmakterna gör om de hur de resurser bör fördelas som tillväxten genererar. Genomförande av olika slag av åtgärder måste sålunda anpassas till vad som är möjligt att åstadkomma genom omprioriteringar m.m. och till de restriktioner som följer av tillväxten i ekonomin och statsmakternas budgetpolitiska och ekonomiskt politiska ställningstaganden.

Vi har i HS 90-projektet redovisat inriktningen av de förändringar av hälso- och sjukvården som vi bedömer vara erforderliga fram till år 2000 på grundval av de hälsopolitiska krav och samhällsekonomiska förutsättningar m.m. som i dag kan bedömas. Vi har också i form av exempel angivit olika möjligheter och önskvärda förändringsmål. Det ankommer givetvis på de enskilda landstingen att i sin planering ta ställning till omfattningen av förändringarna inom sitt landsting liksom till förändringstakten på grundval av olika regionala och lokala behov och förutsättningar. Förändringarna måste självfallet ske successivt.

Våra förslag utgör en konkretisering och vidareutveckling av hälso- och sjukvårdslagens mål och intentioner. De är också i samklang med den

hälsopolitiska strategi som världshälsoorganisationen förordar och som vi från svensk sida anslutit oss till.

Ett förverkligande av dessa mål och intentioner innebär inga dramatiska förändringar inom svensk hälso- och sjukvård. De förändringar som krävs för att öka hälso- och sjukvårdens möjligheter att bidra till förbättrad hälsa och god vård kommer dock att kräva ett målmedvetet arbete. Erfarenhetsmässigt vet vi att det finns ett alltför stort gap mellan plan och verklighet när det gäller att utveckla de förebyggande insatserna, omfördela resurser från länssjukvård till primärvård och förändra vårdutbildningarna i enlighet med de hälsopolitiska prioriteringarna. Det krävs därför också en målmedveten uppslutning bakom dessa mål och intentioner.

Särskilt yttrande

Docent Hans Runderantz har avgett ett särskilt yttrande.

Arbetsgruppens sammansättning m.m.

HS 90-arbetet har under den avslutande fasen letts av en arbetsgrupp för långsiktig planering under hälso- och sjukvårdsberedningen med följande sammansättning:

Lindberg, Ingemar, statssekreterare, ordförande
Brynolfsson, Gustaf, avdelningschef
Croné, Ulrica, sjukvårdsföreståndare
Dahlgren, Göran, departementsråd (fr.o.m. 1984-01-01)
Jonsson, Bo, departementsråd
Lamnevik, Gunilla, avdelningschef
Lindqvist, Ewa, departementssekreterare
Nilsson, Stig-Bertil, överläkare
Orava, Olle, sjukvårdsdirektör
Runderantz, Hans, docent
Skalin, Douglas, utredningschef
Wennström, Gunnar, avdelningschef
Westerholm, Barbro, generaldirektör
Wetterström, Rolf, ombudsman
Bratthall, Birgitta, departementssekreterare, sekreterare.

Utredningsarbetet har genomförts inom socialstyrelsen under ledning av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren (t.o.m. 1983-09-30) som projektledare.

Övriga HS 90-rapporter

Inom ramen för HS 90-projektets avslutande huvudfas har, utöver huvudrapporten, utgetts följande i SOU-serien intagna skrifter:

- SOU 1984:40 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering.
Underlagsstudie.
- SOU 1984:41 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering.
Huvudbilaga 1–3.
- Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige
 - Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård
 - Den jämlika sjukvården?
- SOU 1984:42 Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram.
Underlagsstudie.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram.
Underlagsstudie.
- SOU 1984:44 Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost.
Underlagsstudie.
- SOU 1984:45 Invandrarna i hälso- och sjukvården.
Underlagsstudie.
- SOU 1984:46 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet.
Underlagsstudie.
- SOU 1984:47 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet.
Huvudbilaga. Hälsoupplýsning
- SOU 1984:48 Länssjukvården – möjligheter till förändring.
Underlagsstudie.

Under projektets förstudier utgavs följande i SOU-serien intagna skrifter:

- SOU 1981:1 Hälsorisker – en kunskapssammanställning.
- SOU 1981:2 Ohälsa och vårdutnyttjande.
- SOU 1981:3 Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv.
- SOU 1981:4 Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet.
- SOU 1982:11 Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft.

Sammanställning av remissyttrandena över HS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet

Innehåll	Sid
1 Remissinstanser m. m.	22
2 Remissinstansernas allmänna bedömningar av HS 90:s huvudrapport	23
3 Utgångspunkter och mål (kap. 1)	24
4 Hälsorisker och hälsoproblem (kap. 2)	25
5 Samhällsekonomiska villkor (kap. 3)	27
6 Förebyggande insatser (kap. 4)	30
6.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter	30
6.2 Förstärkt tvärsektoriell samverkan	33
6.3 Nationellt hälsopolitiskt råd	35
6.4 Utbyggnad av samhällsmedicinska enheter	35
6.5 Hälsopolitiska handlingsprogram, allmänt	37
6.5.1 Skadeprogrammet, stärkt tillsyn och registrering av olycksfallsskador	38
6.5.2 Hjärt-kärlprogrammet	40
6.6 Sektorsprogram (boende, livsmedel, arbetsmiljö, arbetsmarknad)	41
6.7 Förstärkt epidemiologisk bevakning	42
7 Vård på lika villkor (kap. 5)	43
7.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter	43
7.2 Utveckling av behovsbaserad planering	45
7.3 Särskilda insatser för vårdpolitiska riskgrupper	47
8 Förändrad vårdstruktur (kap. 6, delvis 7)	48
8.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter	48
8.2 Utbyggnad och breddning av primärvården	51
8.3 Specialister i primärvården	54
8.4 Särskild äldrehälsovårdsservice	55
8.5 Långtidssjukvårdens utveckling	56
9 Läns sjukvårdens långsiktiga utveckling (kap. 7)	60
9.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter	61
9.2 Överföring av viss öppen vård från sjukhusen till primärvården	66
9.3 Minskning av vårdplatser inom vissa discipliner	68
9.4 Storkliniker, samjourer och andra rationaliseringar ...	68
10 Personalbehov och personalutbildning (kap. 8)	69
10.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter	70

10.2	Undersköterskekompetens skall vara baskompetens samt allmänt höjd kompetensnivå	73
10.3	Förstärkt fortbildning och efterutbildning	74
10.4	Översyn av vårdutbildningarna	75
10.5	Översyn av läkarnas vidareutbildning	78
10.6	HS 90:s trendprognoser för personaltillgång och -efterfrågan	78
11	Hälso- och sjukvårdsstatistiken (kap. 9)	82
11.1	Remissinstansernas allmänna synpunkter	82
11.2	Enhetlig patientstatistik i öppen vård	85
11.3	Utvidgning av ULF-studierna	85
11.4	Socio-ekonomiska data i patientjournaler	86
11.5	Hälsoriskrelaterade journaler	86
11.6	Utveckling av personalstatistiken	86
11.7	Periodisk sammanställning av hälsoutvecklingen i Sverige	87
12	Forsknings- och utvecklingsarbete (kap. 10)	88
12.1	Remissinstansernas allmänna synpunkter	88
12.2	HS 90:s prioriteringar av forskningsområden	92
12.3	HSB engageras i forskningsfrågor	93
12.4	Landstingens engagemang i forskningen	93
13	Övriga frågor	96
13.1	Hälso- och sjukvårdsplaneringens former	96
13.2	Privatläkarvården	98
13.3	Etiska och religiösa frågor	98
13.4	Läkemedelsfrågor	99
13.5	Organisationernas roll i hälsoarbetet	99
13.6	Invandrarfrågor	100
13.7	Homosexuella som vårdpolitisk riskgrupp	100
13.8	Försäkringsmedel finansiera skolhälsovården	100
13.9	Översyn av arbetslöshetsförsäkringen	100

Sammanställning av remissyttrandena över HS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet

1 Remissinstanser m.m.

Följande remissinstanser har avgivit yttranden:

samtliga landsting (med undantag av Blekinge läns), Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet;

riksrevisionsverket (RRV), statskontoret, JO (Tor Sverne), skolöverstyrelsen (SÖ), arbetarskyddsstyrelsen (med biläggande av yttranden från tre yrkesinspektionsdistrikt), bostadsstyrelsen, riksförsäkringsverket (RFV), konsumentverket, statistiska centralbyrån (SCB), socialstyrelsen (med biläggande av yttranden från statens institut för psykosocial miljömedicin och statens miljömedicinska laboratorium), universitets- och högskoleämberetet (UHÄ) (med biläggande av yttranden från regionstyrelser, karolinska institutet och vissa medicinska fakultetsnämnder, landstingens utbildningsnämnder, Göteborgs och Bohus läns vårdskoleförbund och Malmö skolstyrelse), statens invandrarverk, statens livsmedelsverk, statens planverk, statens handikappråd, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), delegationen för social forskning (DSF) och medicinska forskningsrådet;

LO och Svenska kommunalarbetareförbundet, TCO, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund och Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF), SACO/SR och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, Sveriges psykologförbund, DIK-förbundet, Svenska logopedförbundet, Sveriges läkarförbund, Dietisternas riksförbund, Sveriges farmaceutförbund, Svenska sjukhusfysikerförbundet och Förbundet Sveriges arbetsterapeuter;

Svenska läkaresällskapet, Svenska epidemiologiska föreningen, Handikappförbundens centralkommitté (HCK), De handikappades riksförbund (DHR), Riksförbundet Hem och Skola, Sveriges förenade studentkårer, Pensionärernas riksorganisation (PRO) och Sveriges folkpensionärers riksförbund;

Socialdemokratiska kvinnoförbundet, Folkpartiets kvinnoförbund, Centerns kvinnoförbund, Moderata kvinnoförbundet och Moderata ungdomsförbundet.

Reservationer och särskilda yttranden är fogade till remissvaren från flertalet landsting samt Göteborgs och Malmö kommuner, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och socialstyrelsens verksstyrelse.

Dessutom har yttranden inkommit från Svenska diabetesförbundet, Neurologiskt handikappades förbund, Riksföreningen för trafik- och polio-

skadade, Riksförbundet för njursjuka, Bröstcancerföreningarnas riksorganisation, Miljö- och hälsovårdstjänstemannaförbundet, Svenska skolläkareföreningen, Sveriges riksidsrottsförbund, Apotekarsocieteten- Farmaceutiska föreningen, Svenska Kyrkans centralråd, Sveriges frikyrkoråd, Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL), Riksförbundet Finska föreningar i Sverige, Sveriges reklambyråförbund, Sveriges livsmedelsindustriförbund samt Master Foods AB.

Remissen avsåg HS 90:s huvudrapport SOU 1984:39. Flertalet remissinstanser kommenterar uteslutande denna. Vissa behandlar emellertid även innehållet i underlagsstudier och bilagor (SOU 1984:40-48).

2 Remissinstansernas allmänna bedömningar av HS 90:s huvudrapport

Åtskilliga remissinstanser, såsom *flertalet landsting* (motsv), *statskontoret*, *bostadsstyrelsen*, *JO*, *socialstyrelsen*, *LO*, *Svenska kommunalarbetsförbundet*, *SHSTF*, *PRO* m.fl. anser allmänt att rapporten är en värdefull beskrivning och analys av breda delar av hälso- och sjukvården och att den i rapporten förordade fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården är väl i linje med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Några av remissinstanserna, såsom *åtskilliga landsting* och *LO*, anger uttryckligen att HS 90 bör läggas till grund för den framtida hälso- och sjukvårdsplaneringen. Bl.a. framhåller *Göteborgs kommun* att "ett allmänt intryck av HS 90-rapporten är, att den på ett sätt som knappast tidigare gjorts, satt hälso- och sjukvården i relation till samhället i övrigt. Det är vidare positivt, att utredningen strävat efter – och i stort sett lyckats med – att forma mål och principer för den framtida hälso- och sjukvården på ett sätt som tar hänsyn till och bejakar landstingens varierade förutsättningar och samtidigt ger huvudmannen möjlighet, att i HSL:s – och socialtjänstlagens – anda ta tillvara sin särprägel och utveckla lokala lösningar".

En del remissinstanser anser att HS 90 har vissa brister som utredning och planeringsunderlag. *RRV* saknar en uppföljning av socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvården inför 80-talet (HS 80) och anser att förslagen är alltför allmänt hållna och påpekar att det saknas resursbeskrivningar och analys av hur förslagen skall genomföras. *DSF* anser att HS 90 mer behandlar hälso- och sjukvårdspolitiska mål än mekanismer att uppnå dem, men ger strategisk vägledning för den förändring av hälso- och sjukvårdens inriktning som följer av HSL. *Spri* anser att HS 90:s arbete resulterat i ett brett kunskapsmaterial, men saknar i stora delar konkreta förslag om hur man praktiskt skall förverkliga det som landstingen på principplanet är eniga kring.

Några är mera generellt kritiska mot rapporten. *Sveriges läkarförbund*

anser att det brister i den inre logiken mellan de olika avsnitten, som inte fogats samman till en hälsopolitisk syntes. Rapporten utgör därför inte det planeringsunderlag som man kunde önska inför 90-talets hälso- och sjukvård. *Moderata kvinnoförbundet* och *ungdomsförbundet* uttrycker stark kritik. Bl.a. saknas patientperspektivet och en diskussion om privata vårdalternativ. HS 90 i nuvarande form kan inte ligga till grund för den framtida hälso- och sjukvårdsplaneringen, anser förbunden.

3 Utgångspunkter och mål (kap. 1)

HS 90

HS 90 beskriver inledningsvis översiktligt hälsoutvecklingen inom den svenska befolkningen och de krav på förändringar av hälso- och sjukvården och dess medverkan i samhällsutvecklingen som ställs mot denna bakgrund.

Remissinstanserna

Endast några remissinstanser kommenterar specifikt detta avsnitt i rapporten, i regel i allmänt instämmande termer. *Svenska kommunalarbetsförbundet* understryker i allt väsentligt de mål HS 90 för fram. För att utredningens intentioner skall kunna förverkligas krävs, säger förbundet, såväl resurser som en lokal och central uppslutning bakom målen. Detta understryks av det alltför stora gap som erfarenhetsmässigt finns mellan plan och verklighet när det gäller att utveckla bl.a. de förebyggande insatserna, primärvården och förändra vårdutbildningarna i enlighet med de hälsopolitiska prioriteringarna. Vidare krävs att medel och styråtgärder utvecklas som, utan att inkräkta på huvudmännens möjligheter att själva utforma sina verksamheter, ansluter till den önskade utvecklingen.

Läkaresällskapet delar uppfattningen att hälsosituationen i vårt land numera är mer komplex än tidigare, med andra krav på vad som skall innefattas i begreppet god hälsa.

Landstingsförbundet anför under rubriken övergripande synpunkter bl.a. följande:

”Förbundet betonar vikten av ett väl fungerande demokratiskt samspel mellan riks- och länsnivå i den långsiktiga hälso- och sjukvårdspolitiken. Behovet av sektorsövergripande bedömningar och ställningstaganden är stort. Detta gäller både för en aktiv hälsopolitik och för att avväga vårdens intressen mot främst sysselsättningens, samhällsekonomins samt utbildningens och forskningens krav och förutsättningar. Med angivna mål i HSL och avstämda sysselsättnings- och samhällsekonomiska ramar måste landstingen som huvudmän ges stor frihet att i demokratisk ordning planera och forma framtidens vård efter starkt skiftande regionala och lokala förutsättningar. Förbundet ser det som viktigt att riksmötet får ta ställning till såväl den

övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken som långsiktigt avstämnda ramar för sysselsättning och ekonomi samt inriktning och dimensionering av utbildning och forskning”.

Samtliga *huvudmän* instämmer i princip i utredningens övergripande syn på hälso- och sjukvårdens utveckling. Ett flertal *landsting* betonar att man ställer sig bakom den huvudsakliga inriktningen mot förebyggande insatser och den förändrade vårdstruktur som anges i utredningen. Flera landsting konstaterar också i likhet med *Skaraborgs läns landsting* att ”de mål och principer som fastlagts av Skaraborgs läns landsting för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården i länet, stämmer väl överens med det underlag som framtagits i HS 90:s huvudrapport och som skall ge ledning för sjukvårdshuvudmännens planering samt ligga till grund för olika hälso- och sjukvårdspolitiska överväganden”.

4 Hälsorisker och hälsoproblem (kap. 2)

HS 90

HS 90 redovisar översiktligt olika indikatorer på hälsoförhållandena i befolkningen såsom dödlighet, förekomst och fördelning på åldergrupper m.m. av symtom och besvär, funktionsnedsättningar och handikapp samt vårdutnyttjandet. Särskilt beskrivs de ur olika synpunkter stora hälsoproblemen hjärt- och kärlsjukdomar, psykiska problem, rörelseorganens sjukdomar, tumörer, andningsorganens sjukdomar och skador. De kända eller sannolika yttre hälsorisker, såsom alkohol och tobak, psykosociala förhållanden, olycksfallsrisker och arbetsmiljöfaktorer etc. som ligger bakom dessa redovisas.

Som hälsopolitiska riskgrupper, dvs. grupper som är utsatta för fler och mer frekventa hälsoproblem än andra grupper i samhället, framhåller HS 90 vissa riskyrken, särskilt arbetare i yrken utan krav på yrkesutbildning. Även inom tjänstemannagrupperna finns stora skillnader. Andra hälsopolitiska riskgrupper är arbetslösa, ensamboende och invandrare samt vissa riskgrupper bland barn där föräldrarna har låg inkomst, låg utbildning och sociala och psykiska problem.

HS 90 framhåller att för att höja hälsostandarden hos hela befolkningen krävs ett målmedvetet arbete riktat mot i första hand de stora folkhälsoproblemen och de vanligaste och svåraste hälsoriskerna, varvid de hälsopolitiska riskgruppernas situation måste särskilt beaktas. Mycket talar för att behovet att förändra arbetsförhållanden för främst arbetare och lägre tjänstemän är angelägna åtgärder för att minska hälsoproblemen.

HS 90 förordar ett fortsatt utvecklingsarbete såväl nationellt som landstingskommunalt för att nå fram till praktiska modeller för en behovsbaserad planering och resursfördelning mellan geografiska områden, mellan förebyggande, behandlande, rehabiliterande och omvårdande åtgärder, mellan primärvård och länsjukvård samt mellan vårdgrenar och medicinska specialiteter.

Remissinstanserna

Av de remissinstanser som direkt kommenterat detta avsnitt i HS 90 är åtskilliga allmänt instämmande. *Socialstyrelsen* framhåller att de viktigaste offensiva hälsopolitiska insatserna måste göras gentemot förhållanden som skapar ohälsa och vidmakthåller skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Insatserna måste därför inriktas såväl mot förhållanden i arbetslivet och miljön i övrigt som mot ohälsosamma livsstilar. *Landsingsförbundet* betonar att de faktiska resultaten visar att ytterligare väsentliga förbättringar i hälsotillståndet är möjliga och att sådana är fundamentala i ett rättvis- och jämställdhetsperspektiv. Fortsatta intensifierade statliga insatser krävs för att begripligt beskriva ohälsans fördelning och utveckling samt dess samband med människors livsmiljö i vid mening och med hälso- och sjukvårdens dimensionering och inriktning, såsom underlag för fortsatta förbättringar av befolkningens hälsotillstånd. *Spri* anser att rapporten ger en god bild av hälsoproblem och hälsorisker för befolkningen i Sverige och att skillnaderna mellan olika regioner och grupper visar att hälsovårdsinsatser är motiverade. Det är viktigt att man följer upp och utvärderar de analyser och beskrivningar som nu gjorts så att man in på 1990-talet kan avläsa effekterna av fortsatt folkhälsoarbete.

LO anser att HS 90-rapporten utomordentligt tydligt visar vilken avgörande påverkan på människornas hälsotillstånd som olika sociala och miljöfaktorer har. Detta gäller inte minst arbetsförhållandena men också fritidssysselsättningen och boendeförhållanden, inkomster och utbildning, könsroller, kost-, alkohol- och tobaksvanor. Det finns – understryker *LO* – knappast en enda sjukdom eller hälsostörning där inte de med de sämsta arbetsförhållandena och livsvillkoren i övrigt drabbas hårdast. Slutsatsen är att de viktigaste offensiva hälsopolitiska insatserna måste göras gentemot förhållanden som skapar ohälsa och vidmakthåller skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Detta innebär att de viktigaste insatserna måste göras utanför hälso- och sjukvården – t.ex. skapa full sysselsättning.

LO deklarerar som sin mycket bestämda uppfattning att en förutsättning för att HS 90-utredningens fina mål ska kunna omsättas i praktisk handling är att statsmakterna på olika sätt skaffar sig nödvändiga styrmedel. När det gäller arbetsförhållandenas betydelse för hälsan anser *LO* att såväl samhällsorgan som arbetsmarknadens parter måste sätta in resurser för att omvandla arbetslivet så att det inte medverkar till ohälsa och social utslagning. Därför måste t.ex. företagshälsovårdens hälsopolitiska betydelse belysas tydligare och ges förbättrade resurser och arbetsmöjligheter. Lagar och avtal inom arbetsrätt, arbetsmiljö och arbetstider måste i än högre grad ges ett socialt acceptabelt innehåll och fördelningspolitiken drivas ännu mycket längre såväl när det gäller ekonomi som utbildning, kultur och arbete.

TCO understryker att hälsan har ett nära samband med sysselsättning, arbetsförhållanden, fysisk och psykisk arbetsmiljö samt sociala förhållanden i övrigt. Fortsatta strävanden att förbättra hälsan för hela befolkningen är

utomordenligt viktiga och måste omfatta insatser inom nämnda områden. Det är här de främsta hälsopolitiska medlen i vid bemärkelse finns.

Läkaresällskapet finner det värdefullt att utredningen diskuterar förekomsten i olika samhällsgrupper av de stora hälsoproblemen och deras konsekvenser. Sammanställningar av denna typ utgör ett viktigt bidrag till den hälsopolitiska debatten. I enskildheter kan anmärkningar göras. Ur mortalitets- och morbiditetssynpunkt skulle man få betydligt viktigare riskgrupper än de som HS 90 för fram, om man tog med cigarettökare, storkonsumenter av alkohol etc. Läkaresällskapet ställer sig frågande till påståendet att arbetsförhållandena behöver ändras för främst arbetare och lägre tjänstemän – det kan vara andra faktorer (t.ex. selektionsmekanismer) som förklarar deras sämre hälsotillstånd i jämförelse med andra yrkesgrupper.

Flera remissinstanser framhåller att de stora hälsoriskerna med alkohol, tobak och narkotika behandlats alltför flyktigt i HS 90.

Företrädarna för handikappintressena framhåller genomgående att handikappades och kroniskt sjukas problem och behov inte tillräckligt beaktats och belysts i HS 90-rapporten. *Statens handikappråd* finner det anmärkningsvärt att det i såväl huvudrapporten som i mångfalden av underlagsstudier genomgående saknas problembeskrivningar om och analyser av de grupper, handikappgrupperna, som har de mest omfattande vårdbehoven. Frånvaron av sådana diskussioner sätter också, enligt rådet, med nödvändighet sin prägel på HS 90-rapportens inriktning och förslag i stort. Liknande synpunkter anförs av HCK och DHR m.fl. HCK anser att HS 90 är otillräcklig för att kunna tjäna som planeringsunderlag för 90-talets sjukvård och behöver kompletteras med utgångspunkt från handikappades behov. DHR har samma uppfattning.

Några *landsting* kommenterar kapitlet om hälsoproblem och hälsorisker och *Älvsborgs läns landsting* noterar att de "redovisade hälsoproblemen kan i huvudsak också appliceras på Älvsborgs län. Då betydande skillnader kan konstateras inom länet, anser förvaltningsutskottet det vara av vikt, att föreliggande olikheter noga uppmärksammas och att kunskap härom inhämtas från så många källor som möjligt. Största försiktighet måste emellertid iakttagas vid tolkning av allt statistiskt material, eftersom flertalet tillgängliga källor innehåller betydande felaktigheter, vilket inte tillräckligt tydligt framgår av utredningen".

5 Samhällsekonomiska villkor (kap. 3)

HS 90

HS 90 ger under rubriken samhällsekonomiska villkor en översiktlig beskrivning av hälso- och sjukvården i det samhällsekonomiska sammanhanget. Man konstaterar att hälso- och sjukvården bör ses inte endast som en samhällsekonomisk belastning utan också som en stimulans genom att

medverka till att människor kan delta i produktionen, genom sin stora betydelse för sysselsättningen, dess stimulerande effekt på viss teknisk utveckling, läkemedelsindustrins exportinkomster m.m. Konsekvenserna av långtidsutredningens bedömningar (LU 84) för hälso- och sjukvården diskuteras. Man beräknar att hälso- och sjukvården skulle kunna få ett personaltillskott på 10 000 personer per år, huvuddelen deltidsarbetade, för att ökningen skall rymmas inom den ekonomiska tillväxten.

Remissinstanserna

Några remissinstanser kommenterar direkt detta avsnitt i HS 90. *Socialstyrelsen* påpekar, liksom flera andra, att HS 90 inte beräknat vilka ekonomiska resurser som erfordras för att genomföra föreslagna strukturförändringar samt utbyggnad av primärvården. Det är angeläget att HS 90 kompletteras med sådana beräkningar. Styrelsen erinrar om att RRV föreslagit att socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet skall göra vissa årliga uppföljningar av verksamhet och resursanvändning inom hälso- och sjukvården, vilket är i linje med regeringens uppdrag 1984-10-25 till styrelsen om vissa årliga uppföljningar.

Läkareförbundet crinrar om att HS 90 förväntar en volymtillväxt om 2,1–2,7 % per år under resten av 1980-talet. Enligt förbundet har utredningen inte tillfredsställande förklarat varför det trots detta resurstillskott är nödvändigt med så stora omfördelningar inom hälso- och sjukvården som senare föreslås, med nedskärningar av framför allt länssjukvården.

TCO anför kritiska synpunkter på avsnittet och anser att det är alltför pessimistiskt. Det är, menar *TCO*, märkligt att utredningen använder begrepp som "tärande" respektive "närande" om sektorns funktion. Ordvalet uttrycker en negativ syn på den offentliga sektorns verksamhet som är felaktig. *TCO* är mycket oförstående inför påståendet i rapporten att lagar och avtal inom arbetsmiljö- och medbestämmandeområdet skulle vara en förklaring till de betydande avvikelserna mellan plan och verklighet i sjukvårdsplaneringen. *TCO* motsätter sig kraftigt ett sådant synsätt. Medbestämmande och tillvaratagande av personalens engagemang är en förutsättning för en god vård.

Några *landsting* kommenterar kapitlet och bl.a. *Kronobergs läns landsting* "noterar med tillfredsställelse rapportens syn på den stora betydelse som hälso- och sjukvården har ur ett samhällsekonomiskt synsätt. Följaktligen kan inte de samhällsekonomiska frågorna begränsas till frågan om fördelning av resurser. Hälso- och sjukvårdssektorn spelar och kommer att spela en betydande roll vad beträffar sysselsättningen inom de regional- och näringspolitiska områdena samt beträffande den tekniska utvecklingen".

Ett antal *landsting* efterlyser bättre ekonomiskt underlag för hälso- och sjukvårdens utveckling än vad som presenterats i utredningen. Bl.a. *Hallands och Uppsala läns landsting* instämmer med utredningen angående

behovet av komplettering av långtidsutredningens konsekvensbeskrivning med en analys av effekterna för hälso- och sjukvårdssektorn av förändringar i andra samhällssektorer.

Landstinget i Halland noterar vidare att "utredningen pekar på bristerna i sjukvårdens produktivitet och att detta leder till svårigheter att bedöma vårdsektorns resursanspråk i framtiden. Analyser tyder enligt utredningen på en negativ produktivitet utveckling inom sjukvården, dvs. att resursinsatsen per prestation ökar. Enligt vår mening är det önskvärt att centralt utvecklingsarbete göres på detta område".

Flera landsting konstaterar att den ekonomiska situationen ställer krav på ett nytänkande och *Göteborgs kommun* menar att "möjligheterna att 'ompröva' den nuvarande verksamheten, former för och omfattningen av bidrag från staten till hälso- och sjukvården i olika delar av landet, olika aspekter på frågan om avgifter (som finansskälla, för att dämpa/styra efterfrågan, för att 'utjämna' etc) och förekomsten av hälso- och sjukvård i annan regi är exempel på faktorer som sammantaget på sikt bör ge den enskilde huvudmannen nya perspektiv på hälso- och sjukvårdens finansiella förutsättningar och ekonomiska behov".

Motsvarande synpunkter anförs också av *Örebro läns landsting* som konstaterar att "den allmänna försäkringen kanaliseras via försäkringskassorna årligen cirka 30 miljarder kronor för att möta konsekvenser av nedsatt hälsa i form av sjukpenning, förtidspension, handikappersättning och vårdbidrag. En stor del av dessa pengar utanordnas under medverkan från hälso- och sjukvården genom läkarintyg och efter utredningar. Det är erfarenhetsmässigt bekant, och styrkt i flera mindre studier, att en betydande del av sjukpenningdagarna går åt till väntetider på olika typer av åtgärder. Det bör kunna diskuteras om medel som nu anslås inom sjukförsäkringen skulle kunna användas för effektivisering av den medicinska behandlingen för snabbare rehabiliteringsåtgärder och för sysselsättningsskapande åtgärder".

De statliga försäkringsersättningarna berörs också av *Stockholms läns landsting* som konstaterar att landstingens satsningar på förebyggande vård i första hand "bör kunna avläsas inte minst i minskade utgifter för sjukförsäkringen och landstinget anser det därför motiverat att den allmänna sjukförsäkringen bidrar till förebyggande insatser".

Ett antal av sjukvårdshuvudmännen framhåller att de statliga bidragen och ersättningarna inte bör vara specialdestinerade utan att dessa bör kunna användas av landstingen med hänsyn tagen till de lokala förhållandena.

Några landsting, däribland *Östergötlands läns landsting*, beklagar "att det inte varit möjligt att ge en beskrivning av de ekonomiska konsekvenserna av förslagen" i utredningen.

Flera landsting berör utredningens förslag och konstateranden vad gäller de regionalpolitiska och sysselsättningsmässiga effekterna av vårdstrukturförändringarna. Landstingen delar här utredningens uppfattning att arbets-

marknadspolitiska hänsynstaganden inte får förhindra en önskvärd vardpolitisk utveckling, och landstingen poängterar att förändringar inom vårdsektorn måste beaktas vid fördelning av resurser för arbetsmarknadspolitiken.

6 Förebyggande insatser (kap. 4)

HS 90

HS 90 analyserar det hälsofrämjande och ohälsoprebyggande arbetets natur. Hälsopolitiska handlingsprogram mot skador och mot hjärt- och kärlsjukdomar presenteras liksom sektorsöversikter av hälsoproblem relaterade till boendemiljö, arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik, arbetsmiljö samt kost- och livsmedelspolitiken – s.k. sektoriella riskperspektiv. Synpunkter och krav på utvecklingen av det förebyggande arbetet läggs fram: förstärkt tvärsektoriell samverkan nationellt och på regional och lokal nivå, utveckling av samhällsmedicinska funktioner och enheter, stärka primärvårdens roll och uppgifter i det förebyggande arbetet, på sikt inrätta en äldrehälsövårdsservice, öka insatserna för de hälsopolitiska riskgrupperna, införa hälsoriskrelaterade journalsystem m.m. I syfte att utveckla det tvärsektoriella samarbetet kring hälsofrågorna föreslås att hälso- och sjukvårdsberedningen (HSB) bör åta sig uppgiften som ett nationellt hälsopolitiskt råd i enlighet med WHO:s rekommendationer.

6.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter

Flertalet remissinstanser kommenterar de förebyggande frågorna. Genomgående får HS 90:s analys och allmänna förslag om vikten av att vidareutveckla det förebyggande arbetet på alla plan ett mycket positivt gensvar hos remissinstanserna. T.ex. *Läkarsällskapet* anför att en av de främsta förtjänsterna med HS 90-utredningen är dess betoning av den förebyggande delen i hälso- och sjukvården. *Spri* ser positivt på det stöd som HS 90 ger åt det förebyggande arbetet och framhåller att inga andra åtgärder kan få större betydelse för folkhälsan än ett aktivt förebyggande arbete. *Svenska kommunförbundet* finner att en omfördelning av resurser från institutionsbaserad vård till en primärvårdsbaserad förebyggande hälso- och sjukvård ligger helt i linje med såväl HSL:s som SoL:s intentioner och stöder därför en sådan nyorientering. *Svenska kommunalarbetsförbundet* delar bedömningen att en central strategi för framtidens hälso- och sjukvård måste bli en målmedveten satsning på en s.k. folkhälsopolitik och förebyggande åtgärder för att HSL:s mål skall kunna förverkligas. *Förbundet Sveriges arbetsterapeuter* instämmer i att förväntade hälsoförbättringar för befolkningen även i framtiden till stor del måste bygga på förebyggande insatser. *HCK* anför att det är en riktig tanke att driva en offensiv hälsopolitik och satsa på förebyggande insatser förutsatt att resurserna tas så att det inte

drabbar andra områden.

Åtskilliga sektorsorgan, såsom *statens planverk*, *statens livsmedelsverk*, *bostadsstyrelsen* och *skolöverstyrelsen* redovisar sin positiva vilja och sina möjligheter att medverka i det samlade förebyggande arbetet. *Sveriges ridsidrottsförbund* framhåller att samhället kan nå betydande friskvards-effekter inom idrottsrörelsens etablerade verksamhet. Genom sin organisation, sin omfattande verksamhet och sina ledare har den en stor genomslagskraft när det gäller att förmedla normer och regler, livsstil och attityder, säger förbundet. *Idrottsrörelsen* är en stor, men dåligt tillvaratagen resurs i ett förebyggande och hälsobefrämjande arbete enligt förbundets uppfattning.

Några remissinstanser påpekar att alkohol- och narkotikafrågorna inte mera ingående behandlats i HS 90. T.ex. *SHSTF* saknar en offensiv inriktning vad avser missbruksproblematiken. Missbruket av alkohol och narkotika är inte enbart ett psykiatriskt problem utan berör hela hälso- och sjukvården. Arbetet mot bruk av droger bör vara en av våra viktigaste förebyggande insatser, framhåller förbundet.

Utan att helt ifrågasätta HS 90:s syn på det förebyggande arbetet anför några remissinstanser kritiska synpunkter. *RRV* anser att utredningen ger uttryck för en alltför stor tilltro till hälso- och sjukvårdssektorns möjligheter att påverka och lösa hälsoproblemen. Många hälsoproblem påverkas av faktorer som dels kräver allmänpolitiska åtgärder (t.ex. beträffande arbetslöshet), dels orsakas av djupgående individuella livsmönster (t.ex. beträffande hjärt- och kärlsjukdomarna). Landstingens möjligheter att påverka sådana faktorer är enligt *RRV*:s bedömning relativt begränsade. Möjligheterna att bekämpa t.ex. alkohol- och tobaksmissbruk torde vara större på den centrala nivån genom användning av allmänpolitiska och nationella åtgärder. Hälso- och sjukvårdssektorns ansvar i det förebyggande arbetet bör enligt *RRV* därför ytterligare preciseras. Primärvården bör organiseras så att inte det förebyggande arbetet tar alltför stor del av kapaciteten hos tillgänglig personal.

UHÄ menar att HS 90 har en stor tilltro till den s.k. preventiva medicinens och det förebyggande arbetets förmåga att ändra befolkningens sjukdomsmönster. Enligt *UHÄ*:s mening är denna förväntan inte realistisk, främst när det gäller andra samhällssektors beredvillighet att medverka i hälsoarbetet och sätta hälso- och sjukvårdspolitiska mål före sina egna sektorsmål.

Svenska epidemiologiska föreningen anser att utredningens förväntningar generellt är allt för höga på det förebyggande området och att utredningen på flera punkter gör sig till tolk för en överoptimistisk och lätt orealistisk grundsyn på dagens situation för de preventiva insatserna.

Landstingen har i remissvaren givit ett stort utrymme till kommentarer om förebyggande verksamheter. Samtliga landsting är starkt positiva till de allmänna utgångspunkterna och till att den förebyggande vården skall prioriteras i 90-talets hälso- och sjukvård. Bl.a. konstaterar *Västernorrlands läns landsting* att "även om vi har en sjukvård med hög medicinsk kvalitet och

säkerhet är det helt klart att stora folkhälsoproblem återstår att lösa. Möjligheterna att leva ett hälsosamt liv skiftar fortfarande mycket mellan olika grupper i befolkningen. Förvaltningsutskottet stöder därför HS 90 helt i tankarna om att en ökad inriktning på förebyggande insatser måste till i syfte att nå en ökad folkhälsa" och *Värmlands läns landsting* framhåller att "miljöns och de sociala förhållandenas betydelse för uppkomsten av ohälsa erkännes allt mer. HS 90 belyser de områden som framför allt påverkar möjligheterna att leva ett hälsosamt liv. Underlagsstudierna redovisar på ett övertygande sätt olika yrkesgruppers och socialgruppers översjuklighet. Landstinget delar i allt väsentligt de riktlinjer som drages upp i utredningen för att förebygga ohälsa".

Att åtgärderna måste inriktas mot riskgrupper tillstyrks och bl.a. *Södermanlands läns landsting* framhåller att "i anslutning till HSL:s mål om en god hälsa för hela befolkningen tar HS 90 upp en diskussion om de hälsopolitiska riskgrupperna. Människor som är utsatta för fler och mer frekventa hälsoproblem än befolkningen i övrigt återfinns bland vissa yrkesgrupper, bland arbetslösa, bland utländska medborgare och i familjer med låg inkomst och låg utbildning. Utredningen lyfter här fram allvarliga problem som det är angeläget att seriöst angripa och söka komma till rätta med. Det torde kräva ett annat synsätt än som i dag till stora delar är förhärskande. En offensiv och uppsökande verksamhet måste prägla hälso- och sjukvården".

Beträffande några områden framförs kritiska synpunkter. Bl.a. finner *Värmlands läns landsting* det "något förvånande att huvudrapporten vare sig under rubriken 'hälsoproblem och hälsorisker' eller under rubriken 'förebyggande insatser' med ett enda ord nämner bristande fysisk aktivitet som en hälsorisk respektive motion som en förebyggande åtgärd". *Kristianstads läns landsting* "upplever det som en brist att hälsohem inte berörs i utredningen. Nämnden anser att det hade varit värdefullt om hälsohemsverksamheten hade diskuterats i utredningen som komplement i hälsovårdsarbetet. Ett program för utvärdering av de vetenskapliga effekterna av sådan verksamhet efterlyses".

Vidare framhåller några landsting att ideella organisationer såsom föreningar och folkrörelsernas roll i det förebyggande arbetet borde behandlats mer utförligt.

Ett par landsting efterlyser en vidareutveckling av metoder för att samhällsekonomiskt värdera effekterna av förebyggande insatser.

Några landsting berör särskilt den enskildes ställning och roll i det hälsopolitiska arbetet. *Uppsala läns landsting* anför bl.a. att "samhällets människosyn och människors förväntningar på livet kommer att avspegla sig i kraven på hälso- och sjukvården. Här är det angeläget att man i både den allmänna debatten och det individinriktade arbetet stimulerar den enskilda individen till ett större ansvar för sig själv och sitt välbefinnande."

Malmöhus läns landsting är kritiskt mot att HSL:s intentioner att stärka

patientens ställning i vården inte tillräckligt beaktats i de förslag som presenteras i utredningen. Landstinget anser därvid att utredningen i för stor utsträckning bortsett från att det finns ett inslag av individuellt beteende som är av betydelse för sjukdomars uppkomst, behandlingsbarhet och förlopp. och landstinget anger att, vad man kallar ett humanistiskt synsätt, inte accepterats "vilket medför att de psykiska och sociala sjukdomsorsakerna betraktas på samma sätt som de biologiska dvs. helt utanför individens egen kontroll och ansvar".

Landstinget anger vidare att "utredningens alltför begränsade ansats kommer bl.a. till synes i det faktum att ordet 'patient' inte nämns i någon av rapportens över 100 rubriker. Det är mer än ett lustigt konstaterande eftersom synpunkter på patientens ställning var välutvecklade både i propositionen till hälso- och sjukvårdslagen och i hälso- och sjukvårdsutredningen, där det slås fast att "den enskildes roll bör därför särskilt markeras och vad människan gör eller inte gör för sin hälsa föras fram som en central fråga inom hälsopolitiken".

Liknande synpunkter framföres även av *Kalmar läns landsting* som särskilt vill "understryka den roll den enskilde individen själv spelar och kan spela för sin hälsa. Sjukdom eller skada beror ofta på vad individen själv gör eller underlåter att göra. Livsföringen är av stor betydelse för hälsan. Vi tror därför att det individinriktade förebyggande arbetet med betoning på information om livsföringens betydelse är den viktigaste delen i det förebyggande arbetet."

6.2 Förstärkt tvärssektoriell samverkan

HS 90

HS 90 förordar ett förstärkt tvärssektoriellt samarbete kring hälsofrågorna, nationellt, regionalt och lokalt, så att den samlade potentialen i alla samhällssektorer möjligheter att främja goda hälsovillkor och förebygga ohälsa tas till vara på bästa möjliga sätt. Hälso- och sjukvårdssektorerna uppgift i detta sammanhang är främst att ta fram och förmedla kunskaper om ohälsans orsaker och fördelning i befolkningen som underlag för insatser inom andra samhällssektorer.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser som kommenterat det tvärssektoriella samarbetet synes ansluta sig till den syn som HS 90 gett uttryck för. T.ex. SÖ instämmer i utredningens starka betoning av tvärssektoriell samverkan mellan statliga verk och departement, syftande till att samordna de hälsopolitiska insatserna. TCO framhåller att den tvärssektoriella samverkan som en offensiv hälsopolitik förutsätter i dag är mycket bristfällig eller t.o.m. obefintlig. Det är t.ex. mycket svårt att bryta gränserna mellan olika nämnders ansvar i de

kommunala och landstingskommunala förvaltningarna.

Endast ett par remissinstanser ger uttryck för en tveksam hållning till den tvärsektoriella samverkan. *Arbetskyddsstyrelsen* anser att betänkandet är något motsägelsefullt när det å ena sidan framhåller att någon ändring av ansvarsfördelningen olika hälsopolitiska sektorer emellan inte är aktuell, samtidigt som man framhåller sjukvårdsorganens samordningsfunktion även på hälsovårdsområdet. Styrelsen är angelägen om att de olika sektorsansvariga instanserna får behålla ett visst mått av autonomi i det gemensamma hälsovårdande arbetet. *Statens livsmedelsverk* anser att arbetsgruppen inte berört den utveckling som pågår sedan flera år och som innebär att allt större ansvar läggs på jordbruksdepartementet i fråga om livsmedels- och hälsopolitiken. Även konsumentfrågorna och hälsoaspekterna vägs in som en väsentlig del vid utformningen av livsmedelspolitiken, vilket för livsmedelsverkets del torde innebära ett ökat ansvar för konsumentfrågor.

I kommentarerna kring handlings- och sektorsprogram liksom i mer allmänna kommentarer återkommer *landstingen* genomgående till frågor om behovet av tvärsektoriell samverkan såväl nationellt som regionalt och lokalt i det förebyggande arbetet. Bl.a. framhåller *Uppsala läns landsting* att "hälsopolitikens förebyggande arbete måste integreras i många samhällsområden. Det handlar om samverkan mellan olika samhällssektorer. En samverkan som innebär att initiativ och genomförande kan ligga på skilda delar av samhället. En ökad kommunikation bör eftersträvas för att överföra den kunskap om hälsoproblemens förekomst, fördelning och ursprung som hälso- och sjukvården besitter. På motsvarande sätt är det angeläget att personalen inom landstingen tillförs erfarenheter från andra delar av samhällslivet".

Vad gäller den centrala samordningen konstaterar *Östergötlands läns landsting* att "i rapporten konstateras att det inte är hälso- och sjukvården som ensam har att svara för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Olika sektorer av samhället skall genom samverkan åstadkomma ett hälsopolitiskt förändringsarbete och hälso- och sjukvården skall aktivt och målvetet sträva efter att tillföra kunskaper i denna riktning till övrig samhällsplanering. Landstinget delar detta synsätt men vill poängtera att det kvarstår ett starkt behov av att via ett agerande på riksnivå påverka olika delar av samhällslivet. Möjligheterna att på lokal nivå påverka t.ex. arbetsmarknads-, pris- eller jordbrukspolitiken är små".

Liknande synpunkter framförs även av *Stockholms läns landsting* som anger att "huvudansvaret för att påverka andra samhällsorgan till ett hälsopolitiskt agerande måste ligga på nationell nivå".

Beträffande samverkan på lokal nivå konstaterar *Västmanlands läns landsting* att "ett arbete på kommunnivå med samarbete mellan primärvårdens och primärkommunens företrädare där gemensamma konkretiseringar av mål/delmål för angelägna områden och också gemensamma bedömningar

av resursfrågor kan ske är enligt förvaltningsutskottets uppfattning en framkomstväg”.

Skaraborgs läns landsting framhåller ”att hälso- och sjukvården ytterligare måste utveckla sitt engagemang i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet är en naturlig följd av den nya hälso- och sjukvårdslagen. Övriga samhällssektors medverkan till att förbättra hälsan borde fastslås på likartat sätt. Detta då hälso- och sjukvården inte ensamt kan vidta åtgärder för olika hälsopolitiska riskgrupper”.

6.3 Nationellt hälsopolitiskt råd

HS 90

I syfte att stärka det tvärsektoriella samarbetet kring hälsofrågorna på nationell nivå föreslår HS 90 att HSB:s uppgifter och sammansättning vidgas så att den kan fullgöra rollen som ett nationellt hälsopolitiskt råd enligt WHO:s intentioner.

Remissinstanserna

Flertalet av de remissinstanser som uttryckligen kommenterat förslaget tillstyrker att det genomförs, t.ex. *socialstyrelsen*, *Landstingsförbundet*, *Läkarförbundet*, *statskontoret*, *SÖ* och *Svenska kommunalarbetsförbundet*.

De åtta *landsting* som behandlar frågan tillstyrker förslaget. *Kalmar läns landsting* menar dock att ”erfarenheterna av den nya hälso- och sjukvårdslagen, där landstingens förebyggande ansvar lagfästs, har hititills inte inneburit några stora förändringar i förebyggande inriktning. Landstinget är tveksam om socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning på ett påtagligt sätt kan påverka de olika centrala myndigheterna i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande inriktning. Landstinget delar dock utredningens syn att det behövs ett nationellt organ i någon form som ur hälsopolitiska aspekter bevakar de olika sektorsorganen – departement, myndigheter etc – för att minska hälsoriskerna och sprida ett hälsopolitiskt synsätt”.

Läkarsällskapet ”är tveksam till förslaget, som kanske kan leda till utvecklingen av ett nytt departement. Socialstyrelsen har redan ett övergripande ansvar på det hälso- och sjukvårdspolitiska området och detta ansvar bör i framtiden förstärkas.”

6.4 Utbyggnad av samhällsmedicinska enheter

HS 90

HS 90 förordar en fortsatt utveckling och utbyggnad av den samhällsmedicinska funktionen och samhällsmedicinska enheter i landstingen. En nära

samverkan eller samordning mellan den samhällsmedicinska funktionen och yrkesmedicinen bedöms vara mycket ändamålsenlig.

Remissinstanserna

Samtliga remissinstanser som kommenterat dessa förslag uttrycker sig i tillstyrkande termer. T.ex. *Läkarsällskapet* anför att det är av särskild betydelse för det lokala förebyggande arbetet att det inrättas samhällsmedicinska enheter i landstingen, men finner det förvånande att utredningen inte på något ställe har preciserat resurser och kompetenskrav för en sådan verksamhet. *Läkarförbundet* anför samma synpunkter. *Statskontoret* vill understryka HS 90:s synpunkter på behovet av att inom landstinget disponera en samlad central samhällsmedicinsk enhet som stöd för primärvården och för regional samverkan inom samhällsplaneringen.

Arbetsarkivstyrelsen är tveksam till att de yrkesmedicinska klinikerna skulle bli en del av de samhällsmedicinska enheterna inom landstingen. Det vore olyckligt om dess resurser styrdes över till hälsoriskanalyser etc. på andra områden.

Ett flertal *landsting* behandlar den samhällsmedicinska verksamhetens organisation och uppbyggnad. Huvudmännen instämmer i att det inom landstingen skall finnas samhällsmedicinska enheter och att dessa tillsammans med primärvården skall ha ett huvudansvar för de förebyggande insatserna inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Flera landsting betonar även länssjukvårdens roll och bl.a. *Uppsala läns landsting* anför att "ansvaret för de förebyggande insatserna bör finnas hos alla grenar av sjukvården. Inom den slutna akutsjukvården har många förebyggande åtgärder utvecklats, t.ex. diabetesvården, hjärt- och kärlsjukdomarnas förebyggande etc. Särskilt viktigt är att den slutna vården tar sitt ansvar för att lära människor hur de skall leva för att hindra återfall i sjukdomen".

Några landsting berör de samhällsmedicinska enheternas uppbyggnad och bl.a. framhåller *Örebro läns landsting* att det är väsentligt "att man fastställer vilken typ av experter och vilka kompetenskrav som ska ställas på verksamma inom miljö- och samhällsmedicin. De hittillsvarande erfarenheterna visar också, att det är viktigt att arbetet organiseras på sådant sätt att en kreativ och utvecklande miljö kan skapas där några intresserade och engagerade personer tillsammans får utveckla verksamheten. Enstaka, i och för sig väl kompetenta personer, har mindre möjligheter att fylla de krav som arbetet kommer att ställa".

Även flera andra landsting betonar att de samhällsmedicinska funktionerna är under uppbyggnad och att olika former av stöd, samordning och erfarenhetsutbyte krävs. Således framhåller *Östergötlands läns landsting* att "de samhällsmedicinska enheterna inom landstingen är under utveckling. Inom ett brett spektrum av intressanta arbetsuppgifter kommer de enskilda landstingen att profilera sin verksamhet mot de områden som upplevs mest

angelägna. Prioriteringen av arbetsuppgifter kommer troligen att styras både av hälsoeffektresonemang och resursresonemang. Sannolikheten är då stor att olika landsting väljer att prioritera på ungefärligen likartat sätt, nämligen mot det som uppfattats som de mest angelägna hälsopolitiska åtgärderna. Risken med detta är uppenbar – vissa delar av det samhällsmedicinska arbetet kommer att utvecklas väl parallellt över riket. Andra delar med låg prioritet kommer att förbli dåligt utvecklade.

Ett samarbete mellan två eller flera landsting inom en sjukvårdsregion skulle vara hälsoekonomiskt lönsamt i många fall. För det enskilda landstinget är det ett klart intresse att samhällsmedicinskt utvecklingsarbete så snabbt som möjligt omsätts i konkret verksamhet.

En utbyggd erfarenhetsöverföring till landstingen via en central funktion skulle upplevas som ett stöd för utvecklingsarbetet och innebära att detta effektiviserades sett till riket som helhet. Vet man att ett centralt sammanhållet utvecklingsarbete pågår inom något speciellt område, avvaktar man gärna resultatet av detta och kan under tiden ägna resurser åt arbete inom andra delar av samhällsmedicinområdet. Landstinget anser att det inte är rimligt att sjukvårdshuvudmannen ges ett stort ansvar för att bygga upp samhällsmedicinska enheter utan att staten samtidigt ger resurser för en liknande riksövergripande funktion. Ett par års erfarenheter av samhällsmedicinskt utvecklingsarbete inom östgötalandstinget har gjort detta behov uppenbart”.

Ytterligare några landsting påtalar behovet av ett starkare stöd från den centrala nivån för utvecklingen av det samhällsmedicinska arbetet i landstingen.

6.5 Hälsopolitiska handlingsprogram, allmänt

HS 90

HS 90 har lagt fram s.k. hälsopolitiska handlingsprogram mot dels skador och dels hjärt- och kärlsjukdomar, som översiktligt ger ett kunskapsunderlag och pekar på åtgärder – lokalt, regionalt och nationellt – för att genom förebyggande insatser minska dessa hälsoproblems förekomst och konsekvenser. HS 90 förordar att socialstyrelsen ges ett ansvar för att löpande ta fram och revidera sådana program för flertalet större hälsoproblem och att dessa förankras i det föreslagna nationella hälsopolitiska rådet.

Remissinstanserna

De remissinstanser som kommenterar avsnitten om hälsopolitiska handlingsprogram uttalar sig i regel mycket positivt härom. *Landstingsförbundet* anser att denna ansats tillsammans med sektorsprogram (se 6.6) är nödvändiga för ett hälsopolitiskt arbete i HSL:s anda. Hjärt-kärlprogrammet är inte bara av stort värde i sig utan anvisar också en modell för fortsatt

programarbete på andra områden. *Läkarsällskapet* anser konkretiseringen med hälsopolitiska program för skador och hjärt-kärlsjukdomar välgörande, även om anmärkningar kan göras i enskildheter. *Läkarförbundet* anför likartade synpunkter. *Spri* anser att de kunskapssammanställningar och handlingsprogram som tagits fram är väsentliga och är bra exempel som modeller för landstingens fortsatta arbete på det hälsopolitiska området. *Svenska kommunalarbetareförbundet* anser att fler sådana program måste utarbetas.

De flertal *landsting* som behandlat hälsopolitiska handlingsprogram finner det utomordentligt positivt att dessa framställts som underlag för de lokala insatserna och efterlyser ytterligare utvecklingsarbete inom detta område. Bl.a. tillstyrker *Stockholms* och *Södermanlands läns landsting* att handlingsprogram för att motverka psykisk ohälsa utarbetas och *Göteborgs kommun* anger att kommunen "torde ha goda förutsättningar att bli ett område där programarbetet mot hjärt- och kärlsjukdomar vidareutvecklas".

Beträffande programmen för kost och motion framförs dock av *Göteborgs och Bohus läns landsting* vissa kritiska synpunkter och programmet kännetecknas enligt landstinget av "en övertro på centrala direktiv och riktlinjer, speciellt i kostfrågor. Samtidigt saknas en diskussion om pedagogik och helhetssyn. Det vore önskvärt med en ansats som i större utsträckning kännetecknas av visioner, fantasi, inlevelse och känslor".

6.5.1 Skadeprogrammet, stärkt tillsyn och registrering av olycksfallsskador

HS 90

HS 90 föreslår, inom ramen för det hälsopolitiska handlingsprogrammet mot skador (SOU 1984:42), dels att det lokala skadeförebyggande arbetet förstärks och får fastare former genom att miljö- och hälsoskyddsnämnden (MHN) mera uttryckligt än hittills får ett lokalt tillsynsansvar för skaderisker i boende- och fritidsmiljön m.m. och att detta läggs fast i hälsoskyddslagen, dels att en mera systematisk registrering som underlag för planering och uppföljning, med socialstyrelsen som centralt ansvarig, genomförs av inträffade skadefall som söker sjukvård.

Remissinstanserna

Flera remissinstanser tillstyrker dessa förslag, t.ex. *socialstyrelsen*. *SCB* anser att olycksfallsregistrering enligt utredningens förslag bör påbörjas, varvid *SCB* är berett att medverka. *Konsumentverket* tillstyrker att MHN får ett klarare tillsynsansvar inom skadeområdet, varvid det är naturligt att även den kommunala konsumentverksamheten blir inkopplad. Verket tillstyrker även det föreslagna skaderapporteringsystemet och understryker nödvändigheten av att fasta former skapas för ett samarbete mellan socialstyrelsen

och konsumentverket därvidlag. *Spri* instämmer i behovet av någon form av olycksfallsregistrering. I ett till UHÄ:s remissvar fogat yttrande anger *linjenämnden för miljö- och hälsoskyddsutbildning* i Umeå att man instämmer i lämpligheten att MHN ges ett ansvar inom det skadeförebyggande området. Man bedömer att möjligheterna är goda att utan allt för stora förändringar i grundutbildningen av hälsovårdsinspektörer tillgodose ett eventuellt behov av ytterligare inslag av skadeprevention. Samma bedömning görs beträffande att tillgodose ett snabbt behov av fortbildning för yrkesverksamma hälsovårdsinspektörer, varvid dock eventuellt särskilda ekonomiska tillskott kan vara nödvändiga.

Några remissinstanser avstyrker eller har en tveksam inställning till förslagen. *Landstingsförbundet* tillstyrker vidare utredning om det löst skisserade förslaget om vidgat tillsynsansvar för MHN och uppbyggnad av en bättre olycksfallsstatistik, varvid det är nödvändigt att primärkommunerna är representerade i utredningsarbetet. *Svenska kommunförbundet* anför i fråga om förslaget att kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnd skall åläggas att utöva tillsyn beträffande skaderisker med befogenhet att kräva åtgärder mot skaderisker följande:

”Styrelsen kan väl förstå de bakomliggande motiven och ansluta sig till uppfattningen att samhällsorganen bör ägna ökad uppmärksamhet åt det skadeförebyggande arbetet men kan inte tillstyrka de former härför som utredningen anvisar.

Man rör vid mycket känsliga och svårhanterliga problem när man vill ge samhällsorgan vidgade befogenheter att ingripa mot skaderisker i hemmet, i bostadens närmiljö och under fritidsverksamhet utomhus. En mångfald exempel kunde anföras för att illustrera detta. Tillräckligt klargörande torde vara att erinra om att många former av idrottsutövning innebär mycket påtagliga skaderisker.

Styrelsen motsätter sig bestämt att utredningens förslag i denna del läggs till grund för lagstiftning. En eventuell klarare reglering av tillsyns- och åtgärdsansvar beträffande denna typ av skaderisker måste föregås av grundlig analys och seriösa överväganden där självfallet även de av utredningen helt förbisedda kostnadskonsekvenserna för kommunerna beaktas.

Däremot är styrelsen positiv till det arbetssätt som redovisas i avsnittet om utveckling av landstingens förebyggande insatser (s 218 f). Där förutsätts arbetet ske i mer traditionella former med en bred samverkan mellan de många myndigheter som har ett delansvar för skaderiskerna”.

De tre *landsting* som berör frågan om MHN:s ansvar är i princip positiva till förslaget. Beträffande ansvar för skador som inträffat i hemmet uttrycks dock tveksamheter och *Värmlands läns landsting* anför att ”det konstateras i propositionen till HSL och landstingets hälso- och sjukvårdspolitiska program att den samhällsmedicinska verksamheten måste vara starkt förankrad i primärvården där personalen har god kännedom om människor-

nas levnadsförhållanden och miljö. Primärvårdens naturliga samverkanspart blir på denna nivå primärkommunen. Landstinget stöder därför förslaget att primärkommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder samt byggnadsnämnder åläggs ett tillsyns- och åtgärdsansvar för skador som inträffar i bostadens närmiljö.

Förslaget att kommunens hälso- och miljöskyddsnämnd även skulle åläggas ett tillsyns- och åtgärdsansvar för skaderisker i hemmet ter sig ur integritetssynpunkt ytterst tveksamt".

De tio *landsting* som uttalat sig i frågan om en registrering av skadefall är i princip positiva och flera av huvudmännen förklarar sig villiga att medverka. *Örebro läns landsting* anför dock att "överhuvudtaget andas HS 90-underlaget en viss övertro på stora centrala registreringar och deras möjligheter att avslöja hälsorisker och ge underlag för planering. Som exempel på detta kan tas området beträffande skador. Den typen av mer omfattande olycksfallsregistrering har säkerligen sin betydelse för att kunna peka på viktiga olycksfallsrisker t.ex. i boende och fritidsmiljö, trafik etc. och ge underlag för generella förebyggande åtgärder av typ ändrade byggnormer, ändrade krav på fordon, trafiklösningar och liknande. Vad som ur olycksfallsförebyggande synpunkt är minst lika väsentligt, är att man arbetar lokalt med fungerande lokala olycksfallsregistreringar, där hela lokalsamhället kan engageras i både upptäckt av skador och tillbud och där också lokalsamhällets olika offentliga och frivilliga organisationer kan engageras i det förebyggande arbetet. I detta arbete kan kanske inte statistiskt säkerställda och generellt giltiga risker upptäckas, men för en utveckling av den lokala skadepfylaxen mycket väsentliga kunskaper vinnas".

6.5.2 Hjärt-kärlprogrammet

HS 90

HS 90 lägger i underlagsstudien (SOU 1984:43) Att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar fram underlag för ett hälsopolitiskt handlingsprogram för detta hälsoproblem, som innefattar förslag om åtgärder på olika plan mot de riskfaktorer som finns i arbetslivets psykosociala miljö och andra sociala förhållanden, mot rökning, högt blodtryck och fettrik kost m.m.

Remissinstanserna

Som angetts i avsnittet 6.5 är remissinstanserna genomgående positiva till hjärt-kärlprogrammet. Några kritiska kommentarer förekommer knappast med undantag av från *Sveriges reklambyråförbund* som vänder sig mot den syn på reklamens negativa effekter på ett hälsosamt kostval som förbundet anser att HS 90 ger uttryck för. *Sveriges livsmedelsindustriförbund* anför liknande synpunkter och har också invändningar mot HS 90:s uppgifter om samband mellan tandröta och kostvanor med hög sockerandel. Också

Master-Foods AB har kritiska synpunkter på HS 90:s behandling av kostfrågorna.

Statens livsmedelsverk anser att de tankegångar rörande kosten som förs fram i bl.a. SOU 1984:43 och i huvudrapportens avsnitt 4.6.4 Hälsopolitiska aspekter på kost- och livsmedelspolitiken står väl i överensstämmelse med andra aktuella betänkanden, såsom Ds Jo 1984:9 och SOU 1984:67 och som förs fram av internationella expertgrupper. Verket anser det inte motiverat att för närvarande vidta särskilda åtgärder för att reglera marknadsföringen av livsmedel ur hälsosynpunkt.

Konsumentverket anför att marknadsföringslagen i nuvarande utformning inte öppnar möjlighet till den skärpning såvitt gäller marknadsföring av livsmedel och kostinformation som HS 90 finner önskvärt. Verket förordar breda informationsinsatser från det allmännas sida i form av annonskampanjer och liknande i stället för restriktioner. Verket anser det vara värt att utreda om inte finansieringen av sådana informationsinsatser kan klaras via marknadsförarna, utan att det därför behöver bli fråga om reklamskatt.

6.6 Sektorsprogram (boende, livsmedel, arbetsmiljö, arbetsmarknad)

HS 90

HS 90 har analyserat hälso- och sjukvårdssektorns medverkan i samhällsplaneringen – det sektoriella riskperspektivet (SOU 1984:44). Man har således redovisat hälsopolitiska aspekter på boendemiljön, såväl den fysiska, sociala som psykiska. Vidare redovisas hälsopolitiska aspekter på arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik, varvid arbetslöshetens negativa hälsoeffekter betonas. Hälsopolitiska aspekter på arbetsmiljön redovisas med betoning av vikten av en god samverkan mellan landstingen, arbetsmiljösektorn och företagshälsovården kring arbetslivets hälsorisker och hälso- och sjukvårdsinsatserna därvidlag. Slutligen behandlas hälsopolitiska aspekter på kost- och livsmedelspolitiken med krav på att hälsokraven ges stor tyngd vid utformningen av jordbruks- och livsmedelspolitiken, ökad hälsouppllysning kring kostfrågor, information och måttfull reklam och hög standard på t.ex. skolmåltider samt återkommande kostvaneundersökningar på befolkningsnivå.

Remissinstanserna

Endast några remissinstanser kommenterar direkt dessa sektorsinriktade program. T.ex. *bostadsstyrelsen* säger att vad gäller sambandet mellan brister i boendemiljö och människors ohälsa har detta på ett förtjänstfullt sätt behandlats av arbetsgruppen. *LO* framhåller att det av HS 90-utredningen klart framgår att små möjligheter att påverka sin egen arbetssituation kan förklara många hälsoproblem, t.ex. hjärtinfarkt. Därför måste såväl samhällsorgan som arbetsmarknadens parter sätta in resurser för att

omvandla arbetslivet så att det inte medverkar till ohälsa och social utslagning. *Svenska kommunalarbetsförbundet* menar att det är viktigt att arbetet med sådana sektorsprogram fortsätter och inriktas på de särskilda riskgrupperna och s.k. hälsopolitiska jämlikhetsstrategier. En faktor som enligt förbundet kräver väsentligt ökad uppmärksamhet är sambandet ohälsa – arbetslöshet.

6.7 Förstärkt epidemiologisk bevakning

HS 90

HS 90 har haft uppdraget att i utredningsarbetet beakta UMI-utredningens (SOU 1978:25) förslag om epidemiologisk bevakning av miljöproblem i vissa industriområden. HS 90 har låtit statens miljömedicinska laboratorium (SML) utarbeta en särskild rapport (SML-rapport 13/1983) Epidemiologisk bevakning. Förslag till riktlinjer för en successiv utveckling av bevaknings-system i Sverige.

HS 90 konstaterar att en mer omfattande epidemiologisk bevakning av många hälsorisker och hälsoproblem innebär betydande metodproblem där mycket ännu är oprövat eller inte är utvärderat. Därför måste ett fortsatt utvecklingsarbete ske där det är angeläget att landstingens samhällsmedicinska funktioner engageras och med centrala insatser från SML och socialstyrelsen m.fl. Det är angeläget att den epidemiologiska bevakningen inte begränsas till fysiska exponeringsdata utan också beaktar socioekonomiska och yrkesmässiga förhållanden i sin analys.

Remissinstanserna

Endast ett fåtal remissinstanser kommenterar direkt dessa frågor. I yttrandet från *SML*, som är fogat till socialstyrelsens yttrande, sägs att den beskrivning av innebörden i begreppet epidemiologisk bevakning som ges i HS 90-rapporten ej till alla delar återspeglar slutsatserna från *SML*:s utredning. Bevakningens uppgift bör enligt *SML* väsentligen vara att registrera incidens- och mortalitetstrender och att "slå larm" om trenden uppträder på ett enligt uppställda kriterier ej acceptabelt sätt. Det torde inte finnas skäl att knyta för stora förhoppningar till möjligheterna att inom ramen för bevakningen genomföra en analys av samband mellan miljöexponering och hälsoförhållanden.

Några landsting berör frågan om epidemiologisk bevakning. *Jämtlands läns landsting* tillstyrker förslaget medan *Örebro läns landsting* konstaterar att "en sådan satsning skulle för närvarande kräva tämligen stora resurser. Det är på lång sikt en önskvärd utveckling, men fortfarande finns inte tillräcklig kvalitet på indata för att det ska vara meningsfullt att utveckla ett sådant system."

Östergötlands läns landsting efterlyser ytterligare utvecklingsarbete och

anger att "en prioriterad uppgift inom delområdet epidemiologi är epidemiologisk bevakning. Statens miljömedicinska laboratorium (SML) har ett uppdrag att utveckla metoder för detta. Vi anser att uppgiften bör ges hög prioritet inom SML, då insatserna inom landstingen är beroende av det centrala utvecklingsarbetet."

7 Vård på lika villkor (kap. 5)

HS 90

HS 90 analyserar HSL:s mål om en vård på lika villkor i avseende på bl.a. demografiska, geografisk, kulturell och socioekonomisk tillgänglighet och konstaterar att det finns en bristande jämlikhet i vården. Orsaken härtill är faktorer som varierande läkartäthet, svårigheter att veta vart man skall vända sig i differentierade och specialiserade sjukvårdssystem, geografiska avstånd, brist på hemsjukvård, organisatoriska förhållanden, patientavgifter och sjukvårdens begriplighet. Som vårdpolitiska jämlikhetsmål ställs upp krav på jämlikhet i resursutbud, i vårdutnyttjande, i tillgänglighet och med avseende på vårdens effekt. Vårdpolitiska riskgrupper, dvs. grupper som kan förmodas ha större svårigheter att få sina vårdbehov tillfredsställda än andra människor, är äldre, glesbygdsbor, invandrare, lågutbildade, förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa. HS 90 föreslår att åtgärder vidtas för att uppnå de vårdpolitiska jämlikhetsmålen.

7.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter

Flertalet remissinstanser som kommenterar detta avsnitt ger uttryck för att man instämmer i HS 90:s analyser. *Landstingsförbundet* delar HS 90:s bedömning att en bättre planering och styrning av läkarresurserna är nödvändig för att vården skall motsvara HSL:s krav på en rättvis vård som är fördelad efter behov och tillgänglig för alla. *Socialstyrelsen* anser det angeläget inför kommande omstruktureringar av hälso- och sjukvården i en krympande samhällsekonomi att bevaka att HSL:s intentioner om vård på lika villkor för hela befolkningen verkligen kommer att efterlevas. Uppmärksamhet bör därvid ägnas grupper med särskilt uttalade vårdbehov som t.ex. handikappade och långtidssjuka.

UHÄ menar att HS 90 i sina analyser av vårdtillgängligheten förbisett en statistisk felkälla, nämligen att regionsjukhusen samtidigt är undervisnings- och forskningssjukhus. Antalet läkarbesök per invånare är inte högre inom landsting med sådana sjukhus än inom övriga delar av landet.

Läkarsällskapet ställer sig frågande inför påståendet att stora otillfredsställda, professionellt definierade vårdbehov utgör en av de stora vårdpolitiska frågorna mot bakgrund av den vid en internationell jämförelse goda allmänna tillgängligheten av vården i Sverige och de minskade skillnader som HS 90 redovisar. Sällskapet kan dock med få reservationer ställa sig bakom

utredningens förslag till åtgärder för att få till stånd ytterligare förbättrad jämlikhet: jämnare läkarförsörjning, utbyggnad av primärvården inklusive utökad hembesöksverksamhet, främja begriplighet etc.

Svenska kommunalarbetsareförbundet anser att en vård på lika villkor förutsätter ett samhälleligt huvudmannaskap där kostnaderna bäres gemensamt.

TCO vill understryka att tillgänglighet inte bara handlar om geografiskt avstånd utan också om telefontider, väntetider etc. Invandrares kulturella problem måste särskilt uppmärksammas bl.a. genom att personalen ges förutsättningar att sätta sig in i skilda kulturmönster.

PRO delar *HS 90:s* tankegångar beträffande vård på lika villkor, men vill peka på att bristen på hembesök från primärvården, svårigheter i samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och behovet av särskilda boendeformer för de äldre uppmärksammas liksom bevakningen av patientavgifters inverkan på vårdutnyttjandet.

Ett flertal *landsting* tillstyrker allmänt utredningens förslag till åtgärder med anledning av *HSL:s* krav om vård på lika villkor för hela befolkningen.

Flera *landsting*, framför allt glesbygdslänen, betonar starkt utredningens konstaterande att en jämnare läkarförsörjning såväl i landet som inom länen och mellan olika specialiteter är en av de grundläggande förutsättningarna för vårdpolitisk jämlikhet.

Jämtlands läns landsting efterlyser härvid "en kraftfullare styrning för att uppnå rättvis geografisk fördelning av läkarresurserna". Liknande synpunkter framförs även av *Jönköpings läns landsting* som anför att "förvaltningsutskottet anser det som grundläggande för en vård på lika villkor att läkare utbildas inom de fält där behov föreligger och att sådana arbetsvillkor kan skapas att det går att rekrytera läkare i erforderlig omfattning. Den permanenta krissituation som sedan länge rått och alltjämt råder inom mentalvården måste åtgärdas av såväl kvalitativa som ekonomiska skäl. Utgångspunkten måste härvid vara att hittillsvarande åtgärder varit otillräckliga och att förhoppningarna om en solidarisk läkarförsörjning har grusats. Läkarutbildningens omfattning, inriktning och förläggning måste ses i detta perspektiv. Lagstiftningen och lagtillämpningen måste ta hänsyn till arbetsvillkoren inom verksamhetsområdet."

Några *landsting* berör organisatoriska åtgärder som kan vidtas för att förbättra vårdens tillgänglighet och instämmer med utredningen att bl.a. servicetänkandet bör utvecklas i anslutning till organisationsarbete inom hälso- och sjukvården.

Hallands läns landsting anger att de i utredningen nämnda organisatoriska åtgärderna kan kompletteras med "vårdlagsindelad primärvård, gruppvård och en förbättrad sjukvårdsupplysning".

Patientavgifter och patientens kostnader berörs av några *landsting* vilka i likhet med *Värmlands läns landsting* starkt betonar att "landstinget vill

understryka vikten av att uppmärksamhet riktas mot avgifterna inom hälso- och sjukvården så att inte avgifterna blir styrande för vårdutnyttjandet. Det känns angeläget att framhålla att vårdbehovet måste vara utgångspunkt för vårdutnyttjandet. Ekonomiska faktorer får inte lägga hinder i vägen."

Inte något landsting föreslår en ökad avgiftsfinansiering av hälso- och sjukvårdstjänster och *Kopparbergs läns landsting* anger att det finns skäl att komplettera det nuvarande högkostnadsskyddet. Även *Kronobergs* och *Älvsborgs läns landsting* anser att högkostnadsskyddet bör kompletteras. Landstingen pekar härvid på att vård- och behandlingsresor bör ingå i systemet och finner detta naturligt "eftersom glesbygdsbor uppmärksammas som en vårdpolitisk riskgrupp".

7.2 Utveckling av behovsbaserad planering

HS 90

HS 90 föreslår ett fortsatt utvecklingsarbete såväl nationellt som landstingskommunalt för att få fram praktiskt användbara modeller för en behovsbaserad planering och resursfördelning och olika behovsindikatorer. I underlagsstudien "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" (SOU 1984:40) redovisas en principmodell för en behovsbaserad planering.

Remissinstanserna

De remissinstanser som kommenterar frågor kring behovsbaserad planering instämmer i regel i bedömningarna av angelägenheten att arbeta fram sådana planeringsinstrument. *RRV* anser att om behovsbegreppet skall användas i den konkreta hälso- och sjukvårdsplaneringen är det angeläget att försöka identifiera relevanta variabler och mätmetoder som kan bli politiskt accepterade. Härför krävs ytterligare diskussion och arbete. *Läkarsällskapet* påpekar svårigheterna att finna behovsindikatorer. Förutom de mått som användes i andra länder borde i Sverige t.ex. långtidssjukskrivning och långvarig arbetslöshet kunna användas. Det räcker dock inte med att definiera behoven. En intensiv forskning behövs för att spåra orsakerna till behoven. *RFV* menar att ett kompletterande eller alternativt synsätt dock är att diskutera efterfrågan på vårdtjänster.

Svensk epidemiologisk förening anser att det är utomordentligt viktigt att man tar fram olika metoder att mäta eller uppskatta vårdbehov. Emellertid finns i utredningen en nästan total kapitulation inför begreppet vårdbehov, som man inte anser sig ha några möjligheter att direkt mäta. Detta är, menar föreningen, inte korrekt då metoder utvecklats och utvecklas inom både praktik och teori. Det är mycket angeläget att vårdbehovsundersökningar görs i aktivt samarbete med forskarsamhället.

Flertalet sjukvårdshuvudmän som berört förslaget till en mer behovsba-

serad planering instämmer i att planeringen bör utvecklas i denna riktning. *Kronoborgs läns landsting* konstaterar:

”I ett målmedvetet arbete med hälsoproblem krävs en behovsbaserad planering, som innebär kartläggning av befolkningens hälsoförhållanden, normering av vilka vårdåtgärder som krävs för att uppnå uppställda mål och beräkning av vilka resurser dessa åtgärder kräver”.

Värmlands läns landsting anger att ”grundläggande är att man ständigt kan anpassa resursutbudet både funktionellt och geografiskt till de faktiska behoven. Om man lyckas med detta får man också en situation där produktivitet och effektivitet blir i huvudsak kongruenta begrepp. Denna idealsituation är svår att uppnå på grund av de förändringar som alltid sker i vårdbehovens inriktning och karaktär. Det ställer också mycket stora krav på öppenhet för förändringar”.

Jönköpings läns landsting konstaterar att ett delvis nytt synsätt på hälso- och sjukvårdsplaneringen introduceras och anger att ”den kraftigt markerade betydelsen av ett förebyggande synsätt och resursstyrning utifrån samhällets riskgrupper ger åt landstinget en ny dimension i sin planering än den som tidigare huvudsakligen pläderats från de medicinska företrädarna, vilka även tidigare var den huvudsakliga källan för styrning och planering.”

Liknande synpunkter framförs även av *Malmö kommun* som anför att det måste framhållas att ”den hittills bedrivna resursbaserade planeringen mest avspeglat bristande modeller och metoder för att planera vården. Man har även tidigare förespråkats en planering som utgår från individernas behov, men det är först nu som man börjar skönja ett metodgenombrott till vilket HS 90-arbetet starkt bidragit”.

Västerbottens läns landsting poängterar att man sedan slutet av 1970-talet bedrivit utvecklingsarbete inom området och anger att slutsatsen av det hittillsvarande arbetet är att ”det ’egentliga’ vårdbehovet finns för närvarande inga möjligheter att mäta. Modellen får sin betydelse främst som referensram vid diskussion om resursfördelning mellan t.ex. geografiska områden eller primärvård och länssjukvård. Den kan vidare utgöra ett instrument för att ta fram underlag för politiska beslut, men inte för att uppskatta vårdbehov i absolut mening, vilket också konstateras i HS 90:s huvudrapport”.

Flera sjukvårdshuvudmän efterlyser ett fortsatt centralt utvecklingsarbete och framhåller i likhet med *Gävleborgs läns landsting* att ”vägen från en resursinriktad till en behovsinriktad planering är dock fortfarande lång. Landstinget ser därför med stor tillfredsställelse att initiativ tas centralt för att utveckla nya planeringsmodeller som ger ett bättre beslutsunderlag för en mer behovsinriktad planering.”

Göteborgs och Bohus läns landsting menar att man utöver de behovsrelaterade faktorer som diskuteras i utredningen också bör låta ”patienternas val av vart de vill vända sig för att få sjukvårdsservice” påverka resursfördelningen.

Malmö kommun framhåller särskilt att man vid statsbidragens fördelning till sjukvårdshuvudmännen bör ta hänsyn till socioekonomiska variabler som beskriver vårdbehovens storlek och anger att "sjukvårdsstyrelsen anser att storstadsregionernas problem borde ha belysts i ett särskilt avsnitt av rapporten, även med vissa riktlinjer för hälso- och sjukvården."

7.3 Särskilda insatser för vårdpolitiska riskgrupper

HS 90

HS 90 förordar allmänt att ytterligare insatser görs för de vårdpolitiska riskgrupperna, bl.a. genom att primärvården prioriterar dessa i sitt uppsökande arbete.

Remissinstanserna

Remissinstanserna synes i regel inte ha några invändningar mot HS 90:s synsätt och förslag när det gäller insatser för vårdpolitiska riskgrupper. *Handikapporganisationerna* anser dock genomgående att HS 90 inte tillräckligt beaktat handikappade och kroniskt sjuka som vårdpolitisk riskgrupp och poängterar de vårdbehov som finns inom dessa grupper. *HCK* anser t.ex. att HS 90 skall kompletteras med problembeskrivning om och analys av dessa gruppers vårdbehov och redovisning av hur vårdbehovet skall täckas. *Svenska diabetesförbundet* anser att HS 90 i sitt arbete helt har utelämnat de behov som föreligger hos den stora gruppen kroniskt sjuka och handikappade i samhället och upplever att en mycket stor grupp människor åsidosätts i det föreliggande planeringsunderlaget.

Några landsting berör särskilda vårdpolitiska riskgrupper. *Hallands läns landsting* tar upp handikappgrupperna och konstaterar att "i detta sammanhang vill vi framhålla de svårigheter som föreligger när det gäller att få fram underlag som kan klargöra vad som är en rättvis fördelning av vårdresurser mellan olika behovsgrupper såsom diabetiker, allergiker, reumatiker, hörselskadade och synskadade."

Invandrare som vårdpolitisk riskgrupp berörs av *Älvsborgs* och *Uppsala läns landsting* och det senare landstinget betonar svårigheterna att ge begreppet "lika villkor" en reell innebörd. Landstinget anför att "svårigheterna att på kort sikt uppfylla målet kan illustreras med invandrarproblematiken. Ofta har invandringen skett på ett sådant sätt att homogena invandrargrupper bosatt sig i enskilda orter. Möjligheterna finns att då anpassa vården till behoven; rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal ur invandrargrupperna kan ske, dessutom finns förutsättningar för en god tolkservice. Ändock kvarstår att huvuddelen av sjukvårdspersonalen inte kan tala med invandraren på dennes eget språk. Även om en enstaka anställd kan tala detta språk är det omöjligt att rekrytera läkare, sjuksköterskor och annan specialpersonal med språkliga anställningskrav. Sjukvård via tolk

innebär dock aldrig lika villkor.

För Uppsala kommuns del är invandringen av annan karaktär och omfattning. Det finns för närvarande ca 9 000 invandrare i kommunen, representerande mer än 80 språkgrupper och 100 nationaliteter. I gruppen ingår också minoriteter med annorlunda etnisk och social bakgrund. Det är uppenbart att det med nuvarande resursutrymme är i det närmaste omöjligt att garantera alla dessa grupper en vård på lika villkor, speciellt inom t.ex. psykiatrin.”

8 Förändrad vårdstruktur (kap. 6, delvis 7)

HS 90

HS 90 förordar en utveckling av den landstingskommunala vårdstrukturen i riktning mot en breddning av primärvårdens uppgifter med en utbyggnad av denna vårdgren. Framför allt bör primärvården utveckla de förebyggande insatserna, arbete med lokala hälsobeskrivningar, öka tillgängligheten genom hembesök m.m. samt svara för den långtidsvård som kan bedrivas i hemmen och vid lokala sjukhem. För länsjukvårdens del förutses en utveckling i riktning mot en koncentration av verksamheten till sådana insatser som kräver sjukhusens särskilda resurser. En del öppen vård kan överföras till primärvården och inom en del discipliner kan en vårdplatsminskning göras, bl.a. genom att vården av långtidssjuka i högre grad förläggs till det egna hemmet eller till lokala sjukhem under primärvårdens ansvar. Vissa rationaliseringsåtgärder i form av gemensamma vårdplatser för flera kliniker, femdagarsvård, gemensam jour etc. bedöms kunna genomföras.

8.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter

Flertalet remissinstanser ställer sig allmänt positiva till den vårdstruktur som HS 90 förordar. *Landstingsförbundet* bedömer att den beskrivning som ges av innehållet i framtidens primärvård stämmer väl med huvudmännens ambitioner och planer. Förbundet vill starkt betona värdet av HS 90:s kartläggning och analys av grundläggande medicinska behov inom olika specialiteter samt gjorda uppskattningar av en tänkbar framtida utveckling. *Socialstyrelsen* ställer sig bakom den utveckling och de förslag som presenteras. *Spri* ansluter sig till den inriktning som rapporten anslagit för det framtida arbetet i landstingen med förändringar av vårdstrukturen. *Svenska kommunförbundet* stöder den nyorientering av vårdstrukturen som HS 90 ger uttryck för. *LO* instämmer i utredningens förslag om ökad satsning på primärvården. *Svenska kommunalarbetareförbundet* har inga invändningar mot utredningens resonemang kring en mer decentraliserad vårdorganisation, inte minst inom den psykiatriska vården och långtidssjukvården.

SHSTF är positivt till att primärvården har huvudansvaret för befolkningens hälsa.

HCK ställer sig bakom en utbyggnad av primärvården, men den får inte ske på bekostnad av nödvändig utbyggnad av vård som finns idag, eftersom den redan nu är otillräcklig för många handikappade, menar förbundet. Liknande synpunkter anförs av andra patientorganisationer.

PRO instämmer i rapportens bedömningar i de vårdstrukturella frågorna och anser att i den sociala omsorgen om äldre bör garanteras att bostadens utformning är den mest ändamålsenliga. *Sveriges folkpensionärens riksförbund* välkomnar utbyggnaden av öppenvården med mindre enheter av typ decentraliserade vårdcentraler som har visat sig synnerligen givande inte minst för äldre patienter. *Sveriges frikyrkoråd* ser det naturligt med en förstärkning av primärvården.

Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund instämmer i utredningens förslag att satsa på primärvården. Det är viktigt att vården förs ut närmare människorna och sätts in så tidigt som möjligt. Man instämmer i förslaget om omfördelning av resurserna från slutet till öppen vård i takt med att primärvården byggs ut.

Läkaresällskapet stöder utredningens intentioner att bygga ut primärvården och ge den nya arbetsuppgifter. Detta får dock inte ske på sådant sätt att läns- och regionsjukvårdens kvalitet sätts i fara. *Läkarförbundet* har samma inställning.

Konsumentverket anser att med den inriktning förslaget har mot primärvårdsbudgetering och mot huvudsakligen förebyggande åtgärder, öppenvård, minskat antal vårdplatser och kortare vårdtider finns det risk för att personer som redan är kroniskt sjuka eller handikappade eller som kommer att bli detta inte kommer att få den vård, de rehabiliterande åtgärder etc. som skulle innebära en förbättring av deras sjukdomstillstånd.

Samtliga *landsting* stödjer förslagen om att primärvården bör ges ett större vårdansvar och att länssjukvårdens roll skall förändras och konstaterar att de egna planerna och pågående utvecklingsarbete ligger väl i linje med de presenterade förslagen. De framförda synpunkterna angående vårdstrukturen berör därmed i första hand frågor om hinder och förutsättningar för utvecklingen. Härvid konstaterar landstingen att bristen på ekonomiska resurser är det viktigaste hindret för en förändring av vårdstrukturen. Bl.a. pekar *Hallands läns landsting* på att "i inledningskapitlet framhålles att det trots att politisk enighet förelegat om ökad satsning på primärvård och förebyggande insatser, så har det gått mycket långsamt med förändring av sjukvårdens struktur. Det har funnits en tröghet, framhåller man, som gjort det svårt att omfördela hälso- och sjukvårdens resurser och anpassa dem till nya förhållanden. En orsak härtil är enligt vår mening den begränsade resurstillväxten. För att en omfördelning av resurser från slutet till öppen vård skall kunna göras måste trycket på den slutna vården minska. En förutsättning härför är att primärvården är tillräckligt utbyggd och att den

förebyggande vården ger resultat i form av minskad sjukvårdsefterfrågan. Detta kostar pengar och tar tid. Därför har omstruktureringen gått långsamt. Vi tror att det är realistiskt att inte heller i fortsättningen räkna med en alltför snabb omstrukturering”.

Liknande synpunkter framförs av *Södermanlands läns landsting* som anför att ”det är angeläget att betona att en stor del av dessa förändringar inte är realiserbara förrän effekten av en utbyggd primärvård med fungerande sjukvård i hemmet, nattpatruller osv. är påvisbar”.

Några landsting menar att kostnaderna ökar tillfälligt i samand med omstruktureringar och *Kristianstads läns landsting* framhåller vad gäller det vårdpolitiska arbetet att ”under en omstruktureringsprocess när uppbyggnaden av primärvården sker, kan de ekonomiska problemen bli betydande beroende på att primärvården för att nå sitt mål, måste tillföras resurser som är större än de indragningar som är möjliga att samtidigt göra inom den slutna vården. Konsekvenserna av denna process ger nämligen inte effekt på den slutna vården förrän i ett senare skede”.

Liknande synpunkter beträffande de hälsopolitiska insatserna framförs även av *Örebro läns landsting* som konstaterar att ”ett dilemma utgör satsningen på den förebyggande vården. HS 90 pekar på att detta ofta är ett långsiktigt arbete där eventuella sjukvårdsmässiga vinster kan uppträda först lång tid efter den förebyggande insatsen. Risken blir därmed uppenbar att detta angelägna område även fortsättningsvis kommer i kläm. En stor del av kraften kommer att behöva ägnas åt de i och för sig mycket betydande strukturförändringar där man även på kortare sikt kan se påtagliga samband mellan resurstillskott i primärvården och avlastning av den slutna vården, t.ex. inom hemsjukvården. Om man inte accepterar ett ”puckelresone-mang” när det gäller de förebyggande insatserna (dvs. resurserna tillförs först och vinsterna skördas när de uppträder) finns betydande risker för att det utrymme som kan frigöras inom sjukhusvården snabbt in-tecknas av ökade sjukvårdsinsatser i primärvården. Det hade varit önskvärt om HS 90 mera hade belyst dynamiken i hela denna process”.

Även *Kronobergs läns landsting* uppmärksammar denna problematik och pekar på att ”en möjlighet, som prövats med viss framgång, är att under de inledande åren av en verksamhetsplan tillskjuta resurser till ett prioriterat område – s.k. startkapital – och samtidigt ställa krav på att detta skall vara återbetalat under den senare delen av planperioden”.

Flera landsting framhåller att en av de grundläggande förutsättningarna för omstruktureringen är en ökad samverkan mellan vårdnivåerna och *Stockholms resp. Malmöhus läns landsting* anför att ”strukturförändringarna kräver att samverkan mellan länssjukvården och primärvården kan byggas upp i konstruktiv anda så att klara och accepterade alternativ till den vård som upphör finns” samt att ”för den fortsatta utbyggnaden av primärvården är det av avgörande betydelse att denna sker i nära och gott samförstånd mellan de olika nivåerna i sjukvårdssystemet. Ett överförande av såväl

patientgrupper som resurser, såväl personella som tekniska, från länssjukvården till primärvården får ej medföra motsatsförhållande mellan de olika vårdnivåerna. Det är väsentligt att framhålla att de olika vårdnivåerna behövs för kompletterande insatser för en förbättrad folkhälsa. Förvaltningsutskottet vill således understryka, mer än vad som framkommer i utredningen, behovet av goda kommunikationer och rutiner för arbetsfördelning mellan primärvård och länssjukvård liksom kunskap om varandras arbetsområde, ömsesidig utbildning och återkommande erfarenhetsutbyte inte minst i det förebyggande arbetet”.

8.2 Utbyggnad och breddning av primärvården

Remissinstanserna

Som angetts i avsnittet 8.1 är remissinstanserna genomgående positiva till HS 90:s syn på en utbyggnad och breddning av primärvårdens uppgifter och ansvarsområden. Flera påpekar dock att man ställer stora krav på den framtida primärvården och beklagar att resursberäkningar inte genomförts. Utöver vad som redovisats i det föregående kan följande anföras som exempel på synpunkter hos remissinstanserna.

Samtliga *landsting* ställer sig bakom utredningens beskrivning av primärvårdens uppgifter och ansvar och man konstaterar att utredningen ligger i linje med landstingens egna definitioner av primärvårdens uppgifter. Bl.a. konstaterar *Uppsala läns landsting* att ”primärvården är enligt HS 90-utredningen basen i hälso- och sjukvårdens organisation. De förslag som redovisas för primärvårdens utveckling är intressanta och väl lämpade att förbättra servicenivån. För primärvården är det särskilt angeläget att ha en stor flexibilitet när det gäller val av åtgärder, bland annat nå målet om tillgänglighet”.

Ett par *landsting* berör frågan om s.k. primärvårdsbudgetering och framhåller att förslagen är intressanta men att för- och nackdelar måste studeras och att ytterligare utredningsarbete och försöksverksamheter därför bör genomföras.

Ett par *landsting* tar upp huvudmannaskapet för primärvården och menar att olika lösningar bör kunna prövas inför 90-talet och *Göteborgs kommun* framhåller ”i ett – men viktigt – avseende saknas i HS 90 en i Göteborg jämfört med landet i övrigt förmodligen något mindre kontroversiell men ändå nödvändig diskussion om den framtida primärvårdens organisatoriska tillhörighet. Är den en framtida primärkommunal angelägenhet eller ett fortsatt ansvar för landstinget? I rapporten görs upprepade perspektivmarkeringar om primärvårdens å ena sidan behov av att arbeta nära och tillsammans med t.ex. socialtjänst och skola, å andra sidan poängteras nödvändigheten att tydligt markera dess gräns mot länssjukvården. Månen ’lösningen’ ligger i en geografiskt orienterad sammanslagen organisation för åtminstone primärvård och socialtjänst? Rapporten behandlar inte frågan –

än mindre antyder svar”.

Även *Uppsala läns landsting* berör effekterna av det dubbla huvudmannaskapet och konstaterar att ”för patienterna är det angeläget att samhällets service fungerar som en enhet. I ett sådant perspektiv är det ointressant ur vilken finansieringskälla som kostnaderna för värden bestrids”.

Huvudmannaskapet för primärvården diskuteras också av andra remissinstanser och förslag om utredningar eller försöksverksamhet inom detta område förs fram av *RRV* och *socialstyrelsen* samt i reservationer och särskilda yttranden i anslutning till remissvaren från *Svenska kommunförbundet* och *socialstyrelsens verksamhetsstyrelse*.

Värmlands läns landsting tar upp frågan om remisskrav för tillgång till länssjukvårdens öppna vård och anger att ”länssjukvårdens samarbete med primärvården bör i ökad utsträckning uppmärksammas i fortsättningen. För att en ökad patientström skall kunna gå till primärvården är det av stor vikt att arbetsfördelningen mellan primärvård och länssjukvård klargörs, bl.a. öppenvårdsverksamheten inom länssjukvården. Flera studier ger klara belägg för att många läkarbesök som görs vid sjukhusens mottagningar är s.k. ’allmänläkarfall’ och som borde höra hemma i primärvården. Ett viktigt styrinstrument är här remisskrav för besök inom länssjukvården. Det bör framhållas att syftet med ett remissförfarande är att det skall bidra till att patienterna skall komma i åtnjutande av den specialiserade vården på sjukhus i den turordning som motiveras av medicinska skäl. Därav följer att resurserna inte blockeras av patienter som sökt direkt och vars behov av den specialiserade vården inte prövats i förväg. En patient som remitteras till länssjukvården skall ha behov av en vård som kräver annan kompetens än den läkare inom primärvård besitter. Vissa undantag från remissväng bör göras (abortärenden och könssjukdomar)”.

Några landsting efterlyser vårdprogram som bas för en samverkan och *Örebro läns landsting* menar att primärvården och länssjukvården bör ”etablera ett fast organisatoriskt samarbete. Övergripande regler för samverkan mellan länssjukvården och primärvårdens personal är av central betydelse för den fortsatta utvecklingen”.

Ett flertal *landsting* konstaterar att utredningen inte resursmässigt definierat begreppet ”en väl utbyggd primärvård”. Några sjukvårdshuvudmän är kritiska till detta och menar att utredningen därmed inte presenterat ett heltäckande planeringsunderlag vad gäller vårdstrukturförändringarna (se vidare under 8.1). Bl.a. framhåller *Örebro läns landsting* att ”i HS 90 saknas nästan helt ansatser att även resursmässigt definiera innebörden i begreppet en väl utbyggd primärvård. Man antyder endast att primärvården kommer att kräva väsentligt ökade resurser för att leva upp till de angivna målen. I ett ekonomiskt läge då hälso- och sjukvårdssektorns tillväxt sannolikt kommer att dämpas och kanske t.o.m. stagnerar måste dessa resurser i allt väsentligt tillskapas genom en omfördelning av det befintliga sjukvårdsutbudet. I avsaknad av en någorlunda klar uppfattning av

primärvårdens totala resurskrav blir det heller inte möjligt att på allvar definiera nivån på de neddragningar som måste göras inom den specialiserade sjukhusvården. Detta leder i sin tur fram till den centrala frågeställningen om det överhuvudtaget är möjligt att med bibehållen balans i sjukvårdssystemet nå upp till samtliga delmål utan att tillföra sjukvården totalt sett väsentligt ökade resurser”.

Också *Västmanlands läns landsting* berör frågan och konstaterar att ”utökade arbetsuppgifter inom primärvården och en förväntad förändring av arbetssättet – från en i huvudsak medicinskt-somatiskt dominerad vård mot en ökad uppmärksamhet på och förståelse för psykologiska och sociala förhållanden – gör det angeläget att inom det egna landstinget snarast ta ställning till vilken kompetens som behövs inom primärvården och vilken ansvars- och arbetsfördelning som bör gälla mellan olika personalkategorier. En central översikt och belysning av resursfrågorna hade således varit värdefull för lokala överväganden”.

Flera landsting menar emellertid att avsaknaden av en resursmässig beskrivning inte är någon brist. Bl.a. anför *Göteborgs kommun* att ”det ges ingen klar och entydig bild av vad begreppet primärvård står för i HS 90. Det kan å ena sidan upplevas något besvärande, men ger samtidigt den enskilde huvudmannen en frihet att slutligt definiera vårdformen utifrån sina lokala förutsättningar”.

Liknande synpunkter framförs av *Kopparbergs läns landsting* som betonar att ”landstinget vill med kraft understryka vikten av att landstingen inte binds i sin planering av centrala direktiv när det gäller primärvårdens organisation och uppbyggnad. Särskilt viktigt är, att såväl ledningsorganisation som specialistmedverkan i primärvården får anpassas till lokala förutsättningar och lokala sjukvårdspolitiska uppfattningar”.

Flera landsting, framför allt från norrlandslänen, framhåller att bristen på distriktsläkare är ett utomordentligt allvarligt problem i primärvårdens utbyggnad och sålunda konstaterar *Jämtlands läns landsting* att ”läkartjänsterna i stora delar av glesbygden endast är bemannade till 30–50 % av fasta läkare. Innehåll och kvalitet i vården äventyras och möjligheterna att nå uppsatta mål och hälso- och sjukvårdslagens intentioner omöjliggörs i praktiken. Bristen på fasta distriktsläkare är ett så stort problem att man allvarligt kan ifrågasätta primärvårdssatsningen”.

Beträffande takten i primärvårdens utbyggnad och de krav som kan ställas på denna betonar flera landsting i likhet med *Östergötlands läns landsting* att ”primärvården måste också ges tid att genomföra utvecklingen och tid för konsolidering för att arbetsformerna och organisationen skall ge ett genomslag i den riktning som HS 90:s resonemang leder” och landstinget anger vidare att det är ”viktigt att inte alltför snabbt föra på nya, komplicerade arbetsuppgifter på primärvården generellt. Tid måste ges för en naturlig förändring av vårdinnehåll och roller allteftersom primärvården kan ta på sig ökade arbetsuppgifter i gränsområdet mot andra vårdgrenars

ansvarsområden och i introducerandet av samhällsmedicinskt arbete i primärvården”.

En mera kritisk syn på primärvårdens utbyggnad har *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund*, som anser ”att den vårdstruktur som HS 90 presenterat i sig har ihjäl de ursprungliga och riktiga målen som närhet, lättillgänglighet, personlig service, hemtjänst etc. Så t.ex. kan och skall inte primärvården ha något företagshälsovårdsansvar. Denna skall byggas upp i egen ordning, menar förbundet”.

8.3 Specialister i primärvården

HS 90

HS 90 framhåller att allmänmedicin är det kunskaps- och färdighetsområde som utgör grunden för att primärt handlägga oselektade medicinska problem och för att ansvara för hälsotillståndet i en avgränsad befolkning. Primärvårdens kompetens vidgas också genom olika specialistkunskaper. Den organisatoriska anknytningen för andra specialisläkare än allmänmedicinare i primärvården bör avgöras med hänsyn till lokala förhållanden.

Remissinstanserna

Flera remissinstanser redovisar sin syn på hur efterfrågan på vård genom andra specialister än allmänmedicinare skall tillgodoses.

Ett flertal *landsting* kommenterar frågan om specialister i primärvården. Flertalet av de huvudmän som berört frågan synes föredra att specialistvård förmedlas inom ramen för eller i anslutning till primärvården, bl.a. *Skaraborgs läns landsting* anför härvid ”det måste betonas att diagnostiserande och behandlade uppgifter liksom den medicinska kvaliteten inom primärvården inte får åsidosättas. Det bör därför vara naturligt att primärvården i den framtida organisationen har en god tillgång till specialiserad kompetens”. Några huvudmän anger dock att endast specialister i allmänmedicin skall svara för läkarinsatser inom primärvården.

Bland de *landsting* som förordar specialister i primärvården anger alla förutom *Kristianstads läns landsting* att dessa bör knytas som konsulter till primärvården och således organisatoriskt sorteras under länssjukvården. *Kristianstads läns landsting* betonar härvid ”med utredningens betoning av primärvårdens helhetssyn och samordningsansvar finner hälso- och sjukvårdsnämnden det positivt att utredningen anser att länssjukvårdens specialister kan direkt ingå i primärvården. Härigenom kan en geografisk utlokalisering av sjukhusens polikliniska verksamhet ske med åtföljande förbättrad service till patienterna samt kompetensmässiga förstärkningar och kunskaphöjande effekter för primärvårdens olika personalkategorier”.

Landstingsförbundet anser det inte lämpligt att centralt reglera hur specialistbehovet i primärvården skall tillgodoses eller hur vården organisa-

toriskt skall byggas upp och ledas.

Statens handikappråd känner stark oro över primärvårdens möjligheter att tillgodose många handikappades omfattande och angelägna vårdbehov. Rådet vill därför betona att för många handikappade kan en nära och regelbunden kontakt med en specialist vara en lika stor trygghetsfaktor som tillgången till en allmänläkare på hemorten.

Svenska kommunförbundet framhåller att helt avgörande för primärvårdens trovärdighet och tilltro inför allmänheten är att den vård som ges har en hög kvalitet och understryker behovet av specialistkompetens framför allt inom barnhälsovård, mödravård och gynekologi. Det ankommer på huvudmännen att i områden där primärvården ej förfogar över tillräcklig kompetens ansvara för att behovet tillgodoses genom konsultmedverkan från läns- och/eller regionsjukvården.

LO menar att läkarna i primärvården inte bara får utgöras av allmänpraktiserande läkare utan även av specialister inom områden som skall tillgodose viktiga vårdbehov.

TCO och *SHSTF* framhåller att primärvården bör ha tillgång till specialistkompetens och då inte endast specialisläkare utan t.ex. ortoptister, oftalmologassistenter samt barnsjuksköterskor för barn med svårare sjukdomsbild.

HCK menar att personer med mindre allmänt förekommande sjukdomar måste garanteras tillgång till specialistvård så att de inte blir "försökskaniner" på varje vårdcentral utan garanteras en adekvat vård.

Bröstcancerföreningarnas riksorganisation (BRO) anger att de är ytterst oroade av den debatt som uppstått runt läkarspecialisternas vara eller icke vara i primärvården. BRO vill med skärpa understryka att en kvinna om hon så önskar skall ha möjlighet att vända sig direkt till gynekolog utan remissväng. Det är viktigt att i primärvården ha tillräckligt antal gynekologer så att specialistkompetensen verkligen blir tillgänglig för kvinnan i närheten av deras bostadsorter. Med yttersta skärpa understryks vikten av att kvinnan med knutor i bröstet kan nå onkolog utan remissväng.

Socialdemokratiska kvinnoförbundet anser att möjligheter för kvinnor att utan remiss besöka en gynekolog skall finnas kvar i framtiden. *Centerns*, *folkpartiets* och *moderata kvinnoförbunden* ger uttryck för samma inställning.

8.4 Särskild äldrehälsovårdsservice

HS 90

HS 90 föreslår – mot bakgrund av de hälsorisker och vårdbehov som föreligger för äldre, och som klarlagts bl.a. genom omfattande hälsoundersökningar bland äldre i Göteborg – att primärvården bör söka former för att erbjuda en aktiv hälsovård för äldre, i första hand i åldrar över 75 år, som ges god täckning jämförbar med den som gäller för hälsovården för mödrar och barn.

Remissinstanserna

Flertalet remissinstanser har inte kommenterat förslaget. Det tillstyrks uttryckligen av *Svenska kommunalarbetsförbundet* som anför att en systematisk hälsovård för äldre är ett bra exempel på en mer framåtriktad hälsovård. *PRO* instämmer i HS 90:s bedömning att primärvården skall svara för hälsovård för äldre. *Sveriges pensionärs riksförbund* anser att den föreslagna hälsokontrollen bör starta tidigare för att bibehålla kontinuitet med tidigare hälso- och sjukvård under den yrkesverksamma tiden. Det torde, menar förbundet, vara helt naturligt att allmänna hälsokontroller införs för alla pensionärer med början vid 65 år då den värdefulla hälsokontroll man haft genom företagshälsovården för många upphör. *Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund* ställer sig bakom förslaget mot bakgrund av att en sådan aktiv hälsovård blir viktig för den stora och alltjämt ökande andelen äldre.

Svenska Läkaresällskapet anser att förslaget innebär en ambitiös satsning som dock inte bör genomföras innan mycket noggranna kostnads/effektanalyser utförts och ytterligare försöksverksamhet utvärderats.

De fem *landsting* som tar upp frågan om en äldrehälsovårdsservice är i princip positiva till att inrätta en sådan. *Uppsala läns landsting* framhåller emellertid att "det kan finnas skäl att vidta särskilda åtgärder för denna grupp. Det är dock tveksamt om åtgärderna skall byggas upp enligt samma principer som beträffande barn- och mödrehälsovården, vilket föreslås i utredningen. Målet om vård på lika villkor talar närmast för att primärvården skall utformas generellt så långt möjligt och erbjudas alla i upptagningsområdet på lika villkor".

8.5 Långtidssjukvårdens utveckling

HS 90

HS 90 föreslår att vården av långtidssjuka så långt möjligt skall decentraliseras till förmån för vård i eget hem med stöd av hemsjukvård eller vid lokala sjukhem. Huvudansvaret för denna decentraliserade långtidssjukvård bör åvila primärvården vilken skall svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl. Vidare skall långtidssjukvården inom ramen för primärvården svara för viss rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede.

Remissinstanserna

Remissinstanserna är genomgående positiva till en vårdideologi med en ökad sjukvård i det egna hemmet. Flertalet remissinstanser som berör de organisatoriska frågorna tillstyrker att primärvården skall få vidgade uppgifter vid vården av långtidssjuka. Många pekar på problemen kring samverkan och samordning mellan primärkommunala vårdgivare inom

socialtjänsten och landstingskommunernas primärvård och länssjukvård. Bl.a. i reservationer och särskilda yttranden framförs förslaget att överväga ett primärkommunalt huvudmannaskap för primärvården för att minska dessa problem. *Socialstyrelsen* säger att den aktuella frågan om ett överförande till primärkommunerna av vissa delar av det landstingskommunala huvudmannaskapet bör följas genom att analysera erfarenheter från bl.a. Norge och de s.k. frizonsförsöken.

Landstingsförbundet framhåller att en utbyggnad av sjukvårdsinsatserna i hemmet är en humanitärt angelägen förändring. I jämförelse med institutionsvården skärper en utbyggd hemsjukvård kraven på personalens utbildning.

Svenska kommunförbundet pekar på betydelsen av att gränsdragningen mellan primärvårdens och socialtjänstens ansvarsområden klargörs. De områden som främst berörs är hemsjukvård, äldreomsorg och insatser för olika handikappgrupper. Även inom det psykiatriska vårdområdet och vården av alkohol- och narkotikamissbrukare är det svårt att definiera vad som är medicinskt respektive socialt vårdbehov. Förbundet anser att problemen i dessa sammanhang endast marginellt berörs i HS 90-studierna vilket förbundet ser som en allvarlig brist. Problemställningarna måste få hög prioritet i det fortsatta arbetet med att förverkliga HS 90:s förslag, menar förbundet.

Svenska kommunalarbetsförbundet anser att merparten av långvården kan ske i en lokalt förankrad vårdorganisation under mera hemliga former och den sjukhusanslutna långvården bör begränsas till sådan vård som kräver särskilda vårdresurser.

TCO framhåller att en ökad hemsjukvård förutsätter god tillgång till sjukvårdspersonal i samverkan med andra berörda yrkesgrupper som t.ex. apotekspersonalen. *TCO* vill understryka att anhöriga aldrig direkt eller indirekt får tvingas att ta på sig ansvaret för en närståendes vård p.g.a. bristande resurser från samhällets sida. *TCO* avvisar också alla tankar på att hemsjukvården skulle byggas på anhörigvårdare som är deltidsarbetande eller arbetslösa.

DHR framhåller att möjligheterna för människor med stora funktionsnedsättningar att bo i en egen bostad och i denna få den service och vård man är i behov av varierar kraftigt i olika delar av landet vilket i många fall beror på att de båda huvudmännen inte funnit former för en konstruktiv samordning av insatserna. Stödet till anhöriga är undermåligt, hävdar förbundet.

Vad gäller hemsjukvårdens möjligheter att avlasta långvårdsklinikerna anför *Läkarförbundet* dock i denna fråga bl.a. följande: "Förbundet anser att i hela sjukvårdens intresse måste det ske en radikal revision av den grovt stympade länslångvård som HS 90 övertagit från primärvårdsutredningen, inte, som man påstår, från HS 80. Ingen aldrig så fullbemannad, fullärd och hemsjukvårdsutbyggd primärvård kan, mer än möjligen marginellt, fylla ut funktionen mellan HS 90-ramen och långvårdsmedicinens praktiskt doku-

menterade resursbehov. Den föreslagna 25/100 000-ramen skulle ge en funktionsoduglig resursspilla. Detta kan åskådliggöras med att peka på den bl.a. i HS 90 nämnda verksamheten i Hudiksvall. Upptagningsområdet har ca 50 000 invånare, vilket enligt HS 90-normen skulle ge 12–13 klinikplatser. Idag har man i verkligheten 104 och svarar dessutom för ett större sjukhem. Ytterligare en välfungerande långvårdsorganisation omnämns i HS 90, den i Göteborg. HS 90-normen skulle där betyda 106 platser mot nu 825 (det finns också över 2 000 sjukhemsplatser)".

Ett flertal *landsting* berör långtidssjukvårdens framtida utveckling. Flera landsting beklagar härvid att direktiven inte omfattat långtidssjukvården som helhet och bl.a. framhåller *Gävleborgs läns landsting* att "landstinget ställer sig starkt kritiskt till att HS 90-arbetet inte i tillräcklig omfattning behandlat den del av landstingens vård och omvårdnadsuppgift som väger tyngst i den vardagliga verksamheten och i den vårdpolitiska debatten – nämligen vården av de äldre. En felaktig organisation och otillräckliga resurser i en del av de samlade resurserna för vården och omsorgen av de äldre ger omedelbara effekter i framförallt ett ökat behov av slutet somatisk korttidsvård. En förutsättning för en reducering av antalet vårdplatser i somatisk korttidsvård är därför att vården av de äldre och långtidssjuka utvecklas i en positiv riktning".

Östergötlands läns landsting föreslår ett kompletterande utredningsarbete och anför att den kan "finnas skäl i att ta ett mera enhetligt grepp i hela frågan om psykisk och fysisk hälso- och sjukvård för äldre. Landstinget föreslår därför att centrala instanser ges i uppdrag att genomföra en sådan studie. Sjukvårdshuvudmännen och säkert även primärkommunerna skulle uppleva detta som en stor hjälp i utvecklingsarbetet".

Sjukvårdshuvudmännen uttrycker en stor enighet om de allmänna principer för sjukvård i hemmet och vård vid lokala sjukhem som uttrycks i utredningen och av remissyttrandena framgår att ett omfattande förändringsarbete bedrivs inom landstingen. Bl.a. konstaterar *Norrhottens läns landsting*:

"När det gäller långtidssjukvården, eller, snarare samhällets samlade insatser inom äldreomsorgerna, bedömer landstinget att stora förändringar är nödvändiga i syfte att vända trenden bort från institutionsvård till förmån för vård och omsorg i eget boende. På senare tid har bl.a. i massmedia redovisats olika exempel på hur man genom satsning på personalutveckling, samverkan med primärkommun samt framför allt genom att ta till vara individens egna förutsättningar kan med bibehållen kvalitet minimera omhändertagandet i institutionella former. Med utgångspunkt i bl.a. dessa erfarenheter och pågående överläggningar med ett flertal av länets primärkommuner avser landstinget att inom den närmaste tiden utarbeta och ta ställning till en förändrad inriktning av långtidssjukvården. Detta bedöms komma att åtminstone göra en fortsatt vårdplatsutbyggnad inom långtidssjukvården obehövlig, möjligen rentav kunna medföra ett sänkt behov.

Vilka konsekvenser en sådan förändrad inriktning av äldreomsorgerna kan få i fråga om personalbehov inom dels landstingsverksamheten som sådan, dels den primärkommunala äldreomsorgen är det inte möjligt att ännu bedöma. Ett är emellertid helt klart, nämligen att stora utbildningsinsatser måste göras för att få personalen att positivt ställa upp på en annorlunda värdideologi och ändrade arbetsformer. Även information till de äldre själva och deras anhöriga kommer att vara avgörande om en förändrad inriktning skall kunna uppnås. Ekonomiskt kommer sannolikt inga stora besparingar att kunna göras för landsting och kommuner på personalkostnadssidan. Behovet av investerings- och underhållsmedel kommer däremot att väsentligt kunna minskas".

Liknande synpunkter angående det framtida behovet av vårdplatser inom långtidssjukvården framförs av flera andra landsting. Vidare betonas särskilt att ansvarsfördelning och samverkan mellan landsting och primärkommuner måste utvecklas och bl.a. framhåller *Stockholms läns landsting* att "hemsjukvården förutsätter samarbete mellan landstingen och kommunerna. Organisation och resurser måste planeras gemensamt av huvudmännen och hänsyn måste också tas till kommunernas förutsättningar".

Skaraborgs läns landsting anger även att "i detta sammanhang måste landstinget framhålla nödvändigheten av att en gemensam vardfilosofi kan uppnås med de primärkommunala myndigheterna om hur vard, omvårdnad och socialtjänst skall kunna tillgodose ett växande krav från människorna om att få stöd och hjälp i former som så lite som möjligt inkräktar på och begränsar den vanliga vardagen."

Sjukvårdshuvudmännen synes i princip tillstyrka att hemsjukvården och sjukhem organisatoriskt bör ingå i primärvården. *Stockholms läns landsting* anför dock att "den somatiska långvården i Stockholms läns landsting har en betydande omfattning och besitter en bred kompetens. För vård och behandling av patienter med kroniska eller mycket långvarliga sjukdomar är därför samverkan och integrering av primärvårdens och långvårdsmedicinens kompetens det mest angelägna" och *Örebro läns landsting* framhåller att en förutsättning få en god kvalitet inom långtidssjukvården är att "företrädare för långvårdsmedicin med deras speciella kompetens i gerontologi och geriatrik ges tillräckligt utrymme som konsulter och utbildare".

Långvårdsklinikernas framtida ställning och uppgifter tas upp av några landsting vilka menar att denna fråga inte belysts tillräckligt i utredningen.

Några landsting betonar att sjukhemsvården måste ges en mer hemliknande miljö och att detta förutsätter att vissa långvårdsenheter successivt moderniseras eller avvecklas. Vidare anger något landsting att det är angeläget att anhörigas medverkan i vården uppmärksammas och underlättas.

9 Länssjukvårdens långsiktiga utveckling (kap. 7)

HS 90

HS 90 redovisar, mot bakgrund av en analys av förändringarna i diagnos- och åtgärdsplaner och i vårdplatser under 70-talet, en bedömning av den framtida utvecklingen och förändringsbehoven inom olika discipliner. Om primärvården utvecklas enligt angiven inriktning bedöms en fortsatt reducering av vårdplatserna kunna ske enligt den faktiska utvecklingen under perioden 1977–82, dvs. ca 550 platser per år. Jämfört med nuläget skulle detta mot slutet av 90-talet innebära en reduktion av vårdplatserna med ca en fjärdedel. Medicinklinikerna och allmänkirurgin bedöms bli föremål för den kraftigaste omstruktureringen när det gäller den s.k. somatiska korttidsvården. Eftersom mer än hälften av vårdplatserna finns vid länssjukhusen, som antalsmässigt utgör ca 2/3 av akutsjukhusen, måste med nödvändighet konsekvenserna bli särskilt stora för dessa sjukhus.

HS 90 förordar vidare rationaliseringar i form av gemensamma vårdplatser för flera kliniker, gemensamma jourlinjer, femdagarsvård m.m. Behovet av ett kraftfullt centralt stöd för förändringsarbetet poängteras.

9.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter

Många remissinstanser kommenterar HS 90 i denna del. Några redovisar mycket ingående kommentarer. Åtskilliga framhåller de stora svårigheterna att bedöma förändringsbehoven och svårigheterna att genomföra förändringar på kort sikt.

Landsstingsförbundet vill starkt betona värdet av HS 90:s kartläggning och analys av grundläggande medicinska behov inom olika specialiteter samt gjorda uppskattningar av en tänkbar framtida utveckling. Förbundet framhåller att med den geografiska struktur som finns i landet måste en betydande del av akutvården även framdeles bedrivas vid mindre sjukhus om inte avstånden för patienterna skall bli oacceptabelt stora. Härför krävs statligt stöd genom anpassning av utbildning och specialiseringsbestämmelser m.m. Av särskild betydelse är också bestämmelserna om läkarnas medicinska ledningsansvar, specialistinriktning och jourverksamhet. Mot bakgrund av att HS 90-materialet antyder att små sjukhus kan ha problem att erbjuda en otillfredsställande behandling av sällsynta sjukdomar framhåller förbundet att man tillmäter kvalitetsfrågorna stor betydelse och att man tidigare av socialstyrelsen har begärt att problemen preciseras utifrån medicinska säkerhetskrav eller andra relevanta faktorer.

Samtliga *landsting* instämmer i att en strukturförändring och reduktion av länssjukvården är nödvändig inför 1990-talet och man konstaterar att denna utveckling redan inletts samt att utredningens övergripande syn på länssjukvården ligger i linje med den nuvarande planeringen inom landstingen.

Flera landsting framför kritiska synpunkter angående de metoder som använts i avsnittet för att beräkna resursbehoven. Bl.a. konstaterar *Jönköpings läns landsting* att "den inledande beskrivningen av vårdresurser och vårdutnyttjande, som underlag för bedömningar om länssjukvårdens utformning och dimensionering, är ytterst tveksam all den stund HS 90-utredningen själv dömer ut detta begränsade sätt att beskriva verksamheten. När det gäller framtiden borde det varit av betydligt bättre värde om modeller och tekniker angivits som gör det lättare för landstingen att själva bedöma länssjukvårdens dimensionering utifrån behov och mål".

Beträffande motiven för omstruktureringen av länssjukvården anför *Värmlands läns landsting* att "det är felaktigt att ha kostnadsaspekten som främsta utgångspunkt för en reduktion av vårdplatserna. Landstinget menar att det viktigaste sjukvårdspolitiska problemet är att åstadkomma ett vårdutbud som gör det möjligt att ta hand om patienterna i adekvat vårdform".

Inte någon huvudman avvisar helt möjligheterna till en omstrukturering och reduktion av den slutna länssjukvården i det egna landstinget.

Några landsting berör den i utredningen föreslagna dimensioneringen och normerna vad avser antal vårdplatser. *Älvsborgs län* "är tveksamt till om vårdplatsminskningen kan ske till den i utredningen redovisade kvantiteten". Liknande synpunkter framförs även av *Göteborgs kommun*. Bl.a. *Värmlands* och *Södermanlands läns landsting* anger att de i normerna angivna målen måste ses mycket långsiktigt, men anger att de torde vara möjliga att uppnå på sikt. *Östergötlands läns landsting* pekar på att "vid framtida diskussioner om ytterligare nedskärningar av vårdplatser inom akutsjukvården måste beaktas att det blir allt fler äldre människor som får vård vid akutklinikerna. Utvecklingen på det medicinska området har gjort att idag opereras mycket gamla patienter. För enbart ett tiotal år sedan hade man inte bedömt det vara möjligt att göra sådana insatser. Den här utvecklingen gör det svårt att bedöma möjligheterna att ytterligare reducera antalet akutplatser. Möjligen kan vissa reduceringar genomföras vid länets medicinkliniker som ännu inte genomgått en begränsning med hänsyn till redan gjord satsning på sjukvård i hemmet m.m. Därutöver kan en del vårdplatseffekter uppstå genom ökad samordning länets fyra sjukhus emellan. Totalt sett anser landstinget att utvecklingen är ett gott stycket på väg mot ett av de mål rapporten beskriver för 1990-talet. Östergötlands läns landsting anser att målet 3,5-4,0 vårdplatser per 1000 invånare är möjligt att nå inom planperioden".

Sjukvårdshuvudmännen tillstyrker således en successiv reduktion av den slutna vården. Ett flertal landsting är däremot kritiska mot att en avveckling av vårdplatser i första hand bör genomföras vid de mindre länsdelssjukhusen. T. ex. anför *Gävleborgs läns landsting* att "landstinget delar däremot inte HS 90:s bedömning att en reducerad slutenvårdsvolym i länssjukvården främst skulle drabba de mindre sjukhusen. Utredningen redovisar inte heller

ringen inpassas i den löpande vårdplaneringen”.

Socialstyrelsen ställer sig bakom den utveckling och de förslag som presenteras beträffande en förändrad vårdstruktur och länssjukvårdens långsiktiga utveckling. I det fortsatta planeringsarbetet kommer styrelsen särskilt att uppmärksamma allmän kirurgi, allmän internmedicin och långvårdsmedicin. Den avancerade kirurgin inom länssjukvården kommer alltmer att koncentreras, men det finns ett behov av en viss decentraliserad akutkirurgi och sannolikt också annan mindre vårdkrävande kirurgi. Det kommer därför troligen att finnas behov av allmänskirurger med bredare utbildning. Analogt förhållanden finns när det gäller allmänmedicinen. Långvårdsmedicinen går mot en renodling av klinikerna som huvudsakligen kommer att bli rehabiliteringskliniker. Av stor betydelse, säger styrelsen, för den fortsatta utvecklingen av länssjukvården är också en ökad beredskap inom primärvården att svara för akutsjukvård och jourtjänstgöring. Det är viktigt att eventuella vårdplatsreduktioner sker först sedan en avlastning genom förstärkt primärvård och utökade primärkommunala insatser etc. har kunnat påvisas.

En del remissinstanser är mera kritiska mot HS 90:s bedömningar och förslag beträffande länssjukvården. T.ex. *RRV* anser att den föreslagna principen att koncentrera den slutna akutsjukvården är riktig både av kostnadsskäl och med hänsyn till kraven på medicinsk säkerhet och kvalitet. Enligt *RRV*s bedömning finns det dock anledning att förmoda att kraven gentemot akutsjukvården liksom hittills kommer att öka genom en utveckling mot kortare vårdtider, ökad genomströmning och äldre patienter. Det finns därmed stor risk att detta liksom hittills kommer att innebära en personalförtätning och därmed en personell expansion inom akutsjukvården. Utrymmet för en parallell expansion av primärvården blir då i motsvarande grad reducerat. *RRV* anser vidare att det är svårt att överblicka de sammantagna effekterna av en satsning på förebyggande insatser. Enligt vad *RRV* kan bedöma finns den paradoxala möjligheten, åtminstone i ett kortare perspektiv, att en förbättrad hälsa och ev. ökad livslängd ytterligare kan öka kraven på akutsjukvården, t.ex. genom att fler och ytterligare äldre blir oftare akut sjuka.

Enligt vad *RRV* kunnat finna har utredningen i liten utsträckning diskuterat ovanstående problematik eller givit konkreta förslag till ett genomförande av den önskvärda omstruktureringen av vårdapparaten resp begränsningen av akutsjukvården. *RRV* anser att det hade varit värdefullt om utredningen i detta sammanhang mer utförligt hade redovisat de resonemang som förs angående dels ett system med primärvårdsbudgetering, dels förändrad klinikstruktur och vårdavdelningsorganisation”.

TCO anser att rapportens förslag till förändringar om länssjukvården utgår från ett allt för osäkert underlag. Antalet vårdplatser är enligt utredningen själv ett otillräckligt mål men ändå används detta som grund för överväganden. Över huvudtaget behövs ett bättre underlag för att huvudmännen ska

kunna göra nödvändiga omfördelningar av resurser. Allmänt anser TCO att omstruktureringen inom länssjukvården kan medföra större problem än vad utredningen angett. Det är nämligen fråga om ganska betydande förändringar.

SHSTF anför liknande synpunkter liksom *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund* som avvisar tanken på att skära ner inemot en fjärdedel av den slutna akutsjukvården.

Läkarsällskapet och *Läkarförbundet* redovisar särskilt omfattande kommentarer.

Sammanfattningsvis bedömer *Läkarsällskapet* "frågan om eventuell reduktion av vårdplatsantalet inom den somatiska akutsjukvården som mycket svåranalyserad. Avlastande faktorer som utbyggnad av primärsjukvård och primärkommunal äldreomsorg kan i stor utsträckning motverkas av t.ex. befolkningens ändrade åldersammansättning och sociala struktur. Vid en sammanvägning av dessa förhållanden bedömer *Läkarsällskapet* det som osannolikt, att vårdplatsreduktioner av den storleksordning som anföres i HS 90 kan komma att realiseras under planeringsperioden. *Läkarsällskapet* vill också hänvisa till de betydligt minskade medelvårdtider inom exempelvis medicin och kirurgi som under senaste decenniet inträffat trots minskningen av vårdplatsantalet. Detta talar inte för att det skulle finnas någon orimligt stor andel av långvårdsfall eller andra klinikfärdiga patienter på dessa kliniker. Ytterligare bör anföras, att framför allt medicin- och kirurgkliniker i allmänhet har 85–90 % av alla intagningar i form av akutfall.

Medelbeläggningen av disponibla vårdplatser på sådana kliniker ligger ofta omkring 100 %, vilket innebär ett oacceptabelt antal överbeläggningar en stor del av året. Med denna bakgrund är det, enligt sällskapet utomordenligt angeläget, att eventuella vårdplatsreduktioner genomförs försiktigt och först sedan en reell avlastning genom förstärkt primärvård och utökade primärkommunala insatser etc. kunnat påvisas.

Läkarsällskapet anser att rationaliserings- och effektiviseringsarbete även bör genomföras inom länssjukvården, men finner HS 90:s förväntningar rörande volymminskning och radikal omstrukturering i resursbesparande syfte som helt orealistiska. Enligt *Läkarsällskapet*s uppfattning har HS 90 inte värnat tillräckligt om kvaliteten i den slutna somatiska korttidsvården utan alltför ensidigt uppehållit sig vid nedskärningsdiskussionerna."

Läkarförbundet anför bl.a. att "i sina bedömningar av möjligheter till vårdplatsminskningar har HS 90 helt bortsett från de demografiska förändringar som kan förutses inom planeringsperioden. Man kommer att få en betydande ökning av antalet åldringar över 80 år – den åldersgrupp som har den största konsumtionen av såväl akut som kronisk somatisk slutenvård. Det sociala mönstret kommer också att förändras genom att andelen ensamstående inom befolkningen (särskilt kvinnor) kommer att öka, vilket också minskar möjligheterna till sjukvård i hemmet. *Läkarförbundet* vill

även peka på att möjligheterna att överföra uppgifter till hem sjukvården i viss mån kan motverkas av tendensen att lägga ned traditionella ålderdomshem, som i realiteten vårdat åtskilliga långtidssjuka.

I HS 90 framförs som argument för den radikala vårdplatsnedskärningen inom somatisk akutsjukvård – förutom primärvårdens förmodade avlastningseffekt – vissa studier som visat stora skillnader mellan olika landsting vad gäller vårdkonsumtion. Enligt studierna är dessa skillnader i vårdutnyttjande främst relaterade till tillgången på vårdresurser. HS 90 tolkar detta som tecken på att det inom vissa regioner finns en överkapacitet i den slutna vården. Läkarförbundet vill emellertid framhålla, att orsakerna till den skiftande vårdplatstillgången är mycket svåranalyserade. Man kan inte utan vidare utgå ifrån att den lägsta vårdplatstillgången och den lägsta vårdkonsumtionen motsvarar det optimala förhållandet. I totalbilden måste man ta in sådana faktorer som åldersstruktur, epidemiologi, omhändertagande av äldre sjuka i andra vårdformer än inom somatisk sjukvård m.m. Här torde även geografiska förhållanden spela en stor roll.

Som ett ytterligare skäl åberopar HS 90 förhållandet att det inom särskilt medicin- och kirurgiklinikerna skulle finnas en stor andel s.k. klinifärdiga patienter som med fördel kan vårdas i annan form. Läkarförbundet anför dock att medelvårdtiderna inom medicin och kirurgi har förkortats betydligt under det senaste decenniet, trots att antalet vårdplatser har minskat och enligt förbundet talar detta inte för att det skulle finnas någon omotiverat stor andel långvårdsfall eller andra klinifärdiga patienter på dessa kliniker.

Vid en sammanvägning av dessa faktorer bedömer läkarförbundet det som orealistiskt att så stora vårdplatsreduktioner som föreslås i HS 90 kan genomföras under planeringsperioden. Eventuella vårdplatsreduktioner kan ske först sedan en avlastning genom förstärkt primärvård och utökade primärkommunala insatser etc. har kunnat påvisas.

Enligt läkarförbundets mening finns inget underlag för en samlad bedömning i vilken utsträckning läns(dels)sjukhus kan läggas ned, sammanläggas med närbelägna länssjukhus eller omstruktureras till vårdinrättningar med enbart planerad slutenvård. Dessa avgöranden måste ske lokalt. Som utredningen påpekar, kommer här också in överväganden av sysselsättningspolitisk art m.m. Många av läns(dels)sjukhusen har en rationell drift och låga vårdkostnader. Det finns heller inte tillräcklig dokumentation för att styrka, att en omstrukturering av de små länssjukhusen skulle medföra lägre sjukvårdskostnader totalt sett. Man måste därför varna för överdrivna förväntningar att man skall kunna lösa hälso- och sjukvårdens totala resursproblem genom ensidig nedskärning av länssjukvården.”

Läkarförbundet redovisar därefter en detaljerad genomgång av sina bedömningar av förslagets konsekvenser för 20 specialiteter. Genomgående menar man att några nämnvärda vårdplatsreduktioner inte kan bli aktuella i HS 90:s planeringsperspektiv.

Handikapporganisationerna ger uttryck för en kritisk syn beträffande

HS 90:s bedömningar kring länssjukvården. Behovet av rehabiliteringskliniker i landsting som saknar sådana påpekas liksom att det saknas specialister, t.ex. läkare, sjukgymnaster och dietister inom viktiga områden för vård och rehabilitering. *HCK* anser att primärvårdens utbyggnad – som man i och för sig ställer sig bakom – inte får ske på bekostnad av nödvändig utbyggnad av vård som finns idag, eftersom den redan nu är otillräcklig för många handikappade. *DHR* är oroad över en massiv satsning på förebyggande och primärvårdsinsatser om inte dessa åtföljs av förbättringar inom specialistvården och rehabiliteringen. Enligt *DHR*:s uppfattning innebär ett genomförande av många av utredningens förslag en dramatisk och negativ konsekvens särskilt för människor med udda sjukdomar och funktionshinder. *Svenska diabetesförbundet* kan inte acceptera en ensidig utbyggnad av primärvården på bekostnad av länssjukvården. Länssjukvården i den form den har idag måste tillföras ytterligare resurser. Förbundet anser att s.k. typ I-diabetes patienter skall tillhöra länssjukvården och inte kan erbjudas adekvat vård i primärvården. *Neurologiskt handikappades riksförbund (NHR)* kritiserar HS 90:s bedömning av att neurologiska vårdplatser i länssjukvården kan reduceras. Detta strider mot *NHR*:s uppfattning byggd på lång och egenhändigt upplevd erfarenhet att det i stället krävs en betydande utbyggnad av neurologispecialiteten på länsnivå. *Riksförbundet för njursjuka* har likartade allmänna åsikter och framhåller att antalet personer i eller i behov av aktiv uremivård kommer att ha fördubblats mot slutet av 1980-talet, varför nya resurser måste tillföras sjukhusvården.

Sveriges folkpensionärers riksförbund gör bedömningen att utvecklingen av sjukdoms- och skadepanoramata och handikapp kommer att kräva betydande resurser i form av specialistvård.

Centerns kvinnoförbund anser att sjukvårdshuvudmännen måste få fria händer att pröva okonventionella lösningar så att de minsta länsdelssjukhusens karaktär av decentraliserade medicinska centra kan upprätthållas.

9.2 Överföring av viss öppen vård från sjukhusen till primärvården

HS 90

Ca hälften av alla öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården är f.n. förlagda till sjukhusens mottagningar. HS 90 bedömer att en betydande del härav bör kunna förläggas till primärvården.

Remissinstanserna

Några remissinstanser kommenterar uttryckligen denna fråga. *Läkaresällskapet* anför att "sällskapet instämmer i denna målsättning men vill även här betona, att försiktighet måste iaktas vid eventuell nerdragning av öppenvårdsresurserna vid sjukhusen. Genom allmänläkarnas mångskiftande arbetsuppgifter kommer deras kunskap och erfarenhet beträffande kompli-

cerade eller ovanliga sjukdomstillstånd att minska. Detta medför ett ökat remissbehov till specialisterna inom länssjukvården. Alternativet är förstärkning av primärvården med olika organspecialister. Detta kan betecknas om en önskvärd utveckling inom exempelvis obstetrik och gynekologi (utbyggd mödrahälsovård etc.) men kan vara mindre rationellt beträffande andra specialiteter (exempelvis allmän intermedicin och allmän kirurgi).

Läkarsällskapet vill också påpeka, att framför allt medicinkliniker och kirurgkliniker vid de små länssjukhusen med ständig akutsjukvård måste ha en så stor läkarstab, att ett betydande utrymme kommer att finnas även för öppenvårdsuppgifter. Det kan då vara onödigt och oekonomiskt att flytta över patientgrupper från den sjukhusanknutna mottagningen till vårdcentralerna. Slutligen måste man, för bibehållande av specialisternas 'referensramar' och för utbildningen av sjukvårdspersonal, ha kvar en viss andel oselektat patientklientel vid de öppna sjukhusmottagningarna".

Möjligheterna att begränsa öppenvården vid sjukhus i anslutning till utbyggnad av primärvården berörs av några landsting. *Östergötlands läns landsting* framhåller att reduktionen av sjukhusens öppenvård är mer problematisk än vad gäller vårdplatsminskningarna och framhåller att "utveckling har ännu inte inletts när det gäller den öppna vården vid sjukhusen. Därvidlag kan man räkna med en väsentligt längre omställningsprocess. Detta beror inte minst på de attityder som finns inom akutsjukhusen till att minska mottagningsverksamheten – inklusive läkarantalet – till förmån för omhändertagande inom primärvården". *Kronobergs läns landsting* tror däremot på en snabbare utveckling och anger att "inom landstinget har påbörjats ett arbete som har till syfte att åstadkomma överenskommelser mellan specialistklinikerna och vårdcentralerna om en arbetsfördelning dem emellan. Målsättningen, vilken även antagits i landstingets verksamhetsplan, är att i en första etapp överföra hälften av den primärvård som bedrivs vid läns- och länsdelssjukhusen under en treårsperiod".

Som tidigare nämnts förordar *Värmlands läns landsting* remisskrav för läkarbesök inom länssjukvården och anför som motiv att "det bör framhållas att syftet med ett remissförfarande är att det skall bidra till att patienterna skall komma i åtnjutande av den specialiserade vården på sjukhus i den turordning som motiveras av medicinska skäl. Därav följer att resurserna inte blockeras av patienter som sökt direkt och vars behov av den specialiserade vården inte prövats i förväg. En patient som remitteras till länssjukvården skall ha behov av en vård som kräver annan kompetens än den läkare inom primärvård besitter. Vissa undantag från remisstväng bör göras (abortärenden och könssjukdomar)".

Örebro och *Kronobergs läns landsting* pekar på att vårdutbildningarna ställer krav på ett oselektat patientmaterial.

I övrigt, beträffande t.ex. handikapporganisationernas inställning, hänvisas till redovisningarna under de allmänna synpunkterna.

9.3 Minskning av vårdplatser inom vissa discipliner

HS 90

HS 90 bedömer att en minskning av antalet vårdplatser inom länsjukvården med en fjärdedel, dvs. ca 10 000, torde vara möjligt att uppnå mot slutet av 1990-talet, med tyngdpunkten förlagd till minskningar inom allmän internmedicin, allmän kirurgi och långvårdsmedicinska enheter vid sjukhusen.

Remissinstanserna

Remissinstansernas allmänna bedömningar i denna fråga framgår under de allmänna synpunkterna i avsnitt 9.1.

De fåtal *landsting* som tar upp möjligheterna till reduktion inom enskilda discipliner instämmer med utredningen i att medicinklinikerna är de enheter där de största möjligheterna till neddragningar finns. *Västmanlands läns landsting* anför dock att det mot bakgrund av rådande överbeläggningar och en i övrigt hög beläggning f.n. är orealistiskt att minska medicinklinikernas vårdplatsantal.

Även *Skaraborgs läns landsting* pekar på att delar av länsjukvården f.n. inte kan ställa resurser till förfogande för människor med stora behov av medicinska insatser och nämnder som exempel ögonsjukvård, reumatologi, ortopedi, cancersjukvård och kvalificerad rehabilitering.

9.4 Storkliniker, samjourer och andra rationaliseringar

HS 90

HS förordar rationaliseringar inom länsjukvården i form av bl.a. gemensamma vårdplatsavdelningar för flera kliniker, gemensamma jourlinjer, fem-dagarsvårdsenheter, patienthotell m.m.

Remissinstanserna

Ett flertal *landsting* berör utredningens förslag om rationalisering inom länsjukvården genom införande av gemensamma vårdavdelningar. Förslagen tillstyrks genomgående och några huvudmän konstaterar att systemet redan prövats eller att planering för införandet av en sådan organisation pågår.

Några *landsting* tar upp frågan om möjligheterna att samordna jourverksamheten. Förslaget tillstyrks av bl.a. *Värmlands, Kopparbergs och Östergötlands läns landsting*. Dessa *landsting* konstaterar dock att förslaget inte är förenligt med de principer socialdepartementet redovisat i utredningen Vissa ansvarsfrågor inom sjukvården (Ds S 1984:12) och att det därför är nödvändigt att ansvarsfrågorna ges en utformning som medger en jourorga-

nisation i enlighet med HS 90:s förslag. *Landstinget i Älvsborgs län* menar dock att joruverksamhet krävs vid samtliga sjukhus och framhåller att "förvaltningsutskottet vill kraftigt understryka, att den i utredningen föreslagna nedskärningen av resurser vid vissa länsdelssjukhus under inga omständigheter får medföra att kvarstående akutsjukhus kommer att sakna möjligheter till akutverksamhet dygnet runt där sådan krävs. Vad gäller akutresurser inom sina speciella verksamhetsområden får det inte föreligga någon skillnad mellan länsdelssjukhuset och länssjukhuset. I detta sammanhang bör observeras att omfördelningsbara resurser inte är proportionella mot vårdplatsminskningen".

Spri redovisar att man redan påbörjat ett arbete med uppföljning och utveckling av mindre resurskrävande vårdformer inom länssjukvården, som exemplificerats i betänkandet.

SHSTF anser att förslagen om en mer flexibel klinikorganisation är intressanta men vill påminna om att den nuvarande utvecklingen inom landstingen med självständiga kliniker kan innebära svårigheter att genomföra en flexiblare klinikorganisation.

Läkarförbundet anför bl.a. följande: "I HS 90 finns också propåer om 'rationalisering' av den slutna somatiska akutsjukvården genom införande av 5-dagars vårdavdelningar, gemensamma vårdavdelningar för flera specialiteter, gemensamma jourlinjer m.m. Förändringar av denna typ kan i vissa fall vara möjliga och ibland nödvändiga. Läkarförbundet vill emellertid starkt varna för att en sänkning av vårdkvaliteten kan bli följderna av sådana åtgärder. Utredningen andas också i detta avseende en överdriven optimism när det gäller möjligheten att härigenom överföra resurser från länssjukvården till andra verksamheter".

10 Personalbehov och personalutbildning (kap. 8)

HS 90

HS 90 redovisar kvalitativa aspekter – utbildning för utveckling – på innehållet i den utbildning som behövs för den personal som skall genomföra den hälso- och sjukvård som HS 90 förordar. S.k. undersköterskekompetens föreslås bli baskompetens inom hälso- och sjukvården. Fort- och efterutbildningens avgörande betydelse som förändringsinstrument markeras starkt för att snabbt kunna uppnå de hälso- och vårdpolitiska intentionerna.

HS 90 föreslår ett fortsatt arbete i dessa frågor i form av en utredning med en allmän översyn av vårdutbildningarna så att de motsvarar de hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna. Vidare föreslås en översyn av specialistväsendet, dvs. läkarnas vidareutbildning (det s.k. NLV-systemet).

HS 90 redovisar utifrån olika antaganden relaterade till bl.a. några av LU 84:s ekonomiska prognosalternativ s.k. trendprognoser för tillgång och efterfrågan på vårdpersonal med kort, medellång och lång utbildning. Några egna dimensioneringsförslag för utbildningarna lägger inte HS 90 fram. S.k.

programmatiska prognoser för efterfrågan på vårdpersonal kommer att redovisas i en ytterligare underlagsstudie, som skall publiceras senare.

HS 90 förordar en allmän förbättring av personalplaneringsarbetet med bättre personalstatistik och fortsatta s.k. rullande personalprognoser genom socialstyrelsens försorg.

10.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter

Flertalet remissinstanser kommenterar detta avsnitt i HS 90:s huvudrapport. Flera, t.ex. UHÄ, ägnar relativt stort utrymme åt frågorna.

Ett genomgående drag i remissvaren är att man beklagar att den särskilda underlagsstudien saknas, vilket försvårar eller omöjliggör klara ställningstaganden från remissinstansernas sida.

De fackliga specialförbunden beklagar i några fall att de yrkesgrupper de representerar inte alls eller otillräckligt behandlats i HS 90. T.ex. *Dietisternas riksförbund* "finner till sin förvåning och bestörtning att man inte är nämnda i kapitlet." "Det är med sedvanlig besvikelse" *Psykologförbundet* "konstaterar att psykologerna – med den näst längsta akademiska yrkesutbildningen i landet – ännu en gång i sjukvårdsplaneringssammanhang hänförs till gruppen 'utan vårdutbildning' och därefter ej beaktats i tillgångs- och efterfrågeavsnitten."

Huvudmännen framhåller genomgående, i likhet med *Norrbottnens läns landsting*, att "rätt utbildad personal i tillräcklig omfattning utgör den viktigaste förutsättningen för en god hälso- och sjukvård" och ett flertal landsting anger att man i stort delar det synsätt som framförs i utredningen i denna fråga. Några landsting menar dock att ytterligare frågor borde belysts i sammanhanget och *Göteborgs kommun* pekar bl.a. på att det skulle varit önskvärt med en bedömning av hur datateknik och annan teknikutveckling inom hälso- och sjukvården kommer att påverka arbetsuppläggning och arbetsuppgifter inom sektorn.

Ett flertal landsting instämmer med utredningen i att en närmare samverkan mellan verksamhetsplanering, personalplanering och utbildningsplanering är en av de grundläggande förutsättningarna för en omstrukturering av vården och för ett nytt offensivt hälsopolitiskt arbetssätt. Flera landsting betonas härvid att sjukvårdshuvudmännen bör delta i det fortsatta arbetet och bl.a. *Hallands läns landsting* anför att "utvecklingen bör ske i nära samarbete med de landsting som under senare delen av 70-talet sökte driva på utvecklingen och kunskapsuppbyggnaden beträffande planeringsprocesserna. Utvecklingsarbetet får sålunda inte uppfattas endast som en uppgift för centralt placerade tjänstemän. Betydande teoretiska och praktiska kunskaper finns i landstingen såväl vad gäller den kvalitativa planeringen av vårdutbildningarna som den kvantitativa planeringen".

Behovet av en ökad samordning och samplanering mellan olika utbildningar samt mellan olika utbildningsanordnare betonas av flera landsting.

Bl.a. konstaterar *Västerbottens läns landsting* att "för att kunna genomföra utökningar av grund- och vidareutbildningen respektive fort- och efterutbildningen måste en bättre samordning komma till stånd. Landstinget instämmer här helt med utredningen. I detta samordningsarbete måste många olika utbildningsanordnare delta, flera resurser samordnas och många intressenter komma till tals". I likhet med flera andra sjukvårdshuvudmän betonar landstinget härvid vidare att "bland de resurser som kommer ifråga är KomVux. Av det totalt KomVux-utbudet inom det här aktuella området är landstingens andel mycket liten. En förutsättning för att de i utredningen relaterade fortbildningsinsatserna ska kunna genomföras med optimalt resursutnyttjande är att en omfördelning sker av KomVux-resurser till landstingens förmån".

Några landsting pekar även på behovet av samverkan mellan utbildningar inriktade mot landstings- respektive primärkommunal verksamhet och *Östergötlands läns landsting* pekar på att "det är väsentligt att samarbetet startar redan under utbildningstiden för att skapa bättre förutsättningar för samverkan i den kommande yrkesverksamheten".

UHÄ, som utförligt behandlar personalutbildningsfrågorna, anför bl.a.:

"UHÄ för sin del, liksom övriga ansvariga för vårdutbildningarna, är medvetet om behovet av en ytterligare utveckling av utbildningarna utifrån både de hälso- och sjukvårdspolitiska och de utbildningspolitiska mål som läggs fast. Därtill kommer även den vetenskapliga prövning och värdering som skall ske av utbildningsinnehållet. UHÄ kommer att arbeta aktivt för att en i dessa avseenden påbörjad utveckling fortskrider.

Under senare år har det betonats att utbildning bör och skall användas som ett förändringsinstrument i hälso- och sjukvården. Detta har även tydligt markerats i HS 90. Riksdagen gav också uttryck för en sådan värdering i anslutning till beslutet om reformerad vårdutbildning år 1979. UHÄ får för sin del tillägga följande.

För att utbildningen skall fungera som ett förändringsinstrument måste man bl.a. se grund- och vidareutbildning som en enhet. Det måste noga avvägas vad som skall uppnås med grundutbildning resp. med vidareutbildning dvs. vilka mål och syften som skall uppfyllas inom en given tids- och ekonomisk ram för resp. utbildning. Ett ytterligare val måste stå mellan å ena sidan breda och generaliserbara kunskaper och å andra sidan specialisering och djup. Detta innebär att val av relevanta ämnesområden och graden av färdighetsträning måste göras var för sig för grundutbildning och vidareutbildning.

UHÄ vill särskilt kommentera vad som i HS 90 sägs om läkarutbildningen.

Beskrivningen av läkarnas grundutbildning är delvis missvisande. Läkarnas utbildning är formaliserad i tre olika steg, nämligen grundutbildning, allmäntjänstgöring (AT) och vidareutbildning (FV). Grundutbildningens uppgift är att ge den allmänna teoretiska och praktiska grund som fordras för

den för alla läkare gemensamma AT. Först därefter väljer läkarna en av 43 olika inriktningar som leder till specialisering inom yrket. AT är huvudsakligen inriktad på den slutna vården och den psykiatriska vården. Den grundläggande utbildningen är till största delen förlagd till undervisningsjukhusen med sin nära anknytning till medicinsk forskning. Undervisningsjukhusen är för det mesta regionsjukhus och denna koppling mellan undervisning, forskning och regionsjukhusens verksamhet har varit medveten och önskvärd. När det däremot gäller innehållet i grundutbildningen är det missvisande att peka på kopplingen mellan universitetssjukhus och regionsjukhus. Den grundläggande utbildningen skall vara förankrad i den medicinska forskningen. Den forskning och kunskapsutveckling som förekommer vid regionsjukhusen avser givetvis hälso- och sjukvården på olika nivåer i sjukvårdsorganisationen. Man får inte bortse ifrån att regionsjukhusen samtidigt är länssjukhus och att även omfattande öppen vård bedrivs där. Av de studerande kommer mer än en tredjedel att vara verksamma som distriktsläkare enligt nuvarande fördelning av FV-tjänsterna. Detta är givetvis de ansvariga för läkarutbildningen i högskolan medvetna om, och innehållet i grundutbildningen inom olika ämnesområden anpassas efter detta.

Även om universitetens institutioner är förlagda till de stora region- och undervisningsjukhusen sker inte all praktisk utbildning där. Universiteten har länge strävat efter att låta de studerande genomgå delar av den praktiska utbildningen vid länssjukhus och vårdcentraler, men denna utveckling har delvis bromsats av läkarutbildningsavtalen, som särskilt nämner vilka enheter som står till läkarutbildningens förfogande.

Det medicinska verksamhetsområde som är sjukvårdspolitiskt högst prioriterat är allmänmedicin. Hittills har tre tjänster som professor inrättats i högskolan inom detta ämnesområde. För att ämnesområdet skall utvecklas vidare i högskolan och få en starkare ställning i läkarnas grundutbildning, bör alla medicinska fakulteter tillföras professurer i allmänmedicin.

Utredningen påtalar även att vårdutbildningarna till största delen är riktade mot korttidsvård. Detta är förvisso helt riktigt och UHÄ menar att så måste vara fallet så länge som sjukvården har den uppbyggnad och organisation som den har trots strävan att satsa på utbyggd primärvård. Så vitt UHÄ förstår kommer den slutna sjukvården och däri förekommande specialiteter och subspecialiteter att finnas kvar. Nämnas bör även att allmänmedicinen till stor del vilar på den kliniska medicinen men har delar av sin tillämpning i organisationer utanför korttidsvården. Kunskaper och erfarenheter från kliniska områden och verksamheter är nödvändiga för en god utbildning inom primärvårdens område. (En förnyad läkarutbildning, UHÄ-rapport 1982:16. SOU 1978:50 Ny vårdutbildning).

UHÄ vill påminna om att den största förändringen i vårdutbildningsreformen 1982 utgjordes av en förstärkning av utbildningarna mot primärvård, långtidssjukvård och förebyggande vård. Även UHÄ:s förslag till påbyggnadslinjer för olika grupper riktas mot ovan nämnda områden".

10.2 Undersköterskekompetens skall vara baskompetens samt allmänt höjd kompetensnivå

HS 90

HS 90 föreslår att s.k. undersköterskekompetens skall vara baskompetens inom hälso- och sjukvården i vad avser det direkta vårdarbetet och utvecklingen mot höjd baskompetens ses som ett led i en allmänt höjd kompetensnivå inom hälso- och sjukvården.

Remissinstanserna

Alla remissinstanser som kommenterar detta förslag tillstyrker det uttryckligen eller i allmänna termer. UHÄ ser positivt på genomförandet av sådana utbildningsinsatser och tillägger: "UHÄ vill dock i detta sammanhang påminna om att undersköterskor och skötare utgör rekryteringsbasen till flertalet vårdutbildningsplatser i hägskolan. Det är därför angeläget att rekryteringsfrågan till högre utbildning inte förbises i ett förnyat utbildningssystem under högskolenivå. Om statsmakternas intentioner är att göra eventuell utbildning enbart kompetenshöjande för biträdespersonalen och inte högskoleförberedande måste detta klart framgå så att den enskilde individen, som har för avsikt att fortsätta studierna, inte väljer fel studieväg".

Förslaget tillstyrks även av t.ex. SÖ, Svenska kommunalarbetsareförbundet liksom av TCO, som även anser att man bör överväga att förlänga den nuvarande vårdutbildningen i gymnasieskolan till tre år.

Landstingsförbundet framhåller att förmodligen behövs också en höjning av baskompetensen i personalens utbildning till i princip undersköterskenivå i anslutning till att förbundet kommenterar primärvårdens utbyggnad och organisation.

Flera landsting framhåller dock att förslagen ställer betydande krav på utbildningsresurser och några av huvudmännen efterlyser insatser från statsmakterna och anför i likhet med Västerbottens läns landsting att "För att klara det uppsatta målet måste statsmakterna genom i första hand skolöverstyrelsen tilldela respektive utbildningshuvudman ett ökat antal elevveckor, vilket måste motsvara den ökade efterfrågan på utbildningsplatser som blir följden av en sådan reform." I sammanhanget framhåller Göteborgs kommun att ytterligare utredningsarbete är angeläget och anför att det bör övervägas "vilken kompletterande utbildning som erfordras för att ett sjukvårdsbiträde med flerårig yrkeserfarenhet skall erhålla undersköterskekompetens. Fördelningen av ansvar efter delegation på det sätt hälso- och sjukvårdslagen möjliggör bör övervägas. I samband därmed bör också belysas erfarenheterna av den avkortade undersköterskeutbildningen som bedrivits i Göteborgs- och Bohusläns landsting."

I utredningen föreslås en satsning på en allmänt höjd kompetensnivå inom

hälso- och sjukvården och flertalet landsting tillstyrker en sådan utveckling. *Göteborgs kommun* pekar emellertid på att det kan finnas risker med höjda krav på kompetens och framhåller: "Ur sysselsättningssynpunkt men också för verksamheten kan det ligga en fara i de successivt höjda utbildningskraven på alla nivåer. Det är sannolikt nödvändigt att även fortsättningsvis trygga ingångsmöjligheter för de som av olika skäl inte i förväg har skaffat sig utbildning men eljest kan ha goda personliga förutsättningar. Yrkesinskolningen bör för dessa kunna genomföras successivt i anslutning till det praktiska yrkesarbetet. Lämplighetsurvalet blir därmed inte beroende enbart av teoretiska meriter och risken att utestänga en stor grupp från arbetsmarknaden minskar."

Örebro och *Östergötlands läns landsting* framhåller att den förändrade inriktningen av vården talar för att personalsammansättningen bör förändras mot en ökad andel personal med sjuksköterskeutbildning och *Örebro läns landsting* menar även att samtliga sjuksköterskor (utom barnmorskor) inom primärvården på sikt bör ha distriktssköterskeutbildning.

10.3 Förstärkt fortbildning och efterutbildning

HS 90

HS 90 betonar betydelsen av aktiva fortbildnings- och efterutbildningsinsatser för alla personalkategorier för att genomföra de hälso- och vårdpolitiska intentionerna inom överskådlig tid.

Remissinstanserna

Remissinstanserna är i regel allmänt instämmande i HS 90:s bedömningar därvidlag.

Ett flertal landsting betonar starkt fort- och efterutbildningens roll i förändringsarbetet och i likhet med *Kronobergs läns landsting* anförs "att det inte är tillräckligt att enbart förändra grund- och vidareutbildningarna. Parallellt med dessa förändringar är det nödvändigt att även genomföra systematiserade utbildningsinsatser för den redan yrkesverksamma personalen för att kunna uppnå den önskvärda utvecklingen inom hälso- och sjukvården. De flesta som idag är verksamma inom vårdområdet kommer att behöva återkomma till utbildning flera gånger under sin yrkesverksamma tid. Landstinget anser att denna utveckling bör förstärkas och utvecklas".

Behovet av regelbundet och planmässigt återkommande utbildning framhålls av flera huvudmän varvid konstateras att utbildning måste ses som en naturlig del av en anställning.

Fort- och efterutbildningens roll som förändringsinstrument diskuteras av flera *landsting* och några av huvudmännen pekar på att särskilda insatser bör inriktas mot arbetsledare och chefer. Några landsting framhåller även att vårdlärarpersonalen bör prioriteras i fortbildningssammanhang.

Läkarsällskapet anser att "utredningen berör 'fort- och efterutbildning' endast i allmänna ordalag och har helt uraklatit att beröra läkarnas situation i detta avseende. Läkarsällskapet anser att en systematisk efterutbildning är nödvändig för att läkarna skall vidmakthålla och utveckla sina kunskaper. Det är också en viktig del av den anpassning efter nya krav i verksamheten som utredningen så starkt betonar".

Spri anför bl.a. att "det är till största delen den redan anställda personalen som under perioden fram till sekelskiftet skall förverkliga nya intentioner. Personalutbildning måste således planeras och bedrivas parallellt med den reguljära vårdutbildningen och ekonomiskt utrymme reserveras därför. Utvecklingsbehoven höjer väsentligt kraven på utbildningsledarna i vårdorganisationen men också på vårdläkarna. Det är, anser *Spri*, viktigt att eftersträva ett förbättrat samarbete mellan vårdens och utbildningens företrädare. Hinder för att förverkliga HS 90:s intentioner att förändra värden finns bl.a. om frågor om vårdutveckling, personalfrågor resp. utbildningsfrågor behandlas separat från varandra. Andra hinder kan vara att vårdlärarna ej fått tillräcklig ämnesfördjupning i sin lärarutbildning eller ej fått möjlighet till vårdpraktik under sin utövning av läraryrket.

När man inventerar utbildningsbehoven bör man komma ihåg att det fortfarande finns många anställda på sjukhusen som saknar tillräcklig utbildning. Sjukhuspersonalen består för övrigt inte bara av vårdpersonal utan även av anställda med serviceuppgifter av olika slag. En planering av utvecklingsinsatser bör således beakta även dessa yrkesgrupper".

10.4 Översyn av vårdutbildningarna

HS 90

HS 90 föreslår att konsekvenserna av den förändrade vårdstrukturen och de hälsopolitiska målsättningarna vad gäller såväl vårdpersonalens arbetsuppgifter och kunskapsprov som vårdutbildningarnas anpassning härtill bör analyseras ytterligare i ett fortsatt utredningsarbete.

Av särskilt intresse för den föreslagna utredningen är att konkretisera förändringarna i arbetsuppgifterna för personal inom länssjukvården och primärvården mot bakgrund av den nya vårdstruktur, som föreslagits. För personal inom primärvården är det därvid bl.a. fråga om nya och vidgade uppgifter vad gäller exempelvis äldreomsorg, psykiatrisk vård och hemsjukvård liksom nya relationer till både länssjukvården och socialtjänsten. För länssjukvården måste kraven från den fortgående specialiseringen och medicinskt-tekniska utvecklingen tas i beaktande. Det gäller såväl relationer mellan olika personalgrupper som kompetensen hos varje yrkesgrupp. Mot denna bakgrund är det angeläget att arbetet med att utvärdera de nyligen reformerade vårdutbildningarna prioriteras i det fortsatta arbetet med utbildningsfrågorna.

HS 90 anser således att det behövs ett fortsatt och tvärsektoriellt

utredningsarbete inriktat på dessa frågeställningar och med utgångspunkt från HS 90-studierna. I ett sådant utredningsarbete är det angeläget att särskilt uppmärksamma hur personalen genom olika utbildningsinsatser såväl på grund- och vidareutbildningsnivå som i fort- och efterutbildning skall kunna få en vidgad medvetenhet om de sociala och miljöbetingade faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom samt ökade kunskaper ifråga om hälsopolitiska uppgifter. Därutöver behöver behovet av pedagogisk förnyelse och påverkan av attityder och synsätt ägnas särskild uppmärksamhet liksom frågan om hur en ökad samverkan mellan olika vårdutbildningar kan komma till stånd utan att för den skull ändra hela studieorganisationen.

Remissinstanserna

De remissinstanser som kommenterar detta förslag gör det genomgående i tillstyrkande termer. T.ex. *Landstingsförbundet* anger uttryckligen att förslaget till en ny långsiktig och djupgående utredning om utbildningsfrågorna tillstyrkes. *Svenska kommunalarbetsförbundet* understryker behovet av en särskild tvärssektoriell utredning om bl.a. hur de sociala och miljöbetonade faktorerna kan föras in i vårdutbildningarna och i det hälsopolitiska arbetet inom såväl primärvården som länssjukvården. *TCO*, som tillstyrker förslaget, vill understryka att alla personalkategorier som man företräder, bör inlemmas i arbetet.

Förslaget tillstyrks vidare av *socialstyrelsen* som menar att detta förutsätter en översyn av motsvarande utbildningar inom socialtjänstens område i syfte att motsvara ökade krav på förändrade yrkesroller. Även *Spri* tillstyrker.

UHÄ tar inte uttryckligen ställning till förslaget men anför bl.a. att *UHÄ*, liksom övriga ansvariga för vårdutbildningarna, är medvetet om behovet av en ytterligare utveckling av utbildningarna utifrån både de hälso- och sjukvårdspolitiska och de utbildningspolitiska mål som läggs fast.

Flera *landsting* betonar i likhet med utredningen att det hälso- och vårdpolitiska förändringsarbetet ställer krav på att vårdutbildningarna tillförs nya kunskapsmoment. Härvid anger bl.a. *Skaraborgs läns landsting* att "en bättre balans måste eftersträvas mellan utbildning för traditionella vårduppgifter och utbildning inriktad mot förebyggande arbete, omvårdnads- och grupparbete och samverkan med socialtjänsten och andra samhällssektorer".

Vidare framhåller *Västerbottens läns landsting* att "för att ett meningsfullt förebyggande arbete ska kunna bedrivas vill landstinget framhålla behovet av pedagogiska och psykologiska kunskaper hos all personal liksom kännedom om samhällsstrukturen, vilket också betonas i utredningen".

Värmlands läns landsting pekar emellertid på vissa svårigheter med att införa nya moment i utbildningen och anger att "vad gäller undersköterske- och skötartutbildningen framhålls att ytterligare moment bör läggas in, exempelvis förebyggande hälsopolitiskt arbete, socialmedicinskt stoff m.m.

Krav på införande av nya moment leder alltid till svåra prioriteringsproblem om vilka moment som bör ersättas. Sådana prioriteringsproblem kan självfallet uppstå även här. Här är ävenledes viktigt att bevaka att det finns personal som kan svara för utbildningen i dessa tillkommande moment”.

Flera landsting tar upp de nuvarande vårdutbildningarnas organisation och inriktning mot bakgrund av det hälso- och vårdpolitiska förändringsarbetet. *Stockholms läns landsting* anser härvid att ”en diskussion om att arbeta om vårdlinjen bör tas upp”. Några landsting konstaterar att den medellånga högskoleutbildningen reformerats relativt nyligen och att denna förhållandevis väl ansluter till de i utredningen presenterade förslagen. Effekterna av förändringen har dock ännu inte kunnat avläsas och i likhet med *Hallands läns landsting* konstateras att ”högskoleireformen på VÅRD 77s grund syftade bl.a. till att skapa en sjuksköterskeutbildning som gav de studerande en handlingsberedskap för nya och förändrade arbetsformer inom sjukvården. Reformen kan sägas till viss del ha förberett marken för HS 90s förslag och synpunkter beträffande attitydförändring m.m. för en ideologiskt och strukturellt förändrad sjukvård. Resultatet av denna förändrade utbildning kan i dag endast skönjas. Få studerande har hitintills lämnat den nya utbildningen och dessa möts på arbetsplatserna inom sjukvården av det naturliga motstånd som finns hos individer utbildade med andra värderingar och andra metoder”.

Vad gäller den gymnasiala vårdutbildningen anger *Västmanlands läns landsting* att denna ”inte tillräckligt är inriktad mot de för framtiden prioriterade uppgifterna och att därför en översyn av dess innehåll är nödvändig”.

Beträffande läkarutbildningen anger *Västerbottens* och *Norrbottens läns landsting* att ett förändringsarbete pågår och att utvecklingen fått den inriktning som betonas i utredningen.

Några landsting tas upp specialiseringen inom läkarutbildningen och framhåller att en översyn bör komma till stånd med inriktning mot en ökad bredd i utbildningen.

Flera landsting tar upp praktik och praktikplatser som ett särskilt problemområde vad gäller genomförandet av den förändrade vårdutbildningen. Huvudmännen pekar härvid på att det är svårt att få ett tillräckligt antal praktikplatser och kompetenta handledare inom primärvård och hemsjukvård. *Kronobergs läns landsting* pekar vidare att praktikplatssystemet ofta har en konserverande effekt och anger att ”landstingets erfarenhet är att eftersom mer än hälften av de flesta vårdutbildningarna utgörs av praktik är det svårigheter att få denna praktik upplagd på ett förändrande sätt, eftersom den på praktikplatsen befintliga personalen ofta försöker påverka dem som är under utbildning. Detta ger ett konserverande system”.

10.5 Översyn av läkarnas vidareutbildning

HS 90

HS 90 anser att det finns behov av en översyn av läkarnas vidareutbildning i syfte att få till stånd sådana förändringar som gör det möjligt att på ett lättare och mer flexibelt sätt anpassa vidareutbildningen till hälso- och sjukvårdens utveckling. En särskild utredning bör snarast tillsättas för att analysera de aktuella problemen och framlägga förslag till lösningar.

Remissinstanserna

Remissinstanserna tillstyrker genomgående en sådan översyn, t.ex. *Spri*, *socialstyrelsen*, *RRV*, *Svenska kommunalarbetsareförbundet* och *Svenska läkaresällskapet*.

Läkarförbundet kommenterar inte förslaget. *Landstingsförbundet* anmäler att förbundet i särskild ordning redovisar synpunkter på HS 90:s förslag om en översyn av läkarnas vidareutbildning.

De sex landsting som berör förslaget om en översyn av läkarnas vidareutbildning tillstyrker utredningens förslag. Bl.a. konstaterar *Norrbotens läns landsting* att nuvarande system måste anses föråldrat och anför att utbildningen i princip varit oförändrad "sedan slutet av 60-talet och bygger dessutom på idéer och förutsättningar som förelåg i slutet av 50-talet och början av 60-talet. Utmärkande för systemet är en långt driven differentiering och smal specialisering samt en detaljreglering på central nivå. Skillnaden mot övriga mera modernt upplagda vårdutbildningar är märkbar. Systemet innebär också direkta negativa effekter på vårdorganisationen i form av t.ex. dålig kontinuitet. Genom att vidareutbildningssystemet slutligen också styr ansvarsförhållanden och intern arbetsorganisation inom vården är konsekvenserna av ett föråldrat synsätt omfattande. Landstinget utgår därför från att den aviserade översynen dels kommer till stånd skyndsamt, dels blir genomgripande utifrån den framtida hälso- och sjukvårdens behov, dels också medför ett väsentligt förenklat och decentraliserat regelsystem i likhet med vad som gäller flertalet övriga utbildningar".

Liknande synpunkter framför även *Östergötlands läns landsting* som anger "när det gäller speciellt läkarutbildningen stöder landstinget HS 90:s åsikt om att det är nödvändigt att reformera vidareutbildningen. I framtiden måste den på ett helt annat sätt än för närvarande betona de förebyggande och samhällsmedicinska avsnitten såsom de framställs i HSL och HS 90".

10.6 HS 90:s trendprognoser för personaltillgång och -efterfrågan

HS 90

HS 90:s huvudrapport presenterar s.k. trendprognoser för tillgång och efterfrågan på personal med lång (läkare), medellång (sjuksköterskor m.fl.)

och kort (undersköterskor, vårdbiträden) samt annan utbildning. Tillgångsprognosen baseras på dagens utbildningsdimensionering. Efterfrågeprognoserna baseras på fem olika tillväxtalternativ.

HS 90 aviserar en särskilt underlagsstudie med fördjupade analyser och s.k. programmatiska prognoser.

För läkare beräknas tillgången år 2000 till 28 000 och efterfrågan inom intervallet 25 000–38 000.

För de medellånga utbildningarna beräknas tillgången år 2000 till 136 000 och efterfrågan till 101 000–142 000.

För de korta vårdutbildningarna beräknas tillgången på undersköterskor till 118 000 medan efterfrågan på all biträdespersonal beräknas till 203 000–274 000.

För annan personal beräknas efterfrågan år 2000 till 110 000–140 000.

Totala personalefterfrågan år 2000 beräknas således bli 446 000 -- 570 000 personer.

Remissinstanserna

Åtskilliga remissinstanser kommenterar detta avsnitt i HS 90:s huvudrapport. Ett genomgående drag är att man beklagar att underlagsstudien inte är publicerad. Flera är kritiska till antaganden och beräkningsmetodik.

Landstingsförbundet konstaterar att för ett ställningstagande till en eventuell neddragning av nuvarande sjuksköterskeutbildning och ökning av undersköterskeutbildningen är det nu presenterade underlaget otillräckligt och det fortsatta arbetet i HS 90 måste därför avvaktas.

Beträffande läkarutbildningen konstaterar *Landstingsförbundet* att fattade beslut om dimensionering på lang sikt kan beräknas ge ca 26 000 verksamma läkare i landet. Detta är enbart ca 3 000 fler än som erhålles vid en uppräknig till riksnivån av nuvarande läkartäthet i Stockholms län. Beaktas nuvarande brist, pågående förskjutning mot mer långtidsutbildad personal, kraven på en normalisering av läkarnas arbetstid samt eftersträvide kvalitetsförbättringar i vården m.m. framstår det som nödvändigt att den nuvarande läkarutbildningens omfattning måste bibehållas.

Läkarförbundet konstaterar med beklagande att underlagsstudien för detta kapitel inte har färdigställts i tid till remissarbetet. Huvudrapportens behandling av denna viktiga fråga blir därigenom mycket ofullständig.

Läkarförbundet vill ifrågasätta om inte HS 90 borde ha prövat en annan metod när det gäller utbud och efterfrågan på läkare, nämligen att försöka fastställa en rimlig ambitionsnivå uttryckt i läkartimmar eller antalet sysselsatta läkare för såväl en utbyggd primärvård som en fungerande länssjukvård. Ett sådant mål skulle ge en utgångspunkt för såväl kostnadsberäkningar som utbildningsplanering, inkl. en realistisk bedömning av i vilken takt den föreslagna vårdstrukturen kan förverkligas. Med det föreslagna rullande prognosarbetet – som läkarförbundet stöder – skulle en

sådan ambitionsnivå successivt kunna justeras i takt med att man får större klarhet om ekonomiska villkor, landstingens benägenhet att minska den slutna värden m.m.

Ingenting av det prognosmaterial som presenteras i huvudrapporten motsäger läkarförbundets uppfattning att utbildningsdimensioneringen under överskådlig tid bör inriktas på en produktion av ca 700 läkare per år vilket, i förening med ett blygsamt tillskott från den gemensamma nordiska läkararbetsmarknaden, skulle ge ca 25 000 läkare. Denna volym torde under alla omständigheter uppnås under 1990-talet till följd av det stora intaget till medicinsk fakultet under senare år".

UHÄ ansluter sig till utbildningshuvudmännens bedömning, som redovisats i remissunderlag till UHÄ, att f.n. inga skäl finns för neddragning av utbildningskapaciteten när det gäller de medellånga vårdutbildningarna. Enligt UHÄ:s mening är det acceptabelt att utbilda till ett smärre överskott av dessa kategorier, särskilt i storstadsregionerna.

RRV anser liksom utredningen att personal- och utbildningsplaneringen inom hälso- och sjukvården är av stor betydelse. Verket vill dock framhålla att personal- och utbildningsplaneringen har att utgå från den hälso- och sjukvårdsplanering (vårdplanering) som är för handen. Enligt vad RRV funnit finns härvidlag stora brister. F.n. finns ingen långsiktig resursrelaterad hälso- och sjukvårdsplanering (verksamhetsplanering) som personal- och utbildningsplaneringen kan utgå ifrån.

Beträffande de kvalitativa aspekterna på vårdutbildningarna delar RRV utredningens uppfattning att de centrala utbildningsplanerna medger en utveckling av den lokala utbildningsplaneringen i enlighet med den inriktning som utredningen skisserar. RRV vill dock framhålla att det finns stora brister även beträffande de underlag för personal- och utbildningsplanering som framtas inom hälso- och sjukvårdssektorn. Härvidlag har socialstyrelsen viktiga uppgifter.

Då det gäller de kvantitativa aspekterna kan RRV konstatera att osäkerheten betr. den framtida efterfrågan på vårdpersonal är mycket stor. Detta återspeglar enligt RRV dels en osäkerhet betr. de allmänna förutsättningarna i första hand då det gäller samhällsekonomi och arbetsmarknaden, dels avsaknaden av en långsiktig hälso- och sjukvårdsplanering som grund för personal- och utbildningsplaneringen. Mot denna bakgrund ser RRV det som angeläget att de prognoser som framtagits i HS 90-arbetet kan preciseras och stämmas av mot en vårdplanering som omfattar olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården. RRV anser att sådana utvecklade långsiktiga prognoser utgör en tillräcklig utgångspunkt för en uppföljning av den faktiska utvecklingen. Denna uppföljning bör sedan ligga till grund för justeringar av gjorda prognoser. Enligt vad RRV funnit inom ramen för förvaltningsrevisionen svarar ej SoS s.k. vårdpersonalprognoser (VPP) mot det krav och behov som finns vare sig hos utbildningsmyndigheterna eller sjukvårdshuvudmännen. Enligt RRV:s

mening finns det därför inte ett behov av ett rullande prognosarbete på det sätt som utredningen föreslagit.”

Ett flertal *landsting* ställer sig kritiska till de prognoser och bedömningar av tillgång och efterfrågan på sjuksköterskor och undersköterskor som redovisas i utredningen. Landstingen anser således inte att utredningen givit underlag för neddragning av sjuksköterskeutbildningen och ökning av undersköterskeutbildningen och i likhet med *Älvsborgs läns landsting* efterlyses ett förbättrat prognosunderlag både på landstings- och riksnivå. ”Detta är nödvändigt, för att man i tid skall kunna göra viktiga ställningstaganden beträffande erforderlig utbildningskapacitet och möjliga ekonomiska satsningar, som sedan kommer att vara avgörande för vilken utveckling av sjukvården, som i det längre tidsperspektivet blir möjligt.” Flera landsting konstaterar härvid med tillfredsställelse att ett sådant fortsatt utredningsarbete aviserats i utredningen.

Östergötlands läns landsting pekar på att en neddragning av de gymnasiala vårdutbildningarna f.n. pågår och pekar på att detta i enlighet med prognoserna torde medföra en ytterligare brist på utbildade undersköterskor.

Ett par landsting anför att den allmänt förbättrade tillgången på personal inte hindrar att brist föreligger på vissa kategorier, bl.a. pekas på sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt på personal inom psykiatri, diagnostisk radiologi och onkologi.

Ett flertal landsting tar upp frågan om dimensionering av läkarutbildningen. Huvudmän anger härvid att den nuvarande dimensioneringen är väl avvägd och motsätter sig ytterligare nedskärningar. Flera landsting konstaterar också i likhet med *Norrbottnens läns landsting* att man har en ”ofta upprepad erfarenhet av prognoser som felaktigt angett att bristen snart kommer att bytas i god tillgång. I ett läge där man nu felaktigt börjar tala om överskott i läkarmässigt ’överhettade’ områden kring de stora universitetsorterna råder fortfarande allvarlig brist inom flertalet specialiteter i detta län.”

Ett par landsting tar upp dimensioneringen av allmänläkarutbildningen och avvisar särskilt neddragningen inom denna och *Uppsala läns landsting* anger att det finns skäl att överväga ”åtgärder inom allmänläkarutbildningen bland annat i syfte att gör utbildningsplatserna mer attraktiva. Ett ökat stöd till forskningsverksamhet inom primärvårdsområdet, av till exempel det slag som bedrivs i Uppsala, kan leda till en ökad dragningskraft för utbildningslinjen. Inom utbildningen kan också finnas anledning att se över vissa delar, till exempel förefaller kirurgdelen i allmänläkarutbildningen vara alltför kort.”

Ett flertal sjukvårdshuvudmän delar denna bedömning att undersköterskor med skötarkompetens på sikt bör vara på lägsta utbildningsnivå, och några *landsting* anger att målsättningen kommer att förverkligas under de närmaste åren.

11 Hälso- och sjukvårdsstatistiken (kap. 9)

HS 90

HS 90 framhåller att den starka markeringen i HSL av att planeringen och genomförandet av hälso- och sjukvårdens insatser skall utgå från befolkningens behov och leda till en vård på lika villkor ökar kraven på den statistik och övrigt informationsunderlag som hälso- och sjukvården förfogar över. Det är därför angeläget att på sikt utveckla denna statistik – egentlig hälsostatistik, resursstatistik och verksamhetsstatistik – och HS 90 pekar på vissa utvecklingsbehov.

Ett enhetligt system för patientstatistik i primärvård bör tillämpas inom alla landsting, varvid även den öppna vård som är förlagd till sjukhusen inordnas i samma system. Socioekonomiska bakgrundsdata bör tillföras patientdatabaserna.

HS 90:s analyser med samtidig bearbetning av flera hälsostatistiska informationskällor bör utvecklas av bl.a. socialstyrelsen. Socialstyrelsen och Spru bör redovisa översikter av den epidemiologiska forskning som belyser hälsorisker och ohälsans fördelning.

SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden, de s.k. ULF-undersökningarna, bör kompletteras i medicinskt hänseende.

En periodisk sammanställning av hälsoutvecklingen i Sverige, med en bred beskrivning av utvecklingen när det gäller resurser, prestationer, hälsorisker och sjuklighet etc. bör tas fram t.ex. vart tredje år som ett underlag för bl.a. statsmakternas överväganden om inriktningen av den framtida hälso- och sjukvårdspolitiken. Därvid bör prövas möjligheterna till ett samarbete mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet för en gemensam publicering med den nuvarande statistiska årsboken för landstinget.

11.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter

Flertalet remissinstanser som berör statistikfrågorna instämmer i regel allmänt i HS 90:s syn på området och dess förslag.

SCB behandlar ingående olika hälso- och sjukvårdsstatistiska frågor och anför sammanfattningsvis bl.a. att den nuvarande statistiken inte kan ge tillfredsställande svar på frågan vilka effekter hälso- och sjukvården har på befolkningens hälsa och inte heller vilka effekter de av HS 90 föreslagna satsningarna kommer att få. SCB föreslår att objektiva hälsoundersökningar som följer befolkningens hälsotillstånd och vårdens effekter skall läggas upp och SCB är beredd att medverka i planeringen av undersökningsuppläggningsen. SCB menar att det helt enkelt inte är rimligt att den stora samhällssektorn hälso- och sjukvård om 65 miljarder kr. inte är föremål för en planering och utvärdering med tillräckligt sägande statistisk information. Kostnaderna för den existerande statistiken, grovt räknat ca 10 milj. kr. utgör en liten bråkdel av de totala kostnaderna för sektorn. Även en relativt

blygsam ytterligare satsning skulle sannolikt kunna ge stora vinster för sektorn som helhet, säger SCB.

Läkarsällskapet anser att HS 90-utredningen i sig är ett exempel på hur man med senare års utveckling av hälsostatistiken och dess relatering till sociala bakgrundsvariabler m.m. kan lägga grunden för en fördjupad hälsopolitisk diskussion. Sällskapet instämmer i utredningens önskemål om en utvidgad hälsostatistik.

Svensk epidemiologisk förening anser att en ökad satsning på olika myndigheters registerhållningsarbete bör göras.

LO anför i statistikfrågorna bl.a. följande:

”En förutsättning för att ett sådant miljöinriktat synsätt ska kunna etableras är att vi hela tiden får tillgång till aktuella data om ohälsans fördelning på olika socio-ekonomiska bakgrundsvariabler. Överhuvudtaget är det mycket viktigt att ett orsaksorienterat och miljöinriktat statistiksystem när det gäller ohälsa finns tillgängligt. Trots alla data som redovisats av HS 90 finns behov av ytterligare just orsaksorienterat statistikunderlag. Detta är dessutom av stor betydelse när det gäller att genomföra en samhällsplanering med ett gott socialt innehåll.”

Medicinska forskningsrådet finner HS 90:s förslag om utveckling av hälsostatistiken värdefulla – inte minst för den epidemiologiska forskningen. Sveriges unika förutsättningar inom detta fält betonas liksom kravet på att statistiken och primärdata håller hög kvalitet, vilket inte alltid nu är fallet, varför förbättringsåtgärder behövs.

RFV instämmer i HS 90:s allmänna bedömningar betr. hälso- och sjukvårdsstatistiken och föreslår en satsning på resurs- och verksamhetsstatistik så att produktivitet och effektivitet bättre kan analyseras.

DSF anser att en utveckling av statistiken enligt HS 90:s principer är betydelsefull som grund för såväl förebyggande åtgärder som planeringen.

Läkarförbundet finner HS 90:s bedömningar i stort sett väl avvägda, men att HS 90 för ensidigt tagit upp hälsostatistiken. Utveckling av verksamhetsstatistiken ter sig lika angelägen som underlag för prioriteringar i hälso- och sjukvården, menar förbundet. Likartade synpunkter anförs av *Svenska läkarsällskapet*.

SCB finner att intentionerna i prop. 1979/80:6 betr. hälsostatistikens organisation är dåligt förverkligade och oklarheterna i ansvarsfördelningen betydande. Vissa klagande uttalanden av statsmakterna om de olika instansernas roll inom hälso- och sjukvårdsstatistiken vore därför angeläget. Den nuvarande organisatoriska splittringen ger enligt SCB en del av förklaringen till att statistiken inte utvecklats tillfredsställande och blivit det instrument för hälso- och sjukvårdspolitiken och planeringen som den skulle kunna vara. Det saknas ett helhetsansvar för hälso- och sjukvårdsstatistiken, menar SCB.

Statskontoret, som inser värdet av statistiskt underlag för central statlig

planering och styrning, saknar hos HS 90 en beräkning av de merkostnader som sådana uppgifter för med sig för socialstyrelsens del. Verket anser att bl.a. dessa uppgifter bör prövas inom ramen för en samlad bedömning av statistikbehovet inom hälso- och sjukvården.

Ett flertal *landsting* berör statistikfrågorna och genomgående tillstyrker huvudmännen i allmänna ordalag huvuddragen i de förslag som presenteras och konstaterar att en förbättrad och utbyggd statistik är en förutsättning för såväl hälsopolitiskt som vårdstrukturellt utvecklingsarbete. Endast ett fåtal *landsting* kommenterar enskilda förslag i utredningen och allmänt framhåller huvudmännen att utvecklingen inom detta område är beroende av centrala initiativ och centralt utvecklingsarbete. Bl.a. pekar *Uppsala läns landsting* på att "Huvudansvaret för att utveckla en sammanhållen löpande statistik för hälso- och sjukvården måste, enligt förvaltningsutskottets mening, åvila centrala myndigheter. Landstingen bör genom de samhällsmedicinska enheterna delta i detta arbete och vidareutveckla och anpassa statistiken till det egna länets behov" och *landstinget* fortsätter:

"Det finns ett behov av en sammanhållen, löpande statistik för hälso- och sjukvården. Bilden idag är splittrad. På riksnivå finns ett omfattande utbud av statistik. Nya statistikgrenar föreslås också utvecklade. Det är svårt att på regional nivå få en samlad bild av utbudet. I utredningen föreslås att socialstyrelsen får ansvaret för att regelbundet publicera förteckningar över informationskällor av hälso- och sjukvårdsstatistisk karaktär. Det är angeläget för de regionala organen att sådana informationsaktiviteter kommer i gång snarast möjligt. Det redan i dag omfattande statistikunderlag som produceras måste göras mer tillgängligt och användbart i planeringsarbetet. Nya statistikgrenar måste utvecklas utifrån behov från användarsidan. Statistik får inte produceras som ett självändamål."

Också *Malmöhus läns landsting* framför liknande synpunkter och anger att "det är angeläget att söka precisera hur och inom vilka områden det statistiska underlaget bör utvecklas. Sådana preciseringar bör göras med utgångspunkt från hälso- och sjukvårdens mål t.ex. att skapa ett statistiskt underlag som kan vara vägledande för förebyggande insatser. Särskilt för epidemiologiska studier vore det önskvärt att integrera patientdatabaser inom öppen och sluten vård. Statistiken måste dock användas med omdöme. Statistik kan aldrig vara annat än ett redskap som blir meningsfullt först när den tolkas kritiskt och ses som ett av flera underlag för att belysa verkligheten."

Örebro läns landsting betonar emellertid betydelsen av ett lokalt utvecklingsarbete och framhåller att "åtskilligt lokalt och regionalt utvecklingsarbete återstår för att pröva vilka typer av hälso- och miljödata som kan och bör samlas in, vilka klassifikationssystem som är användbara och på vilket sätt en kvalitativt tillfredsställande statistik kan erhållas".

Beträffande statistik för planering anger *Kronobergs läns landsting* att "HSL ger *landstinget* ett övergripande planeringsansvar. För att detta skall

kunna fullgöras är det nödvändigt att landstingen får tillgång till patientstatistik från andra vårdgivare t.ex. privatvård, företagshälsovård, skolhälsovård. Det är otillfredsställande att landstingen inte har tillgång till sådan statistik utan är beroende av frivilliga överenskommelser i varje särskilt fall. Ett centralt utvecklingsarbete borde också ta sikte på att åstadkomma enhetliga och med landstingens egen statistik sammanställningsbara basdata." Landstinget berör också behovet av statistik för det hälsopolitiska arbetet och tillstyrker därvid bl.a. hälsoriskrelaterade journaler.

11.2 Enhetlig patientstatistik i öppen vård

HS 90

HS 90 anser att ett enhetligt system för patientstatistik i primärvård bör tillämpas inom alla landsting varvid rekommendationerna i Spri-rapporten 142/1983 kan vara vägledande. Även den öppna vård som är förlagd till sjukhusen bör inordnas i samma patientstatistiska system som den egentliga primärvården. Socialstyrelsen bör i samarbete med Landstingsförbundet och Spri bör nära följa pågående försöksverksamheter och även utarbeta allmänna råd för registrering från öppen vård. Landstingen behöver också för sitt planeringsansvar ha tillgång till motsvarande patientstatistik från företagshälsovård, skolhälsovård och privat läkarvård m.m.

Remissinstanserna

De remissinstanser som kommenterar detta förslag är i regel instämmande. T.ex. TCO och SÖ framhåller bristen på hälsostatistik för barn i skolåldern. Med hänvisning till statistikutredningens förslag anser SCB att patientstatistiken från den öppna vården skall utvecklas.

Endast ett fåtal *landsting* kommenterar uttryckligen förslaget, och då i instämmande termer.

11.3 Utvidgning av ULF-studierna

HS 90

HS 90 anser att ULF (SCB:s årliga intervjuundersökning av levnadsförhållanden på ett urval av 8 000 individer i åldern 16–84 år) bör kompletteras med ytterligare specificerade frågor om sjukdom och funktionsnedsättningar. Statistikutredningens förslag att ULF-frågornas medicinska tillförlitlighet värderas genom koppling till en medicinsk hälsoundersökning bör utredas vidare med stöd av försöksverksamhet. SCB bör få möjlighet att studera om man med skattningsförfarande kan överföra ULF-siffror till primärvårdsområdesnivå.

Remissinstanserna

Endast ett par remissinstanser kommenterar detta förslag. *SCB* tillstyrker allmänt utvecklingen av ULF-arbetet. *Uppsala läns landsting* anser i anslutning till ULF "att den fråga som vore intressant att få belyst är huruvida patienten placeras på rätt nivå i sjukvården."

11.4 Socio-ekonomiska data i patientjournaler*HS 90*

HS 90 anser det angeläget att successivt komplettera landstingens patientdatabaser med socio-ekonomiska bakgrundsdata, i ett första steg med t.ex. yrkes-sysselsättningsuppgifter i slutenvårdspatientstatistiken. Socio-ekonomiska variabler bör redan från början ingå i registreringen från den öppna vården efterhand som den inkluderas i landstingens patientdatabaser.

Remissinstanserna

Endast någon enstaka remissinstans kommenterar uttryckligen förslaget. *LO:s* tillstyrkande har redovisats under 11.1.

11.5 Hälsoriskrelaterade journaler*HS 90*

HS 90 anser att socialstyrelsen bör aktivt medverka till att hälsoriskrelaterade journalsystem införs och vidareutvecklas. Därigenom ökar möjligheterna att genomföra epidemiologiska analyser av orsaksfaktorer vilka kan ge kunskaper av stor betydelse bl.a. för det tvärssektoriella hälsopolitiska arbetet.

Remissinstanserna

Endast någon enstaka remissinstans kommenterar uttryckligen denna fråga. *Kalmar och Kronobergs läns landsting* tillstyrker medan *Svensk epidemiologisk förening* bedömer det vara helt orealistiskt att nu införa sådana journalsystem.

11.6 Utveckling av personalstatistiken*HS 90*

HS 90 anser att personalstatistikunderlaget på sikt behöver utvecklas. Inriktningen bör dock vara att den erforderliga statistiken inhämtas inom ramen för befintliga statistiksystem och att således inte helt nya system

inrättas. För att förbättra underlaget för prognosverksamhet behöver personalstatistiken utvecklas i fråga om möjligheterna att beskriva yrkesverksamhet och aktivitet hos de olika personalkategorierna. Det behövs tillförlitligare uppgifter om utbildningsbakgrund, bortfall och genomströmningar i de olika utbildningarna. För vissa yrkesgrupper är personalstatistiken särskilt bristfällig. Det gäller främst de yrkesgrupper som inte har legitimations- eller motsvarande behörighetskrav och de med kort vårdutbildning. Även för yrkesgrupper verksamma inom privat hälso- och sjukvård är statistiken bristfällig. Det är angeläget att socialsektorns statistikdelegation uppmärksammar dessa problem och initierar ett utvecklingsarbete mellan de berörda centralt ansvariga – SCB, socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

Remissinstanserna

De remissinstanser som kommenterar personalstatistikfrågorna instämmer i regel i HS 90:s synpunkter. *SÖ* betonar nödvändigheten av att det sker ett fortsatt arbete med analyser och prognoser gällande personalbehovet inom vårdområdet. *Spri* framhåller att kvantitativa bedömningar av personalbehov är svåra att göra p.g.a. att uppgifter saknas om sjukvårdshuvudmännens efterfrågan på arbetskraft på längre sikt. *SHSTF* instämmer i HS 90:s bedömning att trendprognoserna får utgöra inledningen till ett fortsatt och rullande prognosarbete. *Sveriges kommunaltjänstemannaförbund* stödjer uppfattningen att personalstatistiken måste utvecklas och att bl.a. socialsektorns statistikdelegation snarast börjar arbeta med detta.

RRV:s m.fl. synpunkter betr. personalstatistiken har återgetts i avsnitt 11.1.

11.7 Periodisk sammanställning av hälsoutvecklingen i Sverige

HS 90

HS 90 anser att det behövs en samlad bild av hälsoutvecklingen – de resurser som läggs ned på hälso- och sjukvårdande insatser i samhället, utförda prestationer samt hälsorisker och sjukligheten inom befolkningen. Från de många grundläggande informationskällor som finns och kommer att finnas, t.ex. LKELP, dödsorsaksstatistik, ULF, skadestatistik, cancerstatistik etc., bör en sammanställning och analys göras t.ex. vart tredje år. En sådan rapport, där den mera långsiktiga utvecklingen belyses och analyseras, torde kunna utgöra ett värdefullt underlag för övervägandena om inriktningen av den framtida hälso- och sjukvårdspolitiken. Man bör pröva möjligheterna till ett samarbete mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet för en gemensam publicering med den nuvarande statistiska årsboken för landstingen.

Det är angeläget att en sådan periodiskt återkommande samlad redovis-

ning av hälsoutvecklingen i Sverige tas fram. Det är bl.a. en betydelsefull form av underlag för central statlig planering och tillsyn enligt intentionerna i prop. 1979/80:6.

Remissinstanserna

Endast SCB kommenterar uttryckligen detta förslag och anför att SCB "ställer sig också positiv till tanken på en samlad publicering av statistik över hälsan samt hälso- och sjukvården. En sådan skrift bör i likhet med SCB:s årsböcker över miljön, arbetsmarknaden etc. publiceras i serien Sveriges Officiella Statistik. SCB anser sig såsom huvudansvarig producent för hälso- och sjukvårdsstatistik böra delta i framställningen av en årsbok av detta slag."

I mer allmänna ordalag ställer sig bl.a. *LO* och *Svenska kommunalarbetsareföbundet* bakom förslaget.

12 Forsknings- och utvecklingsarbete (kap. 10)

HS 90

HS 90 anser att en slutsats av HS 90-arbetet är att det är nödvändigt att förändra och anpassa forsknings- och utvecklingsarbetet och dess inriktning i enlighet med de utvecklingssträvanden som HS 90 ger uttryck för. Det krävs en omstrukturering och därmed omfördelning av FoU-verksamheten. Omstruktureringen måste följa den omstrukturering som sker inom hälso- och sjukvården. De nya kunskaper och den nya normbildning som dessa kunskaper kan frambringa måste i starkare utsträckning än hittills förankras i den basala hälso- och sjukvården, dvs. inom primärvården och länssjukvården. Normgivningen bör således inte enbart som för närvarande grunda sig på det FoU-arbete som sker inom universitetsinstitutioner och sjukhus.

Med primärvården som bas och med en kompletterande länssjukvård inom de enskilda landstingen bör FoU-arbetet ske i direkt anslutning till de problem som finns inom vården och det patientarbete som bedrivs på ovannämnda vårdnivåer.

12.1 Remissinstansernas allmänna synpunkter

Åtskilliga remissinstanser kommenterar FoU-frågorna.

Flera instämmer allmänt i den forskningssyn som HS 90 ger uttryck för. T.ex. *Svenska kommunalarbetsareföbundet* "kan instämma i HS 90:s uppfattning att det är nödvändigt att i vissa delar omfördela forsknings- och utvecklingsresurserna. FoU-verksamheten måste förändras och bättre förankras i basjukvården samt mer inriktas mot de stora folkhälsoproblemen. Den förebyggande hälsovården, rehabiliterings- och omvårdnadsproblematiken måste också ägnas större uppmärksamhet. Den epidemiologiska

forskningen behöver också utvecklas. Särskild uppmärksamhet kräver forskning inriktad mot att belysa ohälsans omfattning och fördelning mellan olika befolknings- och yrkesgrupper. Institutet för psykosocial miljömedicin (IPM) är ett intressant exempel på en socialt och ekonomiskt samt tvärsektorielt inriktad forskning som behöver tillföras den medicinska FoU-verksamheten”.

Landstingen har i remissvaren givit ett förhållandevis stort utrymme till frågor om forskning och utvecklingsarbete och det framgår att forskning och utveckling ses som mycket viktiga medel för att påverka hälso- och sjukvården och dess framtida inriktning. Ett flertal landsting stöder sålunda utredningens konstaterande att det är nödvändigt att förändra och anpassa forsknings- och utvecklingsarbetet i enlighet med de allmänna mål som anges i utredningen.

Några landsting betonar härvid i likhet med *Norrbottnens läns landsting* att resurserna för forskning inom de av utredningen prioriterade områdena är blygsamma och att detta måste ”medföra en betydande omdisposition av nuvarande resursinsats inom forsknings- och utvecklingsverksamheten vid bl.a. de medicinska fakulteterna. De samhällsmedicinskt inriktade ämnesinstitutionerna måste således tilldelas avsevärt större andel av de samlade FoU-resurserna än hittills”, och landstinget fortsätter ”Inom de traditionella medicinska forskningsområdena måste också insatser som kan antas öka kunskaperna och förutsättningarna för förebyggande verksamhet få ökad prioritet. Särskilt angeläget finner landstinget det vara att adekvata resurser tilldelas för utveckling av det allmänmedicinska kunskapsområdet eftersom tyngdpunkten i det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet skall ligga på primärvården.”

Behovet av att prioritera en utbyggnad av de allmänmedicinska institutionerna betonas också av flera andra landsting som anför att professurer i allmänmedicin måste tillkomma vid samtliga universitet. Härvid anger *Jönköpings läns landsting* att allmänmedicinska institutioner bör kunna lokaliseras utanför universitetslänen men med bibehållen universitetsanknytning.

Några av sjukvårdshuvudmännen framhåller grundforskningens betydelse och anger i likhet med *Älvsborgs läns landsting* att man ”tillstyrker utredningens förslag om en satsning på ökad hälso- och sjukvårdsforskning, omvårdnadsforskning och sjukvårdsekonomisk forskning, men vill härvid understryka, att denna satsning inte får inkräkta på den nuvarande grundforskningen med sin odiskutabelt stora betydelse för det medicinska framåtskridandet. Det föreslagna forsknings- och utvecklingsarbetet inom nya verksamhetsområden, som i sin helhet tillstyrkes, måste emellertid byggas upp i sådan takt, att tillgången på personell forskningskompetens kan tillgodoses på ett tillfredsställande sätt.”

Även *Västmanlands läns landsting* framhåller att ”förändringsarbetet måste ske etappvis och betonar att riktningförändringen ställer delvis nya

krav. Forsknings- och utvecklingsarbetet bör successivt anpassas till en förändrad hälso- och sjukvård. Verksamheten förväntas därför alltmer bedrivas utanför de traditionella högskoleinstitutionerna och undervisnings-sjukhusen och i stället med förankring i länssjukvård och primärvård.

Behov kommer att föreligga av centralt och regionalt stöd och samarbete liksom av lokal samverkan mellan länssjukvård, primärvård och samhälls-medicin. Förvaltningsutskottet understryker nödvändigheten av ett långsik-tigt planerat och systematiserat samarbete på olika nivåer för tillvaratagande av kunskaper och kompetens och för undvikande av dubbelarbete och konflikter i fråga om ansvars- och arbetsfördelning." Liknande synpunkter framförs av *Hallands läns landsting* som konstaterar att samverkansnäm-nerna bör kunna vara en bas för flerregional samverkan i forsknings- och utvecklingsprojekt.

Behovet av att på ett annat sätt än i dag förankra forsknings- och utvecklingsarbetet i aktuella planerings- och utvecklingsproblem betonas kraftfullt av flera landsting. Härvid pekas på att forskningen i ökad utsträckning måste anknytas till primärvård och länssjukvård. Beträffande primärvården framhåller bl.a. *Östergötlands läns landsting* att "Enligt landstingets mening är det ytterst väsentligt att forskning på basplanet, inom primärvården, utvecklas. Genom en sådan forskning kan kunskap nås om de krav som ställs på sjukvården och om hur de modeller och teorier som sjukvården arbetar utifrån faller ut i verkligheten. Landstinget har stora förväntningar på en kraftig utveckling av detta forskningsområde, dels med anledning av förslag om start av egna forsknings- och utvecklingsenheter inom primärvården, dels även med anledning av den planerade allmänmedi-cinska enheten/institutionen vid det regionala hälsouniversitetet i Linköping, RHU."

I detta sammanhang anför flera landsting att en ökad satsning på omvårdnadsforskning i anslutning till de medellånga vårdutbildningarna öppnar nya möjligheter till både lokal anknytning och förankring i aktuella problemområden. Bl.a. framhåller *Kronobergs läns landsting* att "Lands-tinget anser att omvårdnadsforskningen måste prioriteras betydligt mer i framtiden, då från såväl välfärdspolitiska som samhällsekonomiska utgångs-punkter. Det finns stark anledning att utveckla en FoU-verksamhet, som har till syfte att följa, analysera och utvärdera hälso- och sjukvården som system samt bedöma effekten av hälsopolitiska reformer och den långsiktiga utvecklingen av befolkningens hälsa." Flera landsting betonar att omvård-nadsforskningen bör ges ytterligare resurser.

Flera remissinstanser är kritiska till HS 90:s förslag, bl.a. till kravet på omstrukturering och omfördelning av FoU-verksamheten.

Delegationen för social forskning anser att en väsentlig invändning mot det forskningspolitiska avsnittet är, sett ur samhällsvetenskaplig synpunkt, att problemen angripits inom en alltför trång ram vilket kan innebära att de breda och kanske mer oroande frågorna kommit i skymundan. Det finns i

HS 90 en tendens att kräva mer forskning där ett utvecklingsarbete skulle vara mer adekvat och innebära ett bättre resursutnyttjande.

Konsumentverket ser en risk i att man alltför ensidigt tar upp de förebyggande aspekterna på forskningen. För många sjukdomar, t.ex. ledgångsreumatism, multipel skleros m.fl. saknas i dag kunskap om bakomliggande orsak. Här krävs fortsatt grundforskning innan man kan komma så långt som till förebyggande åtgärder.

RRV anser att en förändrad FoU-inriktning inte ensidigt får betonas. Grundforskningens betydelse för den tillämpade forskningen bör enligt *RRV* också framhållas.

Socialstyrelsen anför att de av HS 90 föreslagna satsningarna inte får innebära att man eftersätter grundläggande medicinsk forskning där Sverige intagit en tätplats på flera områden och resultat erhållits som på ett betydelsefullt sätt ändrat undersöknings- och behandlingsmöjligheter.

Medicinska forskningsrådet (MFR) framhåller att "betydelsen av grundläggande medicinsk och tillämpad klinisk forskning för bibehållande av kvalitet i hälso- och sjukvården och för framsteg när det gäller diagnos, terapi och profylax av sjukdomar är oomstridd". *MFR* pekar också på att detta understrykes i HS 90:s slutrapport att det är "angeläget att vidareutveckla svensk medicinsk forskning så att den även framledes kan hävda sin ställning internationellt".

Sålunda framhåller rådet vidare att "en omprioritering av *MFR*:s nuvarande resurser från grundläggande och tillämpad medicinsk forskning mot en verksamhet relaterad till sjukvårdens praktiska problem skulle strida mot ovan relaterade mål och rycka undan grunden för fortsatt utveckling av effektiv hälso- och sjukvård. Enligt *MFR*:s bestämda uppfattning bör de ökade insatserna, vilka är angelägna, ske med resurstillskott."

UHÄ anför bl.a. att enligt *UHÄ*:s mening "är emellertid både den naturvetenskapligt och den samhällsmedicinskt inriktade forskningen och forskarutbildningen nödvändiga. *UHÄ* kan därför inte dela den syn av motsatsförhållande, som HS 90 gör sig till tolk för, när man anser att en omfördelning av resurserna bör göras.

När HS 90 för fram att vårdens krav i starkare utsträckning måste göra sig gällande i FoU-arbetet kan detta tolkas som att det nuvarande FoU-arbetet *inte* tar dessa hänsyn. *UHÄ* avvisar denna beskrivning av den nuvarande forskningsinriktningen.

Den naturvetenskapligt inriktade medicinska forskningen – både grundforskning och tillämpad forskning – är nödvändig för att ytterligare förbättra sjukvården och för en utveckling av de förebyggande insatserna. Även om en viss omdisponering sker av sjukvårdsresurserna mot en prioritering av primärvården och dess arbetsuppgifter, kommer under överskådlig tid sjukdomsmönstret fortfarande att domineras av de stora folksjukdomarna som kräver omfattande sluten vård.

Primärvården är också beroende av den utveckling som sker inom den

slutna värden och inom den kliniska forskningen i anslutning därtill, både vad avser kunskaper och förebyggande arbete, vådrutiner och rehabilitering. Endast genom en fortsatt satsning på både medicinsk grundforskning och klinisk forskning och på s.k. samhällsmedicinskt inriktad forskning kan underlag erhållas för nya framsteg i värden. T.ex. inom omvårdnadsforskningens ram kommer troligen nya perspektiv och infallsvinklar att anläggas på omvårdnadsproblem och -frågeställningar. Nya forskargrupper inom dessa områden tillför även forskningssamhället nya erfarenheter som kan vara av värde då det gäller att identifiera forskningsproblem och -områden."

Svenska läkaresällskapet finner det "förvånande att utredningen funnit att 'det krävs en omstrukturering och därmed omfördelning av FoU-verksamheten' och att det 'är nödvändigt att staten och andra forskningsansvariga förändrar och anpassar forsknings- och utvecklingsarbetet' som bör 'starkare inriktas mot bl.a. förebyggande insatser, allmänmedicin och andra decentraliserade vårdformer'. En omfördelning av resurser från den etablerade och enligt utredningen så framgångsrika medicinska forskningen skulle enligt Läkaresällskapets bestämda mening kunna få allvarliga konsekvenser för den fortsatta medicinska utvecklingen i vårt land. En sådan åtgärd skulle bl.a. med all säkerhet motverka en av utredningens huvudmålsättningar, nämligen att intensifiera de preventiva åtgärderna inom hälso- och sjukvården. För att dessa åtgärder skall ha förutsättning att bli framgångsrika mot exempelvis kardiovaskulära sjukdomar, cancer och beroendeframkallande sjukdomar fordras ytterligare basal kunskap om uppkomstmekanismer, riskfaktorer och deras verkningssätt m. m. Sådan kunskap kan endast uppnås genom fortsatt satsning på kvalificerad medicinsk grundforskning. Att bygga upp en tillämplad och målinriktad hälso- och sjukvårdsforskning genom en omstrukturering av den nuvarande forskningssatsningen kan leda till att välvilliga syften motverkas." *Läkarförbundet* anför identiska synpunkter.

12.2 HS 90:s prioriteringar av forskningsområden

HS 90

HS 90 anser att den påbörjade förändringen av inriktningen av den medicinska forskningen mot mer förebyggande insatser, mot allmänmedicin och andra decentraliserade vårdformer och mot psykiatriska och långvariga sjukdomar måste fullföljas. Därutöver måste också utvecklas en socialt och ekonomiskt inriktad forskning kring hälso- och sjukvårdens problem. FoU-verksamheten bör relateras till hälso- och sjukvårdens praktiska problem med förankring av verksamheterna till primärvård och länssjukvård. En utveckling av forskning relaterad till de medellånga vårdutbildningarna bör ske främst på omvårdnads- och rehabiliteringsområdena. Den epidemiologiskt präglade forskningen behöver förstärkas. Särskild upp-

märksamhet bör ägnas forskning inriktad mot att belysa orsaker till ohälsans omfattning och fördelning mellan olika befolkningsgrupper.

Hälso- och sjukvårdsforskningen behöver en fastare bas inom universitetsorganisationen med en hälsopolitisk profilering. Samverkan mellan MFR, DSF och andra forskningsråd kring hälso- och sjukvårdsforskningen behöver utvecklas.

Remissinstanserna

De remissinstanser som kommenterat HS 90:s prioriteringar av forskningsområden är i regel instämmande. Detta gäller även de som, enligt vad som refererats i avsnitt 12.1, ställt sig avvisande till HS 90:s krav på omfördelningar. T.ex. UHÅ "ansluter sig helt till HS 90:s beskrivning av den medicinska forskningen liksom till den prioritering som bedöms angelägen framöver."

Medicinska forskningsrådet (MFR) "har inget att invända mot att de områden som lyfts fram av utredningen blir föremål för ökade forskningsinsatser. I själva verket har MFR under en lång följd av år i anslagsframställningar betonat betydelsen av sådan forskning. Genom olika initiativ och anslag till forskningsprojekt har MFR också konkretiserat sin prioritering av sådan forskning. MFR:s insatser har möjliggjorts i första hand genom den reella, om och blygsamma resursförstärkning som kommit rådet till del under de senaste fyra åren. MFR har också i sina anslagsframställningar starkt betonat att sådana reella resursförstärkingar är nödvändiga för ytterligare insatser."

12.3 HSB engageras i forskningsfrågor

HS 90

HS 90 anser att hälso- och sjukvårdsberedningen bör behandla hälso- och sjukvårdens FoU-frågor som ett led i förankringen av dessa inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Remissinstanserna

Endast någon enstaka remissinstans kommenterar detta förslag och da i instämmande ordalag.

12.4 Landstingens engagemang i forskningen

HS 90

HS 90 anser att landstingen måste göra sig förtrogna med den pågående forsknings- och utvecklingsverksamheten samt precisera sina krav på

förändringar av detta arbete. Utöver det grundläggande ansvar som åvilar staten för FoU måste landstingen också själva bedriva utvecklings- och försöksverksamhet samt följa upp sina egna hälso- och sjukvårdinsatser och utvärdera effekterna av dessa.

Landstingen bör bl.a. inom ramen för sina samhälls- och miljömedicinska funktioner och inom primärvården beskriva och analysera hälsoproblem och hälsorisker samt pröva nya insatser för att påverka hälsosituation och vårdverksamheter. Detta kräver en kunskaps- och kompetensuppbyggnad i forskningsfrågor även på landstingsnivå. Av betydelse är också en förstärkt forskningssamverkan på det sjukvårdsregionala planet mellan regionsjukhus, länssjukhus och vårdcentraler m.m.

Remissinstanserna

Ett stort antal *landsting* tar upp utredningens förslag i denna del och huvudmännen är genomgående starkt positiva till förslagen. Bl.a. framhåller *Malmöhus läns landsting* att "Förvaltningsutskottet finner – i likhet med utredningen – det angeläget att sjukvårdshuvudmännen i ökad utsträckning engagerar sig i forsknings- och utvecklingsarbete (FoU). Det skulle förbättra möjligheterna att föra ut medicinsk forskning till läns- och länsdelssjukhus samt primärvården. En god kontakt mellan universitetens forskning och sjukvårdshuvudmännens utvecklingsarbete medför att forskningsresultat snabbare omsätts i det praktiska vårdarbetet, att angelägna forskningsuppgifter lättare kan formuleras och att en god jordmån för lokalt utvecklingsarbete skapas."

Kopparbergs läns landsting pekar på att den av landstingen bedrivna forskningen kan kräva särskilda organisationsformer och konstaterar att man gjort "särskilda ansträngningar för att stimulera bl.a. FoU inom hälso- och sjukvården. Här syftas bl.a. på de regionala resurser som sammanförts inom ramen för Stiftelsen Dalarnas Forskningsråd samt det utvecklingsarbete som på olika sätt stimuleras inom primärvården i länet med stöd från en samhällsmedicinsk funktion vid landstingets kansli. Landstinget avser att fortsätta sitt stöd till denna typ av forsknings- och utvecklingsaktiviteter."

Även *Örebro läns landsting* tar upp organisationen av landstingens forsknings- och utvecklingsarbete och pekar i likhet med andra landsting bl. a. på de samhällsmedicinska enheternas roll i detta arbete och landstinget anför: "Viktigt för att få forskningen att utvecklas är att skapa kreativa miljöer där den vetenskapliga diskussionen kan hållas levande och där metodstöd kan ges. Särskilt angeläget är detta för outvecklade forskningsområden, eller områden där endast enstaka forskare finns inom landstinget. En konstruktiv lösning kan vara, att man inom landstinget samlar den allmänna metodkunskap och handledarkunskap som är tillgänglig för många olika forskningsområden, exempelvis statistik, epidemiologi, ADB-kunskap, allmän forskningsmetodik, vetenskapsteori etc. till forskningsenheter.

som samtidigt kunde vara ett praktiskt stöd för forskare genom att kunna tillhandahålla hjälp med litteratursökning, sekreterarhjälp, databearbetning, forskarrum m. m. Hur detta sedan skall organiseras måste naturligtvis avgöras efter de lokala förutsättningarna, där i flera landsting kanske de miljö- och samhällsmedicinska enheterna som är på väg att utvecklas, kommer att vara ett lämpligt organ. Forskarutbildning, forskarerfarenhet och aktiv forskning bör vara en merit vid tillsättning av högre tjänster inom den hälso- och sjukvårdande verksamheten, inom planering och administration och inom vårdutbildningar.”

Några landsting framhåller att ett ökat engagemang från huvudmännens sida i forsknings- och utvecklingsarbete inte förändrar principen om ett statligt huvudmannaskap för forskningen och konstaterar i likhet med *Uppsala läns landsting* att ”förvaltningsutskottet anser att statens huvudansvar för forskning och utveckling bör bibehållas. Även fortsättningsvis bör det därför ankomma på staten att ansvara för kostnader och utveckling av forskningsverksamheten. Detta hindrar dock inte ett ökat engagemang från landstingen inom vissa specifika forsknings- och utvecklingsområden. Redan i dag förekommer ett nära samarbete mellan Uppsala läns landsting och universitetet inom bland annat primärvården. Det förutsätts också att den samhällsmedicinska verksamheten skall repliera på universitetets speciella resurser i viss utsträckning.”

UHÄ anser att det är oklart vad utredningen avser när man förordar att FoU skall starkt förankras i primärvård och länssjukvård. UHÄ anför att ”om utredningen med sin formulering om forskningens förankring till primärvård och länssjukvård menar, att professorerna i ökad utsträckning organisatoriskt skall placeras där, avvisar UHÄ ett sådant förslag. Om däremot utredningen avser att forskningsproblemen mer än nu skall förankras till de hälso- och sjukvårdsproblem som man möter i primärvården och länssjukvården vill UHÄ framhålla följande.

Ämnesbeskrivningarna för professorer avser ämnenas vetenskapliga verksamhetsområde. Inom sjukvårdens organisation motsvaras dessa delvis av medicinska verksamhetsområden. De medicinska verksamhetsområdena återfinns i sjukvården på olika vårdnivåer, nämligen inom regionsjukvården, länssjukvården och primärvården. De vetenskapliga ämnesområdena avser generellt inte någon bestämd vårdnivå, även om t.ex. ämnesområdet allmänmedicin endast finns representerat i primärvården.

En nära samverkan mellan universitetens forskningsinstitutioner och olika vårdnivåer i val av forskningsproblem liksom när det gäller att tillgodogöra sig forskningens resultat är önskvärd och UHÄ utgår ifrån att en sådan samverkan redan nu förekommer.”

Medicinska forskningsrådet (MFR) anser att ”förslaget att mer forsknings- och utvecklingsarbete bör förankras i primärvård och länssjukvård förutsätter en kompetensuppbyggnad. Det är av central betydelse att även tillämpad forskning bedrivs av personer med forskningskompetens och lämpligen med

förankring i universiteten. MFR är positiv till att en kunskaps- och kompetensuppbyggnad i forskningsfrågor sker på landstingsnivå. En sådan åtgärd bör bli värdefull för en fortlöpande dialog mellan sjukvårdshuvudmän och forskare, något som MFR bedömer betydelsefullt.”

Läkarförbundet framhåller att ”det kommer att krävas en betydande satsning på forskning inom primärvården. Tvärvetenskapliga institutioner måste byggas upp på landstingsnivå med tjänster för läkare, medicinska sociologer, statistiker och ekonomer. Den tvärvetenskapliga kompetensen bör förankras inom den medicinska fakulteten på institutioner för bl.a. allmän medicin och socialmedicin samt inom landstingens samhällsmedicinska enheter. Detta är nödvändigt för att forskningen skall få en god förankring i hälso- och sjukvårdssystemet.

Detta kan emellertid enligt läkarförbundet inte ske genom en omfördelning av resurserna för den nuvarande FoU-verksamheten utan kräver särskilda resurstillskott.”

13 Övriga frågor

I detta avsnitt redovisas sådana synpunkter och förslag från remissinstanserna som inte klart ansluter till HS 90-förslag och som därför inte lämpligen redovisats i det föregående.

13.1 Hälso- och sjukvårdsplaneringens former

HS 90

HS 90-materialet är avsett att ge underlag för huvudmännens planering samt för hälso- och sjukvårdspolitiska överväganden inom landstingen och på nationell nivå. HS 90 ger inga synpunkter eller förslag som direkt rör formerna för landstingens planering och den nationella samordningen härav. Några remissinstanser kommenterar emellertid planeringsfrågorna.

Remissinstanserna

RRV redovisar sin syn på fördelningen av ansvaret för hälso- och sjukvårdsplaneringen och slår fast statens ansvar, men framhåller att man saknar styrmedel. Dagmarreformen anges ha försvagat statens möjligheter att påverka hälso- och sjukvårdsplaneringen och *RRV* ser svårigheter att från statens sida genomföra HS 90-intentionerna. *Statskontoret* påpekar att HS 90 inte behandlat planeringssystemet för hälso- och sjukvården och framhåller vikten av att bygga upp ett sådant system med socialstyrelsens aktiva medverkan och med utveckling av uppföljningssystem. *LO* framhåller att statsmakterna på olika sätt måste skaffa sig nödvändiga styrmedel så att inte tidigare progressiva uttalanden och HS 90:s intentioner stannar på pappret. *Svenska kommunalarbetsareförbundet* anser det viktigt att statsbidragen och

andra statliga styrmedel får en sådan utformning att de svarar mot de mål HS 90 ger uttryck för.

Flertalet *landsting* anser, som tidigare angetts, att HS 90-materialet utgör ett värdefullt underlag för landstingens arbete med planeringen och genomförandet av den framtida hälso- och sjukvårdande verksamheten. Man framhåller emellertid att det inte är lämpligt med samordnade planeringsomgångar av samma typ som bedrevs under 70-talet.

Landstingsförbundet betonar det stora behovet av sektorövergripande bedömningar för avvägningarna mellan vårdens intressen, sysselsättning och samhällsekonomi. Förbundet är positivt till ett intensifierat samarbete mellan staten och landstingen i dessa frågor. Hälso- och sjukvårdsberedningen (HSB) bör ges praktiska förutsättningar att arbeta med en sådan inriktning. Efter sådana avstämningar måste huvudmännen ges stor frihet att i demokratisk ordning planera och forma framtidens vård efter starkt skiftande regionala och lokala förutsättningar. Hälso- och sjukvårdsplaneringen är, menar förbundet, relativt bra utvecklad. För planeringen behövs långsiktiga ställningstaganden till samhällsekonomi och andra samhällssektorerers medverkan i hälsopolitiken. För det tekniska genomförandet av planeringen måste huvudmännen ges frihet att finna lämpliga former.

En fråga som tas upp av ett flertal *landsting* är avvägningen mellan centralt stöd respektive styrning av huvudmännens planering. Många konstaterar härvid att aktiva åtgärder till stöd för huvudmännen torde vara en av förutsättningarna för att den föreslagna riktningförändringen av hälso- och sjukvården skall kunna genomföras. I sammanhanget tillstyrker dessa att socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Spri skall svara för ett utvecklingsarbete som stöd för omstruktureringen av vården.

Många *landsting* betonar således behovet av stöd, utvecklingsarbete m.m. på nationell nivå. Landstingen framhåller dock starkt att de centrala insatserna skall inskränka sig till detta. I likhet med *Värmlands läns landsting* anger huvudmännen att "genom hälso- och sjukvårdslagen har landstingen ålagts ett planeringsansvar som man är beredd att ta fullt ut. Förändringsarbete och omorientering har hög prioritet i landstingen – Värmlands hälso- och sjukvårdspolitiska program för den kommande tioårsperioden är ett exempel på det. Värmlands läns landsting vill mot denna bakgrund starkt understryka att landstinget i dag har både skyldighet, egen kompetens och vilja att utan ytterligare råd, anvisningar eller påbud fullfölja den omstrukturering av vården som riksdagen kan komma att ange inriktningen av".

Härvid betonar huvudmännen liksom *Kalmar läns landsting* "att landstinget som huvudman måste ges stor frihet att i demokratisk ordning planera och forma framtidens vård efter starkt skiftande regionala och lokala förutsättningar".

13.2 Privatläkarvården

Läkarförbundet, Svenska läkaresällskapet, Moderata kvinnoförbundet och Moderata ungdomsförbundet kritiserar att privatläkarvården och annan privatvård behandlats alltför litet i HS 90.

Även några *landsting* tar upp den privata läkarvården och pekar härvid på behovet av samplanering och på att även dessa bör tillämpa ett hälsoinriktat synsätt i sitt arbete. *Kristianstads läns landsting* anger sålunda att "den i hälso- och sjukvårdslagen angivna skyldigheten för landstingen att samplanera de totala samhällsinsatserna såväl inom offentlig som privat verksamhet måste på ett konsekvent sätt genomföras. Den privat bedrivna vården får ses som ett värdefullt komplement till den offentliga vården. Den av privatpraktikerna bedrivna verksamheten bör därför tas in i den långsiktiga rullande planeringen. Privatpraktikernas behov av vidareutbildning m.m. skall också vägas in i landstingets utbildningsverksamhet. Den av fritidspraktikerna bedrivna verksamheten bör bli föremål för ett mera långsiktigt planerande med särskilt hänsynstagande till det förhållandet att fritidspraktikerna som bas har en anställning hos huvudmannen."

13.3 Etiska och religiösa frågor

Några *landsting* berör att det offensiva hälsopolitiska arbetet kommer att innebära att nya etiska problemställningar aktualiseras. *Örebro läns landsting* anger att frågan borde behandlats i utredningen och framhåller att "datalagen och sekretesslagen ger viss vägledning men behandlar ju mestadels vad som är tillåtet och knappast vad som är etiskt lämpligt. De läkaretiska reglerna samt forskningsetiska överenskommelser handlar mest om kontakter med enskilda patienter och biomedicinska försök på människa medan vad som gäller för ett befolkningsinriktat arbete är mer svårtolkat." Landstinget konstaterar vidare att de forskningsetiska nämnderna visserligen ger vägledning vad gäller epidemiologisk forskning men att det hälsopolitiska arbetet inom hälso- och sjukvården kommer att innefatta datasammanställningar som inte kan karakteriseras som forskning. Landstinget pekar på att detta innebär att det inte är rimligt att forskningsetiska nämnder ska ta ställning till varje enskilt sådant utvecklingsarbete, utan generella etiska regler både över lämpligt arbetsätt, lämpliga informationsvägar till berörda befolkningsgrupper samt hur ansvaret för de etiska frågorna ska tas behöver närmare utredas.

Västerhottens läns landsting tar upp de etiska frågorna ur en annan synvinkel och pekar på behovet av "en central parlamentarisk grupp för etisk bedömning och rådgivning i frågor som rör den medicinskt tekniska utvecklingen. De etiska frågorna relaterade till hälso- och sjukvårdens medicinskt tekniska utveckling är ofta juridiskt och socialt komplicerade och kräver därför en kvalificerad bedömning. Samtidigt måste den medicinskt

tekniska utvecklingen i högre grad än hittills betraktas som en vårdpolitisk fråga.”

Svenska kyrkans centralråd/diakoninämnd framhåller att frågor av etisk karaktär åter blir aktuella. Det är då viktigt att dessa värderingsfrågor blir föremål för en öppen diskussion i t.ex. vårdutbildningen. Helhetsperspektivet bör beaktas och kompletteras med pastoral och etisk/social etisk verksamhet genom framför allt kyrkans engagemang.

Sveriges frikyrkoråd anser att helhetssynen hade krävt att de andliga och religiösa behoven borde ha beaktats i större utsträckning och man saknar anvisningar om samverkan med Svenska kyrkan och de fria trossamfundet som ansvariga för den andliga vården.

13.4 Läkemedelsfrågor

Apotekarsocieteten – Farmaceutiska föreningen (AFF) konstaterar att väsentliga delar av hälso- och sjukvården – t.ex. läkemedelsförsörjningen – lämnats helt obeaktade i HS 90. AFF beskriver utförligt läkemedlens roll i dagens och framtidens hälso- och sjukvård. Bl.a. framhålls att apoteken har en bredare kontaktyta mot den vårdbehövande allmänheten än andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet och att därför apotekspersonalen mera målmedvetet bör kunna utnyttjas som en resurs i vårdarbetet, särskilt vad gäller egenvården samt de äldres medicinering och att apotekssystemet smidigt kan anpassas till de olika vårdnivåernas behov. AFF påpekar att den socialfarmaceutiska forskningen kraftigt behöver utvecklas.

13.5 Organisationernas roll i hälsoarbetet

Flera remissinstanser framhåller de frivilliga organisationernas möjligheter i förverkligandet av HSL:s och HS 90:s intentioner.

LO framhåller att information och opinionsbildning i hälsoupplysningsarbetet till allra största delen bör överlåtas till alla de folkrörelser som når ett mycket stort antal människor i direkta kontakter. Samhället bör ställa upp med resurser när det gäller utbildning av företrädare för folkrörelserna i deras folkhälsoupplsningsarbete.

Sveriges riksidsrottsförbund framhåller att idrottsrörelsen har gjort och gör fortfarande en viktig insats i enlighet med HS 90:s intentioner om hälsofrämjande och förebyggande insatser, som hade förtjänat att redovisas i utredningen. Friskvården är ett område som i många stycken kan uppvisa ett smidigt och obyråkratiskt samarbete mellan den offentliga sektorn och en folkrörelse. Idrottsrörelsen är enligt förbundets uppfattning en stor men dåligt tillvaratagen resurs i hälsosamarbetet.

13.6 Invandrarfrågor

Statens invandrarverk saknar i HS 90 förslag till åtgärder för invandrare inom hälso- och sjukvården och efterlyser handlingsprogram från socialstyrelsen och landstingen. *Riksförbundet Finska föreningar i Sverige* kräver också sådana handlingsprogram och tvåspråkig service, tvåspråkighet som merit vid tjänstetillsättningar m.m. Vidare krävs överenskommelse om patientflyttningar mellan länder och om vissa ekonomiska frågor.

13.7 Homosexuella som vårdpolitisk riskgrupp

RFSL saknar i HS 90 helt överväganden och förslag hur hälso- och sjukvården skall kunna förbättra sina insatser när det gäller homosexuellas situation och deras speciella vårdfrågor och föreslår vissa åtgärder, bl.a. att möjligheterna till en samordning av specialiteterna infektions- och könssjukvård utreds.

13.8 Försäkringsmedel finansiera skolhälsovården

SÖ anser att primärkommunerna bör få ersättning från försäkringskassan för sina hälso- och sjukvårdande insatser inom skolhälsovården på samma sätt som landstingen. I fortsatt utredningsarbete bör ett system härför tas fram.

13.9 Översyn av arbetslöshetsförsäkringen

RFV vill ha en översyn av arbetslöshetsförsäkringen i syfte att avlasta sjukförsäkringssystemet, pensionssystemet och vården.

Sammanfattning av cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande, m.m.

I betänkandet sammanfattas innehållet på följande sätt.

Sammanfattning

Kap. 1

Kap. 1 behandlar *utredningsarbetets bedrivande* m.m. med direktiven till cancerkommittén, uppläggning och genomförande av arbetet samt läsanvisning för betänkandet.

Enligt regeringens beslut (kommittédirektiv 1979:51) är kommitténs huvuduppgift att föreslå åtgärder som kan förebygga cancersjukdomars uppkomst. Utgångspunkten härvid är att flera forskargrupper gjort den bedömningen att en stor del av alla cancerfall är framkallade av miljöfaktorer. I detta begrepp ingår då enligt direktiven inte enbart säkerställt eller potentiellt cancerframkallande ämnen i sig utan även faktorer som arbetsmiljö, social miljö och personlig livsföring innefattande tobaks- och alkoholvanor m.m.

Cancerkommittén har att även uppmärksamma problem kring cancersjukdomarnas diagnos och terapi. Särskilt nämns det pågående arbetet med att utvärdera masshälsundersökningar för att dignostisera bl.a. livmoderhals- och bröstcancer. Det ingår också speciellt i kommitténs uppgifter att följa utvecklingen vad gäller uppbyggnaden hos sjukvårdshuvudmännen av vården av cancersjuka patienter.

En avsevärd del av cancerkommitténs arbete har rört sammanställning av information och bedömningar av kunskapsläget framför allt vad gäller faktorer, som medför risk för cancer. Utöver vad som kan inhämtas från den internationella vetenskapliga litteraturen har kommittén på olika sätt sökt skaffa sig en uppfattning om relevanta svenska förhållanden *dels* utifrån beskrivningar av cancermönstret i Sverige med tidsmässiga, åldersmässiga och geografiska förändringar m.m., *dels* utifrån vissa expositionsuppgifter. Försök har därefter gjorts att kvantitativt uppskatta olika orsakers betydelse för antalet cancerfall i vårt land.

Utredningsarbetet har i hög grad byggt på aktivt deltagande av ledamöter och sakkunniga, där flera ställt sina kunskaper till förfogande bl.a. genom att författa underlagsmaterial och kapitelutkast. I åtskilliga fall har synpunkter eller skriftligt underlagsmaterial även erhållits från utomstående expertis. Huvuddelen av detta material har publicerats i separata volymer i den s.k. departementsserien och åberopas som bilagor vid detta betänkande.

Kap. 2

Redovisningen av cancerkommitténs arbete inleds med ett *översiktligt kapitel (kap. 2) om cancersjukdomarna*, vilket *dels* utgör en allmän bakgrund för hela den fortsatta redovisningen. *dels* utgör en utgångspunkt för fördjupade analyser inom vissa delområden.

Här konstateras bl.a. att cancersjukdomarna i alla i-länder upptar en allt större del av sjukdomspanoramata, varvid en väsentlig orsak är den ökande medellivslängden.

Antalet registrerade nya cancerfall i Sverige var år 1980 ca 35 000 och antalet cancerdödsfall ca 20 000. Cancersjukdomarna kan beräknas minska medellivslängden i hela befolkningen med 2–3 år och medföra en förlust av i genomsnitt 11 resp. 16 levnadsår för dem som drabbas (män resp. kvinnor). De olika cancersjukdomarna skiljer sig dock väsentligt åt vad gäller bl.a. tumörernas tillväxthastighet och möjligheter att bota eller att lindra deras verkningar. Vissa cancerformer har numera hög botbarhet medan andra oftast har ett ogynnsamt förlopp. – Några ekonomiska aspekter på cancersjukdomarna i vårt land vad gäller sjukvårdskostnader m.m. redovisas även.

Den åldersstandardiserade totala cancerdödligheten i Sverige under de senaste två decennierna visade en ganska liten förändring. Den åldersstandardiserade totala cancerincidensen (nya registrerade sjukdomsfall) ökade under samma period med 1,5 % per år hos män och 0,8 % per år hos kvinnor. Denna genomsnittliga ökning betingades dock nästan helt av förändringar under 1960-talet och skulle till mycket stor del kunna förklaras av ändrade diagnos- och rapporteringsrutiner. Däremot är det helt uppenbart att incidensen av speciella cancersjukdomar ökat (t. ex. lungcancer) liksom att den minskat för andra cancerformer (t.ex. magsäckscancer). Det är sådana i många länder iakttagna tidsmässiga förändringar liksom geografiska skillnader, utveckling av nya cancermonster när människor flyttar från en kulturkrets till en annan m.m., som stryker tanken att flertalet cancerfall är framkallade av levnadssätt och andra miljöfaktorer.

I kap. 2 ges vidare bl.a. en introduktion till frågan om cancersjukdomarnas natur (sjukdomarna karakteriseras främst av att cellens tillväxtreglerande mekanismer inte synes fungera – med en okontrollerad tillväxt som följd). En rad exempel lämnas på kända eller misstänkta orsaksfaktorer till cancer hos människa samtidigt som det understryks att kunskapen inom detta område ännu är fragmentarisk. Även beträffande kända riskfaktorer är svårigheterna stora när det gäller att uppskatta deras kvantitativa effekt. I kapitlet refereras även till vissa utländska försök som gjorts i detta avseende.

Avd. 1

Betänkandets *avd. 1* upptar i kapitlen 3–6 närmare *överväganden om cancersjukdomarnas uppkomst, orsaker och utbredning*. Denna avdelning är sålunda i princip inriktad på kunskapssammanställning som underlag för bedömning av möjligheter till cancerprevention. Delar av denna text utgörs av genomgång och värdering av vetenskapligt material och förutsätter att läsaren har vissa förkunskaper.

Kap. 3

I *kap. 3* behandlas mera ingående *tumörsjukdomarnas uppkomstmekanismer* med utgångspunkt i grundläggande teorier och hypoteser. Även om kunskapen om dessa mekanismer ännu är ofullständig, kan den dock ge viktigt underlag för utredningar av vilka faktorer som påverkar tumöruppkomst samt av storleken av dessa faktorerers effekter.

I kapitlet refereras och kommenteras ett antal sådana inom forskarsamhället förekommande uppfattningar som att en tumör uppstår ur *en* cell, att tumöruppkomsten är en flerstegsprocess, i vilken åtminstone två faser (initiering och promotion) identifierats som nödvändiga och att orsaksfaktorerna till en tumör därför i regel är multipla. Initiering och eventuellt även senare händelser i utvecklingsförloppet innebär påverkan på det genetiska materialet i cellen (DNA), varvid canceruppkomst blir en biologiskt sett slumpmässig ("stokastisk") händelse som är oberoende av dosens storlek men där risken för att denna händelse (DNA-skada i någon kritisk punkt) inträffar ökar med ökande dos på samma sätt som vinsten i ett lotteri utgår på *en* lott medan chansen att vinna ökar med antalet lotter man har.

Preventiva åtgärder kan sättas in mot antingen ansvariga initiatorer eller mot promotorer och cocarcinogener (modifierande faktorer) som samverkar med dessa. Från cancerpreventiv synpunkt bör till carcinogena (cancerframkallande) faktorer räknas alla cancerincidensförhöjande faktorer oavsett verkningsmekanismer.

I kapitlet diskuteras i övrigt bl.a. reparation av DNA-skada, mutagen/cancerinitierande faktorer och bedömningar av dos-responssamband i lågdosområdet, särskilt att man för initiatorer inte kan definiera någon "säker" dos under vilken cancerrisken blir noll.

Kap. 4

Under rubiken *Olika expositioner* behandlar cancerkommittén i *kap. 4* efter ett kort inledningsavsnitt *dels* två expositionskällor av komplex natur, *dels* specifika kemiska och fysikaliska agentier med utgångspunkt från en omfattande inventering av förekomsten i landet av ett antal kända eller misstänkta carcinogener. Frågor om samverkans effekter har föranlett ett särskilt delavsnitt.

Avsnitt 4.2 gäller *tobak*, särskilt tobaksrökning. Förutom frågor om rökarens hälsorisker, vilka länge tilldragit sig uppmärksamhet, diskuteras här utförligt vad exposition för tobaksrök i miljön (s.k. passiv rökning) betyder med avseende på cancerrisker m.m. Hälsoeffekter av rökning på avkomman berörs kortfattat.

Uppgifter om tobaksrökens kemiska innehåll m.m. behandlas även.

Slutsatser från den omfattande internationella vetenskapliga litteraturen om rökningens carcinogena verkan i relation till data om rökvanornas utveckling över tiden ger underlag för cancerkommitténs bedömningar av tobaksrökningens etiologiska (orsaksmässiga) roll för en rad olika cancerformer i Sverige hos män resp. kvinnor.

Tillgängliga data medger ännu inte att cancerriskens storlek vid passiv rökning på motsvarande sätt kvantitativt uppskattas. Det fastslås dock *att* en viss sådana risk föreligger.

Avsnitt 4.3 behandlar *kosten* inkl. dricksvatten jämte vissa frågor om cancerrisker i samband med alkohol.

Betydelsen av kostvanor och av själva kostkompositionen i stort diskuteras med utgångspunkt från den vetenskapliga litteraturen. Enligt denna har bl.a. vissa cancerformer satts i samband med matvanor som innebär högt fettintag. Andra naturliga komponenter i födan skulle också kunna ha betydelse för uppkomst av cancer: viktigare i detta sammanhang är säkerligen komponenter som tillförs kosten i samband med produktion, lagring och beredning. Förutom tillsatser och rester av främmande ämnen från mänsklig verksamhet tillkommer ämnen som alstras av mikroorganismer eller ämnen som bildas vid upphettning av födan.

Vidare diskuteras komponenter i kosten som kan skydda mot uppkomst av cancer, bl.a. vissa vitaminer.

Avsnitt 4.4 tar upp *specifika kemiska ämnen och expositionsmiljöer*. Utgångspunkten är här uppgifter om svenska exponeringsdata för ämnen av intresse i cancersammanhang. Sådana uppgifter har erhållits från produktkontrollnämnden, arbetarskyddsstyrelsen, livsmedelsverket, socialstyrelsens läkemedelsavdelning och naturvårdsverket. Redovisningen ger *dels* exempel på förekommande exponeringar jämte beräkning av total populationsbelastning av några ämnen, *dels* viss information om tillgängligheten av sådana exponeringsdata, insamlingsrutiner m.m.

Rena exponeringsdata kompletteras med exempel på cancerriskbedömningar för vissa ämnen eller expositionsmiljöer. Oftast medger inte tillgängligt vetenskapligt material att riskens storlek anges men man kan med större eller mindre säkerhet uttala *att* cancerframkallande egenskaper föreligger. Även om epidemiologiska studier visar betydande överrisker vid förekommande expositioner för vissa ämnen jämfört med motsvarande cancerrisker för ej exponerade personer, ger de lämnade exemplen på siffermässiga bedömningar en indikation på att enskilda sådana substansers bidrag till den totala cancerincidensen kan vara utomordentligt litet.

Avsnitt 4.5 rör *fysikaliska faktorer* varvid särskilt joniserande strålning och ultraviolett ljus diskuteras.

I fråga om joniserande strålning föreligger ett omfattande internationellt samarbete där man använder allmänt accepterade riskkoefficienter för beräkningar av "sena skadefall" (huvudsakligen cancer) från strålning av olika slag.

Statens strålskyddsinstitut har givit en ingående redovisning av förekommande expositioner uttryckt som väntad årlig kollektivdos till olika populationer i dagsläget. Med utgångspunkt härifrån kan antalet cancerdödsfall genom såväl mänskliga aktiviteter som naturlig bakgrundsstrålning beräknas. Frågan om cancerrisker vid förekommande radondotterhalter i bostäder tar cancerkommittén upp särskilt.

Det ultravioletta ljuset genom solstrålning bidrar starkt till vissa cancerformer på utsatta ställen såsom ansiktet m.m. Kommittén diskuterar även i vad mån ändrade solbadsvanor, i synnerhet plötslig, intensiv solning av oskyddad hud, bidrar till den starka ökningen av en speciell hudcancerform (malignt melanom).

Avsnitt 4.6 behandlar *samverkans effekter* med exempel som bl.a. visar, att cancerriskens storlek vid samtidig tobaksrökning och exposition för vissa andra carcinogena agentier blir väsentligt högre än en addition av effekterna var för sig (s.k. synergistisk effekt).

Kap. 5

I *kap. 5* refereras några studier över variationer i dödlighet och incidens beträffande cancersjukdomar i Sverige. Dessa studier har delvis initierats av cancerkommittén. De utgör exempel på hur långt man kan komma i beskrivning av variationer och klarläggande av dessas orsaker genom analyser av uppgifter som finns tillgängliga i olika register ("registeranalys" eller s.k. makroepidemiologiska studier).

En stor del av förekommande cancerincidens och -mortalitet kan "förklaras" i statistisk mening med hjälp av ett antal "miljöbeskrivande" variabler. Sådana variabler är i övervägande grad indirekta, dvs. de förmår inte identifiera sjukdomsorsakerna. De statistiska samband som framkommer mellan å ena sidan olika cancerformer och/eller all cancer och å andra sidan sådana variabler som civilstånd, bostadsregion, tätortsgrad m.m. tyder på att ansträngningar att klarlägga de verkliga orsakssambanden skulle vara meningsfulla.

Uppgifter om den kvantitativa betydelsen av varierande diagnosrutiner redovisas samt en studie av tidsutvecklingen av cancersjukdomarna jämte diskussion av faktorer som kan snedvrída framkomna trender. Här framgår bl.a. att utvecklingen 1968-78 av incidenserna av flertalet tumörtyper varit något så när homogen över alla åldersskikt, vilket tyder på att sådana levnadsvanor eller andra faktorer som genomsnittligt uppträder eller

förändras likformigt inom befolkningen oavsett ålder spelar störst roll bland externa orsaker till cancer. Undantag utgör bl.a. lungcancer och livmoderhalscancer där också tänkbara förklaringar finns till olikheterna. Ett försök görs även att beräkna incidensutvecklingen av lungcancer framåt i tiden.

Vidare diskuteras bl.a. likheter mellan dödlighet i tumörsjukdomar och i andra sjukdomar för vissa grupper med t.ex. överdödlighet för frånskilda, för gruppen icke-förvärvsarbetande (särskilt män) och för män med administrativt arbete till skillnad särskilt mot dem som är sysselsatta inom jord- och skogsbruk m.m. men i viss mån också gentemot gruppen sysselsatta inom tillverkningsarbete.

Kap. 6

I kap. 6 redovisas cancerkommitténs försök till kvantifiering av olika orsakers betydelse för antalet cancerfall i Sverige.

Den övervägande delen av s.k. miljöfaktorer bakom den nuvarande cancersjukligheten synes ha samband med våra levnadsvanor.

Tre sammantaget stora orsaksområden är tobaksrökning, kostfaktorer och andra levnadsvanor främst sexualvanor och fertilitetsmönster. UV-strålning genom solljus och solbadande bidrar också till cancerincidensen och kan delvis hänföras till levnadsvanor. Infektioner, inflammationer m.m. är en annan, kvantitativt svårbedömd orsaksfaktor, som delvis är förknippad med levnadsförhållandena.

Allmänna luftföroreningar, arbetsmiljöfaktorer, konsumentartiklar, radon (och gammastrålning) i bostäder samt iatrogena faktorer har hittills antagligen givit förhållandevis begränsade bidrag till den totala cancerincidensen; i vissa fall kan dock individrisken ha varit hög. Här nämnda faktorer är förknippade med mänskliga verksamheter och innebär i stor utsträckning ofrivilliga expositioner. Härtill kommer den naturliga bakgrundsstrålningen, till vilken ungefär en procent av den totala cancerincidensen beräkningsmässigt kan hänföras.

De siffror som anges för olika orsaksfaktorer (sammanfattade i tab. 6:1) har en starkt varierande tillförlitlighet alltifrån den något så när säkra grunden vid bedömningen av tobaksrökningens roll till mycket grova uppskattningar t.ex. vad gäller betydelsen av kostvanor, sexualvanor och allmänna luftföroreningar. Man måste också ha klart för sig att vid försök av detta slag att kvantifiera betydelsen för cancerincidensen av olika faktorer, kommer vissa cancerfall att hänföras till mer än en orsakskategori. Detta beror på att cancer ofta har multipla orsaker som på olika sätt kan samverka. De givna siffrorna "förklarar" inte heller alla cancerfall. Genom att en maximalt trolig andel kunnat anges för vissa orsaksfaktorer, lämnas ett mycket stort förklaringsutrymme för de övriga, nämligen specifika orsaker i levnadsvanor bl.a. kosten, inkl. infektioner m.m. – förutom betydelsen av ärftliga faktorer.

Det bör understrykas att uppskattningarna avser cancerincidenser under senare år, vilka till stor del antas vara betingade av orsaksfaktorer som förelegat årtal eller decennier tidigare. I vissa fall är känt hur levnadsvanor eller expositioner för carcinogena agentier ser ut i dag i förhållande till det tidigare, i andra fall kan detta inte säkert bedömas. Det kan aldrig i förväg uteslutas, att nya, specifika riskfaktorer skulle ha tillkommit under senare år inom de angivna riskområdena med ofrivilliga expositioner. Däremot är det osannolikt, att detta i så fall skulle ge några större utslag i framtida *totala* incidenssiffror. När det gäller exempelvis arbetsmiljöns betydelse, där stora förbättringar av den hygieniska standarden gjorts under 1970- och 80-talen, skulle den totala cancerriken, som är associerad med nuvarande exponerings-situation, kunna vara betydligt lägre än tidigare.

Avd. II

I betänkandets *avdelning II*, som upptar kapitlen 7–16, behandlas i en systematiserad form förutsättningar och åtgärder för att *minska cancersjukdomarnas skadeverkningar*. Häri innefattas *dels* möjligheter till förebyggande av cancersjukdom, varvid bl.a. uppgifter och synpunkter i kap. 2–6 åberopas, *dels* vissa frågor om diagnostik och behandling samt om cancervårdens organisation. Vissa för cancerforskningen angelägna områden framhävs.

Kap. 7

I *kap. 7* diskuteras en *strategi för cancerprevention* med angivande bl.a. av de allmänna förutsättningarna för att förebygga uppkomst av cancersjukdom, strategins huvudsyften och komponenter i strategin. Med utgångspunkt från betydelsen av en riskvärderings- och åtgärdsfilosofi behandlas olika principer för rangordning särskilt av regulatoriska åtgärder inkl. kostnads-nyttoanalys i vid bemärkelse av detta begrepp. I några av de därefter följande kapitlen utvecklas bedömningarna närmare jämte konkreta förslag inom vissa områden. Kommittén har därvid preciserat strategiprinciperna på ett antal punkter i de sammanhang där en sådan diskussion naturligt hör hemma.

Cancerkommittén framhäver bl.a.

att de orsaksfaktorer i levnadsvanor och i miljön i övrigt, som bidrar till uppkomst av cancersjukdomar, i betydande grad bör vara påverkningbara,

att total prevention inte är möjlig utan syftet med förebyggande åtgärder är att riskerna för cancersjukdom skall minska och att de cancerfall, som ändå inträffar, uppträder senare i livet än de eljest skulle ha gjort,

- att* riskbegreppet är centralt i cancerpreventionen liksom inom områden där samtliga händelseförlopp inte är förutsebara och skadan biologiskt sett en slumpmässig effekt.
- att* strategin bör ha två huvudsyften, nämligen *dels* att den totala cancerincidensen skall nedbringas, *dels* att "icke acceptabla" individrisker skall åtgärdas; dessutom bör möjligheten till skador på kommande generationer beaktas,
- att* cancersjukdomarna är en del av det totala sjukdomspanoramats och att åtgärder för att förebygga cancer måste ses i detta större sammanhang,
- att* strategin för cancerprevention bör avse både kända risker eller riskområden och okända eller otillräckligt kända; det rör sig om såväl konkreta åtgärder, vilka direkt eller indirekt syftar till cancerprevention, som fortsatt kunskapsuppbyggnad genom forsknings- och undersökningsverksamhet.
- att* uppföljande studier av hälsoeffekter och andra konsekvenser av vidtagna åtgärder är viktiga, särskilt vid mera genomgripande åtgärder,
- att* frågor om cancerprevention berör många parter och att det får förutsättas att samhällsorgan med ansvar för sjukdomsförebyggande åtgärder m.m., företag, olika frivilliga organisationer, berörda forskare och forskningsfinansierande organ var för sig utformar en egen strategi för att främja en god cancerprevention.
- att* följande riskområden/orsaksfaktorer beträffande cancer bör ingå som komponenter i strategin även om erforderliga åtgärders art och omfattning kan skilja sig mycket: tobaks- och alkoholbruk, kostvanor inkl. specifika kostfaktorer, sexualvanor, infektioner m.m., allmänna luftföroreningar, arbetsmiljöfaktorer, konsumentartiklar, joniserande strålning och UV-strålning samt iatrogena faktorer,
- att* de för den lagstadgade riskkontrollen av fysikaliska och kemiska agentier ansvariga centrala myndigheterna bör formulera och dokumentera en riskpolicy med avseende på cancer,
- att* medicinska/naturvetenskapliga bedömningar vid riskidentifiering och riskuppskattning, med kritisk granskning av tillgängliga vetenskapliga data, bör vara utskiljbara från de sociala och politiska bedömningar, som ligger i riskvärdering och beslut om direkta kontrollåtgärder; riskvärderingar innefattar sålunda bl.a. frågor om riskacceptans och "hur mycket bevis", som krävs för åtgärd i en viss situation, samt om tekniska och ekonomiska förutsättningar för riskminskning.
- att* en rangordning av regulatoriska åtgärder blir beroende bl.a. av hur man mäter värdet av kostnad och nytta, en process där monetära och icke-monetära storheter (t.ex. riskupplevelse och ojämn fördelning av risken resp. nyttan i befolkningen) skall bestämmas, varefter de bör presenteras på ett sådant sätt att det underlättar för beslutsfattarna att se var konflikterna ligger,

- att* man för jämförbara, kontrollerbara risker i miljön (i första hand joniserande strålning och kemiska ämnen med cancerinitierande egenskaper) bör eftersträva likartade skyddsprinciper; de principer som utvecklats inom strålskyddet bör då kunna vara vägledande.
- att* antagandet om ett lineärt dos-responsförhållande (i lågdosområdet) bör ligga till grund för reglering också av kemiska ämnen, såvida inte tillgängliga data klart indikerar existensen av en "tröskeldos" för effekt.
- att* carcinogena orsaksfaktorer har ytterst varierad styrka (carcinogen potens), vilket i kombination med faktisk exposition ger riskens storlek: ofta föreligger dock påtagliga svårigheter att med god vetenskaplig säkerhet bestämma carcinogen potens för kemiska ämnen inklusive att avgöra om en faktor saknar betydelse från risksynpunkt.
- att* samtidigt som expositionsminskning för kemiska carcinogener generellt bör eftersträvas, hänsyn tas till möjligheter för riskgradering och för fastställande av tröskeldoser i vissa fall för ämnen som ej binds till DNA.

Kap. 8

I kap. 8 behandlas informationssystem med bl.a. möjligheter till förvarning om cancerrisker. Diskussionen avser främst befolkningsbaserade informationssystem och förutsättningarna för epidemiologiska studier.

För kunskap om en sjukdoms förekomst, orsaker och effekter i en befolkning behövs informationssystem innehållande data såväl om de av sjukdomen drabbade personerna (t.ex. incidens- och mortalitetsregister) som om övriga individer i befolkningen (t.ex. demografiska basdata).

Kommittén beskriver kort olika epidemiologiska arbetsmetoder m.m. och tar därefter mera ingående upp informationssystem för hälso- och sjukvården, särskilt cancerregistret, ett incidensregister som inrättades 1958, och dödsorsaksregistret med specificerade uppgifter beträffande olika cancersjukdomar sedan 1951. Dessa register innehåller individrelaterade uppgifter (via personnummer), vilket är viktigt speciellt för möjligheterna att genomföra epidemiologiska undersökningar t.ex. beträffande statistiska samband mellan en cancersjukdom och levnadsförhållanden eller andra mera specifika miljöfaktorer.

En mer eller mindre klart uttalad bevakningsfunktion finns i samband med vissa register som här avses. En generell diskussion om epidemiologisk bevakning förs i ett särskilt delavsnitt. Det kan här röra sig om såväl övervakning av kända risker som indikationer om tidigare okända risker.

Frågor om internationellt samarbete, särskilt epidemiologisk cancerforskning, belyses något.

Cancerkommittén framför bl.a. följande

- att* Sverige genom befolkningsbaserade informationssystem och andra förhållanden har mycket goda förutsättningar för studier av såväl cancersjukdomarna som andra, speciellt kroniska sjukdomar och därigenom en förpliktelse att genom epidemiologiskt arbete bidra till den internationella kunskapen om olika sjukdomar och deras orsaker. Därvid bör möjligheter till samarbete medan andra länder, särskilt de nordiska, tillvaratas. – Betydelsen av befolkningsbaserade långsiktiga undersökningsprogram i form av prospektiva studier bör särskilt framhåvas,
- att* bättre epidemiologiska utbildningsmöjligheter, med tonvikt på postgradual utbildning behöver utvecklas inom det svenska universitetsväsendet,
- att* krav bör kunna uppställas att vissa allmänna befolkningsuppgifter alltid bör vara lätt tillgängliga för epidemiologisk verksamhet: härmed avses offentliga uppgifter som redan ingår i den nuvarande folkbokföringen, dock att tillgängligheten behöver förbättras beträffande redan ADB-registrerade uppgifter om släktskapsförhållanden (föräldrar) och om tidigare adresser,
- att* patientdata från vård och annan medicinsk behandling eller undersökning i sina väsentliga delar bör registreras på ett jämförbart sätt såväl i löpande verksamhet som i särskilda forskningsprojekt,
- att* epidemiologiska bevakningsprogram eller delsystem av sådana generellt sett förutsätts vidareutvecklas under de närmaste åren.

Med utgångspunkt särskilt i cancersjukdomarna framhåller kommittén därutöver bl.a.

- att* systematisk insamling och analys av uppgifter om cancerincidens och dödsorsaker bör ses som delar i ett större system för epidemiologisk bevakning,
- att* rikstäckande uppgifter av god kvalitet om inträffande fall av cancersjukdom ("cancerregistret") och om dödsfall relaterade till cancer (i "dödsorsaksregistret") är av grundläggande betydelse för cancerepidemiologin,
- att* den i praxis utvecklade arbetsfördelningen mellan det centrala cancerregistret i socialstyrelsen och de regionala tumörregistren i onkologiska centra har betydande fördelar,
- att* vissa av kommittén närmare preciserade krav på prestanda bör ställas på cancerregisterverksamheten för att eftersläpningar skall minimeras och analyserande funktioner främjas,
- att* underlaget för dödsorsaksregistreringen bör förbättras och att bl.a. rutinerna för uppgiftslämnande beträffande dödsfall och dödsorsak bör ses över för att kunna särskiljas i juridiskt-administrativt resp. medicinskt hänseende,
- att* ansvaret för den medicinska delen i dödsorsaksregistreringen bör överföras från statistiska centralbyrån till socialstyrelsen,

- att* – förutom de hälsovariabler som följs i en generell epidemiologisk bevakning – man inom ramen härför även bör verka för förbättrad dokumentation rörande exposition för tänkbara riskfaktorer i miljön inkl. levnadsvanor samt att uppläggnings- och provbanker med humanprover bör övervägas i olika sammanhang.
- att* epidemiologiska studier av cancersjukdomarnas förekomst – med hänsyn bl.a. till den långa latenstiden för flertalet av dessa sjukdomar – bör kompletteras med bevakning av andra kliniska parametrar som skulle kunna relateras till inledande steg i förloppet vid uppkomst av cancer: aktiva insatser bör göras för fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete härvidlag.
- att* ansvaret för utbyggnad av en epidemiologisk bevakning främst vilar på sjukvårdshuvudmännen, i samarbete med andra intressenter, och att tyngdpunkten, åtminstone för delar av verksamheten sasom cancer-epidemiologin, bör ligga på den regionala nivån under medverkan av onkologiska centra,
- att* socialstyrelsen har ansvar för samordning och planering av epidemiologisk bevakning på nationell nivå och att statens miljömedicinska laboratorium i allt väsentligt bör svara för den operativa delen av denna verksamhet,
- att* en god epidemiologisk bevakning kommer att successivt kräva avsevärd utbyggnad av resurserna, något som kostnadsmässigt kommer att belasta såväl sjukvårdshuvudmännen som staten.

Kap. 9

I kap. 9 behandlas *hälsouppllysning* syftande till ändrade levnadsvanor som instrument för förebyggande av bl.a. cancer, även om hälsouppllysningen här ses som del i en bredare sjukdomsprevension.

Några huvudtankar rörande hälsouppllysning från projektet "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (HS 90) refereras, då hälsouppllysningen där tilldelas en viktig roll för den nya sjukvårdspolitikens offensiva inriktning. Eftersom hälsouppllysning är en verksamhet vars effekter till inte ringa del är beroende av bred samverkan, lämnas en redovisning dels för den formella rollfördelningen mellan myndigheterna vad avser hälsouppllysning, dels för vilka övriga viktiga parter på det lokala och regionala planet som i större eller mindre grad kan samverka kring hälsouppllysning. Då landstingen har det övergripande ansvaret för hälsouppllysningen lämnas därpå särskild redovisning om landstingens nuvarande hälsouppllysning. Landstingens hälsouppllysning beskrivs som en verksamhet under utveckling där landstingen prövar sig fram i fråga om mål, metoder, målgrupper etc. Mot denna bakgrund diskuteras därefter en rad strategiska frågor där såväl faktorer som begränsar informationseffekten som faktorer som synes kunna bidra till effekt av hälsouppllysningen blir belysta. Kommittén diskuterar vidare vissa etiska

frågor som måste hållas levande i all samhällsinformation syftande till påverkan av attityder, normer och levnadsvanor. Kommittén tar även upp frågan om massmedias medverkan i hälsoinformationen.

Cancerkommittén noterar

att landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för hälsoupplysningen och att denna i första hand är en naturlig del av primärvårdens arbetsuppgifter,

att socialstyrelsen enligt statsmakternas beslut skall ge stöd och service till sjukvårdshuvudmännens utveckling av hälsoupplysningen vilket är särskilt viktigt under uppbyggnadsskedet.

Cancerkommittén framhåller bl.a.

att hälsoupplysning som syftar till ändrade levnadsvanor är ett centralt instrument i cancerpreventionen vad avser den totala cancerincidensen,

att hälsoupplysning med mål att förebygga cancer bör betraktas som en del av allmän hälsoupplysning,

att hälsoupplysning som syftar till ändrade levnadsvanor aldrig kan ses som en isolerad medicinsk fråga utan samband med sociala och kulturella mönster samt andra levnadsvillkor, varför integrerade ansatser på olika nivåer i samhället och samverkan mellan olika parter behövs,

att landstingen bör utveckla effektiva samverkansformer mellan den egna verksamhetens olika fält, andra professionella vårdgivare, myndigheter och olika frivilligorganisationer,

att utbildningsmyndigheter och landsting m.fl. bör beakta behovet av utbildning i fråga om hälsoupplysning,

att utformning, genomförande och utvärdering av hälsoupplysning rörande cancerrisker måste angripas tvärvetenskapligt och att socialstyrelsen bör ta initiativ till en övergripande diskussion i dessa frågor,

att samhället genom sina ansvariga organ bör få rätt att i ökad utsträckning genom s.k. myndighetsmeddelanden utnyttja TV-radio för hälsoupplysning samt att det är önskvärt att massmedia genom egen programverksamhet i ökad utsträckning medverkar med hälsoinformation.

Kap. 10

Under rubriken *Särskilda åtgärder inom vissa riskområden* tar cancerkommittén i kap. 10 upp fem sådana områden till närmare diskussion.

Avsnitt 10.1 rör tobaksbruk och tobaksvaror. Med utgångspunkt från bl.a. redovisning och slutsatser i tidigare kapitel om tobaksbrukets betydelse för cancerincidensen och hur riskerna med exposition för tobaksrök i miljön f.n. bör bedömas, behandlar cancerkommittén möjligheterna att kraftigt nedbringa tobaksbruket, särskilt rökningen. Nuvarande formella möjligheter till produktkontroll granskas också. Hur effekterna av vidtagna åtgärder bör följas behandlas helt kort. I detta sammanhang erinras även om att man

saknar uppgifter avseende svenska förhållanden om exposition för carcinogena ämnen i miljön, härrörande från tobaksrökning.

Cancerkommittén framhäver bl.a.

att tobaksrökning är den största säkerställda, enskilda orsaken till cancer i vårt land, där årligen ungefär vart 6:e cancerfall eller ca 5 500 fall har tobaksrökning som orsak och att rökare dessutom uppvisar hög överdödlighet även i vissa andra sjukdomar,

att rökarens risker är så stora, att import och försäljning av tobaksvaror inom landet inte skulle vara tillåten, om man endast såg till rent medicinska aspekter,

att även exposition för tobaksrök i miljön, s.k. passiv rökning, innebär en viss cancerrisk; den individuella risken varierar naturligtvis med exponeringsförhållandena och torde i regel vara låg, men det kan inte uteslutas att den i extrema fall är påtaglig som i lokaler där många personer röker under lång tid,

att det under alla omständigheter rör sig om ett stort antal passivt exponerade personer, där särskilt vissa grupper, t.ex. barn, har begränsade möjligheter att genom egna åtgärder undvika exposition,

att ett mål bör vara att ingen mot sin vilja skall exponeras för tobaksrök i miljön.

För bedömning av effekten av åtgärder mot tobaksrökning kan fastställas

att utvecklingen speciellt av lungcancerincidensen visar en direkt överensstämmelse med utvecklingen av rökvanorna; särskilt ökar lungcancer-risken om man börjar röka tidigt i livet,

att lungcancerincidensen bland män i Sverige är hög och fortfarande ligger nära fyra gånger över kvinnornas, säkerligen till följd av tidigare skillnader i rökvanor,

att rökningen tilltagit kraftigt bland kvinnor och att lungcancerincidensen följaktligen stiger och kan förväntas fortsätta att öka avsevärt, om rökvanemönstret inte ändras,

att risken för t.ex. lungcancer sjunker väsentligt redan inom några få år om man slutar att röka; detta gäller även för den som rökt mycket under lång tid.

Då det gäller konkreta åtgärder anför cancerkommittén bl.a. följande synpunkter och förslag, nämligen

att flera utredningar under senare år redan har utpekat tobaksrökningens hälsorisker men att de åtgärder som därefter vidtagits varit otillräckliga, varför fortsatta, kraftfulla ansträngningar måste göras särskilt med inriktning på att tobakskonsumtionen drastiskt begränsas,

att därvid hälsouppllysning och andra åtgärder, som kan stimulera och hjälpa människor till att sluta röka, bör intensifieras,

att det är särskilt viktigt med åtgärder för att motverka att människor

- börjar röka och att – utöver pågående aktiviteter – mer resurser måste avsättas för speciella insatser syftande till att hindra rökdebut hos barn och ungdom; sådana nya insatser bör så långt möjligt koordineras i ett särskilt program, vilket bör ges status av en nationell angelägenhet,
- att* priset på tobaksvaror bör användas i konsumtionsdämpande syfte, varivid prisutvecklingen i varje fall inte bör understiga utvecklingen av konsumentprisindex; samma beskattningspolitik bör användas för samtliga rökvaror.
- att* möjligheter till produktkontroll motsvarande dem som gäller för andra biologiskt aktiva, kemiska ämnen bör föreligga för samtliga tobaksvaror; kontrollen bör finansieras genom avgifter från tillverkare och importörer.
- att* utvecklingen av rökvanorna kontinuerligt bör följas av vederbörande myndighet och att sådana hälsoförändringar, som kan relateras till tobaksbruket, särskilt bör följas genom epidemiologisk bevakning.

Avsnitt 10.2 rör kost- och kostvanor. Här konstateras att mat och dryck (vid sidan av inandningsluften) utgör den största "exponeringsmöjligheten" för miljöfaktorer generellt sett, samtidigt som näringsämnes- och vätskeintag är livsnödvändigt.

Utöver frågor om eventuella cancerrisker från kemiska ämnen som föroreningar bl.a. genom mikroorganismer eller tillsatser i livsmedel har forskningen alltmer kommit att inriktas på betydelsen av kostens sammansättning (födokomponenter som bidrar till eller kanske motverkar uppkomst av cancer), med andra ord våra kostvanor. Cancerkommittén tar här bl.a. upp enskilda kostkomponenters tänkbara betydelse (även cancerrisker med alkoholbruk berörs), den lagstadgade riskkontrollens (jfr kap. 11) avgränsningar och det centrala myndighetsansvaret för hälsoupplýsning och annan information till allmänheten, möjligheten att ge kostrekommendationer med avseende på cancerprevention och vilka medel som står till buds för att förändra människors kostvanor. Tänkbara effekter av kostomläggningar diskuteras särskilt.

Cancerkommittén framför bl.a.

- att* epidemiologiska och experimentella undersökningsresultat sammantagna övertygande visar att kosten har stor betydelse i fråga om den totala cancerincidensen men att detaljkunskapen ännu ej medger en noggrann kvantifiering.
- att* en intensifierad forskning inom detta område bör komma till stånd också i vårt land,
- att* de försiktiga slutsatser, som nu kan dras beträffande enskilda komponenters betydelse för cancer och som kan översättas till kostrekommendationer, ligger väl i linje med huvudinriktningen för befintliga svenska råd från kostexperter och för livsmedelsverkets näringsrekommendationer; dessa förutsätts ta hänsyn till såväl näringsfysiologiska behov som möjligheten att genom kostvalet främja hälsa och motverka

kostrelaterade sjukdomar (andra än cancer).

att en sänkning av det totala fettintaget f.n. framstår som mest angelägen, varvid en trolig, gynnsam effekt på incidensen av åtminstone vissa cancersjukdomar kan läggas till övriga förväntade positiva effekter, inte minst i fråga om hjärt-kärlsjukdomar.

att det långsiktiga målet för samhällets åtgärder bör vara att den totala fettkonsumtionen i landet successivt nedbringas till genomsnittligt under 30 % av energiintaget, varvid ett första delmål under det närmaste decenniet kan vara en minskning till 35 % från nuvarande närmare 40 %.

att planering av kostor med hänsyn till berörda personers behov enligt nu gällande svenska näringsrekommendationer i regel bör gå i riktning mot det lägre värdet i däri angivet intervall för totalt fettintag (25-35 % av energibehovet); särskilt bör personer med ett extremt högt fettintag sänka detsamma.

att kosten i övrigt i enlighet med näringsrekommendationerna bör vara varierad och att betydelsen av frukt och grönsaker samt fullkornsprodukter här särskilt bör framhållas.

att hälsouppllysning och annan särskilt riktad information bör vara den primära metoden i syfte att främja en, på vetenskapens nuvarande ståndpunkt så näringsriktig kost som möjligt i hem och storhushåll (skolbetspisningar, personalrestauranger m.m.), men att även frågor som produktutbud, prissättning m.m. bör beaktas.

att effekten av vidtagna åtgärder bör studeras i syfte att söka belysa hur ändrade kostvanor inverkar på människors hälsa, däribland i vilken mån incidensen av olika cancersjukdomar förändras m.m.

Avsnitt 10.3 behandlar *allmänna luftföroreningar*. Många faktorer inverkar på luftkvaliteten på en ort, såväl utsläpp från trafik, uppvärmning av bostäder och annan energiproduktion som industriella processer, avfallförbränning m.m. Cankerkommittén har här framför allt diskuterat det dominerande problemet i tätorter, nämligen biltrafiken (där föroreningarna dock i regel ej kan skiljas från t.ex. bostadsuppvärmningen).

Inandningsluften i tätortsmiljön innehåller ett stort antal olika föroreningar, i regel i mycket låga koncentrationer. Cankerkommittén har gjort vissa bedömningar av cancerriskernas omfattning. I övrigt har kommittén främst tagit upp bilavgaskommitténs tidigare lagda förslag till åtgärder för att minska avgasutsläpp och immissioner från biltrafiken.

Cankerkommittén framför bl.a.

att antalet cancerfall per år som beror på allmänna luftföroreningar (i tätort) enligt rimliga antaganden bör ligga i intervallet ett hundratal till ett tusental fall.

att bilavgaskommittén angett flera kända eller befarade negativa hälso- och miljöeffekter från trafikavgaser som grund för sina förslag om immissionsbegränsningar.

- att* cancerkommittén i princip tillstyrkt bilavgaskommitténs förslag (betänkandet Bilar och renare luft, SOU 1983:27, med senare skärpning i skrivelse till regeringen 1983-12-07) under hänvisning till dess *samlade* motivering,
- att* preventiva åtgärder mot allmänna luftföroreningar, särskilt från biltrafiken, bör vidtas där så är tekniskt och ekonomiskt möjligt också med särskild hänsyn till den ofrivilliga exponeringen och till cancerrisker,
- att* bl.a. krav på en effektiv katalytisk avgasrening på personbilar (bensindrivna) bör införas snarast möjligt och att blyfri bensin bör bli tillgänglig och användas där det är tekniskt möjligt,
- att* fortsatt forskning är angelägen bl.a. om olika avgaskomponenters mutagena/carcinogena effekter och att ökad uppmärksamhet bör ägnas dieseldriftens roll för hälsorisker och dieselteknikens utveckling i syfte att minska utsläppen.

I *avsnitt 10.4* tar cancerkommittén upp frågan om cancerrisker förknippade med sönderfallsprodukter av den radioaktiva gasen radon i bostäder. Radon är ett naturligt förekommande grundämne, som kan kontaminera inomhusluften via olämpligt byggnadsmaterial och genom läckage in i bostäder från marken. En väsentlig fråga är bedömningen av cancerriskens storlek. Kommittén tar också upp radonutredningens tidigare lagda förslag till åtgärder för att minska expositionsmöjligheterna för radon i såväl nytillkommande som befintlig bebyggelse.

Cancerkommittén framför bl.a.

- att* det först bör erinras om strålskyddsmyndighetens (SSI) uppskattning att nuvarande radonhalter i svenska bostäder i framtiden kan orsaka ca 1 100 fall av lungcancer per år, med viss osäkerhet som ger intervallet ca 300 - 3 000 fall,
- att* det vetenskapliga underlaget för riskuppskattning ännu så länge är mycket bristfälligt,
- att* cancerkommittén genom egna överväganden kommit till att en siffra runt den nedre gränsen i SSI:s riskintervall ter sig mest sannolik,
- att* det enda sättet att söka klara ut omfattningen av detta potentiellt allvarliga hälsoproblem är genom en väl genomförd radonepidemiologisk undersökning direkt avseende specifikt svenska förhållanden,
- att* en sådan undersökning antagligen behöver bli mycket omfattande och kräva en tid av 4-7 år samt att undersökningen bör läggas upp som ett tvärvetenskapligt, sammanhållet projekt med formell anknytning till något lämpligt organ såsom statens miljömedicinska laboratorium,
- att* under alla omständigheter radonutredningens förslag i betänkandet Radon i bostäder (SOU 1983:6) nu bör genomföras som en minimiåtgärd; därutöver bör ytterligare möjligheter prövas att underlätta för husägare som så önskar att sänka radonhalter under den av radonutredningen föreslagna åtgärdsnivån.

Utöver diskussionen om allmänna luftföroreningar särskilt i tätort (avsnitt 10.3) tar cancerkommittén i *avsnitt 10.5* översiktligt upp frågan om *luftföroreningar i inomhusmiljön* som generell företeelse. Här ingår sålunda bl.a. tobaksrök med möjligheter till s.k. passiv rökning (jfr avsnitt 10.1) och bostadsradon (jfr avsnitt 10.4) men även förekomsten av samma allmänna luftföroreningar som i utomhusluften. Ämnen från byggmaterial och ämnen bildade ur mikroorganismer eller vid matlagning kan påverka inomhusluftens kvalitet.

Expositioner i yrkeslivet, betingade av processer eller produkthantering i arbetsmiljön, behandlas i andra sammanhang i betänkandet.

Cancerkommittén framhåller bl.a.

att vissa cancerrisker, delvis behandlade ur andra infallsvinklar i det föregående, kan förknippas med luftföroreningar i inomhusmiljön.

att förekomst och halt av olika luftföroreningar inomhus till viss del är beroende av tekniska lösningar i fråga om exempelvis byggmaterial och ventilation, och att samlade insatser i form av ett program med inriktning på bl.a. cancerrisker i inomhusmiljön, särskilt boendemiljön, därför bör komplettera forskning och kontrollåtgärder inriktade på specifika agentier.

att hittills tagna initiativ och pågående verksamheter med detta syfte alltfört bör stödjas och att socialstyrelsen mot bakgrund av sitt övergripande ansvar för hälsofrågor bör söka ytterligare samordna insatserna i samråd med bl.a. statens miljömedicinska laboratorium och statens råd för byggnadsforskning.

att det dessutom inte bara från vetenskaplig utan även från administrativ synpunkt är angeläget med samlade grepp på luftföroreningar som företeelse; bl.a. bör i förekommande fall riktlinjer (hygieniska gränsvärden) för föroreningar i utomhusmiljön beakta möjliga koncentrationer inomhus.

att gränsvärden för agentier i offentliga miljöer eller andra gemensamhetslokaler och i boendemiljön i vissa fall kan komplettera andra åtgärder i syfte att minska hälsorisker.

Kap. 11

I *kap. 11* behandlas *den lagstadgade riskkontrollen* med vissa synpunkter och förslag, som kompletterar strategin för cancerprevention enligt kap. 7.

Någon ingående analys av den lagstiftning, som är relevant för motverkande av cancerrisker, har inte eftersträvat. Delar av denna är också f.n. föremål för översyn genom bl.a. kemikommisionen. De viktigaste författningsområdena refereras kortfattat, varav framgår att vissa grundläggande principer är desamma, trots att det rör sig om lagar tillkomna vid olika tidpunkter och för delvis mycket olika riskförhållanden. Mer än en lag kan bli

tillämplig på specifika riskfaktorer beroende på deras förekomst.

I kapitlet diskuteras några frågor, som avser *dels* underlag för riskuppskattningar, särskilt vad gäller kemiska agentier, *dels* riskvärdering och direkta kontrollåtgärder. Härav dras även vissa slutsatser rörande myndighetsorganisationen m.m.

Cancerkommittén framhåller bl.a.

att den medicinska/naturvetenskapliga analysen av cancerrisker för mänskliga vid exponering för visst ämne eller vid blandexpositioner i regel är vansklig och förutsätter kvalificerade vetenskapliga bedömningar av alla tillgängliga uppgifter om agentiernas egenskaper och effekter,

att samma eller likartade vetenskapliga data bör bedömas på samma sätt av olika myndigheter i den svenska riskkontrollen, varvid man bl.a. bör ha gemensamma kriterier för bedömning av ämnen som i lagstiftningens mening bör anses som carcinogener,

att prioritering av underlag för riskuppskattningar bör ske med inriktning på expositionsanalys för redan kända eller på goda grunder misstänkta carcinogena agentier (inkl. produkter, hanteringsätt, processer, emissioner eller immissioner) snarare än omfattande åtgärder för att få fram nya data om andra agentiers egenskaper och effekter,

att viss resursprioritering därutöver bör ske för riskidentifiering i situationer där expositionen i individuella fall kan antas vara hög och/eller där ett stort antal personer exponeras.

att myndigheternas överblick över exponeringssituationen för kemiska agentier delvis är otillräcklig och att tillgången till exponeringsdata generellt sett bör förbättras,

att frågan om testresurser för bedömning av cancerrisker är intimt förknippad med den allmänna uppbyggnaden av toxikologisk kompetens och toxikologiska forsknings- och undersökningsresurser i landet,

att beslut i riskkontrollen hos myndighet i större utsträckning än f.n. bör vara dokumenterade på ett lätt tillgängligt sätt med sammanfattningar av riskuppskattningar, kostnads-nyttoanalyser och andra för besluten väsentliga uppgifter,

att resultaten av vidtagna åtgärder bör klarläggas genom särskilda insatser i samband med tillsyn eller på annat sätt; en löpande tillsyn av tillräcklig omfattning över efterlevnaden av gällande bestämmelser är därutöver av stor betydelse – även för den enskildes tillit till den samhällliga kontrollapparaten,

att internationellt samarbete i syfte att underlätta den lagstadgade riskkontrollen är väsentligt såväl då det gäller forsknings- och utredningsarbete inkl. genomförande av tester som formulering av policy och, i förekommande fall, vidtagande av administrativa åtgärder,

att samarbetet inom landet mellan i första hand centrala kontroll- och tillsynsmyndigheter behöver utvidgas och att det bör institutionaliseras särskilt vad gäller den medicinska/naturvetenskapliga riskanalysen; härvid får förutsättas att även externa vetenskapliga experter – tillfälligt eller för längre perioder – knyts till samarbetsgrupper e.d.

Kap 12

I kap. 12 tar cancerkommittén upp speciellt *informationens roll* för samspel och förtroende i riskkontrollen. Öppenhet och sekretess för informationen diskuteras liksom möjligheter till utfrågningar ("hearings") m. m. Informationsutbudet vad gäller vetenskaplig information och informationsöverföringen berörs liksom informationens kvalitet och tendenser att förringa forskningens betydelse.

Cancerkommittén har bl.a. ansett

att förtroendet inte minst hos allmänheten för den lagstadgade riskkontrollen är starkt beroende av tillgången till information,

att det av detta skäl och för den fria forskningen är angeläget att vetenskaplig och annan information hos myndighet och som är av betydelse för bedömningen av eventuella hälsorisker i princip är obegränsat tillgänglig; någon direkt ändring i gällande sekretesslagstiftning förelås ej men bl.a. bör man verka för internationellt samförstånd om ökad öppenhet beträffande sådan information,

att det stora utbudet av data om risker, riskfaktorer och möjligheter att motverka risker finns i den internationella vetenskapliga litteraturen men att informationsöverföringen särskilt för lekmannen ej sällan vållar svårigheter,

att – förutom informationservice som ges vid vissa vetenskapliga bibliotek efter förfrågan – myndigheter inom riskkontrollen och inte minst massmedia har en viktig roll beträffande den aktiva informationsspridningen,

att frågan rörande informationens kvalitet särskilt måste beaktas och att därvid bl.a. behovet av journalister i massmedia med grundkunskaper inom det medicinska/naturvetenskapliga området måste betonas, varvid utbildningsmöjligheterna bör förbättras.

Kap. 13

I kap. 13 behandlas *hälsoundersökningar* genom vilka man söker efter cancer eller förstadiet till cancer. Mot bakgrund av en rad uppställda kriterier och kravspecifikationer för bedömning av vilka sjukdomar som lämpar sig för diagnostik genom masshälsoundersökningar väljer kommittén att mer detaljerat diskutera fyra sjukdomar, nämligen livmoderhals-, bröst-, tarm- och lungcancer. Kommittén belyser härvid var och en av dessa sjukdomar för

sig samt den information som finns tillgänglig för bedömning av förutsättningar för uppsökande hälsokontroller och deras värde.

Cancerkommittén tar i detta sammanhang upp problematik som är förenad med diagnos genom masshälsundersökningar – bl.a. genom frågor av följande slag: Hur många personer måste behandlas och oroas i onödan genom hälsokontrollen? Medför hälsokontrollen att behandlingen kan göras skonsammare för många? Kan dödligheten reduceras i den aktuella cancersjukdomen? Står kostnaden i rimlig proportion till vinsten?

Kommittén behandlar även de psykosociala aspekterna av masshälsundersökningar.

Cancerkommittén konstaterar beträffande masshälsundersökningar avseende cancer följande:

- att* problematiken vid masshälsundersökningar i regel är komplicerad bl.a. beroende på att det spontana förloppet för de förstadiet till cancer eller fall av mycket tidig cancer som ofta påträffas är ofullständigt känt,
- att* retrospektiv utvärdering av en hälsokontrollns effekter ofta är förenad med betydande svårighet och osäkerhet varför en prospektiv, väl kontrollerad försöksverksamhet i regel är att föredra,
- att* samhället har ett ansvar för att en hälsokontrollmetod utvärderas genom en adekvat försöksverksamhet innan metoden accepteras för en allmän, uppsökande hälsokontroll,
- att* f.n. endast tre former av masshälsundersökningar avseende cancer är aktuella i Sverige nämligen gynekologisk hälsokontroll (livmoderhalscancer), mammografisk hälsokontroll (bröstcancer) samt hälsokontroll som avser påvisande av blod i avföringen (tarmcancer),
- att* förbättrad diagnostik av symtomgivande cancer f.n. torde ha väsentligt större betydelse för att reducera cancersjukdomarnas verkningar än uppsökande hälsundersökningar.

Cancerkommittén föreslår följande:

- att* den uppsökande gynekologiska hälsokontrollen i sjukvårdshuvudmännens regi fortsätter och från nuvarande omfattning (åldersgruppen 30–49 år) utökas till att omfatta åldersgruppen 30–59 år med provtagning vart fjärde år, liksom f.n.,
- att* dataadministrativa program införes, regionvis eller länsvis, för registrering av alla vaginalcytologiska prov med avsikt att bättre samordna den organiserade uppsökande hälsokontrollen och övrig gynekologisk hälsokontroll,
- att* ett säkrare underlag framtages för bedömning av bl.a. frågor rörande adekvat omfattning av och lämpliga undersökningsintervall för den uppsökande gynekologiska hälsokontrollen dels genom intensivbearbetning av det statistiska material beträffande gynekologisk hälsokontroll som samlats i anslutning till socialstyrelsens cancerregister och i vissa enskilda landsting, dels genom studium av den sjukvårdsverksam-

- het som genererats av hälsokontrollen,
- att* försöksverksamhet med uppsökande mammografisk hälsokontroll i Malmö kommun samt Kopparbergs och Östergötlands läns landsting fortlöpande utvärderas statistiskt-medicinskt och att, så snart tillräckligt underlag föreligger, ställning tas till en allmän uppsökande hälsokontroll,
- att* mammografi i rent hälsokontrollsyfte bör undvikas hos kvinnor under 40 års ålder,
- att* såväl en pågående studie i Göteborgs kommun som liknande utländska studier avseende tidigdiagnostik av tarmtumörer genom påvisande av blod i avföringen (Hemoculttest) noggrant bör följas och eventuellt läggas till grund för en utvidgad kontrollerad försöksverksamhet med uppsökande hälsokontroll,
- att* de psykosociala aspekterna av masshälsoundersökningar avseende cancer studeras i större utsträckning än hittills,
- att* föreslagna studier och utvärderingar samordnas av socialstyrelsen.

Kap. 14

I *kap. 14* behandlas *cancervårdens organisation* i Sverige. Redovisningen utgår från en sammanfattning av socialstyrelsens råd och anvisningar från 1974 beträffande planering av onkologisk sjukvård, vari bl.a. anges principer för resurs- och kompetensfördelning mellan olika sjukvårdsnivaer. Mot denna bakgrund beskrivs sedan den onkologiska vårdens utveckling i Sverige efter 1974. Kommittén belyser härvid bl.a. frågor rörande avvägning mellan behov av centralisering av resurskrävande vård å ena sidan och hänsynstagande till patienternas närhetsbehov till hemorten å andra sidan. Denna redovisning leder över till ett avsnitt som behandlar cancervårdens utveckling på regional nivå där onkologiska centra intar nyckelposition för samordning av sjukvårdsregionens resurser samt ett annat avsnitt som behandlar cancersjukvården på länsnivå. I det senare avsnittet diskuteras ingående hur behovet av onkologisk kompetens bland läkarna skall kunna tillgodoses inom länssjukvården. Med samma syfte – att höja cancervårdens kvalitet – diskuterar kommittén olika vägar att åstadkomma förbättrad sjuksköterskeutbildning och psykologisk omvårdnad.

Cancerkommittén anser

- att* uppbyggnaden av regionala onkologiska centra bör fullföljas enligt förslagen i socialstyrelsens Råd och anvisningar: Planering av onkologisk sjukvård (32/1974),
- att* cancervårdens ändamålsenliga och nödvändiga utveckling med hänsyn till de ökande krav som ställs på denna vård beaktas vid den pågående omstruktureringen av sjukvården,
- att* adekvat dimensionering av de regionala onkologiska klinikerna är en förutsättning för att intentionerna i socialstyrelsens Råd och anvisningar skall kunna fullföljas.

- att* tillgång till onkologisk kompetens bör tillförsäkras patienterna även inom länssjukvården genom åtgärder inom de enskilda landstingen och att behov av denna sakkunskap bör beaktas vid planering av läkarnas vidareutbildning och efterutbildning.
- att* resurserna för strålbehandling, som kräver avancerad teknisk utrustning, specialutbildad personal och ett betydande patientunderlag för rationellt utnyttjande, bör koncentreras till de onkologiska regionklinikerna och inte ytterligare byggas ut inom länssjukvården.
- att* sjuksköterskors utbildning i cancervård är en viktig fråga som närmare bör utredas av UHÄ med beaktande av de möjligheter till förbättringar som anges av cancerkommittén.
- att* den psykologiska omvårdnaden av cancerpatienterna bör förbättras i första hand genom inrättande vid onkologiska centra av speciella läkar- och psykologtjänster inte minst för bl.a. personalhandledning.
- att* onkologiska centras informationsverksamhet bör omfatta även information till allmänheten.
- att* sjukvårdshuvudmännen bör eftersträva en effektivare samverkan mellan olika sjukvårdsregioners onkologiska centra för att bl.a. kunna utnyttja resurser gemensamt för diagnostik, vård, behandling och utbildning.

Kap. 15

Forskning rörande cancer och cancerpreventiva åtgärder tas upp i kap. 15 under erinran om att cancerkommittén direkt eller indirekt behandlat forskningsfrågor i samtliga föregående kapitel, i de sammanhang där dessa organiskt hör hemma.

De medel som totalt går till cancerforskning i Sverige är stora i förhållande till övrig forskning i landet. Projektanslagen till cancerforskning år 1983 uppgick till ca 90 milj. kr., av vilka Riksföreningen mot cancer svarade för drygt en tredjedel.

Kommittén pekar på en rad forskningsfrågor och områden där svenska insatser ter sig naturliga såväl inom biologisk-medicinsk grundforskning som klinisk onkologisk forskning, epidemiologiska och experimentella undersökningar av betydelsen av levnadsvanor och andra miljöfaktorer för canceruppkomst, tekniska problemställningar med inriktning på genomförande av cancerpreventiva åtgärder m.m. Vidare behandlas organisationen i stort av cancerforskningen med bl.a. frågor om kvalitet och effektivitet, kontakter mellan forskningsfinansierande organ och samarbete i större program samt resursbehoven i stort. Här ingår ej sådana verksamheter eller projekt vilka bör finansieras genom hälso- och sjukvårdshuvudmännen resp. över statsbudgeten till ansvariga myndigheter eller där kommittén tidigare förordat särskilda finansieringsvägar.

Cancerkommittén framhåller bl.a.

- att* forskning spelar en avgörande roll för ansträngningarna att begränsa cancersjukdomarnas skadeverkningar,
- att* den i Sverige bedrivna cancerforskningen, trots att det rör sig om ett litet land med därav följande begränsade resurser, är av stor betydelse och att svenska forskare inom vissa områden är internationellt ledande.
- att* det i första hand bör ankomma på forskarsamhället och de forskningsfinansierande organen att själva avgöra vad som bör prioriteras inom ramen för tillgängliga resurser: några organisatoriska ändringar föreslås inte,
- att* ökade forskningsinsatser är önskvärda särskilt inom områdena epidemiologi, toxikologi i relation till verkningmekanismer och genetik samt forskning över risk- och åtgärdsproblematik.
- att* forskningsråden och sektorforskningsorganen har att själva bedöma sina resursbehov med hänsyn till genomförandet av de intentioner cancerkommittén givit uttryck för.

Kap. 16

I *kap. 16* ges några *allmänna prioriteringar* vad gäller verksamheter för att motverka cancersjukdomarnas skadeverkningar. Vidare görs en översiktlig genomgång av cancerkommitténs förslag med hänsyn till vissa *kostnadsaspekter* jämte kostnadsbärare. Behovet av *överblick på nationell nivå* diskuteras dels för hälsofrämjande åtgärder rent allmänt, dels för uppföljning av ny kunskap och av cancerkommitténs intentioner.

Cancerkommittén konstaterar bl.a.

- att* cancersjukdomarna utgör en viktig del av landets hälsoproblem och att fortsatta effektiva och kraftfulla insatser för att minska cancersjukdomarnas skadeverkningar i hög grad är påkallade vad gäller förebyggande åtgärder, diagnos samt behandling och vård av cancerpatienter,
- att* ansvaret för prioriteringar på detaljnivå och för bedömningar av resursbehov och kostnadsuppföljningar enligt kommitténs förslag i det föregående i princip bör vila direkt på resp. ansvariga organ under hänsynstagande bl.a. till den strategi för cancerprevention som kommittén angett,
- att* kostnaderna för genomförandet av kommitténs förslag dessutom sällan kan ses som en fråga enbart om cancer.

Då det gäller *prioriteringar i stort*, anser kommittén

- att* den allmänna principen om ökade satsningar på sjukdomsförebyggande åtgärder särskilt måste framhållas.
- att* därutöver i nuläget avsevärda resurser fortfarande behövs inom sjukvården för diagnos, vård och behandling av cancersjuka patienter, med hög prioritet inte minst för frågor om tidig diagnostik.
- att* det säkraste konkreta åtgärdsområdet på vetenskapens nuvarande

ståndpunkt då det gäller att söka nedbringa den totala cancerincidensen är tobaksrökningen: vidare motiverar kostens stora betydelse dels intensifierad forskning bl.a. avseende enskilda kostkomponenters roll för canceruppkomst, dels en befolkningens kostomläggning inom ramen för gällande svenska kostrekommendationer,

att den viktigaste metoden att i dag söka nedbringa den framtida, totala cancerincidensen synes vara genom hälsoupplýsning,

att samhällelig kontroll av fysikaliska och kemiska agentier därutöver behövs bl.a. som stöd för individen,

att kunskapsuppbyggnaden genom forsknings- och undersökningsverksamhet måste fortgå och vidareutvecklas.

Slutligen föreslås

att ett rådgivande organ inrättas åt regeringen för att följa utvecklingen samt initiera förslag till och underlätta samordning av insatser nationellt i syfte att förebygga ohälsa och främja hälsan.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande har avgivits av kommittéledamoten docenten Peter Söderbaum.

Kommitténs sammansättning

Ledamöter

Bergström, Sune, professor, ordförande

Ehrenberg, Lars, professor

Einhorn, Jerzy, professor

Friberg, Lars, professor

Gustafsson, Bengt, professor

Carlheim-Gyllensköld, Karin, docent

Holmberg, Bo, professor

Larsson, Lars-Gunnar, professor

Lindau, Lars, avdelningschef

Mileikowsky, Curt, docent, direktör

Swarén, Ulla, kanslichef

Söderbaum, Peter, docent

Thor, Thorsten, direktör

Westermark, Torbjörn, professor.

Sakkunniga

Alsén, Sven, avdelningschef

Liliewall, Birgitta, departementssekreterare.

Huvudsekreterare

Englund, Anders, med. lic., chefläkare

Swarén, Ulla, farm. lic., kanslichef

Sammanställning av remissyttrandena över cancerkommittens betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande m. m.

Innehåll	Sid.
1 Remissinstanser	127
2 Allmänna synpunkter	127
3 Förebyggande insatser	128
3.1 Ökad tvärssektoriell samverkan i riskkontrollen	128
3.2 Inrättande av en rådgivande hälsodelegation	130
3.3 Hälsoupplýsning	130
3.4 Särskilda åtgärder inom vissa riskområden	132
3.4.1 Tobaksbruk och tobaksvaror	132
3.4.2 Kost och kostvanor	135
3.4.3 Radon i bostäder	138
3.4.4 Luftföroreningar i inomhusmiljön	139
3.4.5 Allmänna luftföroreningar	141
4 Hälsoundersökningar	142
5 Cancervårdens organisation	143
5.1 Utbildning av vårdpersonal	146
6 Forskning rörande cancer och cancerpreventiva åtgärder	147
7 Informationssystem	149

Sammanställning av remissyttrandena över cancerkommittens betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande m.m.

1 Remissinstanser

Efter remiss har yttranden över cancerkommitténs betänkande kommit in från socialstyrelsen, statens miljömedicinska laboratorium, statens livsmedelsverk, statens jordbruksnämnd, produktkontrollnämnden, statens naturvårdsverk, statens strålskyddsinstitut, statskontoret, riksrevisionsverket, statistiska centralbyrån, universitets- och högskoleämbetet, skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, bostadsstyrelsen, statens planverk, länsstyrelsen i Kristianstads län, länsstyrelsen i Göteborgs- och Bohus län, länsstyrelsen i Älvsborgs län, länsstyrelsen i Norrbottens län, Landstingsförbundet, samtliga läns landstingskommuner utom Blekinge, Skaraborgs, Värmlands och Jämtlands läns landstingskommuner, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Gotlands kommun, Stockholms kommun, Örebro kommun, Töreboda kommun, Sundsvalls kommun, Piteå kommun, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen i Sverige (LÖ), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR (SACO/SR), Svenska läkaresällskapet, Svenska arbetsgivareföreningen, Sveriges industriförbund, Lantbrukarnas riksförbund, medicinska forskningsrådet, naturvetenskapliga forskningsrådet, forskningsrådsnämnden, styrelsen för arbetarskyddsfonden, statens råd för byggnadsforskning, styrelsen för teknisk utveckling, Ingenjörsvetenskapsakademien, Kungl. vetenskapsakademien, Riksföreningen mot cancer, Kemikommisionen (JO 1983:02), Sveriges Radio AB, Sveriges Television AB, Bröstcancerföreningarnas riksorganisation, Riksförbundet för barn med blod- och tumörsjukdomar, Svenska Tobaks AB, Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar (NTS), Riksförbundet Vi som inte röker (VISIR) och Miljövårdsgruppernas riksförbund.

Dessutom har yttranden kommit in från Svenska kemiingenjörers förening, företrädare för onkologiska centra och företrädare för onkologkliniker vid länslasaretten samt någon enskild. Remissinstanserna har i vissa fall bifogat yttranden som de har inhämtat.

Svenska kommunförbundet och delegationen för social forskning har meddelat att de beslutat att avstå från att avge yttranden.

2 Allmänna synpunkter

Ett genomgående omdöme i de allra flesta remissvaren är att betänkandet utgör en gedigen och omfattande sammanställning av det aktuella kunskapsläget rörande cancersjukdomarnas uppkomst, orsakssammanhang och utbredning.

Sålunda framhåller t.ex. *socialstyrelsen* att betänkandet ger en balanserad och klagörande bild av orsakerna till cancer och en fyllig översikt över aktuella förebyggande åtgärder. Styrelsen konstaterar att kommitténs synsätt väl överensstämmer med det som framkommer i HS 90.

Statens naturvårdsverk anser att betänkandet trots sitt omfång, ger en lättillgänglig och förtjänstfull resumé av kunskapsläget inom området. Det finns all anledning att tro att betänkandet med underlagsmaterial under den närmaste framtiden kommer att användas såväl praktiskt som teoretiskt inom vitt skilda områden i samhället.

Medicinska forskningsrådet betraktar cancerkommitténs betänkande som ett viktigt dokument för planeringen av den framtida cancersjukvården och kan i stora delar ansluta sig till de allmänna prioriteringar som ges vad gäller cancerprevention och verksamheter för att motverka cancersjukdomarnas skadeverkningar.

Landsstingsförbundet framhåller att betänkandet präglas av stor sakkunskap och övertygande framställning när det gäller underlagsmaterial och åtgärdsförslag.

Liknande synpunkter framförs av *länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län*, som anför följande. De förslag till åtgärder som läggs fram är välmotiverade och väl genomtänkta. Förslagen kan väntas få en stor betydelse för det fortsatta arbetet med att förebygga cancersjukdomars uppkomst.

LO anför bl.a. följande. Betänkandets text har i långa stycken karaktär av pedagogiskt tillrättalagd kunskapsöversikt. Den möjliggör för en bred läsekrets, vari kan innefattas även intresserade lekmän utan avancerade förkunskaper, att få insikter i olika frågeställningar och problem vilka har samband med cancersjukdomar. Häri innefattas allt från kunskaper och teorier om uppkomst och frågor om diagnostik och vård till förebyggandets problem, forskningsfrågor, hälsoinformationsfrågor m.m. Betänkandet ger med sina underbilagor en fyllig beskrivning av kunskapsfronten på många av de forskningsområden som berörs. Det samlade utredningsmaterialet kan därför utnyttjas som referensmaterial och uppslagsverk av var och en som söker fördjupa sina kunskaper i ämnet. De beskrivningar och värderingar som görs av kommittén är, enligt LO, av betydande intresse och ett bra grundmaterial för hälsopolitiska överväganden och förebyggande arbete.

3 Förebyggande insatser

3.1 Ökad tvärsektoriell samverkan i riskkontrollen

Cancerkommittén anser det angeläget att samma eller likartade vetenskapliga data bedöms på samma sätt av olika myndigheter i den lagstadgade riskkontrollen. Samarbetet mellan i första hand centrala kontroll- och tillsynsmyndigheter bör utvidgas och institutionaliseras särskilt vad gäller den medicinska/naturvetenskapliga riskanalysen.

Produktkontrollnämnden delar cancerkommitténs bedömning om sam-

ordning av myndigheternas verksamhet på riskanalysområdet. Nämnden finner att det institutionaliserade samarbete som cancerkommittén föreslår rimligen faller under anvarsområdet för det toxikologiska råd som kemikommisionen föreslår i betänkandet (SOU 1984:77) Kemikaliekontroll och förordar att frågan löses inom ramen för det toxikologiska rådet. Samma bedömning gör *kemikommisionen och arbetarskyddsstyrelsen*. Kemikommisionen framhåller därvid särskilt att rådets uppgifter skall bl.a. vara att verka för en hög vetenskaplig standard i myndigheternas riskanalyser samt att utarbeta kriterier och vägledningar för arbetet med vetenskapliga tolkningsfrågor. Rådet skall inte överta ansvar eller beslutsbefogenheter från myndigheter.

Socialstyrelsen framhåller att bedömningen av den speciella risk/nyttoproblematik som rör läkemedel fördrar den samlade kompetens som finns inom socialstyrelsens läkemedelsavdelning.

Planverket anser att cancerkommitténs förslag till strategi för cancerprevention och riskkontroll ger en god bild av förutsättningarna och möjligheterna att följa upp hälsoeffekterna på ett så tidigt stadium som möjligt innan omfattande hälsobesvär uppträder. t.ex. på grund av att olämpliga material och tekniska lösningar hunnit börja användas i större skala.

Livsmedelsverket delar cancerkommitténs uppfattning att myndigheternas överblick över exponeringssituationen för kemiska ämnen är otillräcklig och att tillgången till exponeringsdata bör förbättras. För livsmedelsverkets del innebär detta att ökade resurser behövs för både analys av carcinogena ämnen (PAH, nitrosaminer, mykotoxiner m.m.) i livsmedel och kostvaneundersökningar som underlag för intagsberäkningar.

Länsstyrelsen i Göteborgs- och Bohus län framhåller bl.a. att i tillsynsarbetet enligt miljö- och hälsoskyddslagen tvingas länsstyrelsen ofta att göra riskbedömningar med hänsyn till kända expositions- och störningsförhållanden. Frågeställningarna är ofta av medicinsk natur. Länsstyrelsen upplever det som en stor brist att man i tillsynsärenden ej har den tillgång till medicinsk sakkunskap som ärendehandläggningen många gånger kräver. Länsstyrelsen anser det mycket angeläget att landstingen, som numera är närmast ansvariga för miljömedicinen i respektive län, påskyndar uppbyggnaden av samhällsmedicinska enheter så att medicinsk sakkunskap inom detta område finns inom länet.

Stockholms kommun anser att cancerkommittén i sina överväganden inte har tagit tillräcklig hänsyn till de uppgifter som primärkommunala organ ansvarar för. I den utsträckning det formella ansvaret ligger hos landstinget måste kravet på samverkan mellan landsting och primärkommuner understyrkas. Denna samverkan måste förekomma i hela den cancerpreventiva processen – från forskningsprioritering till genomförandet av olika förebyggande åtgärder.

Miljövårdsgruppernas riksorganisation beklagar att cancerkommittén inte nog starkt betonar miljötillsynens betydelse i kampen mot cancer och

nödvändigheten av att tillsynsmyndigheterna intar en mycket restriktiv hållning vid bedömningar. Organisationen betonar vikten av medborgarnas insyn och möjlighet till påverkan på myndigheternas beslut.

3.2 Inrättande av en rådgivande hälsodelegation

Cancerkommittén understryker angelägenheten av att man på central politisk nivå kan följa utvecklingen och få fram förslag till initiativ och till samordning av insatser nationellt för att effektivt förebygga ohälsa. Kommittén föreslår att ett rådgivande organ knyts till socialdepartementet som förslagsvis kan benämnas socialdepartementets hälsodelegation.

De flesta remissinstanser som yttrat sig tillstyrker cancerkommitténs förslag. Många remissinstanser, t.ex. *socialstyrelsen*, *arbetskyddsstyrelsen*, *statskontoret*, *Landstingsförbundet m.fl.* understryker dock vikten av att cancerkommitténs förslag samordnas med det av HS 90 lagda förslaget om ett "nationellt hälsopolitiskt råd". Landstingsförbundet anför att dessa organ bör vara identiska, så att tanken, som även cancerkommittén ansluter sig till, att planera cancerriskerna i ett större hälsopolitiskt perspektiv kan genomföras.

Statskontoret hänvisar till sitt remissvar över HS 90-rapporten och framhåller att kontoret därvid biträtt ett förslag om att utveckla hälso- och sjukvårdsberedningen i riktning mot att kunna fullgöra funktionen som ett nationellt hälsopolitiskt råd. Liknande synpunkter framförs av *Stockholms- och Uppsala läns landsting* samt *sjukvårdsstyrelsen i Malmö kommun*.

Förslaget avstyrks av följande remissinstanser UHÄ (och flertalet fakultetsnämnder), *medicinska forskningsrådet*, *Östergötlands-, Hallands- och Kalmar läns landsting* samt *Stockholms kommun*. Dessa remissinstanser anför att de uppgifter som är avsedda att ligga på hälsodelegationen, med fördel kan läggas på socialstyrelsen. Ansvarsfördelningen mellan de statliga organen riskerar annars, enligt *Stockholms kommun*, att bli än mer komplicerad. En fördel med anknytningen till socialstyrelsen, är att styrelsen har tillgång till vetenskapliga råd påpekade av *medicinska forskningsrådet*.

3.3 Hälsoupplýsning

Cancerkommittén framhåller att eftersom den totala cancerincidensen till stor del är relaterad till levnadsvanor bör hälsoupplýsning, som syftar till ändrade levnadsvanor ses som ett centralt instrument i cancerpreventionen. Detta gäller framför allt i fråga om kostvanor och rökning men också i fråga om sexualhygien och inom andra områden där det personliga beteendet spelar en viktig roll.

Kommittén föreslår att ansvariga myndigheter i ökad utsträckning bör få utnyttja TV och radio för hälsoupplýsning.

Remissinstanserna instämmer allmänt i kommitténs bedömning att

hälsouppllysning är en av de viktigaste metoderna för att förebygga uppkomst av olika cancersjukdomar där levnadsvanorna spelar en avgörande roll.

Socialstyrelsen, statskontoret, m.fl. understryker särskilt den bedömning kommittén gjort att cancerfrågorna bör integreras i övrig hälsofrämjande upplysningsverksamhet. Socialstyrelsen framhåller därvid också att hälsoupplysningen inte kan ses som en isolerad medicinsk fråga, utan skall sättas i samband med de sociala och kulturella mönster som präglar individens miljö. Styrelsen betonar hälso- och sjukvårdshuvudmännens roll i hälsoupplysningsarbetet och finner, i likhet med kommittén, det angeläget att landstingen som huvudansvariga för folkhälsoarbetet söker en bred samverkan med andra intressenter inom offentlig och privat sektor och inom organisationslivet etc. Bland de samverkansparter som nämns av kommittén vill socialstyrelsen särskilt betona den stora betydelse som skolan och förskolan har för att grundlägga hälsofrämjande vanor.

Vad gäller de etiska aspekterna saknar socialstyrelsen ett resonemang om i vilken utsträckning man skall satsa på det individuella hälsoansvaret. Hälsan är enligt HS 90 ojämnt fördelad. Det finns också starka samband mellan ohälsans fördelning och socioekonomiska faktorer. Möjligen förstärks skillnaderna av det personliga beteendet. Människor har mycket olika handlingsutrymme beroende på deras resurser och sociala situation. Samhället i dess olika former måste därför se till, med tanke på de resurssvaga grupperna, att det blir lättare att välja en hälsofrämjande livsstil och att undvika risker.

Landstingsförbundet understryker, i likhet med kommittén, särskilt att utvecklingen av metoder för hälsouppllysning som syftar till ändrade levnadsvanor förutsätter forskning om bl.a. attitydpåverkan och informationsöverföring. Syftet bör vara att om möjligt arbeta med så intresseväckande och slagkraftiga budskap att de blir jämförbara med dem som kommersiellt nyttjas i marknadsföringssammanhang.

Skolöverstyrelsen (SÖ) och *Svenska läkaresällskapet* anser att cancerkommittén alltför litet beaktat skolans möjligheter och roll i hälsofostran. Såväl läroplanen för grundskolan som för gymnasieskolan lägger stor vikt vid hälsofrågorna. SÖ har därutöver i ett handlingsprogram för skolans hälsofostran 1981 ytterligare fokuserat hälsofrågorna. Det synsätt och de synpunkter som allmänt framförs i betänkandet rörande innehåll och metoder för hälsouppllysning överensstämmer väl med läroplanerna och handlingsprogrammet. SÖ vill dock framhålla att det behövs såväl integrering av cancerfrågorna i den övriga hälsofrämjande upplysningen som en direkt fokusering av cancerfrågorna. Cancerrådslan försvinner inte för att man inte talar om cancer. Däremot är det viktigt att den information som ges är balanserad och att tillfälle ges att bearbeta rädslan. Detta arbete kan med fördel startas i skolan, i aldrar där cancer ännu inte är speciellt aktuellt. SÖ deltar av denna anledning i ledningsgruppen till ett projekt inom Riksföreningen mot cancer som tar fram ett läromedel om cancer med videofilm,

lärarhandledning och elevhäfte.

Förebyggandet av cancersjukdomar inom skolan bör integreras i skolornas handlingsplaner för hälsofostran och kanaliseras via de hälsolag, som redan finns och är under uppbyggnad vid många skolor anför SÖ.

Kalmar läns landsting anser att inriktningen av de förebyggande åtgärder-na bör ställas i relation till hälsosituationen inom respektive sjukvårdsområde eftersom förhållandena varierar påtagligt mellan de olika direktionsområdena. Detta kan ske med den epidemiologiska bevakningen som bas, eftersom denna ger kunskap om de hälsoproblem som dominerar inom respektive område. Det är därför viktigt att de samhällsmedicinska enheterna får tillräckligt med resurser för att kunna skapa hälsoprofiler för läget. I hälsoupplysningsarbetet är det viktigt att landstinget samarbetar med föreningar, företagshälsovård, skola, förskola, primärkommunala organ och massmedia. Detta betonas även av många andra remissinstanser t.ex. *Stockholms kommun, Sundsvalls kommun, länsstyrelsen i Göteborgs- och Bohus län* och *Västernorrlands läns landsting*.

Socialstyrelsen och ett flertal remissinstanser t.ex statskontoret, Svenska läkaresällskapet, Stockholms kommun, Örebro, Älvsborgs och Kristianstads läns landsting delar kommitténs uppfattning att radio och TV bör kunna utnyttjas för myndighetsmeddelanden med angelägen hälsoinformation.

Statskontoret framhåller vikten av att de faktiska effekterna av olika hälsoupplivningsinsatser utvärderas på ett systematiskt och trovärdigt sätt.

Livsmedelsverket instämmer i kommitténs förslag att utbildningsmöjligheterna för journalister inom det medicinska/naturvetenskapliga området bör förbättras för att kunna öka kvaliteten på informationen till allmänheten.

3.4 Särskilda åtgärder inom vissa riskområden

3.4.1 Tobaksbruk och tobaksvaror

Cancerkommittén konstaterar att tobaksrökning är den största säkerställda, enskilda orsaken till cancer i vårt land, där ungefär vart 6:e cancerfall eller ca 5 500 fall har tobaksrökning som orsak och att rökare dessutom uppvisar hög överdödlighet även i vissa andra sjukdomar.

Cancerkommittén föreslår

- att hälsoupplivning och andra åtgärder, som kan stimulera och hjälpa människor till att sluta röka intensifieras,
- att åtgärder i första hand vidtas för att hindra rökdebut hos barn och ungdom genom särskilda insatser som bör koordineras i ett särskilt program och ges status av en nationell angelägenhet,
- att priset på tobaksvaror används i konsumtionsdämpande syfte,
- att möjligheter till produktkontroll bör föreligga för samtliga tobaksvaror och

att utvecklingen av rökvanorna kontinuerligt följs.

De allra flesta remissinstanser som yttrat sig över kommitténs förslag delar kommitténs uppfattning att insatser för att hindra rökdebut hos barn och ungdomar är speciellt viktiga.

De remissinstanser som tillstyrker kommitténs förslag om ett specialprogram är följande: *Skolöverstyrelsen (SÖ)*, *statskontoret*, *statens livsmedelsverk*, *länsstyrelsen i Älvsborgs län*, *Svenska läkaresällskapet*, *Landstingsförbundet*, *Kalmar*, *Älvsborgs*, *Hallands*, *Malmöhus*, *Kopparbergs och Gävleborgs läns landsting*, *Göteborgs kommun*, *socialförvaltningen i Stockholms kommun samt Riksföreningen mot cancer* och *Svenska Tobaks AB*.

Socialstyrelsen uttalar viss tveksamhet och framhåller risken för att det av kommittén föreslagna speciella programmet kan bli en kortsiktig engångsföreteelse. Om specialprogrammet skall genomföras förutsätter socialstyrelsen att särskilda resurser avsätts. Socialstyrelsen förordar att ytterligare resurser tillförs det redan pågående arbetet med rökfria miljöer och att kontinuitet i verksamheten möjliggörs.

Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar (NTS) och *Riksförbundet Vi som inte röker (VISIR)* avstyrker det föreslagna specialprogrammet för att hindra rökdebut. Ett sådant arrangemang skulle enligt NTS ge intryck av att satsningen hade karaktären av en tidsbegränsad separat "kampanj" och strida mot den önskvärda huvudprincipen att för all framtid etablera fast inbyggda rutiner för detta viktiga undervisningsområde. *VISIR* och *Kungl. Vetenskapsakademien* föreslår att regeringen uppdrar åt socialstyrelsen att i samråd med NTS, *VISIR*-rörelsen och andra organisationer utarbeta förslag till konkreta åtgärder att via skolorna förhindra rökdebut. Särskilda medel bör anvisas för ändamålet. Dessa bör – efter ansökan – direkt tillföras befintliga organisationer. *VISIR* anför vidare att mycket talar för att det intensiva fältarbete som måste bedrivas bland ungdom görs av personer och organisationer med nära kontakt med skolans verklighet. Metoderna kan växla från plats till plats och stort utrymme måste lämnas åt nya uppslag att bekämpa rökdebut. Detta förfaringssätt skulle bäst gynnas om man generöst kunde ställa ekonomiska resurser direkt till engagerade organisationers förfogande, givetvis kopplat till krav på redovisning och uppföljning.

Av de remissinstanser som särskilt tagit upp kommitténs förslag om att prissättningen skall användas i konsumtionsdämpande syfte tillstyrker bl.a. *socialstyrelsen*, *VISIR*, *NTS*, *Kalmar läns landsting* och *socialförvaltningen i Stockholms kommun* förslaget. *Statskontoret* uttrycker tveksamhet och tror att rökvanorna endast påverkas marginellt, om priserna höjs. *Svenska Tobaks AB* avstyrker förslaget.

Produktkontrollnämnden och *socialstyrelsen* avstyrker förslaget om produktkontroll av tobaksvaror. Produktkontrollnämnden menar att en utvidgning av den nuvarande märkningen torde vara tillfyllest för de ändamål man vill gagna. På sikt torde helt andra åtgärder än märkning och provtagning av

enskilda tobaksprodukter vara mer relevanta för att minska risken för cancer betingad av tobaksrökning.

Övriga som kommenterat förslaget om produktkontroll är främst *statens livsmedelsverk*, *kemikommisionen*, *NTS* och *Landstingsförbundet*. Livsmedelsverket delar kommitténs uppfattning att det behövs en ökad kontroll av dessa tobaksvaror med avseende på skadliga ämnen. Verket har analyserat snus och tuggtobak (som båda utgör livsmedel) med avseende på cancerframkallande N-nitrosaminer. Verket anser att det finns ett behov av offentlig kontroll av dessa ämnen i tobaksvaror. Ansvaret för en sådan kontroll bör åläggas livsmedelsverket och, i enlighet med cancerkommitténs förslag, finansieras genom avgifter från tillverkare och importörer. Kemikommisionen framhåller att på grundval av den lag om kemiska produkter som kommissionen föreslagit kan en sådan produktkontroll av tobaksvaror som cancerkommittén förordar genomföras efter beslut av regeringen.

Samtliga remissinstanser som tagit upp frågan om rökaneundersökningar är positiva till förslaget. *Socialstyrelsen*, *statens miljömedicinska laboratorium*, *SÖ*, *NTS*, *VISIR* och *Kalmar läns landsting* understryker särskilt behovet av en kontinuerlig uppföljning av rökvanorna. Situationen kännetecknas, enligt socialstyrelsen, nu av provisorier och brist på samordning. *SÖ* understryker att de av *SÖ* bedrivna ANT-undersökningarna bör vara en viktig del i en sådan systematisk uppföljning.

Av remissinstansernas yttranden kan i övrigt noteras att *NTS*, *VISIR* och *Vetenskapsakademien* finner cancerkommitténs åtgärdsprogram alltför svagt i förhållande till kommitténs starka uttalanden om tobaken som en dominerande riskfaktor för hälsan.

NTS framhåller följande. Ett åtgärdsprogram för påverkan av rökvanor måste kunna nå miljontals människor i vårt land. Enda realistiska vägen att åstadkomma detta är att utnyttja befintliga infrastrukturer (skolväsendet, hälso- och sjukvården, "organisationsverige", massmedia etc) där olika "nyckelgrupper" (lärare, läkare, sjuksköterskor, organisationsfunktionärer, journalister etc) har kontakter med människor där olika element av tobaksinformation och rökslutarstöd låter sig på ett naturligt sätt införlivas i etablerade arbetsrutiner. Dessa primära åtgärder måste vidare stödjäs av vissa konsumtionspolitiska och restriktiva åtgärder såsom prispolitik, produktkontroll, marknadsföringsrestriktioner etc.

Örebro läns landsting, *Örebro kommun* och *Göteborgs kommun* framhåller särskilt vikten av att tobaksrökningen begränsas inom hälso- och sjukvården och tar upp frågan om ett lagfäst förbud mot rökning i offentliga lokaler. *Arbetskyddsstyrelsen* meddelar att de allmänna råden från arbetskyddsstyrelsen och socialstyrelsen "Begränsning av tobaksrökning" (AFS 1983:10) har gatt ut i en upplaga i storleksordningen 100 000 exemplar. En uppföljning har styrelserna gemensamt låtit göra av effekterna på statliga arbetsplatser. Liknande uppföljningar har gjorts på den kommunala och landstingskommunala sidan.

Socialstyrelsen beklagar att kommittén inte diskuterat en begränsning av marknadsföringen av tobaksvaror.

Statens miljömedicinska laboratorium framhåller att ytterligare epidemiologiska studier är önskvärda för att belysa sambandet mellan passiv rökning och lungcancer. Dessa bör fästa särskild uppmärksamhet vid precision och validitet i exponeringsdata. Även om ett orsakssamband mellan passiv rökning och lungcancer är principiellt viktigt och vetenskapligt intressant bör dock framhållas att andra hälsoeffekter av passiv rökning torde vara mer betydelsefulla ur folkhälsosynpunkt, t.ex. luftvägssjukdomar hos barn.

3.4.2 Kost och kostvanor

Cancerkommittén framhåller att epidemiologiska och experimentella undersökningsresultat sammantagna övertygande visar att kosten har stor betydelse i fråga om den totala cancerincidensen men att sådan detaljkunskap ännu inte finns som medger en noggrann kvantifiering. Omkring 10 000 cancerfall per år skulle kunna betingas av kostfaktorer. Denna siffra har dock ett betydande osäkerhetsintervall. Kommittén betonar även osäkerheten beträffande enskilda kostkomponenters betydelse men anser att en sänkning av det totala fettintaget troligen skulle få en gynnsam effekt på vissa cancersjukdomar.

Cancerkommittén anser att hälsouppllysning är den bästa metoden att främja en näringsriktig kost samt föreslår att en intensifierad forskning inom detta område kommer till stånd och att effekten av vidtagna åtgärder studeras i syfte att söka belysa hur ändrade kostvanor inverkar på människors hälsa.

När det gäller cancerkommitténs bedömningar beträffande kostens betydelse för uppkomst av cancer råder delade meningar hos remissinstanserna. *Statens livsmedelsverk*, *socialstyrelsen*, *statens miljömedicinska laboratorium* och *statens jordbruksnämnd* delar cancerkommitténs bedömning att allt tyder på att kosten vid sidan av rökningen är den faktor som mest bidrar till uppkomsten av cancersjukdom. Nämnda remissinstanser konstaterar att de rekommendationer som kommittén ger med tanke på att minska risken för cancer, överensstämmer i stort sett med de kostrekommendationer för god hälsa som redan nu gäller och som för övrigt har funnits under ganska lång tid. Att listan över risker med olämplig kost nu kunnat utökas med vad som också är cancerrisker bör ge ökad tyngd åt kraven på åtgärder för att påverka kosthållet.

Medicinska forskningsrådet (MFR), *Vetenskapsakademien*, *Ingenjörsvetenskapsakademien*, *Östergötlands läns landsting* och *Malmöhus läns landsting* intar en mera kritisk hållning till kommitténs slutsatser. *MFR* framhåller sålunda att cancerkommitténs kritiska och försiktiga tolkning av kunskapsläget kontrasterar mot de relativt bestämda rekommendationer om fettre-

duktion som ges. Det är MFR:s uppfattning att det med föreliggande bevisbörda ej är möjligt att precisera betydelsen av ett samband mellan kost och cancer.

Vetenskapsakademien: "Det förefaller troligt att beståndsdelar i kosten skulle kunna ha en cancerframkallande effekt samt brist på beståndsdelar t.ex. järnbrist".

Cancerkommittén har i mycket hög grad diskuterat kostens betydelse som cancerframkallare när det gäller koloncancer och bröstcancer. Den argumentation som framförs för ett samband mellan ökad fetthalt i födan och ökning av de nämnda cancerformerna vilar på mycket lösa grunder. Akademien finner inga övertygande vetenskapliga belägg för att den föreslagna reduktionen från 40 till 30% av energiintaget i form av fett skulle leda till betydelsefull minskning av cancerfrekvensen. Trots detta tillstyrker akademien åtgärder i detta syfte därför att åtgärden sannolikt är riskfri och att den tydligen kan förväntas leda till positiva effekter beträffande viktiga kärl-hjärtsjukdomar.

Likaså kan akademien inte finna vetenskapligt fullgoda argument för att kosttillskott av grönsaker och frukt kommer att minska risken för cancer. Dock kan även åtgärder i detta syfte tillstyrkas framför allt av allmänna hälsoskäl.

Ingenjörsvetenskapsakademien anser att uppskattningarna av antalet cancerfall i Sverige som kan hänföras till kostvanor är så ytterligt osäkra (10–70%), att cancerkommittén borde avhållit sig från att ange ett tal för sannolik cancerincidens med dietär bakgrund. Trots den stora osäkerheten kan man ändå fastslå att vissa cancerformer har nära samband med födan.

Socialstyrelsen, livsmedelsverket, statens miljömedicinska laboratorium och flera andra remissinstanser delar uppfattningen att kostforskningen blir ett av de viktigaste områdena för att öka kunskapsunderlaget för cancerprevention i framtiden.

Livsmedelsverket: För den långsiktiga epidemiologiska forskningen rörande sambandet kost – tumörer är det mycket viktigt med goda kostdata. För närvarande finns data av hög kvalitet endast för vissa åldersgrupper och vissa regioner. Från dessa kostundersökningar kan man sannolikt urskilja riskgrupper men då undersökningarna inte alltid är longitudinella är det mycket svårt att följa förändringar. Det har från många håll pekats på behovet av kontinuerliga kostundersökningar. För närvarande planeras vid statistiska centralbyrån en komplettering till de regelbundet återkommande hushållsbudgetundersökningarna i form av en livsmedelsundersökning. Återkommande livsmedelsundersökningar skulle kunna bilda ryggraden i ett system som kunde göra det möjligt att följa kostförändringar i befolkningen hos vissa riskgrupper och kanske rent av hos vissa individer.

För närvarande pågår i Malmö utprövning av metoder som skulle kunna lämpa sig för en prospektiv kost-cancerundersökning i samarbete med bl.a.

IARC. Vårt land torde vara ett av de få länder där grundliga sådana undersökningar kan genomföras och av olika skäl är Malmö kommun sannolikt bäst lämpad i Sverige. Studien omnämns i betänkandet och är exempel på en undersökning som bättre skulle kunna belysa kostfaktorernas roll än de retrospektiva kostundersökningar som hittills har genomförts.

Livsmedelsverket framhåller vidare att innan en kvantitativ riskbedömning kan göras krävs utökade studier över stekytemutagenernas carcinogena potens tillsammans med mätningar över aktuella halter i svenska livsmedel. Livsmedelsverket anser det för närvarande vara svårt att på vetenskapliga grunder motivera en rekommendation till allmänheten rörande sänkning av stektemperaturer i avsikt att reellt påverka risken för cancersjukdomar. Däremot kan man upplysa om att sänkta temperaturer minskar förekomsten av mutagena ämnen men att det för närvarande inte finns någon möjlighet att beräkna hur stor effekt en sådan sänkning har för risken att drabbas av cancer.

Medicinska forskningsrådet vill understryka – som också påpekas i utredningen – att våra kunskaper om sådana elementära fakta som den enskildes kostvanor är bristfälligt kända. MFR menar att för långt gående slutsatser på nuvarande vetenskaplig ståndpunkt kan verka negativt på framtida forskningsinsatser inom ett för folkhälsan mycket betydelsefullt område. Det är därför väsentligt att en eventuell omläggning av kosten motiverad av andra skäl kopplas till en vetenskaplig värdering av dess effekter på cancerincidens.

Svenska läkaresällskapet konstaterar, i likhet med Vetenskapsakademien, att åtgärdsmissigt har man fördelar av att en fettreduktion även har betydelse på hjärt-kärlsjukdomarna.

Ingenjörsvetenskapsakademien framhåller

att stor vikt bör läggas vid FoU kring matberedningsprocesser och teknisk utveckling av utrustning för detta, – t.ex. för att möjliggöra fettsnål stekning, kontrollera temperatur på ett effektivt sätt och för att bevara skyddande ämnen som A, C och E-vitamin,

att behovet av förbättrad och mera praktiskt inriktad undervisning i näringslära och kostkunskap på olika stadier är uppenbart och

att det starka sambandet mellan livsmedelspolitiken och kostvanorna bör poängteras.

Livsmedelsverket delar kommitténs bedömning att det från cancerskyddssynpunkt för närvarande ej finns underlag för att särskilt rekommendera tillsatser eller tillskott till födan av specifika ämnen. Framför allt selen har i det här sammanhanget tilldragit sig ett stort intresse. Det experimentella underlaget vad beträffar en viss cancerpreventiv effekt av selen får idag anses väl underbyggt.

Socialstyrelsen understryker vikten av att prisregleringar och subventioner på livsmedel styrs av hälsopolitiska hänsyn.

Piteå kommun hoppas att cancerkommitténs överväganden slår igenom på

livsmedelskontrollen. "Större resurser behövs för information om kostens betydelse i stället för jakten på bakteriologiska livsmedelsprov som miljö- och hälsoskyddsnämnden får ägna sig åt".

3.4.3 Radon i bostäder

Cancerkommittén betonar här den stora osäkerheten i riskuppskattningen. Kommittén har genom egna överväganden kommit till att den nedre gränsen i strålskyddsinstitutets riskuppskattning, dvs. ca 300 lungcancerfall per år, ter sig mera sannolik än institutets övre gräns och att värdet skulle kunna vara så lågt som 100 fall per år.

Cancerkommittén föreslår

att en epidemiologisk undersökning genomförs under en tid av 4-7 år för att närmare klarlägga cancerriskenas storlek med hänsyn till förekomsten av radon i bostäder och

att i avvaktan härpå radonutredningens förslag (SOU 1983:6) Radon i bostäder genomförs såsom en minimiåtgärd. Det innebär att i befintlig bebyggelse bostäder med en radonhalt över 400 Bq/m³ bör åtgärdas. För nybyggen bör målsättningen vara att eftersträva en radondotterhalt under det nuvarande svenska medelvärdet.

Kommittén tar också upp frågan om länemöjligheter.

Socialstyrelsen, strålskyddsinstitutet, planverket, länsstyrelsen i Kristianstads län, länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län, Örebro kommun och Sundsvalls kommun instämmer i kommitténs förslag att miljö- och hälsoskyddsnämnderna skyndsamt kartlägger hus med avseende på radon. Man tillstyrker också kommitténs förslag om att underlätta för husägare att åtgärda halter även under 400 Bq/m³.

Planverket bedömer att nybebyggelsen med relativt små extrakostnader kan utföras så att radondotterhalten i bostäder blir i medeltal ca 25 Bq/m³. "När alla hus byggts om eller ersatts om 100 år eller mer bör således medelvärdet i hela bostadsbeståndet bli ca 25 Bq/m³. Eftersom detta medelvärde nu är 50 Bq/m³ bör antalet lungcancerfall kunna reduceras till ca hälften".

Byggforskningsrådet påpekar att det i dag finns billiga och enkla byggnads- och installationstekniska åtgärder för större delar av de radonhaltiga husen. Dessutom finns god kunskap om hur man bygger på radonhaltig mark med bibehållande av låga halter av radon- och radondottergaser i inomhusluften.

Förslaget om en radonepidemiologisk studie tillstyrks av samtliga remissinstanser som yttrat sig häröver. *Strålskyddsinstitutet* instämmer sålunda i cancerkommitténs bedömning att det nuvarande underlaget för riskuppskattning är bristfälligt och att en väl genomförd epidemiologisk undersökning kan ge ett förbättrat underlag. Institutet är berett att på olika sätt stödja och medverka i metodik-utveckling och genomförande. Även *Planverket*

anser det nödvändigt att förbättra riskbedömningen i samband med radon.

Statens miljömedicinska laboratorium framhåller att Sverige har unika möjligheter att belysa denna problematik, bl.a. beroende på den internationellt sett höga exponeringen i befolkningen och de goda förhållandena som råder då det gäller genomförbarheten av epidemiologiska undersökningar. Inom projektgruppen för en sådan undersökning bör finnas företrädare för expertis inom byggnadsteknik, geologi, epidemiologi, onkologi och strålskydd. Vid SMI finns kompetens inom det radonepidemiologiska området samt en betydande erfarenhet av den metodik som med stor sannolikhet kommer att tillämpas i studien.

Även *Vetenskapsakademien*, *Ingenjörsvetenskapsakademien (IVA)* och *Riksföreningen mot cancer* tillstyrker den föreslagna studien men framhåller att särskilda medel bör beviljas för ett sådant projekt.

IVA anser att kommittén framhåller osäkerheten i riskbedömningen på ett föredömligt klart sätt. En felbedömning av radonrisken får stora konsekvenser.

3.4.4 Luftföroreningar i inomhusmiljön

Cancerkommittén framhåller att vissa cancerrisker kan förknippas med luftföroreningar i inomhusmiljön, att förekomst och halt av olika luftföroreningar inomhus till viss del är beroende av tekniska lösningar i fråga om exempelvis byggmaterial och ventilation och att samlade insatser i form av ett program med inriktning på bl.a. cancerrisker i inomhusmiljön, särskilt boendemiljön, därför bör komplettera forskning och kontrollåtgärder inriktade på specifika agentier.

Endast ett fåtal remissinstanser har yttrat sig i denna fråga. Dessa är positiva till cancerkommitténs förslag. *Byggnadsrådet* anser sålunda förslaget angående ett speciellt forskningsprogram för inomhusluftens hälsopåverkan välmotiverat. Ett sådant program bör behandla alla typer av hälsoeffekter, således inte enbart cancerrisker. Endast genom ett brett upplagt och långsiktigt tvärvetenskapligt forskningsprogram kan problemen med inomhusmiljön lösas inom en rimlig tidsperiod.

Statens miljömedicinska laboratorium (SML) är överens med kommittén om att hittillsvarande data inte tyder på att luftföroreningar inomhus, utöver radon/radondöttrar, har något stort kvantitativt inflytande på cancerförekomsten utom i individuella extremfall. Å andra sidan måste vi konstatera att det bara genomförts ett fåtal välgjorda undersökningar av den mer "allmänna" inomhusluftens effekter på hälsan. Det är därför motiverat att som cancerkommittén föreslår en samlad insats i form av ett program med inriktning på bl.a. cancerrisker i inomhusmiljön, särskilt boendemiljön.

SML erinrar om att utredningen HS 90 föreslagit ett samlat FoU-program för ämnesområdet fysisk boendemiljö och hälsa. Dessa program bör enligt SML samordnas. I likhet med cancerkommittén är SML dock tills vidare tveksam till om det är möjligt att genom en stor mängd gränsvärden för olika föroreningar garantera en god luftkvalitet inomhus. Utgångspunkten måste i stället vara att genom en effektiv produktkontroll förhindra tillförseln av skadliga ämnen i byggnader utöver vad som medges av reningsteknikerna och de redan befintliga luftföroreningarna i det faktiska byggnadsbeståndet. Det är t.ex. angeläget att planverket i sin typgodkännande-prövning tar hänsyn också till hälsoeffekter av avgasning från byggnadsmaterial och ställer krav på tillverkarna att presentera ett underlag som medger en miljömedicinsk bedömning.

Planverket anför: Vad gäller andra cancerrisker i inomhusmiljön än den som beror av radon har cancerkommittén utarbetat en god översikt. Den redovisar att kunskapsbristen är stor och att ansvariga myndigheter och organ är uppmärksamma på cancerrisken i inomhusmiljön. Här kan noteras att planverket i hälsoriskfrågor förutom luftföroreningar också beaktar vattenföroreningar och kemiska ämnen i byggnadsmaterial, vilket också bör göras i cancersammanhang. Planverket har noterat att det i samband med utveckling av billiga och rationella byggnadsmaterial finns ett behov av att tillsätta skydds- och förbättringsmedel i små mängder. Härvid finns risk för att nya svårupptäckta hälsofarliga ämnen tillförs inomhusmiljön, vilket bör ägnas speciell uppmärksamhet.

Kemikommisionen har i sitt huvudbetänkande (SOU 1984:77) föreslagit att lagen om hälso- och miljöfarliga varor ersätts av en lag om kemiska produkter. Produktkontrollnämnden föreslås ersättas av en särskild kemikaliemyndighet med utökade resurser för bl.a. kunskapsuppbyggnad. Den nya lagen ger kemikaliemyndigheten möjlighet att ingripa t.ex. mot byggnadsmaterial som avger hälsofarliga ämnen och därigenom orsakar hälsorisker.

Kemikommisionen menar liksom cancerkommittén att de olika myndigheter som har ansvar för att ingripa mot miljörisker bör samarbeta i fråga om forskning och utveckling och om åtgärder som föreskrifter, allmänna råd, information m.m. Kommissionen har föreslagit regelbundna överläggningar mellan ansvariga myndigheter.

Länsstyrelsen i Kristianstads län konstaterar att av både radonutredningen och cancerutredningen framgår att energisparandet – tätning av hus och kanske framförallt överdriven minskning av ventilationen – i vissa fall fått negativa effekter på inomhusmiljön. Länsstyrelsen anser det angeläget att man tar lärdom av dessa konstateranden och ser till att det blir en bättre balans mellan energisparåtgärder och god bostadsmiljö. Länsstyrelsen anser det angeläget att såväl radon som mögel och andra luftföroreningar i inomhusmiljön utreds ur total hälsosynpunkt. För att kunna ge så tillförlitliga upplysningar som möjligt är det nödvändigt att tillsynsmyndigheterna –

länsstyrelsen och miljö- och hälsoskyddsnämnderna – i framtiden på ett bättre sätt än i dag hålls underrättade om rådande kunskapsläge på central nivå.

3.4.5 Allmänna luftföroeningar

Cancerkommittén bedömer att antalet cancerfall per år som beror på allmänna luftföroeningar uppgår till mellan 100-1000 fall. Cancerkommittén behandlar i huvudsak de luftföroeningar som härrör från biltrafik samt från förbränningsanläggningar. Cancerkommittén tillstyrker att bilavgaskommitténs förslag (SCU 1983:27) Bilar och renare luft om katalytisk avgasrening genomförs, att blyfri bensin blir tillgänglig och används där det är tekniskt möjligt och att uppmärksamhet ägnas dieseldriftens roll för hälsorisker.

De remissinstanser som yttrat sig i denna del instämmer i cancerkommitténs bedömningar. *Statens miljömedicinska laboratorium (SML)* framhåller sålunda följande. Vi vill understryka cancerkommitténs uppfattning att preventiva åtgärder bör vidtas för att minska de allmänna luftföroeningarna där det är tekniskt och ekonomiskt möjligt, och att utsläpp från all förbränning bör begränsas så långt det är möjligt. Detta gäller särskilt biltrafiken, varför SML välkomnar cancerkommitténs tillstyrkan av bilavgaskommitténs förslag.

SML påpekar vidare att sopförbränning i stor skala nu införs i landet. Eftersom utsläppen från sådan förbränning är bristfälligt karakteriserad synes det angeläget att mera detaljerade undersökningar genomförs av rökgaserna från sopförbränning och av effekterna på omgivningen.

Statens naturvårdsverk gör följande bedömning. Det är sannolikt att vi inom en nära framtid kan få till stånd betydande förbättringar vad det gäller avgaser från bensindrivna bilar genom införande av blyfri bensin och katalytisk avgasrening. Detta talar för ökade framtida insatser rörande dieselsavgaser i syfte att klarlägga dessas hälso- och miljörisker.

Sundsvals kommun påpekar att arbetet mot luftföroeningar ofta kräver bättre hjälpmedel för identifiering, uppskattning och värdering av risker. Detta gäller inte minst vid provning av enstaka stora punktkällor, t.ex. industrier och kommunala förbränningsanläggningar. Ett bra förebyggande arbete förutsätter därför att kommitténs förslag för en effektivare riskkontroll genomförs. Däri ingår att tillgången till exponeringsdata förbättras liksom testresurserna. Ett medel för detta är en allmän uppbyggnad av toxikologiska forsknings- och undersökningsresurser i landet.

Länsstyrelsen i Älvsborgs län anför att skapandet av luftvårdsförbund och vattenvårdsförbund med intressenter från såväl stat, kommun och näringsliv har i Älvsborgs län givit förutsättningar för kontrollsystem där såväl fysikaliska som kemiska parametrar med miljö-medicinsk och epidemiolo-

gisk betydelse kunnat tas fram. Länsstyrelsen vill framhålla dessa tillvägagångssätt som värdefulla delar av de totala insatser som krävs för att erhålla basfakta i bekämpandet av miljöbetingade sjukdomar.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län anser att cancerkommittén på ett förtjänstfullt sätt påvisat brister angående uppgifter om halter av en rad från hälso- och miljösynpunkt viktiga ämnen som härrör från förbränning av fossila bränslen m.m. Länsstyrelsen menar att denna kunskapsbrist även gäller väsentliga delar av emissionerna från industriell verksamhet.

4 Hälsoundersökningar

- Cancerkommittén föreslår i huvudsak följande, nämligen
- att den gynekologiska hälsokontrollen utökas till att omfatta åldersgruppen 30–59 år med provtagning vart fjärde år liksom f.n.,
 - att dataadministrativa program införs med avsikt att bättre samordna den organiserade uppsökande hälsokontrollen och övrig gynekologisk kontroll,
 - att försöksverksamheten med uppsökande mammografisk hälsokontroll utvärderas och att, så snart tillräckligt underlag föreligger, ställning tas till en allmän uppsökande hälsokontroll,
 - att mammografi i rent hälsokontrollerande syfte bör undvikas hos kvinnor under 40 års ålder och
 - att en i bl.a. Göteborgs kommun pågående studie avseende tidigdiagnostik av tarmtumörer, genom påvisande av blod i avföringen, noggrant följs av socialstyrelsen och eventuellt läggs till grund för en utvidgad försöksverksamhet.

Cancerkommitténs bedömningar när det gäller hälsoundersökningar för tidig diagnostik av cancer kommenteras av i huvudsak följande remissinstanser, nämligen *socialstyrelsen, statskontoret, Svenska läkaresällskapet, medicinska forskningsrådet, Kristianstads, Kalmar, Hallands, Älvsborgs, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs och Gävleborgs läns landsting*. Dessa delar i allt väsentligt kommitténs bedömningar.

Socialstyrelsen konstaterar dock att styrelsen avser att genomföra massundersökningar avseende livmoderhalscancer för samtliga kvinnor i åldrarna 20–59 år. Prov bör enligt socialstyrelsens mening tas vart 3:e år. Cancerkommittén föreslår här att hälsokontrollen omfattar åldrarna 30–59 år och att prov tas vart 4:e år. Socialstyrelsens förslag bör ses mot bakgrund bl.a. av att livmoderhalscancer inom den yngsta åldersgruppen upp till 30 år visar en något stigande tendens enligt vissa nyligen slutförda undersökningar på cancerregistrets material och på hälsokontrollmaterialet. En registrering av samtliga cytologprov bör leda till ett bättre utnyttjande av resurserna.

Socialstyrelsen framhåller att från försöksverksamheten med mammografiska hälsokontroller kan under våren 1985 vissa resultat bli tillgängliga över effekter på överlevnad. (Socialstyrelsen har nyligen offentligt uttalat att

mammografisk hälsokontroll minskar dödligheten i bröstcancer).

Socialstyrelsen understryker vidare att inför ett eventuellt införande av mammografisk hälsokontroll torde det vara väsentligt att ett register också upprättas beträffande mammografiundersökningar. En sådan registrering bör täcka såväl provtagning inom organiserad screeningverksamhet som övriga mammografiska undersökningar. Redan för närvarande pagår mammografisk hälsoundersökning i stor skala där huvudsyftet torde vara hälsokontroll. Ätminstone i storstadsområdena ianspråkats förhållandevis stora resurser för mammografisk undersökning. Samtidigt är tillgången på i mammografi särskilt utbildade röntgendiagnostiker begränsad. Det kommer att bli angeläget att utnyttja resurserna på ett effektivt sätt. Sådana register finns upprättade i vissa landstingsområden men är ännu ej fullständiga. Inom Stockholms läns landsting registreras sålunda inte mammografiska undersökningar vid privata laboratorier. Dessa svarar idag sannolikt för två tredjedelar av samtliga mammografiska undersökningar i regionen.

Kopparbergs läns landsting framhåller att man redan inom något år kan ställas inför en situation där allmänna hälsokontroller med mammografi aktualiseras. Därmed kan stora krav ställas på radiologer i framtiden där utbildnings- och kvalitetsfrågor kommer att stå i centrum.

Socialstyrelsen framhåller beträffande försöksverksamheten med tidig diagnostik av tarctumörer att framförallt sett i ett internationellt perspektiv är det angeläget att man underlättar en verksamhet som kan leda till ett större antal experiment av detta slag. I dessa sammanhang är Sverige favoriserat, på grund av att man här kan följa de omfattande individgrupper som berörs av screening-experiment. *Gävleborgs* och *Kopparbergs läns landsting* samt *medicinska forskningsrådet* betonar särskilt vikten av kontrollerade studier angående nyttan av hälsokontroll mot tjocktarmscancer. *Läkarsällskapet* verkar inte avvisande till en utökad försöksverksamhet. Immunologiska F-Hb-metoder som är helt specifika för mänskligt hemoglobin har nyligen introducerats. Med hjälp av dessa kan uppspårande av tarmcancer komma i ett helt nytt läge.

Statskontoret, *Kalmar*, *Örebro* och *Västernorrlands läns landsting* tar upp de psykologiska effekterna i samband med uppsökande hälsokontroller och anser det viktigt att dessa blir belysta. Patienten bör fa snabbt svar på undersökningarna. Uppföljande undersökningar och behandlingar bör ske snabbt och med adekvat teknik och goda resurser.

5 Cancervårdens organisation

Cancerkommittén har haft i uppdrag att följa utvecklingen av cancervården med utgångspunkt i socialstyrelsens allmänna råd (32/1974) Planering av onkologisk sjukvård.

Cancerkommittén anser att uppbyggnaden av regionala onkologiska centra bör fullföljas enligt

förslagen i socialstyrelsens allmänna råd,
att cancervårdens ändamålsenliga och nödvändiga utveckling med hänsyn till de ökande krav som ställs på denna vård bör beaktas vid den pågående omstruktureringen av sjukvården,
att tillgång till onkologisk kompetens bör tillförsäkras patienterna även inom länssjukvården och
att resurserna för strålbehandling, som kräver avancerad teknisk utrustning och specialutbildad personal bör koncentreras till de onkologiska regionklinikerna.

Cancerkommitténs bedömningar delas i huvudsak av *Landstingsförbundet* samt *Malmöhus, Kristianstads, Kalmar, Kronobergs, Östergötlands, Örebro, Stockholms, Uppsala, Västernorrlands och Västerbottens läns landsting*.

Beträffande kommitténs förslag rörande koncentrationen av resurserna för viss strålbehandling till regionsjukhusen har några remissinstanser haft en annan uppfattning. *Södermanlands läns landsting* anser att denna rekommendation ej får ges sådan status att den förhindrar att enskilda landsting planerar och verkställer åtgärder för att tillförsäkra den egna befolkningen adekvat vård. Avsteg från rekommendationen kan vara motiverade av flera olika skäl som t.ex. kapacitetsbrist hos regionkliniken, ekonomiska eller geografiska förhållanden. *Kopparbergs läns landsting* kommer att närmare analysera förutsättningarna för att erbjuda strålbehandling inom länet. *Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg* är av den uppfattningen att varje sjukvårdsregion bör söka en lösning när det gäller samspelet regiononkologi kontra läns-onkologi som är mest optimal för den regionen.

Yttrande har även inkommit från *klinikcheferna vid onkologiklinikerna i Borås, Västerås, Jönköping, Gävle och Eskilstuna*. Dessa menar att det finns många faktorer som väl motiverar onkologikliniker med radioterapiavdelningar på läns-lasarett. Även *Bröstcancerföreningarnas riksorganisation (BRO)* anser det vara av yttersta vikt att tillgång till onkologisk kompetens tillförsäkras inom länssjukvården och att denna görs lättillgänglig för patienten. Beträffande koncentrationen till regionklinikerna av strålbehandlingen menar BRO att kommitténs resonemang kräver en bättre samordning och organisation av denna verksamhet.

Medicinska forskningsrådet stöder kommitténs uppfattning att kraftfulla åtgärder bör vidtas för att inom den befintliga regionvården förse de onkologiska centra med fungerande vårdprogram och utökade resurser för olika utbildningsprogram och att det därmed även skapas förbättrade möjligheter att bevaka de psykologiska och socialmedicinska aspekterna i cancervården.

Statskontoret instämmer i att cancervårdens utveckling bör beaktas vid den pågående utvecklingen av sjukvården. Statskontoret anser i likhet med cancerkommittén att uppbyggnaden av regionala onkologiska centra bör fullföljas samt att viss onkologisk expertis bör finnas även inom länssjukvården. Resurser för strålbehandling synes som kommittén förordar böra

koncentreras till de onkologiska regionklinikerna.

Svenska läkarsällskapet instämmer i kommitténs förslag om bl.a. centralisering, omvårdnad om patienten och effektivare samverkan mellan sjukvårdsregionernas onkologiska centra.

Riksrevisionsverket (RRV) anser att en utvärdering av cancervårdens organisation krävs för att man skall kunna analysera orsakerna till den olikartade utvecklingen och ge förslag till nödvändiga åtgärder. Utan en sådan utvärdering anser RRV att det är svårt att ta ställning till kommitténs slutsats om en oförändrad organisation. Enligt RRV:s mening finns som en följd av kommitténs synsätt risk för konflikter mellan kortsiktiga budgetekonomiska överväganden och en långsiktig och rationellt uppbyggd cancerstrategi. Det är enligt RRV nödvändigt att den av kommittén presenterade cancerstrategin preciseras vad gäller det organisatoriska ansvaret och ansvarsfördelningen mellan staten och landstingen.

Riksförbundet för barn med blod- och tumörsjukdomar framhåller bl.a. att den speciella vård och behandling som cancer hos barn kräver måste medvetet byggas upp av samhället och styras så att erforderliga resurser erhålles och att de användes på bästa sätt. Målet måste vara att alla barn i landet som drabbas av cancer skall få bästa möjliga vård och behandling. Detta innebär att en samordning måste ske mellan länsdelssjukhus – länsjukhus – regionsjukhus – barnonkologiska centra. Man kan ifrågasätta om nuvarande organisation är den rätta med fyra landsting som vart och ett är ansvarigt för ett barnonkologiskt centrum utan påverkansmöjlighet från andra landsting. Det har som följd att ekonomin och intresset hos det landsting som ansvarar för ett barnonkologiskt centrum blir styrande för barnonkologivården och inte det faktiska sammantagna behovet för upptagningsområdet. Eventuellt bör någon form av samfinansiering mellan landstingen utredas med en annan utgångspunkt än nuvarande debitering per vård dag och patient.

Samverkan och ansvarsfördelning för den enskilde patienten mellan centra – regionsjukhus – länsjukhus – länsdelssjukhus bör även utredas och klarläggas. Det råder i dag oklarheter över hur ansvaret skall fördela sig mellan olika vårdgivande sjukhus i samband med att patienten remitteras mellan "hemortslasarettet" och barnonkologiska centra. Det kan få allvarliga konsekvenser för barnet och dess familj när de hamnar "mellan stolarna", vilket är helt oacceptabelt.

Även frågor kring organisation och resurser för barnonkologivården utanför centra bör studeras och klarläggas. Bristande kunskaper och oklar organisation kan innebära att barn inte kommer under specialistvård i tidigast möjliga skede av sjukdomen.

5.1 Utbildning av vårdpersonal

Cancerkommittén anser

att sjuksköterskors utbildning i cancervård är en viktig fråga som närmare bör utredas av UHÄ med beaktande av de möjligheter till förbättringar som anges av cancerkommittén och

att den psykologiska omvårdnaden av cancerpatienterna bör förbättras i första hand genom inrättande vid onkologiska centra av speciella läkar- och psykologtjänster inte minst för bl.a. personalhandledning.

Socialstyrelsen delar kommitténs bedömning att utbildningen i cancervård behöver förbättras. Styrelsen instämmer i att utbildningen inom hälso- och sjukvårdslinjens inriktning mot onkologi behöver breddas med ökade kunskaper i omvårdnad och tillstyrker förslaget att kompletterande utbildning anordnas för sjuksköterskor som kan bli handledare för utbildning på det lokala planet.

UHÄ delar kommitténs syn när det gäller behovet av utbildning för personal verksam inom onkologisk sjukvård. Behovet av fortbildning har under årens lopp aktualiserats av sjuksköterskor och radioterapiassistenter. För närvarande genomförs inom Malmöhus läns landsting en vidareutbildning i klinisk onkologi i form av enstaka kurser för sjuksköterskor och radioterapiassistenter. Dimensioneringen av utbildningen motsvarar emellertid inte på långt när behovet av och efterfrågan på fortbildning.

Inom UHÄ har utarbetats förslag till förändringar av utbildningen inom onkologisk vård. UHÄ:s förslag innebär förändringar som går i den riktning kommittén föreslår i sitt betänkande. Förslagen har remissbehandlats. Hittills inkomna remissvar är positiva till UHÄ:s förslag. Den förändring som rör breddning av den nya onkologisjuksköterskans utbildning kommer att träda i kraft höstterminen 1985.

För övrigt har UHÄ för avsikt att, i sin anslagsframställning för budgetåret 1986/87 lägga fram ett förslag om inrättande av en påbyggnadslinje i "klinisk onkologi" för sjuksköterskor och radioterapiassistenter. Därutöver skall UHÄ närmare utreda behovet av utbildning i nuclearmedicin för personal med medellång vårdutbildning som skall arbeta inom detta område.

Riksförbundet för barn med blod- och tumörsjukdomar framhåller kraven på en fortlöpande förbättring av utbildningen av all vårdpersonal inom barnonkologi såväl vid barnonkologiska centra som vid andra sjukhus och vårdinrättningar (ex. vis. skolsköterskor). Behörighet bör införas för läkare inom barnonkologi. Vid barnonkologiska centra bör utbildningstjänster inrättas för att förse centra med behöriga läkare men även förse övriga sjukhus med utbildade läkare inom barnonkologi. Även övrig personal som sjuksköterskor, barnsköterskor, kuratorer och psykologer behöver specialistutbildning inom barnonkologi. Även grundutbildning för medicine kandidater bör förbättras.

BRO anser att kommittén inte tillräckligt uppmärksammat det psykologiska omhändertagandet i cancervården.

6 Forskning rörande cancer och cancerpreventiva åtgärder

Cancerkommittén framhåller bl.a.

att forskning spelar en avgörande roll för ansträngningarna att begränsa cancersjukdomarnas skadeverkningar.

att den i Sverige bedrivna cancerforskningen är av stor betydelse och att svenska forskare inom vissa områden är internationellt ledande.

att ökade forskningsinsatser är önskvärda särskilt inom områdena epidemiologi, toxikologi i relation till verkningsmekanismer och genetik samt forskning över risk- och åtgärdsproblematik och

att forskningsraden och sektorforskningsorganen har att själva bedöma sina resursbehov med hänsyn till genomförandet av de intentioner cancerkommittén givit uttryck för.

Livsmedelsverket och *naturvårdsverket* delar cancerkommitténs uppfattning att ökade forskningsinsatser är önskvärda inom epidemiologi, toxikologi och genetik. *Livsmedelsverket* bedriver vetenskapliga undersökningar rörande livsmedelskomponenters genotoxiska effekter och har byggt upp en kompetens inom området. *Verket* delar kommitténs uppfattning att forskning inom detta område bör ges väsentligt ökade resurser. Med hänsyn till den stora betydelse som kostfaktorer har för uppkomsten av cancer är de resurser som samhället hittills har satsat på forskning inom detta område alltför små.

Naturvårdsverket framhäver behovet av att utveckla bättre metoder för expositions- och dosbeskrivningar, vilket torde innefatta betydande forskningsinsatser.

När det gäller epidemiologi pågår inom ramen för naturvårdsverkets forskningsnämnd planerings- och utredningsarbete rörande miljömedicinskt förvarningssystem baserat på biologiska indikatorer. Målet för detta arbete är att utveckla en eller flera metoder för att utnyttja biologiska indikatorer vid miljömedicinska bedömningar av konkreta objekt. Arbetet därmed är ej begränsat till att endast omfatta cancer.

På den förbränningstekniska sidan pågår utvecklingsarbete med syfte att begränsa utsläpp av carcinogena ämnen. Forskningsinsatser rörande dieselavgasars hälso- och miljöeffekter kommer också att uppmärksammas.

Även *statens miljömedicinska laboratorium (SML)* verkar i allt väsentligt att instämma i kommitténs bedömningar. En förstärkning av den cancer-epidemiologiska forskningsverksamheten torde lämpligast ske genom en ökad satsning på de mycket få institutioner som har epidemiologisk forskning som huvuduppgift. *SML* påpekar särskilt betydelsen av forskarutbildning inom epidemiologi samt behovet av fleråriga forskningsanslag. Epidemiologiska projekt är ofta mycket tidskrävande och avsevärda problem uppstår när hela

finansieringen inte kan överblickas vid starten.

SML anser det angeläget att den toxikologiska grundforskningen rörande verkningsmekanismer för kemiska ämnens toxiska effekter ytterligare utvecklas, vilket kan ge den nödvändiga grunden för utveckling av enkla, billiga och försöksdjursfria testmetoder som kan ge kvantitativt underlag för en riskbedömning.

SML delar även kommitténs uppfattning att "forskningen bör ej onödigtvis hämmas genom en rigid uppdelning efter begreppen grundforskning, tillämpad forskning eller målforskning".

Socialstyrelsen saknar konkreta förslag till utbyggnad av institutioner för epidemiologisk forskning, vilka torde utgöra huvudförutsättningen för den nödvändiga miljön för denna typ av forskning. En sådan uppgift kan läggas på det centrala cancerregistret när detta delvis avlastats från en del av de primära kodningsuppgifterna, som nu faller på de regionala cancerregistren. En sådan central institution skulle emellertid behöva tillföras betydande resurser i form av dataexpertis, statistisk, epidemiologisk och medicinsk expertis.

Medicinska forskningsrådet understryker kommitténs påpekande om att en samverkan mellan grundforskning och klinisk forskning inom cancerområdet är ovärderlig. Ökade insatser krävs för att omfattande och resurskrävande behandlingsstudier (typ multicenterstudier) skall kunna initieras och genomföras i större utsträckning utan stöd av externa källor, såsom t.ex. från läkemedelsindustrin. Detta är en förutsättning för att psykosociala och andra effekter skall ges ökad uppmärksamhet.

Vetenskapsakademien framhåller att det är väsentligt att den molekylärbiologiska forskningen, inom vilken nyligen ett flertal genombrott gjorts som givit oss ny kunskap om bakgrunden till cancersjukdomarna, inte vid resursbeviljning får stå tillbaka för kortsiktiga epidemiologiskt inriktade cancerprojekt.

Naturvetenskapliga forskningsrådet (NFR) anser att regler som gäller för sektorsforskningen bör lättas upp så att kvalificerad grundforskning kan pågå inom projekt som finansieras med medel från olika sektorsorgan. Detta skulle säkert underlätta kompetensuppbyggnaden inom betydelsefulla områden.

Cancerkommittén pekar på ett antal miljöfaktorer bl.a. tobak och kost där ändrade vanor med stor sannolikhet skulle nedbringa antalet cancerfall betydligt. Den bästa vägen att nå målet synes idag vara hälsoupplýsning. Det är troligt att en forskning som leder till identifiering av specifika aktiva komponenter och väl definierade verkningsmekanismer även medför att hälsoupplýsningsskampanjer i framtiden kan få en större genomslagskraft anför NFR.

Forskningsrådsnämnden framhåller att det vore önskvärt att kommittén hade utnyttjat sin unika överblick till en aktivare prioriteringsdiskussion med förslag i syfte att påverka forskarsamhället och forskningsfinansierande organ.

För egen del anser nämnden, utan att besitta cancerkommitténs speciella kompetens, att en satsning på forskning kring levnadsvanor och dess betydelse för cancerrisker samt metoder för påverkan av dessa vanor är ett viktigt inslag i kampen mot cancer. Satsningar på forskning inom preventionsområdet blir särskilt viktiga, då det ej tycks som behandlingsmetoderna för de flesta och de kvantitativt vanligaste cancerformerna har förbättrats i någon större omfattning. Denna uppfattning synes kunna få stöd i utredningens material och analys.

Svenska läkaresällskapet påpekar att en central funktion har universiteten, inte minst institutioner för omgivningshygien, yrkesmedicin, epidemiologi och toxikologi. En ökad satsning på dessa områden är en logisk konsekvens av cancerkommitténs betänkande. Tendensen att nedrusta universitetens institutioner för omgivningshygien måste kraftfullt motverkas.

UHÄ påpekar att även den odontologiska forskningen är en resurs när det gäller förebyggande av och tidig diagnosticering av cancersjukdomar. Denna har inte uppmärksammats av kommittén.

Riksföreningen mot cancer (RmC) anser det väsentligt att föreningens anslag jämföras med de rent statliga anslagen till cancerforskning. RmC är den klart största bidragsgivaren. RmC har inget att invända mot ökade insatser på de av kommittén föreslagna områdena, men måste samtidigt framhålla att en förutsättningslös grundforskning över cancersjukdomarnas natur och uppkomstmekanismer på sikt kan komma att avsätta resultat av stor betydelse för prevention, diagnostik och behandling. Framför allt gäller det att förklara betydelsen av levnadsvanor/miljö i kemiska och/eller fysikaliska termer för att lägga en rationell grund för prevention. Uppenbarligen växlar också den individuella känsligheten för olika miljöfaktorer. Orsakerna till denna viktiga variation är i stort sett okänd.

RmC betonar även den stora betydelsen av internationella insatser på epidemiologisk forskning och det närliggande området – identifiering av cancerframkallande miljöfaktorer. Det nuvarande statliga stödet till och medlemskapet i WHO:s International Agency for Research on Cancer i Lyon är ur denna synpunkt ytterst viktigt, liksom bättre utbyggt nordiskt samarbete.

7 Informationssystem

Cancerkommittén framhåller bl.a.

- att Sverige genom befolkningsbaserade informationssystem och andra förhållanden har mycket goda förutsättningar för studier av såväl cancersjukdomarna som andra, speciellt kroniska sjukdomar,
- att bättre epidemiologiska utbildningsmöjligheter, med tonvikt på postgradual utbildning behöver utvecklas inom det svenska universitetsväsendet,
- att rikstäckande uppgifter av god kvalitet om inträffade fall av cancersjuk-

dom ("cancerregistret") och om dödsfall relaterade till cancer (i "dödsorsaksregistret") är av grundläggande betydelse för cancerepidemiologin.

att ansvaret för den medicinska delen i dödsorsaksregistreringen bör överföras från statistiska centralbyrån till socialstyrelsen och att ansvaret för cancerepidemiologin bör ligga på den regionala nivån under medverkan av onkologiska centra.

Socialstyrelsen anför följande. Cancerkommittén har lämnat en aktuell beskrivning av utvecklingen vad gäller epidemiologisk bevakning. Socialstyrelsen instämmer i den beskrivning av styrelsens roll som lämnats. För genomförande av det hälsopolitiska synsätt som bl.a. hälso- och sjukvårdslagen är ett uttryck för är utvecklingen av epidemiologisk bevakning av fundamental betydelse. Dessa krav har också kommit till uttryck i HS 90-arbetet. Styrelsen anser det angeläget att betona nödvändigheten av att landstingen inom ramen för sin samhällsmedicinska verksamhet deltar i utvecklingen av epidemiologiska bevakningssystem.

Trots att epidemiologisk forskning har prioriterats mycket högt i de senaste årens forskningspolitiska propositioner har angelägna utvecklingsprojekt för vilka program utarbetats inom statens miljömedicinska laboratorium ännu inte kunnat påbörjas. Bakgrunden härför är att medel inte beviljats av de forskningsråd dit ansökningar om medel inlämnats.

De svenska befolkningsbaserade informationssystemen skapar mycket goda förutsättningar för studier av cancersjukdomar i Sverige. Cancerkommittén betonar att detta förhållande gör det angeläget att samarbete med andra länder och särskilt de nordiska tillvaratas. Socialstyrelsen instämmer tveklöst i cancerkommitténs uttalande. Det bör härvid stå klart att man just inom cancerområdet trots stora likheter i själva registreringssystemet, haft en helt annan och bättre tillgång till vetenskaplig expertis i de andra nordiska länderna.

Statens miljömedicinska laboratorium (SML) framhåller att ett ytterligare utvecklingsarbete inför implementerandet av ett bevakningssystem pågår inom SML och det är därför för tidigt att definitivt ta ställning till vilken omfattning och form ett bevakningssystem bör ha. Att cancerincidensen bör följas på landstingsnivå är dock klart. Huruvida det är meningsfullt att genomföra bevakningssystem, i den striktare bemärkelsen på lägre nivå än landstingsnivå, kan inte avgöras innan det pågående utvecklingsarbetet är avslutat. Redan nu kan sägas att de centrala registren bör utveckla rutiner som gör det möjligt att på begäran, på ett flexibelt sätt, förse regionala och lokala organ med specifik deskriptiv epidemiologisk information. I det pågående utvecklingsarbetet ingår att utarbeta s.k. bevakningsunderlag, dvs. modeller för sådan epidemiologisk information som det kan vara relevant för lokala och regionala organ att begära från centrala myndigheter. Med hjälp av dessa bevakningsunderlag kan olika registeransvariga utveckla programpaket för effektivt framtagande av den begärda informationen.

I utredningen påpekas att epidemiologisk bevakning ställer krav på utbildning av epidemiologer. Vad gäller utbildning av kvalificerade epidemiologer finns det nu vissa möjligheter att ge sådan vid vissa institutioner inom landet, bl.a. vid SML.

SML instämmer i kommitténs påpekande att det är angeläget att nu verka för en förbättrad dokumentation om aktuella exponeringsförhållanden. Därigenom kan framtida retrospektiva undersökningar genomföras under bättre förutsättningar än vad som ofta är fallet i dag.

Statskontoret kan inte bedöma alla enskildheter i kommitténs förslag och rekommendationer. Ytterligare utredningar i ett vidare sammanhang behövs, varvid även de förslag som lagts fram av HS 90-utredningen bör prövas. Cancerkommitténs förslag om informationssystem utgör, enligt statskontorets mening, ett bra underlag för en sådan samlad prövning.

Riksrevisionsverket (RRV) delar kommitténs uppfattning att informationssystem behövs för att bygga upp kunskap om sjukdomars förekomst, orsaker och effekter men anser att kommittén borde ha övervägt möjligheten att bygga upp information på endast vissa urval av populationen.

RRV anser vidare att kommittén alltför summariskt behandlat sekretess- och integritetsaspekter. I betänkandet har inte heller diskuterats frågan om datakvalitet i samband med förslagen om en utökad samkörning mellan olika register. Någon tillgänglighetsdiskussion har inte förts. Analys av dessa frågeställningar är, enligt RRV, nödvändiga innan informationssystemen byggs ut ytterligare.

Statistiska centralbyrån (SCB) avstyrker cancerkommitténs förslag om att den medicinska dödsorsaksregistreringen bör överföras till socialstyrelsen. SCB:s statistiska kompetens, långa erfarenhet av arbete med dödsorsaksregistret och interna tillgång till för cancerepidemiologin värdefulla befolkningsregister är starka skäl som talar för att dödsorsaksstatistiken i sin helhet bör vara kvar vid SCB.

SCB framhåller att man har riksdagens uppdrag att upprätta en central databas (SSDB) och har i förarbetet på denna databas planerat att till databasen föra uppgifter från patientregister, dödsorsaker, arbetsskador, demografiska uppgifter, socialförsäkringsstatistik m.m. Avsikten är att till SSDB föga cancerregistrets uppgifter. Databasen blir självfallet optimalt användbar först när omfattande material finns inlagda och skulle då fylla många av de önskemål som redovisas av cancerkommittén.

SCB har emellertid inte tilldelats några medel för uppbyggnad av denna databas. Chefen för civildepartementet framhåller i budgetpropositionen att det hittills redovisade materialet inte utgör tillräckligt beslutsunderlag för medelstillsdelning och avser därför att ge SCB i uppdrag att inkomma med erforderliga kompletteringar. Enligt SCB:s uppfattning understryker cancerkommitténs synpunkter det stora behovet av en databas för socialsektorn som innehåller relevant information för epidemiologisk forskning. SCB har teknik och kompetens att upprätta denna databas och har rutin att hantera

stora register. SCB har också stor vana att ge omfattande service åt forskare som vill utnyttja registerdata och få tillgång till primärmaterial genom t.ex. kopior på dödsbevis. Inom SCB finns också som tidigare nämnts en rad andra register av betydelse för cancerepidemiologiska studier.

Svenska läkaresällskapet tillstyrker att ansvaret för den medicinska delen i dödsorsaksregistreringen överförs till socialstyrelsen, eftersom detta ökar förutsättningarna för förbättringar av underlaget för dödsorsaksregistrering och samordning med befintliga cancerregister. Förslaget tillstyrks också uttryckligen av *Kalmar läns landsting*.

Flertalet av de landsting som yttrat sig tillstyrker cancerkommitténs rekommendationer om fortsatt uppbyggnad av de regionala cancerregistren. Man framhåller att dessa är en av grundstenarna i ett informationssystem om cancer och utgör därför en viktig del av det lokala epidemiologiska arbetet. Så t.ex. framhåller *Hallands läns landsting* att sjukvårdshuvudmännen har ett särskilt ansvar för en fortlöpande epidemiologisk bevakning av sjukdomsmönstret och dess förändring över tiden och att man är beredd att prioritera epidemiologisk verksamhet inom landstinget.

Uppsala läns landsting påpekar att man vid fastställande av ambitionsnivån i uppbyggnaden bör beakta sådana faktorer som personlig integritet, kostnader samt möjligheten att ajourhålla registren.

Örebro läns landsting anför att hälso- och sjukvården är en av de centrala registrens viktigaste uppgiftslämnare och avnämare. För att kunna fullgöra sitt lagstadgade ansvar för befolkningens hälsa, är det angeläget att tillgängligheten till gemensamma centrala basdata på allt sätt underlättas. Avgörande för tillgängligheten synes vara att ansvarsfrågorna när det gäller statistiska centralbyråns och socialstyrelsens hantering av de centrala registren klarläggs och att dessa myndigheter tilldelas erforderliga resurser.

Kalmar läns landsting framhåller att ett epidemiologiskt bevakningssystem bör drivas inom landstinget i enlighet med landstingets formella ansvar för befolkningens hälsoförhållanden enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen. Samarbete mellan de olika landstingens miljömedicinska-samhällsmedicinska enheter bör ske inom ramen för den regionala samverkan. Dessutom bör de miljömedicinska-samhällsmedicinska enheterna kunna få stöd när det gäller epidemiologiska bevakningssystem av statens miljömedicinska laboratorium. På länsnivå samarbetar landstinget när det gäller epidemiologiska bevakningssystem med kommunala organ, företagshälsovård, yrkesinspektion, länsstyrelse för att skapa ett så komplett bevakningssystem när det gäller miljöfaktorer som möjligt.

Landstingsförbundet: Viktiga förutsättningar för att huvudmännen skall kunna påta sig sin del av genomförandet av epidemiologisk bevakning är att såväl kvaliteten som tillgängligheten och aktualiteten hos de s.k. centrala registren förbättras. När det gäller dödsorsaksregistret deltar Landstingsförbundet i den nyligen inledda översynen av denna registrering. Frågan om att

– enligt kommitténs förslag – överföra ansvaret för den medicinska delen i dödsorsaksregistreringen från SCB till socialstyrelsen bör kunna prövas i detta sammanhang.

Sammanfattning av rapporten (Ds S 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården, m.m.

Arbetsgruppens sammanfattning av rapporten

En särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet har utvärderat försöksverksamheten med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården.

Verksamheten regleras i lagen (1980:12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Lagen trädde i kraft den 1 juli 1980 och gäller till utgången av juni 1985. Enligt lagen skall landstingskommun och kommun, som inte ingår i en landstingskommun, för hälso- och sjukvården ha en eller flera förtroendenämnder. Nämnderna skall ha till uppgift att främja kontakten mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att förmedla den hjälp som förhållandena påkallar till patienterna.

Socialutskottet förutsatte i sin behandling av frågan om förtroendenämnder (SoU 1979/80:16) att verksamheten skulle utvärderas innan slutlig ställning togs till hur verksamheten borde utformas på längre sikt.

Arbetsgruppen har gjort en enkätundersökning för att få en uppfattning om innehåll och omfattning av förtroendenämndernas verksamhet. Synpunkter på verksamheten har inhämtats från förvaltningsutskotten (motsv.), vilka i sin tur inhämtat yttranden från förtroendenämnderna och hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Arbetsgruppen har sammanträffat med handläggarna hos förtroendenämnderna samt med företrädare för hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), socialstyrelsen, Spri och personal- och patientorganisationer.

Arbetsgruppen lägger fram följande förslag:

- Verksamheten med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården bör bestå även sedan försöksperioden upphört.
- Sjukvårdshuvudmännen bör i fortsättningen vara skyldiga att inrätta en eller flera särskilda nämnder för verksamheten.
- Nämndernas verksamhet bör i fortsättningen omfatta både den allmänna hälso- och sjukvården och folktandvården.
- Förtroendenämnderna bör även i fortsättningen regleras i en särskild lag.
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd föreslås få möjligheter att till sjukvårdshuvudmännen överlämna ärenden som rör klagomål över bemötande av personal inom hälso- och sjukvården eller bristande kontakt och information i vården.

Arbetsgruppen anser vidare

- att arbetsfördelningen mellan förtroendenämnderna och deras handläggare bör syfta till att åstadkomma en snabb och obyråkratisk handläggning av patientärendena,
- att återföringen av erfarenheter från nämnderna bör göras effektivare,
- att fortbildning bör anordnas för nämnderna och deras handläggare,
- att nämnderna i ökad omfattning bör delta i utbildning av hälso- och sjukvårdspersonalen,
- att återkommande information om nämnderna bör lämnas till personal, patienter och allmänheten.
- att lämpliga former för fortlöpande kontakter med företrädare för lokala personal- och patientorganisationer bör övervägas.

Arbetsgruppen lägger fram förslag till lag om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården och folktandvården samt föreslår en ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Arbetsgruppens författningsförslag

Förslag till

Lag om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården och folktandvården

Härigenom föreskrivs följande.

1 § För den hälso- och sjukvård och folktandvård som en landstingskommun eller en kommun som inte ingår i en landstingskommun ombesörjer enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller folktandvårdslagen (1973:457) skall det finnas en eller flera förtroendenämnder med uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att åt patienterna förmedla den hjälp som förhållandena påkallar.

När flera förtroendenämnder finns, skall varje nämnd fullgöra de uppgifter som sägs i första stycket för en viss del av landstingskommunen eller kommunen eller för en viss vårdinrättning.

2 § I fråga om förtroendenämnderna gäller bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) i tillämpliga delar.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 1985.

2. Annan nämnd än förtroendenämnd får till utgången av år 1985 vara förtroendenämnd.

Förslag till**Lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.**

Härigenom föreskrivs att 38 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

38 §

Disciplinärende beträffande arbetstagare får överlämnas av ansvarsnämnden till arbetsgivaren för den åtgärd som kan ankomma på honom, om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden inte är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt.

Innehåller en anmälan till ansvarsnämnden klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen i en landstingskommun eller över något annat liknande förhållande, får nämnden överlämna anmälan i den delen till landstingskommunen för åtgärd. Vad som sägs om landstingskommun gäller också kommun som inte ingår i en landstingskommun.

Finner ansvarsnämnden i ett där anhängigt ärende att förutsättningarna enligt 13 § andra stycket för anmälan till åtal föreligger, skall nämnden fullgöra anmälningsskyldigheten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1985.

Särskilt yttrande

Förbundsjurist Jan Sahlin, Landstingsförbundet, anser att det inte längre behövs någon särslag som styr huvudmännens verksamhet på området i fråga. Det finns ingen tvekan om hälso- och sjukvårdshuvudmännens villighet att fortsätta och vidareutveckla verksamheten utan påtryckningar genom särskild lagstiftning.

Arbetsgruppens sammansättning

Hultstrand, Lars, departementsråd, sammankallande

Starup, Helena, departementssekreterare

Linde, Marianne, byråchef

Sahlin, Jan, förbundsjurist

I gruppens arbete har också deltagit patientombudsmannen Rut Ceder-gårdh.

Sammanställning av remissyttrandena över rapporten (Ds S 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården

Innehåll	Sid
1 Värde av förtroendenämndernas verksamhet. Allmänna synpunkter på fortsatt verksamhet med förtroendenämnder. Frågan om nämnderna bör vara obligatoriska	158
2 Utvidgning av nämndernas kompetensområde. Behov av ytterligare lagreglering	173
3 Avlastning av HSN	176
4 Övriga frågor	182
4.1 Lagtexten	182
4.2 Kostnader	183
4.3 Sekretess	183
4.4 Arbetsformer förtroendenämnd – patientombudsman, återföring av erfarenheter	184
4.5 Information – utbildningsfrågor, kontakt med personal och patientorganisationer m. m.	186

Sammanställning av remissyttrandena över rapporten (Ds S 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården

Följande remissinstanser har avgivit yttranden:

Kammarrätten i Stockholm, socialstyrelsen – som bifogat yttrande av psykiatriska nämnden –, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), riksförsäkringsverket, riksrevisionsverket (RRV), stat- och kommunberedningen, demokratiberedningen, riksdagens ombudsmän (JO), Landstingsförbundet, samtliga hälso- och sjukvårdshuvudmän, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen i Sverige (LO) – som bifogat yttrande av Svenska kommunalarbetsförbundet (SKAF) –, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Handikappförbundets centralkommitté (HCK), De handikappades riksförbund (DHR), Pensionärernas riksförbund (PRO), Sveriges folkpensionärers riksförbund (SFPR) samt Patienternas riksförbund (PRF).

Härutöver har skrivelser inkommit från Sveriges läkarförbund och Socialmedicinska institutionen vid Huddinge sjukhus.

I Värdet av förtroendenämndernas verksamhet. Allmänna synpunkter på fortsatt verksamhet med förtroendenämnder. Frågan om nämnderna bör vara obligatoriska

Grundinställningen till förtroendenämndernas verksamhet är positiv. Så gott som samtliga remissinstanser anser att förtroendenämnderna fyllt ett viktigt behov.

HCK har i första hand förespråkat mer fristående patientombudsmän och har åtskilliga synpunkter på hur nämnderna skulle kunna förbättras. *PRF* påtalar att kvalitén på nämnderna under försöksperioden varit mycket ojämn. Motsvarande intryck framförs av *HSAN*. Flertalet *hälso- och sjukvårdshuvudmän* är positiva till verksamheten och till en fortsättning av nämndverksamheten. Undantag är *Skaraborgs läns landstingskommun* som förespråkar att uppgifterna läggs in i hälso- och sjukvårdsorganisationen.

När det gäller frågan om ett fortsatt obligatorium för huvudmännen att inrätta förtroendenämnder och förslaget att uppgifterna i fortsättningen endast skall kunna läggas på särskilda nämnder är flertalet remissinstanser positiva och understryker vikten av att viss likformighet kommer att gälla i landet och att nämnderna hålls skilda från hälso- och sjukvården. Negativa till förslaget är stat- och kommunberedningen, demokratiberedningen, Landstingsförbundet och ett femtontal landsting.

Kammarrätten i Stockholm anför: Försöksperioden med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården har visat att verksamheten, som varit relativt

omfattande, har en viktig funktion att fylla. De flesta som arbetsgruppen har hört har också varit positiva till verksamheten. Kammarrätten tillstyrker arbetsgruppens förslag att förtroendenämnderna skall fortsätta sin verksamhet även efter den 1 juli 1985. – Kammarrätten vill dock ifrågasätta om den föreslagna ordningen är den bästa för en permanent lösning. Det kunde enligt kammarrättens mening finnas anledning att utreda ett alternativ som innebär en ökad kompetens för nämnderna. Kammarrätten tillstyrker förslaget att nämnderna bör vara obligatoriska.

Av de skäl som har redovisats i rapporten bör även enligt kammarrättens mening förtroendenämndernas verksamhet regleras i en särskild lag. Ytterligare ett skäl härför är att nämndernas verksamhetsområde framledes kan komma att utvidgas. Kammarrätten föreslår dock att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och folk tandvårdslagen (1973:457) kompletteras med en hänvisning till den nya lagen.

HSAN anser i likhet med arbetsgruppen att de landstingskommunala förtroendenämnderna har en viktig uppgift att fylla för att underlätta kontakterna mellan patienter och personal och för att hjälpa och stödja patienter i olika vårdssituationer. Verksamheten bör därför fortsätta efter den nuvarande försöksperiodens utgång den 1 juli 1985. Nämnden tillstyrker också att förtroendenämnderna permanentas och regleras i en särskild lag. Förtroendenämnderna bör alltså bli obligatoriska. Ansvarsnämnden vill starkt understryka arbetsgruppens uttalande att det är angeläget att förtroendenämnderna hålls åtskilda från de verkställande organen inom hälso- och sjukvården. Detta är viktigt av både principiella och psykologiska skäl. Förtroendenämndernas oväld och objektivitet bör inte kunna sättas i fråga på grund av att dessa nämnder samtidigt är t.ex. sjukvårdsstyrelser eller direktioner som har att besluta i frågor som rör organisation, ekonomi och personal och därigenom har ett övergripande funktionellt ansvar för verksamheten.

Ansvarsnämnden vill i detta sammanhang erinra om att de synpunkter som här framförts också låg till grund för riksdagens beslut år 1979 om att ersätta den dåvarande medicinalväsendets ansvarsnämnd, som var knuten till socialstyrelsen, med en fristående hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Socialstyrelsen instämmer i arbetsgruppens bedömning att förtroendenämnderna fyller en viktig funktion inom hälso- och sjukvården för att främja kontakten mellan patienten och personalen samt att svara för information och hjälpförmedling i patientärenden och att nämnderna därmed visat sig utgöra ett viktigt komplement till socialstyrelsen och HSAN. Det behövs ett organ i erforderlig närhet till hälso- och sjukvården, som på ett smidigt och obyråkratiskt sätt kan rätta till sådana missförstånd och missförhållanden i relationerna mellan patienterna och personalen, som inte är av den karaktären, att de skall underställas HSAN:s prövning. Socialstyrelsen tillstyrker sålunda förslaget att förtroendenämnderna skall bestå efter försöksperioden.

Socialstyrelsen ifrågasätter inte sjukvårdshuvudmännens vilja att även i fortsättningen tillhandagå patienter och personal med den särskilda förtroendenämndsverksamheten. Emellertid är det viktigt med hänsyn till tilliten till nämnderna, att deras självständighet i förhållande till vårdverksamheten och till hälso- och sjukvårdens beslutande organ markeras. Detta sker enligt socialstyrelsens mening bäst genom en särskild lag i ämnet såsom arbetsgruppen föreslagit. Det bör tilläggas, att enligt rapporten har en majoritet av sjukvårdshuvudmännen uttalat sig för en fortsatt lagreglering av verksamheten på samma sätt som under försöksperioden.

RRV delar arbetsgruppens uppfattning att förtroendenämnderna fyller en viktig funktion inom hälso- och sjukvården såväl då det gäller att svara för information och att förmedla hjälp i patientärenden, som att främja kontakten mellan patienter och personal. I en så omfattande verksamhet som hälso- och sjukvården, är missförstånd och felbehandling svåra att utesluta.

RRV menar också att en systematiskt samlad information om problem i vården kan ge förutsättningar för förbättringar och rationaliseringar om den återförs till ansvariga politiker och till anställda inom den medicinska verksamheten.

En förtroendenämnd inom landstingen ger också förutsättningar för att problem som i dag måste föras till socialstyrelsen (SoS) resp. hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) primärt kan behandlas på en mer adekvat nivå, dvs. inom landstinget. På den lokala nivån finns den problem- och miljökunskap som är förutsättningen för konkreta åtgärder. RRV anser att dessa aspekter är av stor principiell vikt. Till detta kommer den avlastning av de två centrala organen, som förtroendenämnderna på sikt och med en mera aktiv information bör kunna innebära.

En särskild nämnd för dessa frågor bör finnas bl.a. av de skäl som utredningen anför. RRV vill också framhålla, att patienterna troligen upplever en fristående nämnd som mera neutral att vända sig till då de vill framföra klagomål än hälso- och sjukvårdsnämnden eller annat verkställande organ inom landstinget.

RRV delar uppfattningen hos majoriteten i arbetsgruppen att inrättande av förtroendenämnd och verksamhet i nämnden bör regleras i lag. Huvudmannen ges stor frihet att inom lagen anpassa verksamheten efter lokala förhållanden och önskemål. Enligt utredningen har inte heller den lag som styrt försöksverksamheten inneburit några nackdelar för huvudmännen såvitt framkommit genom enkäterna. Viktiga motiv för lagstiftning bedömer RRV vara dels verksamhetens genomslagskraft inom hälso- och sjukvården lokalt, dels den garanti för avlastning för SOS och HSAN som bör åstadkommas. Det krävs en reglering av vilken typ av ärenden som måste behandlas av central myndighet och vilka ärenden som måste behandlas lokalt. Ärenden som inte är av principiell eller disciplinärkaraktär bör i största möjliga utsträckning behandlas på lokal nivå. RRV anser därför att förslaget till ändring av 38 § tillsynslagen borde få en vidare formulering än den

föreslagna. Den enskildes rättssäkerhet garanteras enligt RRVs mening genom möjligheten att anföra förvaltningsbesvär hos kammarrätten.

I enlighet med den allmänna strävan att samla bestämmelser till ett begränsat antal lagar borde det övervägas om lagen om förtroendenämnder kan införas som ett tillägg till hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Enligt *psykiatriska nämndens* uppfattning finns det ett stort och angeläget behov av en myndighet som nära hälso- och sjukvården kan hjälpa patienten med olika önskemål eller kan förklara för patienten anledning till de förhållanden som han är missnöjd med. Mycket ofta är grunden till patientens klagomål att han inte rätt förstått den information som lämnats eller att han inte alls fått några upplysningar. I sammanhanget får understrykas att patienterna när de kommer med olika klagomål som regel inte är intresserade av några disciplinära påföljder för personalen inom hälso- och sjukvården. Vad de önskar är en ändring. Det organ som lokalt skall svara för den angivna uppgiften skall därför inte ses som ett kontrollorgan som övervakar hur personalen sköter sina åligganden utan som ett servicceorgan till patienternas hjälp.

Förtroendenämnderna får anses väl ägnade att svara för dessa uppgifter. Genom sin nära anknytning till hälso- och sjukvården bör de ha goda möjligheter att verka för förändringar, t.ex. beträffande olämpliga indelningar av upptagningsområden för sjukvårdshuvudmannens sjukhus, eller att påvisa behov av resursförstärkningar eller omfördelningar av resurser inom delar av hälso- och sjukvården. Framförallt bör de dock genom att finnas på platsen ha vida bättre möjligheter än en statlig tillsynsmyndighet att snabbt kunna ge patienterna de besked de önskar.

På den myndighet som skall svara för dessa uppgifter får ställas olika krav. Myndigheten skall vara formellt fristående från organ som direkt ansvarar för hälso- och sjukvården. Självfallet utgör det inget hinder för att myndigheten finns hos och hör under sjukvårdshuvudmannen. Däremot kan det inte vara lämpligt att t.ex. direktionen för ett sjukhus svarar för uppgiften. För de personer som fattar beslut bör gälla jävsreglerna i förvaltningslagen (1971:290). Myndigheten skall vara skyldig att ta upp ärenden som faller inom kompetensområdet och som antingen inges av patienterna eller överlämnas från andra myndigheter. Även anhöriga till en patient bör ha möjlighet att vända sig till myndigheten (jfr. vilka som kan vara parter enligt 18 § LSPV). Vad nu anförts kan innebära att den föreslagna författningstexten för förtroendenämnderna kan behöva kompletteras.

Psykiatriska nämnden tillstyrker sammanfattningsvis att försöksverksamheten med förtroendenämnder permanentas. Härvid bör bestämmelserna kompletteras med de regler som kan bli följden av vad ovan anförts om nämndernas verksamhet och uppgifter.

JO anser att verksamheten med förtroendenämnder bör bestå. Förslaget härom tillstyrkes. Även övriga förslag i rapporten synes vara välmotiverade.

De grundas på undersökningsresultat och på synpunkter, som inhämtats från berörda nämnder hos landstingen och centrala myndigheter och organisationer. Underlagsmaterialet stämmer väl överens med JO:s erfarenheter av den här typen av klagomål.

Riksförsäkringsverket anser att från socialförsäkringens synpunkt kan verksamheten med förtroendenämnder vara av betydelse. Sälunda kan nämnderna i vissa fall hjälpa patienter att kommunicera med försäkringskassor i ersättningsfrågor. Vidare bör nämnderna i enskilda fall kunna medverka till kassornas kontakter med patienter inom den allmänna hälso- och sjukvården. Riksförsäkringsverket tillstyrker att verksamheten får fortsätta efter juni 1985.

Spri anför följande: Resultatet av utvärderingen visar genomgående att försöksverksamheten med förtroendenämnder varit värdefull och att det föreligger behov av att även i fortsättningen bedriva en verksamhet med förtroendenämnder. Spris erfarenheter från kampanjen för bättre service i hälso- och sjukvården är även den att det föreligger ett stort behov av ett rådgivande och stödjande organ för patienterna i deras kontakter med hälso- och sjukvården. Erfarenheterna i detta sammanhang visar också att förtroendenämndernas inriktning varierar avsevärt mellan olika sjukvårdshuvudmän. Detta har också lett till att förtroendenämnderna på vissa håll upplevs som en del av sjukvårdsetablissemang.

Spri vill bl.a. mot denna bakgrund ansluta sig till utredningens förslag om att verksamheten med förtroendenämnder bör bestå och utvecklas. *Spri* vill också betona vikten av att förtroendenämnderna organiseras som separata organ för att säkerställa befolkningens förtroende för nämndernas och deras handläggares arbete.

Landstingsförbundet anser att utvärderingen bekräftar att försöksverksamheten med förtroendenämnder haft ett stort värde. När nämnderna fungerat som bäst har de utgjort forum för snabba och smidiga lösningar av vissa lokalt betingade dagliga problem i hälso- och sjukvården. Ett stort antal ärenden har gällt försäkringsfrågor och missnöje med vård och behandling.

Förbundsstyrelsen har den uppfattningen att verksamheten med förtroendenämnder bör bestå men anser inte att det behövs fortsatt speciallagstiftning för den verksamheten. Ett i en särskild lag inskrivet krav att inrätta obligatoriska förtroendenämnder går emot och hindrar den pågående utvecklingen mot en ökad demokratisering. Därigenom motverkas sjukvårdshuvudmännens frihet att själva forma sin organisation så att den på bästa sätt tjänar medborgarna.

Förbundsstyrelsen ansluter sig till Jan Sahlins särskilda yttrande och anser att hälso- och sjukvårdens huvudmän utan lagreglering kan sköta den verksamhet som i dag handhas av förtroendenämnderna.

Detta ställningstagande innebär också att förbundsstyrelsen motsätter sig kravet att förtroendenämnderna skall vara separata organ. Även en annan nämnd måste kunna få fungera som förtroendenämnd, om en viss huvudman

skulle finna en sådan lösning vara den mest lämpliga.

Genom hälso- och sjukvårdslagen har patienterna fått en stärkt ställning och därmed också sjukvårdshuvudmännen ökade krav på att tillgodose patienternas rättigheter vid vård och behandling. Förbundsstyrelsen anser att förtroendenämnderna kommer att vara ett värdefullt instrument för bevakningen av patientens rättigheter.

Stat- och kommunberedningen anför följande: Kommunallagstiftningen och lagstiftningen för olika specialreglerade verksamhetsområden har alltmer kommit att utformas så att de kommunala organen getts stor frihet att anpassa verksamheten till de lokala förhållandena. Ett uttryck för detta är att kommunerna och landstingskommunerna getts en vidsträckt organisatorisk frihet. En av beredningens huvuduppgifter är att se över den statliga regleringen av kommunal och landstingskommunal verksamhet. Beredningen skall föreslå åtgärder som leder till ökad samverkan och förenklingar av regler i relationerna mellan stat och kommun.

Beredningen avstyrker förslaget att sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. den 1 juli 1985 skall vara skyldiga att inrätta särskilda förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Den nuvarande försökslagstiftningen har väl fyllt sin uppgift att medverka till att fastare former för kontakterna mellan patienter och personal inom hälso- och sjukvården har etablerats. Sjukvårdshuvudmännen bör enligt beredningens mening nu ges frihet att själva utforma verksamheten. Landstingskommunernas skyldighet att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård och därvid bl.a. främja goda kontakter mellan patienter och personal följer redan av 3 § i hälso- och sjukvårdslagen och kräver ingen särskild lagstiftning.

Av det remitterade betänkandet framgår att sjukvårdshuvudmännen har uttalat sig för en fortsatt verksamhet med förtroendenämnder. Verksamheten bedöms ha varit värdefull och ha fyllt ett behov. Från huvudmännens sida råder det enligt betänkandet enighet om att förtroendenämndernas verksamhet behövs. Detta utgör enligt beredningens uppfattning en god garanti för verksamhetens fortsatta utveckling. En lagstadgad skyldighet på området kan beskrivas som en form av överförsäkring från statsmakternas sida samtidigt som sjukvårdshuvudmännens organisatoriska frihet inskränks. Beredningen vill slutligen erinra om att statsmakterna givetvis alltid har möjlighet att ånyo aktualisera ett lagstadgat obligatorium om så skulle bedömas nödvändigt.

Demokratiberedningen anser att det material som utredningsgruppen samlat in ger klart vid handen att förtroendenämnderna kommit för att stanna och styrker väl att de har en viktig samhällsfunktion att fylla. Det finns inte heller någon tvekan om hälso- och sjukvårdshuvudmännens beredvilighet att fortsätta och vidareutveckla verksamheten. Deras skyldighet att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård, vari denna verksamhet ju är en del, följer utan särskild tilläggslagstiftning av 3 § hälso- och sjukvårdslagen. Ett tillräckligt lagligt stöd för att inrätta särskilda politiska nämnder för främjande av kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen.

sonalen finns i redan gällande lagstiftning – utan att en speciallag behövs. Den separata försökslagen har därför fullgjort sin uppgift genom att se till att verksamheten kom i gång, och det bör nu vid försöksperiodens slut med förtroende kunna överlämnas till huvudmännen själva att gå vidare utan påtryckningar genom särskild lagstiftning.

Enligt beredningens uppfattning bör alltså 1980 års lag upphöra att gälla vid utgången av juni 1985 utan att ersättas av nya lagbestämmelser i ämnet.

Beredningen framhåller också i sitt yttrande att det har varit en strävan från statsmakterna under de senaste femton åren att minska den statliga detaljregleringen av kommunal och landstingskommunal verksamhet och i stället i motsvarande mån öka kommunernas och landstingskommunernas möjligheter att fritt utöva sin i grundlagen garanterade självstyrelse. Kring denna strävan har rått en bred politisk enighet. Översiktliga s.k. ramlagar har på skilda områden ersatt tidigare hårt detaljreglerade lagstiftning. Ett sådant resultat är den särskilda lagen (1984:382) om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation, som nyligen antogs av riksdagen och som under perioden den 1 juli 1984–31 december 1988 ger ett urval kommuner och landstingskommuner möjligheter att själva välja andra lösningar på sin nämndorganisation än dem som traditionellt följer av bestämmelser i särskilda författningar. Försöksverksamheten kan ses som ett led i den översyn av kommunallagen, som under året påbörjats av demokratiberedningen på uppdrag av regeringen.

LO tillstyrker i allt väsentligt förslaget.

Svenska kommunalarbetsareförbundet har i allt väsentligt inga invändningar mot utredningens förslag. Utredningens utvärdering vittnar om att förtroendenämnderna både tillgodoser ett starkt patientintresse och fyller en viktig funktion inom hälso- och sjukvården. Detta bekräftas också bland förbundets berörda lokalavdelningar. Det gäller bl.a. möjligheten att kunna kanalisera önskemål och synpunkter på vården till sjukvårdshuvudmannen och personalen, liksom möjligheten att på ett smidigt sätt förmedla information och hjälp i olika patientärenden. Nämnderna utgör på så sätt ett komplement till HSAN.

Enligt utredningens redovisning är också enigheten stor beträffande behovet av en fortsatt verksamhet med förtroendenämnder sedan försöksperioden upphört. Att detta för närvarande bäst sker med stöd av en särskild lag kan förbundet instämma i. I princip rymms emellertid de krav lagen ger uttryck för i både hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och den s.k. tillsynslagen (1980:11), varför behovet av en separat lagstiftning återigen bör prövas när verksamheten vuxit ut och stabiliserats ytterligare hos samtliga sjukvårdshuvudmän.

TCO, som anser det angeläget att förtroendenämnderna består, ansluter sig till arbetsgruppens förslag till ny lag om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården och folktandvården samt tillstyrker även ändring i lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

I huvudsak är *SACO/SR* positivt till de förslag som läggs fram i rapporten. *SACO/SR* tillstyrker förslaget att verksamheten med förtroendenämnden består även efter försöksperiodens slut. Sjukvårdshuvudmännen bör även i fortsättningen vara skyldiga att inrätta en eller flera förtroendenämnder. Nämnderna bör även i fortsättningen regleras i särskild lag.

Sveriges läkarförbund tillstyrker utredningens förslag att verksamheten med förtroendenämnder består även sedan försöksperioden upphört. Sjukvårdshuvudmännen bör därför även i fortsättningen vara skyldiga att inrätta en eller flera förtroendenämnder. Likaså ansluter sig förbundet till utredningens uppfattning att nämnderna skall hållas skilda från redan inrättade beslutsorgan. Nuvarande ordning där funktionerna kunnat läggas på redan befintliga nämnder har nämligen visat sig mindre lämplig. Särskilda nämnder bör därför inrättas för ändamålet för att det på så sätt skall betonas att nämnderna har en självständig ställning. En självständig nämnd med en för uppgiften adekvat sammansättning torde ha goda möjligheter att vinna förtroende hos dem till vilka verksamheten riktar sig.

PRO delar i huvudsak arbetsgruppens värderingar men vill särskilt poängtera att i den nya lagens uppräknade av förtroendenämndernas uppgifter även bör uttryckligen anges att förtroendenämnderna skall medverka till att patienternas rättigheter tas till vara.

SFPR ansluter sig till förslaget om att verksamheten med förtroendenämnder inom föreslagna områden bör regleras med en lag.

PRF framhåller att förbundet under 1970-talet arbetade för införandet av någon form av patientombudsmannainstitution på såväl riks- som regionalplanet, förutsatt att denna inte kom i beroendeställning till tillsynsmyndigheten (socialstyrelsen) resp. sjukvårdshuvudmannen.

Den sedan 1980-07-01 bedrivna försöksverksamheten med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården har, av ett flertal landsting, inte bedrivits i enlighet med lagstiftarnas intentioner. Andra landsting har däremot tagit uppgiften på allvar och fått verksamheten att fungera – i vissa landsting på ett utmärkt sätt. Verksamheten har således bedrivits på ett så heterogent sätt att allmänhetens förtroende för nämnderna har rubbats.

Lagen om förtroendenämnder bör bestå. Verksamheten bör utvidgas att omfatta all hälso- och sjukvård samt tandvård – även sådan som bedrivs i privat regi. Förtroendenämnderna skall så långt det är möjligt vara fristående från huvudmannen. Förvaltningsutskott, sjukvårdsnämnder eller direktion får inte fungera som förtroendenämnder. Allmänheten skulle uppfatta detta som ett partsförhållande som sätter den enskilde individens rättssäkerhet ur spel. Förtroendenämnderna är myndigheter och står som sådana under tillsyn av Riksdagens ombudsman (JO).

DHR ställer sig i princip bakom de förslag och överväganden som görs i rapporten.

HCK anför följande: *HCK* beklagar att arbetsgruppen inte ansett det motiverat att överväga andra former för verksamheten. Det är vår övertygelse att om gruppen låtit företrädare för handikapprörelsen, i

egenskap av företrädare för patienterna, aktivt deltaga i utredningsarbetet, skulle man fått en mycket mer nyanserad syn på nämndernas arbete. Med synpunkter från patienterna anser vi det högst sannolikt att man skulle funnit anledning att överväga andra former för förtroendenämndernas verksamhet innan man nu tar det viktiga steget att permanenta desamma.

HCK har i olika sammanhang framfört önskemål om att verksamheten främst skall bedrivas genom från hälso- och sjukvården fristående ombudsmän. Därmed har man också betonat att förtroendenämndernas viktigaste verksamhet är att stödja patienten i dennes strävan att ta tillvara sina rättsliga möjligheter. HCK har även framfört önskemål om att patientens rättigheter skall komma till uttryck i en särskild patienträttslag.

Arbetsgruppen har avvisat frågan om fristående ombudsmän utan någon egentlig motivering. Frågan torde nu behöva bli föremål för en mera omfattande utredning. Det kan måhända vara lämpligt att frågan tas upp till särskild prövning i samband med att frågan om särskilda insynsnämnder inom den psykiatriska vården prövas.

HCK kan med hänvisning till vad ovan sagts därför med tvekan för närvarande stödja arbetsgruppens förslag. Samtidigt vill vi dock yrka på att förtroendenämnden får en starkare ställning. HCK lämnar nedan förslag på komplettering av lagförslaget.

I rapporten sägs att "Nämnden bör vidare ha handläggare för de löpande ärendena med hjälp och stöd åt patienterna".

HCK anser att ordet "bör" i denna mening måste ersättas med "skall" i det fall förslaget för övrigt går igenom när fast anställda handläggare är en viktig förutsättning för att förtroendenämnderna överhuvudtaget skall kunna fylla sin funktion.

HCK anser i likhet med arbetsgruppen att en patient behöver någon att vända sig till. Som framgått tidigare ifrågasätter vi dock om förtroendenämnderna med sin starka koppling till sjukvårdshuvudmännen kan fylla denna funktion. Det handlar om att känna förtroende och vi menar att för detta krävs att nämnderna är fristående från landstingen och att patienterna är representerade i nämnderna. HCK menar därför att förtroendenämnderna bör vara partsammansatta och att vi, i egenskap av företrädare för ett stort antal vårdkonsumenter, bör beredas plats i dem. Därmed skulle man ha tagit ett steg i rätt riktning för att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens intentioner om samråd och inflytande.

HCK har granskat arbetsgruppens rapport ur patientens perspektiv. Målet för HCK är att förtroendenämndernas verksamhet skall utvecklas så att de än bättre kan tillvarata patienternas intressen.

När man studerar effekterna av förtroendenämndernas verksamhet, finner man att verksamheten hos de flesta nämnder har begränsats till informations- och kontaktförmedling. Förtroendenämnderna har varit både osäkra om sin kompetens och om former för stöd till patienterna i deras vilja att ta tillvara sina rättigheter. Det finns också anledning förmoda att handläggande tjänstemän hos förtroendenämnderna på vissa håll känt sin

handlingsmöjlighet begränsad på grund av intresse- och lojalitetskonflikter.

HCK finner det givetvis värdefullt att förtroendenämnderna fullgör sina kontaktuppgifter, men finner dessutom anledning att understryka att förtroendenämnderna även bör ha en uttrycklig skyldighet att hjälpa patienterna att ta tillvara sina rättigheter.

Slutsatsen blir att i den nya lagens uppräknade av förtroendenämndernas uppgifter även uttryckligen anges att förtroendenämnderna skall medverka till att patienternas rättigheter tas tillvara.

HCK anser också att bestämmelserna bör ges i särskild lag men vill understryka sin uppfattning att detta inte räcker för att patienterna skall uppleva nämnderna som ett fristående organ och i övrigt hänvisa till vad som ovan sagts.

Bland hälso- och sjukvårdshuvudmännen är följande *negativa* till en fortsatt lagreglering av verksamheten: Uppsala läns, Kalmar läns, Malmöhus läns, Kristianstads läns, Hallands läns, Skaraborgs läns, Örebro läns, Västmanlands läns, Gävleborgs läns, Kopparbergs läns, Jämtlands läns och Västernorrlands läns landstingskommuner samt Gotlands, Malmö och Göteborgs kommuner.

De skäl som anförs överensstämmer i huvudsak med vad som anförts av Landstingsförbundet.

Hallands läns landstingskommun anför följande: Förvaltningsutskottet är ense med arbetsgruppen om att verksamhet med förtroendenämnder bör bestå även sedan försöksperioden upphört. Utskottet delar också uppfattningen att handläggningen av patientärendena bör vara snabb och obyråkratisk, att de som ansvarar och handlägger verksamheten skall ha god kunskap om sina uppgifter, att information skall lämnas till alla berörda samt att kontaktvägar i olika former skall finnas öppna. Denna uppfattning har också framförts i de yttranden som landstingskommunens förtroendenämnd samt hälso- och sjukvårdsnämnd avgett.

Utskottet finner däremot att det skulle vara olyckligt om sjukvårdshuvudmannen genom föreslagen särlagstiftning tvingas till organisatoriska lösningar som kan hämma verksamheten och försvåra för huvudmännen att pröva nya vägar för bättre patientkontakter. Förhållandena i Hallands läns landstingskommun kan anföras som exempel.

Landstinget genomför 1 januari 1986 ny nämndorganisation för sin hälso- och sjukvård som bl.a. innebär att sex primärvårdsnämnder inrättas. På dessa nämnder har landstinget lagt uppgiften att tillika vara förtroendenämnder. I pågående förvaltningsutredning som syftar till att anpassa tjänstemannaorganisationen till den nya nämndorganisationen kommer att beslutas om de handläggande tjänstemännens uppgifter. Dessa förtroendenämnder har getts rätt att delegera uppgifter enligt kommunallagens regler.

Förslaget har lagts i syfte att bredda och fördjupa verksamheten. Göra den tillgänglig för patienterna på hemorten och bryta den anonymitet som nämnderna trots information visat sig verka i. Förslaget är också ett led i

strävan att utveckla primärvårdens patientansvar. Avsikten är att genom den lokala förtroendenämndens medverkan skall kontakterna mellan patienter och företrädare för länssjukvården förbättras.

I primärvårdsnämndernas reglementen har också skrivits i ansvar för intern och extern information, som givetvis också gäller för deras uppgifter som förtroendenämnder.

Genomförs arbetsgruppens lagförslag skulle landstinget således tvingas att endera upphäva sitt beslut eller att kringgå lagen. (Möjligheten att utse samma personer i primärvårdsnämnd och förtroendenämnd torde vara landstinget obetagen).

Mot denna bakgrund ansluter sig förvaltningsutskottet i lagstiftningsfrågan därmed oreserverat till vad ledamoten i arbetsgruppen Jan Sahlin anfört i sitt särskilda yttrande.

Skaraborgs läns landstingskommun anför följande: Landstinget har under pågående försöksperiod valt att först ha dåvarande sjukvårdsstyrelsen som förtroendenämnd och att fr. o. m. 1983 inrätta en särskild förtroendenämnd. För den löpande verksamheten finns en kanslifunktion med patientombud och kanslibitråde samt 19 kontaktombud ute på sjukhus och vårdcentraler. Patientombudet, har en samordnande och rådgivande funktion vad gäller övriga kontaktombud.

Utifrån vunna erfarenheter är förvaltningsutskottet positivt till syftemålet med denna verksamhet och ser fördelar i att bevara organisationen av patient- och kontaktombud.

Av skäl som förvaltningsutskottet redovisar närmare i det följande, avstyrker utskottet ändå förslaget att införa speciallagstiftning på området med föreskrifter om obligatoriska förtroendenämnder.

Den nu föreslagna lagen liksom den gällande lagen om förtroendenämnder lägger vissa uppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamheten på en specialreglerad, obligatorisk nämnd. Eftersom ansvaret för kontakterna mellan personalen inom hälso- och sjukvården och patienterna samt för förmedlingen av hjälp till patienterna liksom tidigare åvilar hälso- och sjukvårdsnämnden har en dubbel kompetens tillskapats. Meningen sägs visserligen inte vara att förtroendenämnden skall direkt ingripa i sjukvårdsverksamheten eller inkräkta på ordinarie organens kompetens. I stället sägs att förtroendenämnden i första hand skall vara ett kontaktorgan som skall vidta åtgärder och arbeta i förebyggande syfte. En dubbel kompetens har likväl tillskapats. Detta leder till oklarheter om uppgiftsfördelningen mellan nämnderna. I förarbetena till den nu gällande lagen har i första hand angetts vad förtroendenämnden *inte* skall befatta sig med. Detta ökar givetvis osäkerheten. Det sagda gäller också om förtroendenämndens uppgifter utvidgas till att omfatta folktandvården, vilket föreslås i rapporten.

Förtroendenämnden kan i ringa grad komplettera de insatser som görs inom den ordinarie organisationen. Den blir istället ett institut för mottagande av klagomål, vilka den huvudsakligen måste hänvisa åter till den eller de beslutande för eventuell åtgärd.

Merparten av en förtroendenämnds uppgifter är av praktisk natur. De hanteras därför bäst av de anställda och bör integreras i hälso- och sjukvårdsarbetet och i det administrativa arbetet. Så har också skett i Skaraborgs läns landstingskommun. Enligt förvaltningsutskottets mening skall sådana praktiska frågor inte skötas av en särskild nämnd utan av personalen under den nämnd som är ansvarig för verksamheten. Det behövs således inte en särskild nämnd för att tillgodose de syften som motiverat tillkomsten av lagen om förtroendenämnder. Det är också fullt möjligt att ha en organisation med patientombud och kontaktombud såväl inom hälso- och sjukvården som inom folktandvården utan att särskilda bestämmelser lämnas om detta i någon lag eller annan författning.

Förtroendenämndens ställning är oklar. Nämnden passar inte in i det system av organ som beskrivs i kommunallagen. Nämndernas uppgifter är enligt denna att handha förvaltning och verkställighet samt beredning av ärenden som skall behandlas av landstinget. Förtroendenämnden har inte de för nämnder karakteristiska uppgifterna. Det svarar inte för förvaltning utan är ett slags kontrollorgan vars ansvarsområde i sin helhet ligger inom en annan specialreglerad nämnds, nämligen hälso- och sjukvårdsnämndens. Förtroendenämnden skall främja kontakterna mellan en annan nämnds personal och avnämarna av denna nämnds service och hjälpa dessa till rätta. Dessa uppgifter ligger helt och hållet kvar på hälso- och sjukvårdsnämnden och de särskilda organen som kan finnas under denna.

Som förtroendenämndens uppgift beskrivs i lagförslaget finns vissa likheter mellan denna samt revisorerna och besvärsnämnden. Revisorerna utgör i och för sig ingen nämnd utan är ett kollegialt organ med särskilda uppgifter som anges i kommunallagen. Besvärsnämnden är inte heller en nämnd i egentlig mening utan en intern besvärinstans. Till skillnad från revisorerna och besvärsnämnden har dock förtroendenämnden mycket begränsade möjligheter att vidta åtgärder. Den kan påtala missförhållanden och föreslå åtgärder men har ingen egen makt att åstadkomma rättelse, vilket de två nyss nämnda organen har. Det föreligger således en väsentlig skillnad mellan förtroendenämndens ställning och dessa organs ställning i organisationen.

Mot bakgrund av kommunallagens bestämmelser om de olika organ som skall eller kan finnas i den landstingskommunala organisationen menar förvaltningsutskottet att förtroendenämnden inte är en nämnd i egentlig mening och inte heller ett egentligt kontrollorgan. Med hänsyn till sina uppgifter och till avsaknaden av ett eget förvaltningsområde är förtroendenämnden närmast att se som ett beredningsorgan. Emellertid skall förtroendenämnden utöva tillsyn över en del av hälso- och sjukvården samt tandvården. Ett beredningsorgan kan inte ha till uppgift att utöva tillsyn över nämnder.

I den landstingskommunala organisationen utgör förtroendenämnden som organ således en mellanform oavsett hur organet har betecknats i lagförslaget. Ett definitivt införande av en sådan ny typ av organ är en principfråga.

Det kräver mer vittgående överväganden än de som gjorts i detta begränsade sammanhang.

Förtroendenämnden kan också ifrågasättas från andra utgångspunkter. Alla nämnder är i princip sidoställda enligt kommunallagen. En nämnd kan inte ställas vid sidan av en annan nämnd och ges i uppgift att övervaka denna nämnds verksamhet eller lämna råd eller anvisningar till nämnden så att dennas beslutanderätt och ansvar begränsas. Ansvaret för en uppgift skall således vara odelat. Undantag kan göras från denna det odelade ansvarets princip genom bestämmelser i lag. Eftersom förtroendenämndens ansvarsområden i sin helhet skall ligga inom två andra specialreglerade nämnders ansvarsområden innefattar den föreslagna lagen om förtroendenämnder liksom den nu gällande ett avsteg från denna princip. Förvaltningsutskottet anser inte att tillräckliga motiv redovisats för ett sådant avsteg.

Ramlagsidén med frihet för sjukvårdshuvudmännen att efter sina speciella förhållanden ordna verksamheten undanröjs, om den föreslagna speciallagsstiftningen skulle antas. Därtill skärps reglerna i förhållande till vad som gäller inom ramen för försöksverksamheten genom kravet på en obligatorisk fristående förtroendenämnd.

Förslaget om lagstiftning på området stämmer heller inte överens med gällande allmänt deklarerade mål att förenkla och minska författningsreglerna, öka den offentliga förvaltningens effektivitet och tillgänglighet samt minska dess kostnader. Det strider också mot de intentioner som regeringen redovisat i direktiven för demokratiberedningen och stat- och kommunberedningen.

Förvaltningsutskottet instämmer därför i denna del i det särskilda yttrande som Landstingsförbundets representant bifogat rapporten med sammanfattning, att 1980 års lag om förtroendenämnder bör upphöra att gälla vid utgången av juni 1985 utan att ersättas av nya lagbestämmelser i ämnet.

Sammanfattningsvis vill förvaltningsutskottet betona, att det anförda inte innebär att utskottet tagit ställning mot de syften som man vill tillgodose med den föreslagna lagen. Utskottets uppfattning avviker således endast såvitt avser organisationen på nämndplanet. Däremot kommer som ovan nämnts uppbyggd organisation med patient- och kontaktombud att behållas vid samtliga vårdinrättningar i länet. Det ankommer på hälso- och sjukvårdsnämnden att planera och genomföra de ökade insatserna för att hjälpa patienterna och förbättra deras kontakter med personalen och andra myndigheter i samma omfattning som om detta skulle åligga en särskild förtroendenämnd.

Förvaltningsutskottet anser därför att övervägande skäl talar för att de förtroendevalda som ansvarar för hälso- och sjukvården skall ha fortsatt, fullt ansvar för dessa uppgifter. Det är också naturligt att de driftansvariga nämnderna inom hälso- och sjukvården och tandvården handhar förtroendenämndens uppgifter.

Eftersom hälso- och sjukvårdsnämnden redan har de uppgifter som anges i förslaget till lag om förtroendenämnder, saknas anledning att införa en

speciallagstiftning på området. Det bör ankomma på den enskilde sjukvårdshuvudmannen att själv skapa den organisation som behövs för dessa uppgifter. Av skäl som förvaltningsutskottet redovisat passar dessutom förtroendenämnden inte in i det system av organ som kommunallagen stadgar. Utskottet avstyrker därför rapportens förslag om införande av en lag om förtroendenämnder.

Positiva till förslaget om fortsatt reglering av verksamheten är bl.a. Göteborgs och Bohus läns, Jönköpings läns, Kronobergs läns, Blekinge läns, Värmlands läns, Västerbottens läns och Östergötlands läns landstingskommuner.

Stockholms läns landstingskommun anför att erfarenheterna av förtroendenämndens verksamhet i Stockholms län är i huvudsak positiva. Landstinget har därför inte något att erinra mot att förtroendenämnder behålls även efter försöksperiodens slut.

Landstinget vill dock erinra om att socialberedningen i sitt betänkande 'Psykiatri, tvänget och rättssäkerheten' har föreslagit att det skall inrättas särskilda insynsnämnder med uppgift att följa tvångsvården, utse stödpersoner och därtill sköta viss rapportering till socialstyrelsen. Dessa uppgifter kan enligt landstingets mening med fördel läggas på förtroendenämnden. Under inga förhållanden bör enligt landstingets uppfattning två organ med så snarlika uppgifter inrättas genom specialreglering. Härigenom skulle sjukvårdshuvudmännens frihet att själva forma sin organisation motverkas. Landstinget anser därför att dessa båda frågor bör beredas ytterligare.

JO berör också denna fråga och anför följande: I rapporten nämns socialberedningens förslag (SOU 1984:64) om inrättande av särskilda statliga insynsnämnder som stöd för framför allt patienterna och den där förda diskussionen om inte i stället förtroendenämnderna borde ges denna roll. Eftersom denna fråga i sin tur hör nära samman med ställningstaganden till utskrivningsnämndernas framtid berör jag den inte nu, men kan alltså få anledning att återkomma härtill i remissyttrandet över socialberedningens betänkande.

Flera remissinstanser har behandlat frågan om obligatorium och *krav på en särskild nämnd* i ett sammanhang. Flertalet av de remissinstanser som är negativa till ett obligatorium är också negativa till att en särskild nämnd bör finnas för verksamheten.

Socialstyrelsen anser att en ytterligare markering av förtroendenämndernas oberoende skulle kunna göras genom en uttrycklig föreskrift om att dessa nämnders uppgifter inte får fullgöras av annan nämnd.

HSAN vill understryka vikten av att förtroendenämnderna ges en egen identitet och att de generellt får en sådan sammansättning att de är väl ägnade att lösa frågor av den art som här diskuterats. Informationen till allmänheten om förtroendenämndernas existens bör också förbättras.

När det gäller förtroendenämndernas verksamhetsområde ger redan den nuvarande lagstiftningen möjlighet att ha fler än en sådan nämnd inom ett landstingsområde. Detta har i regel inte utnyttjats. Sålunda har Stockholms

läns landsting med 66 000 anställda inom hälso- och sjukvården, endast en förtroendenämnd. En decentralisering av verksamheten med förtroendenämnder är enligt ansvarsnämndens mening en förutsättning för att problem skall kunna angripas på ett smidigt sätt och på ett tidigt stadium.

HCK anser att om verksamheten skall fortsätta i föreslagen form så skall nämnderna vara obligatoriska. Uppgifterna kan således icke läggas på annan landstingets nämnd. Detta är nödvändigt för att man skall kunna få en någorlunda likformig verksamhet i landet vilket i sin tur är en förutsättning för att patienterna skall få möjlighet till en begriplig information om verksamheten.

Arbetsgruppen tar också upp socialberedningens betänkande (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten och dess förslag om statliga insynsnämnder.

Det har tydligt under remisstiden framkommit synpunkter om att förtroendenämnderna även skulle kunna fylla rollen som insynsnämnd. HCK vänder sig bestämt mot ett sådant förslag och kommer att ytterligare utveckla skälen för detta i sitt remissvar om psykiatrin.

SKAF anser att kravet på att förtroendenämnderna agerar självständigt dock bör kunna tillgodoses utan utredningens tvingande förslag om inrättande av särskilda nämnder. Enligt förbundet bör det liksom hittills vara möjligt för huvudmännen att själva besluta om förtroendenämnderna skall ligga under annan nämnd eller utgöra egen nämnd.

SACO/SR ansluter sig till utredningens uppfattning att förtroendenämnderna skall hållas skilda från redan inrättade beslutsorgan. Nuvarande ordning där funktionerna kunnat läggas på redan befintliga nämnder har visat sig mindre lämplig. Särskilda nämnder bör därför inrättas för ändamålet. På så sätt betonas att nämnderna har en självständig ställning.

Under försöksperioden har nämndernas arbetsuppgifter i många fall handlagts av ordinarie personal inom förvaltningarna. Om verksamheten permanentas måste dock, enligt SACO/SR:s uppfattning, nämnderna tillföras egen handläggningpersonal. Eftersom nämndernas arbetsuppgifter; vilket också framhålls i departementspromemorian, är av både komplicerad och känslig natur, är det angeläget att personalen har kvalificerad utbildning.

Stockholms läns landstingskommuns hälso- och sjukvårds- och tandvårdsnämnder är positiva till från vårdverksamheten fristående nämnder.

Örebro läns landstingskommun instämmer i arbetsgruppens uppfattning att det av psykologiska skäl är lämpligt att förtroendenämnderna hålls skilda från de beslutande organen inom hälso- och sjukvården och att därför särskilda nämnder inrättas för ändamålet. Dessa nämnder bör dock, som tidigare framhållits, kunna komma till stånd utan särskild lag.

Värmlands läns landstingskommun finner det positivt att nämnderna föreslås få en självständig ställning och att verksamheten således inte knyts till redan existerande nämnder, såsom t.ex. hälso- och sjukvårdsnämnden

eller direktionerna.

Även *Uppsala läns landstingskommun* anser att huvudmännen bör vara skyldiga att tillse att en eller flera särskilda nämnder inrättas för verksamheten.

Västerbottens läns landstingskommun anser att det naturligtvis kan resas invändningar mot en särskild tilläggslagstiftning för dessa nämnder med hänsyn till att hälso- och sjukvårdslagen redan anger skyldigheten att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård. Med hänsyn till vikten av att förtroendenämnderna hålls skilda från de beslutande organen inom hälso- och sjukvården är det dock förvaltningsutskottets mening att särskilda nämnder bör inrättas för ändamålet. Av detta skäl synes den föreslagna speciallagen inom hälso- och sjukvården vara ett nödvändigt komplement till hälso- och sjukvårdslagen.

Jämtlands läns landstingskommun anser att inrättande av särskild nämnd inte är nödvändigt. Hanteringen av ärenden kommer bl.a. inte att kunna ske så informellt och obyrkratiskt som hittills. Förtroendenämnden har fått högsta status i och med att förvaltningsutskottet fungerar som förtroendenämnd. Genom sin ställning verkar förvaltningsutskottet för de ändringar som behövs inom hälso- och sjukvården.

2 Utvidgning av nämndernas kompetensområde. Behov av ytterligare lagreglering

I likhet med arbetsgruppen anser *kammarrätten i Stockholm* att förtroendenämndernas verksamhet bör omfatta även folktandvården. Försöksperioden har utvisat att det också på detta område finns ett uttalat behov av hjälp och stöd. Något behov av ytterligare lagreglering anses inte föreligga.

HSAN tillstyrker arbetsgruppens förslag att förtroendenämndernas verksamhetsområde utvidgas till att omfatta även folktandvården. Det kan här nämnas att ett ganska stort antal anmälningar till ansvarsnämnden – under år 1983 ca 60 – utgörs av tandvårdsärenden.

De behov, som föranlett tanken att inrätta förtroendenämnder, finns säkert också inom tandvården och verksamheten med omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda. För den skull är det enligt *socialstyrelsens* uppfattning angeläget att nämndernas kompetensområde – så snart det kan ske – utvidgas till att omfatta också folktandvården och omsorgsverksamheten.

Mot bakgrund av landstingens totala planeringsansvar kan diskuteras om inte också den enskilt bedrivna vårdverksamheten borde föras in under förtroendenämndernas behörighet. Arbetsgruppen har för sin del ansett att någon skyldighet för nämndernas del inte bör föreligga i det hänseendet, vilket naturligtvis inte hindrar att förtroendenämnderna och deras handläggare kan ge patienter inom den privata vården upplysningar och råd. Socialstyrelsen har för sin del ingen avvikande mening i denna fråga. Det kan tilläggas, att den enskilda vårdverksamheten, som bedrivs efter avtal med ett

landsting, redan anses falla inom vederbörande förtroendenämnds kompetensområde. Den av staten bedrivna hälso- och sjukvården är av så ringa omfattning, att den i detta sammanhang saknar aktualitet.

Socialstyrelsen vill betona angelägenheten av att verksamheten ges en över hela landet så likformig organisation som möjligt med en politiskt sammansatt nämnd och med handläggare med likvärdig kompetens. Med tanke på att nämnderna i sin verksamhet i en del fall torde komma i kontakt med förhållanden, som inte kan antas stå i överensstämmelse med en strikt tillämpning av hälso- och sjukvårdslagstiftningen, bör i förekommande fall såväl jurister som läkare knytas till verksamheten. Det är med hänsyn till sådana fall angeläget att gränsen mellan förtroendenämndernas, socialstyrelsens och HSAN:s kompetensområden klarläggs. Det måste också eftersträvas att alla förtroendenämnder handlägger samma slags ärenden så att vissa förtroendenämnder inte behandlar ärenden, som andra vägrar ta upp. De gränsdragningsproblem som sålunda kan skönjas måste undanröjas. Dessa frågor liksom spörsmål om lämpliga handlägningsrutiner, vilken utbildning handläggarna hos förtroendenämnderna bör ha m.m. bör kunna lösas genom att landstingsförbundet utarbetar ett normalreglemente för nämnderna och genom att socialstyrelsen i samråd med landstingsförbundet utfärdar allmänna råd till vägledning för förtroendenämndernas verksamhet.

PRO anför följande: När det gäller patienternas möjligheter att ta till vara sina rättigheter är det särskilt angeläget att ett och samma organ har skyldighet att ge patienten behövlig hjälp utan hänsynstagande till formella huvudmannaskapsgränser.

Anvisningar bör utfärdas om att Landstingsförbundet efter samråd med pensionärs- och handikapporganisationerna utfärdar normalreglemente som understryker behovet av samverkan. Denna samverkan bör kunna formaliseras på så sätt att nämnda organisationer, vilka är de som kan sägas företräda patienter, får möjlighet att utse referensgrupper som diskuterar principiella frågor.

Överväganden bör göras om att i lagen om förtroendenämnder ta in en paragraf motsvarande § 8 i hälso- och sjukvårdslagen, det vill säga en paragraf som säger att i planeringen och utvecklingen av förtroendenämndens verksamhet skall nämnden samverka med patientorganisationer.

SFPR anför: Utredningen föreslår, att verksamheten skall omfatta såväl hälso- och sjukvård som folktandvård. Det synes oss lämpligt, att även omsorgsvården omfattas, om dess pågående utredning finner detta önskvärt. Som utredningen föreslagit bör ej någon skyldighet förefinnas för förtroendenämnden att handlägga frågor rörande privat sjukvård. Ansvarsnämnden är i denna del liksom hittills rätt forum.

HCK anför: När det gäller förtroendenämndernas ansvarsområde finns anledning att stödja arbetsgruppens förslag om att även folktandvården skall ingå i ansvarsområdet. Det finns även anledning att framhålla att omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda bör falla inom förtroendenämndernas

ansvarsområde. Hänvisningen till att omsorgerna ligger under särskild nämnd är ej relevant. Förtroendenämnderna är landstingets organ till stöd för patienterna, ej ett hälso- och sjukvårdsorgan. Några sakliga skäl till att avvakta med ställningstagande i denna fråga till dess lagstiftningen rörande omsorgerna har reviderats kan icke föreligga.

Rehabiliteringsverksamheten är splittrad på flera huvudmän. Till den del rehabiliteringen är en hälso- och sjukvårdens angelägenhet, bör det uppenbarligen vara så att även den rehabiliterade verksamheten faller inom förtroendenämndens ansvarsområde. Rehabiliteringsverksamhetens splittrade huvudmannaskap är utan tvekan till nackdel för patienterna. Det är därför angeläget ur patientsynpunkt att alla rehabiliteringsärenden får ett och samma förtroendeorgan. Ur patientperspektiv ter det sig helt naturligt att förtroendenämnderna kan stödja patienten i kontaktverksamheten oavsett huvudman. När det gäller patienternas möjligheter att ta tillvara sina rättigheter är det särskilt angeläget att ett och samma organ har skyldighet att ge patienten behövlig hjälp utan hänsynstagande till formella huvudmannaskapsgränser.

Med den synen att förtroendenämnderna främst är ett organ till stöd för patienterna finns ej heller någon anledning att undanta privat hälso- och sjukvård. Tvärtom finns även här anledning till att ge patienten ett mera heltäckande stöd oavsett huvudman.

Om de här framförda synpunkterna beaktas i lagstiftningen rörande förtroendenämnderna sker också ett önskvärt understyrkande av förtroendenämndernas fristående ställning gentemot de för verksamheten ansvariga organen. En sådan markering innebär också att risken för inträde- och lojalitetskonflikter för förtroendenämnderna och dess tjänstemän minskar.

HCK stöder förslagen om att normalreglemente och allmänna råd för verksamheten men vill dock samtidigt understryka att vi förutsätter att vi får möjlighet att delta i detta arbete. Vi är övertygade om att vi skulle kunna tillföra många värdefulla patientsynpunkter.

En viktig fråga som härvid bör behandlas är hur lämpliga former för fortlöpande kontakter med företrädare för de lokala patient- och handikapporganisationerna skall utformas.

Slutsatsen av ovanstående blir för HCK:s del, att utöver de lagändringar HCK föreslår längre fram så bör anvisningar utfärdas om att Landstingsförbundet efter samverkan med handikapprörelsen utfärdar ett normalreglemente som understryker behovet av samverkan mellan förtroendenämnder och patient- och handikapporganisationer.

Det bör också övervägas om inte den nya lagen om förtroendenämnder borde innehålla en paragraf motsvarande § 8 i hälso- och sjukvårdslagen.

De flesta *hälso- och sjukvårdshuvudmän* som berör frågan är positiva till att folktandvården innefattas i förtroendenämndens verksamhetsområde. Flera landsting tar också upp önskemål om att omsorgsverksamheten innefattas. Negativa till förslaget är *Södermanlands* och *Gävleborgs läns*

landstingskommuner. Enskilda landsting är positiva till att även privat vård inkluderas.

3 Avlastning av HSAN

Kammarrätten i Stockholm anför följande: Kammarrätten har i ett tidigare yttrande över förslag om att inrätta förtroendenämnder uttalat att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd därigenom skulle komma att avlastas från sådana ärenden som egentligen inte hörde hemma hos ansvarsnämnden. Försöksperioden har emellertid utvisat att detta inte blivit fallet i den utsträckning som varit önskvärd. I rapporten föreslås nu att ansvarsnämnden skall få möjlighet att till sjukvårdshuvudmännen överlämna ärenden, som rör klagomål över bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen eller bristande kontakt och information i vården. Kammarrätten anser att detta utgör en viktig del av arbetsgruppens förslag.

Kammarrätten biträder emellertid inte förslaget att överlämnandet skall ske till respektive huvudman, som sedan avgör om ärendet skall handläggas av förtroendenämnd eller ej. Samma skäl som arbetsgruppen anför för att förtroendenämnderna skall hållas skilda från de beslutande organen inom hälso- och sjukvården – bl.a. psykologiska skäl – talar enligt kammarrättens mening för att överlämnandet skall ske till förtroendenämnderna. Dessa kan, sedan de mottagit ärendet, avgöra hur detta bäst skall handläggas.

Kammarrätten kan vidare inte underlåta rent allmänt påpeka att den föreslagna ordningen principiellt framstår som egenartad. Den medför nämligen att ärendena kan komma att vandra helt olikformigt genom instanserna. Ett ärende kan sålunda anhängiggöras hos ansvarsnämnden och därifrån överlämnas till det regionala organet, dvs enligt kammarrättens förslag förtroendenämnden. Beslutet om överlämnande överklagas till kammarrätten, som finner det riktigt och fastställer det. Ett annat ärende anhängiggörs i förtroendenämnden som överlämnar det till ansvarsnämnden. Ännu flera varianter är tänkbara. – Enligt kammarrättens mening skulle man ha fått en bättre ordning om alla ärenden som hör till ansvarsnämndens verksamhetsområde anhängiggjordes hos förtroendenämnd. Om så påfordrades av patienten eller bedömdes som erforderligt av förtroendenämnden skulle ärendet därefter föras vidare till ansvarsnämnden. Härmed skulle vinnas bättre förutsättningar att få alla ärenden av "förtroendenämnds-karaktär" att bli behandlade i förtroendenämnd. Vidare borde det med den skisserade ordningen vara lättare att göra en avgränsning av vilka ärenden som ansvarsnämnden skulle vara skyldig att ta upp. Ytterligare en fördel vore att ärendena – åtminstone delvis – redan skulle vara beredda när de kom till ansvarsnämnden. Den nu skisserade ordningen skulle inte förutsätta disciplinära befogenheter för förtroendenämnderna. Den bör inte heller i övrigt innebära någon ändring i förtroendenämndernas ställning och verksamhetsformer. De farhågor som antyds i rapporten bör kunna

undanröjas genom utbildning och information.

Mot detaljutformningen av lagförslaget vill kammarrätten anmärka följande. Som förslaget nu är skrivet har i realiteten till diskretionär prövning lämnats att avgöra när ett visst ärende skall behandlas i sak eller när ett överlämnande skall ske. Ett diskretionärt avgörande av en sådan fråga synes inte höra hemma i ett förfarande av närmast judiciell karaktär som det gäller här. Bestämmelsen om överlämnande måste innehålla åtminstone de grundläggande kriterierna för när överlämnande får ske. Det är sålunda inte tillfredsställande att det finns möjlighet att överlämna en anmälan som visserligen enbart rör klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonal men där en disciplinär åtgärd kan tänkas komma i fråga. Enligt förslaget får ordföranden ensam besluta om överlämnande. Eftersom det sålunda inte är nämnden i dess helhet som fattar beslut framstår det som särskilt viktigt att en begränsning görs i lagen. Denna begränsning bör naturligtvis inte göras så snäv att syftet med förslaget förfelas. Kammarrätten anser att endast ärenden i vilka det är uppenbart att någon disciplinär åtgärd inte kan komma i fråga bör få överlämnas till förtroendenämnd.

Socialstyrelsen anför: Vid sitt sammanträffande med arbetsgruppen påpekade HSAN att dit ofta inkommer ärenden av sådan art, att de uppenbarligen borde handläggas av vederbörande förtroendenämnd. Med nuvarande lagstiftning saknar HSAN möjlighet att överlämna sådana ärenden till förtroendenämnderna. Såvitt socialstyrelsen förstår har HSAN ett ansträngt arbetsläge. Det förefaller därför rimligt att ansvarsnämnden i första hand inte belastas med ärenden, som klart och tydligt gäller klagomål över brister i kontakten mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal eller annat liknade förhållande. Socialstyrelsen tillstyrker därför förslaget till sådan ändring av 38 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen), att det i fortsättningen skall vara möjligt för ansvarsnämnden att överlämna ärenden varom nu är fråga. Styrelsen vill emellertid starkt betona, att denna möjlighet endast får användas i sådana fall, då det är uppenbart att det påtalade förhållandet inte kan föranleda någon disciplinär åtgärd från HSAN:s sida. Samtidigt kan man inte bortse från att bakom ett till synes bagatellartat klagomål kan ligga förhållanden, som är av den karaktären att omständigheterna i fallet borde prövas av HSAN. Det i rapporten framförda kravet att handläggningen av förtroendenämndernas ärenden skall vara så enkel och obyråkratisk som möjligt – ett krav som socialstyrelsen i princip ställer sig bakom – får inte drivas därhän, att någon utredning inte alls sker. Skulle en förtroendenämnd om landstingskommunen dit överfört ett från HSAN överlämnat ärende – efter utredning finna, att ärendet i själva verket är av sådan art att det bör prövas i disciplinrättslig ordning, finns alltid möjligheten att anmäla ärendet till socialstyrelsen. Styrelsen har sedan möjlighet, om styrelsen finner den åtgärden befogad, att jämlikt 24 § tillsynslagen föra ärendet vidare till HSAN.

HSAN anför: När förtroendenämnderna tillskapades utgick statsmakterna från att nämnden därigenom skulle avlastas enklare ärenden. Så blev inte fallet. Tvärtom har ärendetillströmningen ökat starkt, från ca 800 under år 1980 till inemot 1 000 under år 1984. Det är naturligtvis omöjligt att avgöra vilka orsakerna är till denna utveckling. Det är sannolikt att antalet anmälningar till ansvarsnämnden skulle ha ökat ytterligare, om inte förtroendenämnderna hade funnits. Den närmast till hands liggande förklaringen är att allmänheten har blivit mera medveten om sina rättigheter och klagomöjligheter samt att personalen inom hälso- och sjukvården inte alltid har klart för sig vilka krav som den nya sjukvårdslagstiftningen ställer på samråd och information. Till ökningen bidrar också att personkretsen, som hör till nämndens kompetensområde, utvidgats i betydande omfattning genom tillsynslagen.

Enligt ansvarsnämndens erfarenhet är förtroendenämndernas arbetssätt mycket skiftande. I vissa fall arbetar nämnderna smidigt och effektivt. I andra fall synes de utvecklats till något slags lokala ansvarsnämnder med en byråkratisk handläggningsordning. Det sistnämnda var naturligtvis inte avsikten, då nämnderna kom till. Ansvarsnämnden är av den bestämda uppfattningen att förtroendenämnderna i första hand bör inrikta sig på att hjälpa till att på ett smidigt sätt lösa sådana all dagliga problem, som kan bero på bristande information före och efter medicinska åtgärder och dåliga kommunikationer mellan personal och patienter, däri också inbegripet påståenden om olämpligt uppträdande. På detta allmänmänniska, utklarande plan kan förtroendenämnderna ofta på ett tidigt stadium, innan några psykologiska låsningar sker hos parterna, göra en för alla viktig insats. I allvarigare fall som motiverar anmälan till ansvarsnämnden eller patientförsäkringen bör förtroendenämnderna givetvis ge råd och hjälp i den utsträckning som är möjligt. Det vore i sådana fall en fördel, om nämnderna hade tillgång till juridisk expertis för konsultation.

Av vad som sagts i det föregående följer att ansvarsnämnden varmt tillstyrker arbetsgruppens förslag att nämnden skall till den berörda landstingskommunen få överlämna klagomål över brister i kontakten mellan patienter och personal inom hälso- och sjukvården eller över något annat liknande förhållande. Som exempel på sådana ärenden nämns klagomål över bemötande, uppträdande samt bristande kontakt och information i vården.

Ansvarsnämnden har en rik erfarenhet av ärenden av detta slag. En hel del ärenden hos nämnden avser inte i första hand anmälningar mot den medicinska vården i sig utan önskemål om information om skälen för olika åtgärder eller varför vissa åtgärder inte har vidtagits. I andra fall har patienterna inte fått information om vilka förväntningar man kan ha på resultatet av en medicinsk åtgärd och vilka olägenheter som är en vanlig följd av en viss behandling. Även om information har givits är det inte alltid så, att man har förvissat sig om att patienten har uppfattat informationen. Till

nämnden kommer också många anmälningar från nära anhöriga till patienter, som vårdats under längre tid vid sjukhus. Dessa anhöriga har ofta engagerat sig starkt i vården och anser sig ha blivit dåligt informerade om sådant som rör vården av patienten.

Sådana brister i kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och patienter samt anhöriga leder ofta till onödiga anmälningar på grund av misstankar om felaktigheter i vården. Ansvarsnämnden utgår från att ärenden av detta slag skall kunna överlämnas till landstingskommunerna.

Arbetsgruppens förslag att en anmälan som överlämnats till förtroendekommitté inte skall kunna tas upp av ansvarsnämnden på nytt tillstyrker nämnden. Sådana ärenden bör i enlighet med arbetsgruppens förslag kunna avgöras av ansvarsnämndens ordförande ensam.

JO anför: Jag kan bara bekräfta att flera ärenden, som rör bristande kontakt, överlämnats härifrån för handläggning hos förtroendekommitté. Jag vill i det sammanhanget påpeka, att de bakomliggande kontaktproblemen kan ha flera olika förklaringar och att problemområdet alltså kan vara något vidare än vad exemplen i rapporten antyder. Några av de av mig överlämnade ärendena har t.ex. innefattat klagomål beträffande väntetider på sjukhus. Jag kan tänka mig att njuggt tilltagna telefon- och besökstider utgör liknande exempel på hinder för en god kontakt, som bör kunna klaras ut snabbare och enklare på det lokala planet. Sådana frågor bör också ansvarsnämnden kunna hänskjuta till huvudmännen.

Landstingsförbundet tillstyrker förslaget att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd får möjlighet att överlämna till huvudmännen vissa ärenden som anmälts till ansvarsnämnden.

Utredningens förslag att HSAN skall ha möjlighet att till sjukvårdshuvudmännen överlämna vissa ärenden tillstyrks av *SACO/SR*. Sådana ärenden kan vara klagomål över bemötanden eller bristande kontakt och information i vården.

PRF anser att med en väl känd och utökad förtroendekommittés verksamhet kommer många ärenden att klaras av på denna nivå. Detta får som följd att antalet anmälningar till Hälso- och Sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) drastiskt minskar, och dess handläggningstider förkortas. Kortare handläggningstid i HSAN minskar den psykiska press som en anmälan mot sjukvårdens befattningshavare utgör.

PRO framhåller att ärenden, där det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt, bör behandlas i ansvarsnämnden.

HCK vill inledningsvis erinra om att den lagstiftning som de så kallade patienträttigheterna stödjer sig på utgår från att andra grupper åläggs en skyldighet att visa hänsyn till patienten. I tillsynslagen stadgas att personalen måste erbjuda patienten en god omvårdnad och respekt. I hälso- och sjukvårdslagen stadgas om landstingens skyldighet att ge patienterna en god och kvalitativ vård som präglas av respekt för patienten. Det är alltså

myndigheter och myndighetspersoner som skall erbjuda en god vård. Däremot stadgas ingen rätt för patienten till vård.

Möjligheterna till en utveckling av rättspraxis som klargör innebörden av begreppen god vård, rätt till information, medbestämmande och integritet är således i praktiken mycket begränsade. Någon motsvarighet till socialtjänstlagens bestämmelser om klientens rätt till bistånd finns icke i hälso- och sjukvårdslagen. Någon opartisk prövning av huruvida hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser åsidosatts kan egentligen icke komma till stånd. Kommunalbesvär innebär ju ingen sakprövning.

Arbetsgruppen föreslår att HSAN skall få överlämna ärenden som rör "klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen" till förtroendenämnderna.

Vi känner stark oro inför en sådan utveckling av patienternas rättsliga ställning inom sjukvården. Vi befärar att man i HSAN i fortsättningen endast kommer att behandla ärenden av medicinsk natur och överlämna alla omvårdnadsärenden till förtroendenämnderna. Detta menar vi kommer att få en olycklig påverkan på rättspraxis, speciellt då vad gäller tillsynslagens 5 §. Vi motsätter oss därför att patienternas möjligheter att få omvårdnadsärenden prövade i HSAN begränsas på detta sätt.

Ur patientsynpunkt är det angeläget att denna möjlighet att få en utveckling av rättspraxis rörande vissa omvårdnadsärenden icke begränsas.

Ansvarsnämnden har även i praktiken behandlat sådana frågor om bristande information och olämpligt uppträdande. Hänvisning kan ske till ansvarsnämndens ärenden HSAN 215/81, 51/82, 332/82. Sådana ärenden har även förts vidare till kammarrätten.

Även med understrykande av att omvårdnadsärenden även fortsättningsvis bör behandlas av ansvarsnämnden, finns det anledning att medge att vissa enklare ärenden både av medicinsk och omvårdnadsmässig natur som gäller brister i kontakten mellan patient och personal där problemen snabbast och med bästa resultat kan lösas lokalt bör kunna hänskjutas från ansvarsnämnd till förtroendenämnd. Även vissa andra bagatellärenden och ärenden som mera gäller sjukvårdsorganisationen än person bör också rimligen kunna hänskjutas till förtroendenämnderna. Det finns dock anledning att understryka att här bör samma begränsning införas som när det gäller hänskjutande av arbetsrättsliga problem. Det innebär att *det där det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt bör ärendet behandlas i ansvarsnämnd.*

Enligt arbetsgruppens förslag bör ärendena överlämnas från ansvarsnämnden direkt till huvudmannen och ej till förtroendenämnden. Som motivering anförs "att det inte alltid är säkert att det just är förtroendenämnden som skall gripa in - det kan lika gärna vara till exempel vederbörande landstingsråd eller klinikchef." Vem som inom landstinget skall avgöra vart ärendet skall hänföras framgår dock icke.

Från patientens synpunkt förefaller det naturligt att ärendet bör överläm-

nas direkt till förtroendenämnden. Förtroendenämnden är ju det landstingsorgan som har att ta emot ärenden där patienten framför kritik. Förtroendenämnden har till uppgift att förmedla kontakt med till exempel landstingsråd eller klinikchefer. Det finns ingen anledning att skapa oklarhet beträffande dessa ärenden som ansvarsnämnden anser sig böra överlämna till landstingen. Genom *ett uttryckligt stadgande att överlämnandet skall ske till landstingets förtroendenämnd* ges förtroendenämnderna en starkt ställning. Detta får anses värdefullt ur patientens synpunkt.

Enligt arbetsgruppens förslag kan ett ärende som ansvarsnämnden överlämnat till förtroendenämnd icke bli föremål för ansvarsnämndens behandling. Detta måste anses otillfredsställande. Det kan mycket väl visa sig att ärenden som skenbart har en bagatellartad natur vid närmare utredning visar sig vara av betydande principiell vikt. Ur allmän synpunkt kan det visa sig angeläget att få ett prejudicerande uttalande av ansvarsnämnden. Ansvarsnämndens rätt att överlämna ärenden till förtroendenämnden bör som följd härav *kompletteras med en bestämmelse om att förtroendenämnden har rätt att återföra ärenden av principiell natur till ansvarsnämnden för dess prövning.*

Som ett led i strävandena att begränsa ärendemängden hos ansvarsnämnden bör också övervägas om icke *förtroendenämnden bör erhålla rätt att anhängiggöra ärende hos ansvarsnämnden.* Om en sådan ordning infördes skulle patienterna icke behöva gå till ansvarsnämnden som första instans. Patienten skulle i tveksamma fall kunna vända sig till förtroendenämnden som gör en utredning och därmed även hjälper patienten att få perspektiv på ärendet. Resultatet skulle säkerligen bli att mera bagatellartade ärenden icke skulle anhängiggöras hos ansvarsnämnden. Om förtroendenämnderna tillerkändes möjlighet att anhängiggöra ärenden hos ansvarsnämnden skulle också garanti skapas för att principellt viktiga ärenden skulle komma under prövning av ansvarsnämnden. Patienternas rättssäkerhet skulle därmed kunna anses ha ökat. Förtroendenämndernas ställning skulle också stärkas.

I detta sammanhang vill vi också understryka att våra tidigare framförda krav på representation i förtroendenämnderna även gäller HSAN och speciellt angeläget blir detta om man skulle genomföra den föreslagna möjligheten för HSAN att lämna över ärenden till förtroendenämnderna.

Flertalet *hälso- och sjukvårdshuvudmän* har uttalat sig positivt för förslaget att HSAN skall kunna överlämna vissa ärenden till huvudmännen. I de flesta fall förespråkar huvudmännen att sådana ärenden överlämnas och handläggs av eller i vart fall kanaliseras över förtroendenämnderna.

Om förtroendenämnd inte finns förespråkar *Malmöhus läns landstingskommun* att ärendena överlämnas till hälso- och sjukvårdsnämnd.

Flera huvudmän understryker vikten av att disciplinära frågor inte läggs på nämnderna.

Förtroendenämnden inom Stockholms läns landstingskommun har den

uppfattningen att flertalet ärenden som berör bemötande och bristande kontakt handläggs av sjukvårdsförvaltningarna direkt eller av landstingens förtroendenämnder. Det ligger därför helt i linje med förtroendenämndernas arbetsuppgifter att handlägga dessa ärenden.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och förtroendenämnderna omhändertar i princip olika slags ärenden. Nämnden anser att förtroendenämnderna bör ha möjlighet att direkt överlämna ett ärende till ansvarsnämnden om utredningen visar att ärendet bör prövas av denna nämnd. Förtroendenämnderna har under den gångna försöksverksamheten fått en god uppfattning om vilka ärenden som tillhör ansvarsnämndens kompetensområde och ansvarsnämnden får om arbetsgruppens förslag vinner gehör möjlighet att till sjukvårdshuvudmännen överlämna vissa ärenden.

Älvsborgs läns landstingskommun framför en viss tveksamhet beträffande möjligheterna att i någon större utsträckning avlasta ansvarsnämnden. Behovet av tjänstemannaservice vid förtroendemannanämndernas lokala kanslier torde medföra så betydande kostnadsökningar, att en förstärkning av ansvarsnämndens tjänstemannaresurser vore att föredra ur totalekonomisk synpunkt.

Kopparbergs läns landstingskommun anför följande: Arbetsgruppen ägnar relativt stor uppmärksamhet åt sambandet med hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Förslag redovisas också innebärande ökade möjligheter för hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd att till sjukvårdshuvudmännen överlämna ärenden som rör klagomål över bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen eller bristande kontakt och information i vården. Förtroendenämnden har emellertid inte några disciplinära befogenheter. Ansvarsnämnden måste därför också i fortsättningen behandla även sådana frågor om disciplinansvar som har att göra med bemötandet av patienten samt kontakt och information i vården. I ett nyligen referat fall har ansvarsnämnden tilldelat vederbörande läkare erinran för irriterat och ohövligt uppträdande. Man måste således vara observant på risken för missuppfattningen att förtroendenämnden i ärenden av denna typ kan ersätta hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

4 Övriga frågor

4.1 Lagtexten

Kammarrätten i Stockholm anser att punkt 2 av övergångsbestämmelserna har fått en utformning som inte är helt lyckad. Kammarrätten föreslår följande lydelse: "2. Annan nämnd än särskild förtroendenämnd får till utgången av 1985 fullgöra de uppgifter som ankommer på förtroendenämnd".

HCK lägger fram ett förslag till lagtext som sammanfattar de synpunkter som framförts i yttrandet.

4.2 Kostnader

RRV anser att kostnaderna behandlas mycket knapphändigt av utredningen, trots de direktiv som gäller för statliga utredningar i detta avseende. Utredningen har endast ställt kostnaden för nuvarande försöksverksamhet i relation till en permanent verksamhet med en nedläggning av försöksverksamheten.

Såvitt *RRV* kan bedöma arbetar totalt ca 50 handläggare med förtroendenämndsfrågor inom landstingen. Förutom lönekostnaderna för dessa utgår visst arvode för de förtroendevalda i nämnderna. Utredningens förslag torde innebära en besparing genom en viss avlastning av SoS och HSN. Denna besparing uppgår troligen inte till mera än något enstaka personår. Förtroendenämnderna får främst ses som en kvalitetshöjning inom hälso- och sjukvården. Verksamheten bör också kunna medföra förbättringar i vårdrutinerna och ev. rationaliseringar, men att kostnadsberäkna dessa är svårt. *RRV* anser att inrättandet av förtroendenämnder kommer att innebära en kostnadsökning. Denna bör dock sättas i relation till hälso- och sjukvårdens totala omslutning per år, ca 70 Gkr.

4.3 Sekretess

DHR påpekar att många patienter avstår från kontakter med förtroendenämnderna pga att man inte är garanterad en tillfredsställande sekretess. I den föreslagna lagen om förtroendenämnder bör det enligt förbundets mening skrivas in att förtroendenämnderna inte äger rätt att göra några anteckningar i journaler, eller på annat sätt röja de kontakter som patienten haft med nämnden. Om nämnden i sitt utredningsarbete behöver ha kontakt med behandlande läkare eller annan vårdpersonal ska samtycke till detta först inhämtats från patienten.

Psykiatriska nämnden framhåller att sekretessen i 7 kap. 1 § första stycket sekretesslagen (1980:100; SekrL) gäller hos en förtroendenämnd för patientuppgifter. Eftersom hälso- och sjukvården inte har någon uppgiftsskyldighet till en förtroendenämnd blir nämndens möjligheter att ta del av t.ex. en journal beroende av patientens medverkan. Detta kan medföra problem om nämnden behöver journaluppgifter som åtnjuter sekretess enligt 7 kap. 3 och 6 §§ SekrL, likaså om nämnden behöver tillgång till en patients journal när en anhörig gjort anmälan och patientens tillstånd är sådant att ha inte kan lämna samtycke till ett utlämnande. Skäl finns att närmare överväga hur dessa problem skall lösas.

PRF anser att sjukvårdspersonal som anmäler missförhållanden i sjukvården, eller i övrigt har åsikter eller förslag om verksamheten, bör åtnjuta anonymitetsskydd för undvikande av trakasserier.

Förtroendenämnden inom Stockholms läns landstingskommun framhåller: Arbetsgruppen anser att utlämnande av patientjournaler till förtroendenämnderna bör lösas genom att berörda patienter lämnat sitt samtycke i

samband med anmälan. För att nämnden så snabbt och effektivt som möjligt skall kunna bistå patienterna anser nämnden att det vore en fördel om förtroendenämnderna erhöill behörighet att i tjänsten rekvidrera vederbörande journalhandlingar, i synnerhet som det kan anses ligga i utredningsuppdragets natur att presumera ett sådant medgivande från patienterna. I normalfallet kan visserligen patienterna genom fullmakt ombesörja att nämnden får ta del av journalhandlingar men situationer kan uppstå då sådant medgivande inte är möjligt att inhämta t.ex. då patienten är för sjuk för att kommunicera med omgivningen. Även om tolkning av 7 kap. 1 § sekretesslagen ger vid handen att nämnden utan patientens medgivande skulle kunna ta del av journalhandlingar i dessa fall vore det bättre med en uttrycklig lagbestämmelse som medger rätt för nämnderna att rekvidrera de journalhandlingar som behövs för utredningen. Det skulle också göra en tolkning av sekretesslagen i varje enskilt fall överflödig.

JO framhåller att det flera gånger har visat sig att förtroendenämnderna brustit i kunskaper om tillämpningen av bestämmelserna om allmänna handlingar och sekretesslagen. Även dessa problem har uppmärksamats i rapporten. Jag tillstyrker därför den föreslagna fortbildningen för förtroendenämndernas ledamöter och handläggare och räknar med att utbildningen också kommer att ta upp de formella kraven på handläggningen.

4.4 Arbetsformer förtroendenämnd – patientombudsman, återföring av erfarenheter

PRF anför: Förtroendenämndernas handläggare eller sekreterare skall benämnas patientombudsman. Verksamhetens funktion är helt beroende av patientombudsmannens lämplighet för tjänsten. Patientombudsmannen, som skall vara heltidsanställd, bör få en långt driven delegation för att på egen hand snabbt kunna handlägga inkomna ärenden. I tjänsten bör även ingå att patientombudsmannen bedriver en uppsökande verksamhet och ha kontinuerlig mottagning på psykiatriska sjukhus där patienter intagits med stöd av LSPV. Även patienter inom långvården – som är helt vårdberoende – bör få möjlighet till personlig kontakt med patientombudsmannen.

SFPR vill särskilt understryka vad som sagts i utredningen nämligen att frågor gällande enskild patient bör i huvudsak kunna direkt lösas på arbetsplatsen och om ärendet anhängiggjorts i nämnden, detta snarast återföres till respektive klinik eller institution för utredning och om möjligt för lösning och yttrande. Här bör understrykas, att nämnden är rådgivande och att även om beslut kan fattas i denna, har den ej diciplinära befogenheter.

HSAN framhåller att det givetvis inte alltid är möjligt att knyta en förtroendenämnd till varje sjukvårdsinrättning. I sådana fall bör man överväga att utse en särskild kontaktperson. Ansvarsnämnden vill understryka betydelsen av att uppkommande problem i första hand lösas inom

varden på lokal nivå och – om detta inte är möjligt – så nära den sjukvårdande verksamheten som möjligt. Vid en förstärkning av förtroendenämnderna, personellt och kompetensmässigt, bör man – såsom arbetsgruppen också anfört – söka undvika en byråkratisering av verksamheten.

Spri understryker behovet av att åstadkomma en snabb och obyråkratisk handläggning av patientärendena och av återföring av kunskap till vårdpersonalen. *Spri* vill i anslutning till det sistnämnda betona vikten av att nämndernas handläggare också har en kurativ inriktning vid bemötandet av dem som efterfrågar råd och hjälp.

Landstingsförbundet finner det angeläget ur bl.a. kontinuitets- och informationssynpunkt att en särskild befattningshavare är kontaktperson för olika förtroendefrågor. Det är också viktigt att förtroendenämndernas verksamhet inte avskärmas, institutionaliseras eller ersätter vad som enkelt kan lösas i den vardagliga situationen.

Västerbottens läns landstingskommun framför att vad som saknas i en för övrigt bra rapport är en metod för hur arbetet konkret skall skötas. T.ex. bör det klarare anges hur man skall anlita medicinsk expertis, hur informationen till patienter och personal skall utformas. Det vore därför av värde om socialstyrelsen i samråd med landstingsförbundet kontinuerligt följde upp verksamheten för att så småningom utgöra en form av erfarenhetsbank till vägledning för förtroendenämndernas arbete.

Blekinge läns landstingskommun anser att förtroendenämndens ledamöter bör så långt möjligt delta aktivt i arbetet med att samtala med patienter och personal. Patienterna bör ha möjlighet att kontakta den inom nämnden, som de känner mest förtroende för.

Jönköpings läns landstingskommun anser att förtroendenämnderna har en viktig uppgift att fylla vad gäller principiella frågor och i förebyggande syfte genom information för att förhindra att misstag upprepas m.m. Det är viktigt att kanaler för erfarenhetsutbyte etableras mellan förtroendenämnderna och andra intressenter inom vården och samhället i övrigt. Fortlöpande information och samarbete med landstingsförbundet och socialstyrelsen är av stort värde för förtroendenämnderna.

Örebro läns landstingskommun instämmer i att arbetsfördelningen mellan förtroendenämnderna och deras tjänstemän bör syfta till att åstadkomma en snabb och obyråkratisk handläggning av patientärenden. Även framgent bör man försöka att begränsa omfattningen av diarieföring av enklare ärenden. Endast sådana ärenden som kräver mera ingående utredningar bör diarieföras.

I utvärderingsarbetet har man noterat ett önskemål från huvudmännen om bättre överblick över alla ärenden inom landstinget som rör enskilda patienter. Man har konstaterat att dessa som regel är spridda på olika enheter inom organisationen. Landstinget anser att en registrering av samtliga sådana ärenden hos förtroendenämnden kan innebära fördelar för det förebyggande arbetet.

Kopparbergs läns landstingskommun anför: Socialdepartementets arbetsgrupp har som nämnts genomfört och redovisat en omfattande enkätundersökning med till stor del irrelevanta frågeställningar. Tämligen utförligt återges i rapporten också hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds, socialstyrelsen, personalorganisationers och handikapporganisationers inställning till verksamheten. Sjukvårdshuvudmännens och förtroendenämndernas synpunkter (Dnr. S 2595/83) har däremot inte tagits med i rapporten i utredningstext eller som bilaga. Huvudproblemen inför en vidareutveckling av verksamheten har blivit mycket knapphändigt belysta. En sammanfattande bedömning måste bli att utvärderingen haft en olycklig uppläggning och därför inte ger nämnvärd vägledning för utformningen av fortsatt verksamhet med förtroendenämnder.

Socialstyrelsen vill betona vikten av att erfarenheterna från förtroendenämndernas verksamhet återförs till sjukvårdshuvudmännen men också till socialstyrelsen och HSAN. Förtroendenämnderna torde för övrigt i sin kontaktverksamhet med patienterna och deras anhöriga och med hälso- och sjukvårdspersonalen få tillgång till ett sådant material, som föder behov av samråd med socialstyrelsen och HSAN.

Socialmedicinska institutionen vid Huddinge sjukhus anser att nämndernas arbete bör även fortsättningsvis följas upp. Man bör då inte endast fråga nämnderna om det arbete de bedrivit utan även berörda patienter och personal samt med enkätmetodik tillfråga ett urval patienter som inte varit aktuella vid förtroendenämnderna. Detta för att bland annat utröna huruvida nämnderna är kända. Nämnderna bör kontinuerligt rapportera ärendenas typ och fördelning på ett sådant sätt att kontinuerlig information om patienternas önskemål kan inhämtas.

Ytterligare remissinstanser instämmer i arbetsgruppens förslag om arbetsfördelning och återföring.

4.5 Information – utbildningsfrågor, kontakt med personal och patientorganisationer m.m.

Socialstyrelsen anför: Vissa uttalanden i rapporten tyder på att det såväl bland hälso- och sjukvårdspersonalen som bland patienterna förekommer felaktiga föreställningar om förtroendenämndernas befogenheter och verksamhetens syfte. Sålunda nämns på sid. 21 i rapporten att "personalen inte i någon större utsträckning använt sig av förtroendenämnderna" och att "det verkar finnas en tendens från personalens sida att samla bevis för att gardera sig mot risken för disciplinära åtgärder". Flera patientorganisationer har enligt rapporten framfört önskemål om att förtroendenämndernas uppgifter skulle anförtros åt organ helt frikopplade från och neutrala i förhållande till hälso- och sjukvården. Så t.ex. anges Handikapporganisationernas centralkommitté (HCK) kraftigt ha invänt mot nämndernas starka koppling till landstingen och dess personal och uttryckt sin oro över "att nämnderna inte

alltid uppfattades stå på patienternas sida". De anförda uttalandena ger vid handen att det brustit i informationen till patienterna, allmänheten och till hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om förtroendenämnderna och deras uppgifter och befogenheter. Det är av största vikt att ytterligare ansträngningar görs för att nå ut med informationen att förtroendenämnderna endast är till för att undanröja och förebygga missförstånd och missuppfattningar mellan patienter och personal, för att överhuvudtaget främja relationerna dem emellan och för att förmedla den hjälp till patienterna, som förhållandena påkallar. Styrelsen vill i övrigt framhålla att just närheten till och kännedomen om vårdverksamheten är nödvändiga förutsättningar för att en sådan verksamhet som förtroendenämndernas skall kunna bedrivas med framgång till alla berörda parter båtnad. Dessa förutsättningar uppfyller förtroendenämnderna.

PRF anser att förtroendenämnderna är okända för allmänheten trots den – ofta ineffektiva – information som lämnats. Enda möjligheten till effektiv information om verksamheten är att i telefonkatalogen, under respektive sjukhus rubrik, införa patientombudsmannens telefonnummer och adress. I all övrig information skall förtroendenämnden utbytas mot patientombudsmannen.

DHR anför: Tyvärr är kunskaperna om förtroendenämnderna och deras verksamhet dålig både bland patienter och sjukvårdspersonal. *DHR* anser det därför angeläget att det satsas på att sprida kännedom om nämndernas existens och vilket stöd som patienten kan få genom nämnden. Förtroendenämnderna bör också aktivare gå ut för att bl.a. genom en uppsökande verksamhet komma i kontakt med patienter som kan vara i behov av att konsultera förtroendenämnden. Förtroendenämndernas tjänstemän bör fungera som patientombudsmän och vara helt fristående från landstingets ordinarie sjukvårdsorganisation.

Förtroendenämnderna bör utnyttja den kunskap och erfarenhet som finns hos patienterna. Detta kan ske genom kontakter med *DHR*:s länsdistrikt och andra handikapporganisationer. Ett lämpligt forum för sådana kontakter är länens handikappråd, *LHR*. Handikapporganisationerna bör i ökad utsträckning få medverka i personalutbildningen och utformningen av innehållet i hälso- och sjukvården. Utifrån våra erfarenheter har vi stora kunskaper inom området.

HCK anför: Bättre information och utbildning av personalen måste till för att de i sin tur skall kunna informera patienterna på rätt sätt om nämndernas verksamhet. Denna information är, som vi tidigare påpekat, idag alldeles för britsfällig. Det måste också till en större öppenhet från personalens sida så att man inte uppfattar en anmälan till nämnderna som ett personangrepp, vilket idag sker i alltför stor utsträckning.

Information, förutom den som personalen kan ge, om nämndernas verksamhet måste också bli mycket bättre. Där borde man t.ex. kunna använda sig av handikapprörelsens många tidskrifter. Varje *HCK*-förbund

ger ut en medlemstidning och dessa når alltså tillsammans över 300 000 människor varav många är stora vårdkonsumenter.

Det finns många sätt att informera på men viktigt är att informationen ges på rätt media.

De hälso- och sjukvårdshuvudmän som yttrat sig i denna fråga instämmer i arbetsgruppens slutsatser och förslag.

LO framhåller följande: Det har framkommit att nämnderna ibland har uppfattats av personalen som en klagomur gentemot vilken man ska försvara sig. Det är då viktigt att poängtera dels att frågor som rör förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare ska skötas i annan ordning enligt de lagar och avtal som gäller medbestämmande, arbetsmiljö m.m., och dels att ärenden som anmäls till förtroendenämnderna främst bör uppfattas som stöd för förändringar och förbättringar som är till gagn såväl för patienter som personal.

Vidare har utvärderingen visat att informationen om förtroendenämnderna haft svårt att tränga ut. Enligt LOs mening måste informationen förstärkas främst genom ett förbättrat samarbete med och stöd till patient- och personalorganisationerna. Det är dessa som bäst når ut till de berörda och muntlig information är oftast i denna typ av frågor att föredra.

SACO/SR finner det angeläget att nämnderna utvecklar samarbete med de lokala fackliga organisationerna. På så sätt kan en positiv attityd till nämndernas verksamhet skapas bland de anställda.

SKAF anför: Vad i övrigt gäller nämndernas fortsatta verksamhet pekar utredningen på behov av vissa åtgärder. Det gäller bl.a. en effektivare återföring av förtroendenämndernas erfarenheter till sjukvårdshuvudmännen och personalen samt att nämnderna i sin verksamhet bör syfta till en snabb och obyråkratisk handläggning av patientärendena. Förbundet har ingen annan uppfattning härifråga och kan också dela utredningens synpunkter vad bl.a. beträffar behovet av fortbildning av nämndernas personal, nödvändigheten av förstärkta informationsinsatser om nämnderna till sjukvårdspersonalen, patienterna och allmänheten, liksom att lämpliga former för kontakt mellan företrädare för de lokala fackliga- och patientorganisationerna etableras i dessa frågor.

TCO anför: Beträffande frågan om fackliga företrädares närvarorätt vill TCO särskilt framhålla följande. Som framgår av utredningen har informationen om förtroendenämndernas funktion och arbetssätt på de flesta håll varit bristfällig i förhållande till personalen direkt och i förhållande till fackliga organisationer. Intentionerna bakom nuvarande lagstiftning har således inte uppfyllts. I propositionen till nuvarande lagstiftning angavs uttryckligen att det är väsentligt att nämnderna har ett förtroendefullt samarbete med personalen och dess fackliga organisationer.

TCO anser det mycket angeläget att de fackliga organisationerna har närvarorätt i förtroendenämnderna. Det är därför beklagligt att arbetsgruppen inte velat markera något eget ställningstagande utan låtit frågan anstå i

avvaktan på slutligt ställningstagande inom civildepartementet till betänkandet (SOU 1982:56) Kommunal förvaltning och medbestämmanderätt. TCO utgår från att organisationens uppfattning i frågan förmedlas till civildepartementet.

Prop. 1984/85:181 190

Innehåll Sid

<i>Bilaga 1</i>	Sammanfattning av HS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39) Hälsa- och sjukvård inför 90-talet, m.m.	2
<i>Bilaga 2</i>	Sammanställning av remissyttrandena över HS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39) Hälsa- och sjukvård inför 90-talet.	22
<i>Bilaga 3</i>	Sammanfattning av cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande, m.m.	101
<i>Bilaga 4</i>	Sammanställning av remissyttrandena över cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande m.m.	126
<i>Bilaga 5</i>	Sammanfattning av rapporten (Ds 1984:16) Förtroendenämnder inom hälsa- och sjukvården, m.m.	154
<i>Bilaga 6</i>	Sammanställning av remissyttrandena över rapporten (Ds 1984:16) Förtroendenämnder inom hälsa- och sjukvården.	157